



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**La Comunicación Interpersonal Hospitalaria y su Efecto en
la Relación entre Médico y Paciente, en el Hospital de la
Sociedad de la Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) de la
Ciudad de Loja**

AUTOR:

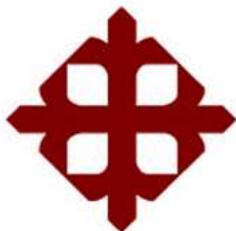
Méd. Ángel Francisco Rosillo Merino

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

Ing. Adela Zurita Fabre, Ph.D.

**Guayaquil, Ecuador
2019**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Médico **Ángel Francisco Rosillo Merino**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Ing. Adela Zurita Fabre, PhD

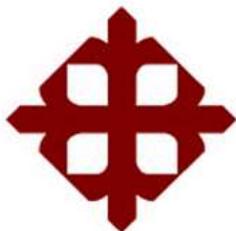
REVISORA

Ing. Elsie Zerda Barreno, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, PhD

Guayaquil, 7 de junio del 2019



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Ángel Francisco Rosillo Merino**

DECLARO QUE:

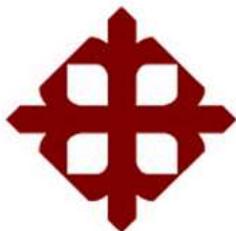
El Proyecto de Investigación: **la Comunicación Interpersonal Hospitalaria y su Efecto en la Relación entre médico y paciente, en el Hospital de la Sociedad de la Lucha contra el Cáncer de la Ciudad de Loja**, previa a la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en las referencias bibliográficas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía general. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de Investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, 7 de junio del 2019

EL AUTOR

Ángel Francisco Rosillo Merino



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

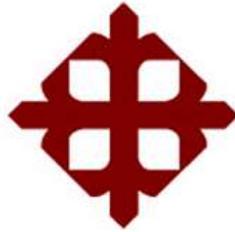
Yo, Ángel Francisco Rosillo Merino

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación** titulado: **La Comunicación Interpersonal Hospitalaria y su Efecto en la Relación entre Médico y Paciente, en el Hospital de la Sociedad de la Lucha contra el Cáncer de la Ciudad de Loja**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 7 de junio del 2019

EL AUTOR:

Ángel Francisco Rosillo Merino



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME DE URKUND

The screenshot displays the URKUND web interface. The top navigation bar includes the university name and the system name. The main content area is divided into two sections: document details on the left and a list of sources on the right.

Document Details:

- Documento: [POSGRADO ANGE, FRANCISCO-tesis 2018.docx](#) (D479032)
- Presentado: 2019-02-13 12:43:10 (00:00)
- Presentado por: adria.puerta.fabre (adria.puerta@ucsg.edu.ec)
- Recibido: adria.puerta.fabre@analisis.arkund.com
- Mensaje: [Buenos días, gracias por su consulta.](#)
- Nota: 24 de total 34 páginas, se comparan de todo presente en 1 fuente.

Lista de Fuentes:

Lista de Fuentes	Bloques
1	Enlace/título de archivo
2	POSGRADO ANGE, FRANCISCO-tesis 2018.docx
3	POSGRADO ANGE, FRANCISCO-tesis 2018.docx
4	Lola, Helena Tamayo, II, agosto 2018
5	Topi Antonio Martínez Escobar
6	INFORME FINAL TESIS.docx
7	1830-194-LOCK.docx

Document Content:

SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
MODALIDAD PRESENCIAL
TEMA: Relación de
II
Comunicación Interpersonal Hospitalaria, entre Médicos y Pacientes en el Hospital de la Sociedad de la Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) de la Ciudad de Loja
AUTOR:
Nitz Angel Francisco Rosillo Méndez
Presen
A la obtención del grado Académico de MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
TUTORA:

AGRADECIMIENTO

Mi eterno agradecimiento a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y a sus docentes, que me han permitido durante todo este tiempo, tener una perspectiva diferente de la vida, desde el ámbito profesional, personal y social. Agradezco profundamente a mi familia, que han sido el eje fundamental para todos mis logros académicos.

ANGEL FRANCISCO ROSILLO MERINO

DEDICATORIA

Dedicado a mi hijo, que es fruto del amor incondicional de sus padres, que es el motivo principal de todo sacrificio y logro de mi vida, el cual ha marcado mi corazón y escribe mi futuro cada día.

ANGEL FRANCISCO ROSILLO MERINO

ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	XIII
Abstract	XIV
Introducción	2
Antecedentes.....	3
Planteamiento del Problema	4
Formulación del Problema	6
Justificación.....	6
Preguntas de Investigación e Hipótesis	8
Pregunta de Investigación.....	8
Hipótesis	8
Objetivos.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos	9
Capítulo I Marco Teórico	10
El proceso de la Comunicación como Base para las Relaciones Humanas	10
Generalidades sobre la Relación del Médico con el Paciente	13
El respeto y la igualdad de trato	14
Características Esenciales de la Relación entre el Médico y su Paciente	22
Retos de la Medicina en el Ámbito de la Relación Interpersonal.....	23
La Percepción del Paciente como Elemento de la Relación con el Médico	24
Marco Conceptual	25
Capítulo II Marco Referencial.....	29
Experiencias de Comunicación Médico-Paciente en otros Países	30
Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer	31
Historia de SOLCA en Ecuador	32
Historia de SOLCA en Loja	33
El Hospital de SOLCA en Loja, en la Actualidad	40
Situación del Cáncer en el Cantón Loja 2007-2012.....	44
Marco Legal.....	50
Capítulo III Metodología de la Investigación y Análisis de Resultados	54
Metodología de Investigación	54
Tipo de Investigación	54

Diseño de Estudio	55
Matriz Metodológica	55
Población y Muestra	56
Técnicas e Instrumentos para Recolección de Información	58
Análisis de Resultados	58
Encuesta a Pacientes	58
Datos Generales	59
Preguntas sobre la Comunicación y la Atención Recibida	60
Encuesta a Profesionales Médicos	64
Datos Generales	64
Preguntas sobre la Condiciones de Trabajo y Atención Proporcionada ..	65
Correlación de Pearson: Variables Edad y Género de Pacientes.....	68
Comparativos de Respuestas Proporcionadas por Pacientes y Médicos	69
Capítulo IV Propuesta de Intervención	73
Elementos Básicos de la Propuesta paciente	73
Manejo adecuado de la información.....	74
Diseño del Proceso de Atención al Paciente.....	74
Fase 1. Ingreso y Apertura de Historia Clínica Personal del Paciente	75
Fase 2. Atención de la Salud del Paciente	75
Fase 3. Seguimiento de la Salud del Paciente	76
Programa de Inducción y Potenciación del Desempeño	78
Conclusiones	80
Recomendaciones	82
Referencias Bibliográficas	83
Apéndices	95

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Elementos de base para el diseño de encuestas	56
Tabla 2. Distribución de encuestados, por edad	59
Tabla 3. Comunicación interpersonal médico-paciente	61
Tabla 4. Atención recibida	64
Tabla 5. Condiciones de trabajo y atención proporcionada a los pacientes	67
Tabla 6. Parámetros para establecer correlación entre variables	68

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. La comunicación: componentes esenciales	11
Figura 2. Buena relación médico-paciente	23
Figura 3. Orgánico estructural de SOLCA, núcleo de Loja	43
Figura 4. Incidencia del cáncer en varones del cantón Loja 2007-2012	45
Figura 5. Identificación de tumores malignos más frecuentes en hombres, según localización y quinquenio, residentes en el cantón Loja 1997-2012.....	46
Figura 6. Tasas de incidencia estandarizada en registros de cáncer en hombres .	47
Figura 7. Incidencia del cáncer en mujeres del cantón Loja 2007-2012	48
Figura 8. Identificación de tumores malignos más frecuentes en mujeres, según localización y quinquenio, residentes en el cantón Loja 1997-2012.....	49
Figura 9. Tasas de incidencia estandarizada en registros de cáncer en mujeres: cuello del útero	50
Figura 10. Distribución porcentual de pacientes, según el género	59
Figura 11. Distribución porcentual de pacientes, según rangos de edad	60
Figura 12. Comunicación interpersonal: respuestas positivas desde el punto de vista del paciente	63
Figura 13. Distribución porcentual de médicos encuestados, según los rangos de edad	65
Figura 14. Tiempo proporcionado por el médico al paciente para expresar su sintomatología	70
Figura 15. Tiempo proporcionado por el médico para informar sobre el procedimiento a seguir	70
Figura 16. Confianza transmitida por el médico al paciente	71
Figura 17. Diagrama de flujo de procesos del Hospital SOLCA de Loja	77

INDICE DE APÉNDICES

Apéndice A. Encuesta dirigida a Pacientes	95
Apéndice B. Encuesta dirigida a Médicos	97
Apéndice C. Cuadro de correlación <i>Género y Comunicación</i> médico-paciente ...	98
Apéndice D. Cuadro de correlación <i>Género y Atención Recibida</i>	99
Apéndice E. Cuadro de correlación <i>Género y Comunicación</i> médico-paciente .	100
Apéndice F. Cuadro de correlación <i>Género y Atención Recibida</i>	101

Resumen

Dentro del contexto actual que engloba los servicios de la salud, el pilar fundamental es la relación entre el paciente y el especialista que proporciona la atención médica; con la intención de establecer la importancia de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente y cómo ésta interfiere de manera indirecta en la salud de las personas, se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, transversal, prospectivo con la participación de 91 pacientes durante los meses de enero y junio de 2017 y 20 médicos del Hospital de SOLCA de la ciudad de Loja. Los resultados evidenciaron, por parte de los pacientes, una alta satisfacción con respecto a la información que reciben sobre la programación de visitas médicas y el uso de términos no médicos para una mejor comprensión de las prescripciones, pero asignaron una baja calificación a factores relacionados con la disposición para escuchar al paciente e informarle sobre su situación de salud, cuidados y procedimientos a seguir para su tratamiento; por otro lado, en cuanto a la opinión de los médicos, se nota un cierto nivel, no óptimo, de conocimiento sobre la institución en general y sobre sus funciones específicas en particular; aspectos relacionados con el sentido de pertenencia y motivación para potenciar su desempeño y trabajo en equipo, han sido calificados en términos aceptables. En general, se requiere potenciar algunas dimensiones relacionadas con la percepción de la atención del servicio y su nivel de satisfacción, entre las que se menciona preferentemente aquellas que facilitan el establecimiento de una relación humanizante y personalizada, tales como la empatía, la fiabilidad y la capacidad de respuesta, principalmente, que permitan mejorar la comunicación interpersonal y la relación médico-paciente.

Palabras Clave: comunicación intrahospitalaria, relación médico-paciente, satisfacción del usuario, atención en servicios de salud, comunicación interpersonal

Abstract

Within the current context which includes health services, the mainstay is the relationship between the patient and the specialist who provides medical care; with the intention of establishing the importance of interpersonal communication in the patient-physician relationship and how this interferes indirectly on the health of the people, a quantitative, correlational, cross-sectional, prospective study was conducted with the participation of 91 patients during the months of January to June 2017 and 20 doctors of the Hospital of the city of Loja SOLCA. The results showed, by patients, a high satisfaction with regard to the information they receive about scheduling medical visits and the use of non-medical terms for a better understanding of the requirements, but were assigned a low qualification to factors related to the willingness to listen to the patient and inform you on your state of health, care and procedures to follow for their treatment; on the other hand, as to the opinion of doctors, it shows a certain level, not optimal, knowledge about the institution in general and their specific functions in particular; aspects related to the sense of belonging and motivation to enhance their performance and teamwork, have been qualified on acceptable terms. In general, it requires some dimensions related to the perception of the attention of the service and their level of satisfaction, among which mention preferably those that facilitate the establishment of a humanizing relationship and custom, such as empathy, reliability and response capacity, mainly, that improve interpersonal communication and the physician-patient relationship.

Keywords: Hospital communication, doctor-patient relationship, user satisfaction, care services, health, interpersonal communication

Introducción

En la actualidad, de acuerdo a los avances tecnológicos, los tiempos modernos y las directrices que encaminan a un mundo basado en nuevos procesos diagnósticos médicos, en los cuales es primordial y fundamental el tratamiento oportuno y efectivo de una patología que influya directamente en el bienestar bio-sico-social del paciente, se ha descartado, sin continuar dicha brecha esencial, que se basa en las relaciones médico y paciente que permite, de una forma única, poderse proyectar y alcanzar el objetivo que tiene el profesional de la salud, que es el de vincularse de forma psico-afectiva para que exista un adecuado diálogo e interpretación de los factores y sucesos, que acarrea todo el complejo proceso de prevención y curación de lo que se podría llamar enfermedad que distorsiona la naturalidad del diario vivir.

La interacción del médico con su paciente, es una de las tantas modalidades que utiliza el hombre en las relaciones interpersonales en general; ésta permite al enfermo poder satisfacer el deseo y necesidad de salud y, al médico, cumplir con una de sus expectativas o funciones sociales más importantes (M. A. Rodríguez, 2008). Teniendo sus inicios desde la misma historia y creación de la medicina, en la cual se pueda recordar la memoria histórica del ser humano, desde sus cimientos se confundía, preponderantemente, por falta de cultura científica si se podría llamar así, en una relación angustiosa y mítica que provenía del doliente que necesitaba las acciones y palabras trascendentales que eran a veces del conocido hechicero, mago, brujo, instrumento de dioses, o simplemente aquella persona con conocimientos ancestrales que podía ejercer influencia directa en la vida o muerte de aquel ser; necesitado de compasión por su ente similar.

Es así que surge la necesidad de analizar todos los elementos que intervienen en una relación médico-paciente, como forma de establecer el punto de partida para proveer la asistencia médica adecuada, con calidad, elemento necesario para un efectivo diagnóstico y conveniente tratamiento para superar la dolencia o enfermedad de la persona; los resultados de este estudio se presentan con la siguiente estructura:

El capítulo I presenta una primera aproximación al tema de la relación médico-paciente, en donde se destaca algunas teorías y principios presentados por algunos expertos; en el capítulo II se incluye experiencias de estudios e investigaciones similares, con el fin de establecer un punto de partida para proponer una solución, cuidando de respetar las normativas legales establecidas en este campo de estudio; el capítulo III abarca temas sobre la metodología aplicada para recoger información, así como el análisis de resultados; el capítulo IV contiene la propuesta de intervención orientada al mejoramiento de la relación médico-paciente a través de un sistema de comunicación ágil, oportuna y efectiva. Finalmente, se presenta algunas conclusiones y recomendaciones orientadas a la solución del problema planteado.

Antecedentes

En los últimos 25 años, la relación médico-paciente ha tenido mayor relevancia ya que además de que la población, con un mayor acceso a la información médica a través de la tecnología, hace que sea más culta, más crítica y requiera una atención y comunicación más personalizada (Celedón, 2016).

La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y por lo tanto de la ética médica. La Declaración de Ginebra exige al médico *velar ante todo por la salud del paciente* y el Código Internacional de Ética Médica estipula:

“El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos” (Williams, 2015, p. 36).

Esto rige en todo el mundo por igual, aún en países donde el avance tecnológico se encuentra desarrollado y son pioneros respecto a otros; pero es muy evidente la inexperticia en el campo de la comunicación y la relación estrecha que debe existir entre los autores principales de la relación para la cura y prevención de enfermedades, llegando tan solo al objetivo de diagnosticar dicha patología, sin tomar en cuenta la barrera u obstáculo subjetivo que existe entre el médico y el paciente, pudiendo esto ser el detonante principal para que exista un inadecuado diagnóstico o manejo clínico o quirúrgico que podría acarrear resultados peores, y obtener algo no deseado que hasta pudiera comprometer la salud y vida de aquel ser humano que fue en búsqueda del alivio de su dolor y malestar. Cabe indicar que la comunicación médico-paciente es básica para obtener una anamnesis real y es una herramienta para que esa relación sea perdurable y productiva (Sánchez & Contreras, 2014).

Por lo mencionado anteriormente y con base en los conocimientos logrados durante el desarrollo de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud y en combinación con la experiencia adquirida en el ejercicio profesional, se ha buscado contribuir de manera positiva en el mejoramiento de la comunicación interpersonal médico-paciente a lo interno del Hospital de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) de la ciudad de Loja.

Planteamiento del Problema

La importancia de la comunicación entre el médico y su paciente, es la esencia de la práctica en la atención diaria de la consulta médica. Investigar la influencia de la comunicación interpersonal hospitalaria entre el médico y el paciente del

Hospital de SOLCA de la ciudad de Loja es la parte fundamental para iniciar un cambio rotundo en la atención médica dentro de la institución.

Como en toda profesión que el hombre ejerce en la vida diaria y en la que involucra relacionarse con otra persona, dentro del aspecto de la medicina humana, es aquella que tiene mayor responsabilidad tanto social como humanística y a su vez aquella relación que va más allá de lo físico, patológico, anormal, inexplicable; también se agrega el carácter de lo emocional, psicológico, anímico y el carácter cultural, ancestral, místico, doliente, etc., que abarca o se relaciona estrechamente en sus dos puntos fundamentales, que es la vida y la muerte.

Por tal motivo, se hace imprescindible fortalecer la relación que debe existir entre la persona necesitada de ayuda, que es el paciente, con la persona que tiene la responsabilidad en sus manos de tratar de realizar lo humanamente posible en calmar esa queja y dolencia que distorsiona por completo la vida normal de aquel ser vivo.

En el Ecuador, al igual que otros países, los servicios de la salud son un parámetro de suma importancia dentro de la estructura social de un país, y debe ser obligatorio conceder el derecho, para cualquier persona, de recibir una atención de salud de calidad y calidez, ya que independientemente del avance de la tecnología, la relación (M. J. Hernández, 2013) médico-paciente sigue siendo el núcleo de la práctica médica y asistencial. No es absoluta la condición de contar con una adecuada infraestructura, tecnología, material y profesionales de salud que laboren en una institución u hospital para que haya una adecuada atención, sino que repercute en múltiples factores intrínsecos que hacen que este tipo de profesión sea compleja y única entre las demás. Ya que la relación que debe existir, entre el médico y el paciente, es imperceptiblemente complicada, ya que, aunque no se

admita, va mucho más allá del sentido profesional e involucra ambas entidades en el aspecto bio-sico-social y no tan sólo el aspecto físico, para resolver conjuntamente la problemática que se presenta en aquel instante.

La comunicación interpersonal intrahospitalaria entre médico y paciente es el principio del todo, por tanto, es necesario reconocer la importancia que radica en verificar que se cumpla a cabalidad cada paso fundamental para que esta comunicación sea satisfactoria, no por el simple hecho de llegar al diagnóstico, sino para contribuir al alivio de la dolencia y a mejorar la calidad de vida del paciente, estableciendo una relación de confianza para compartir información importante que sirva de apoyo para continuar con los siguientes pasos a realizar dentro de los diferentes aspectos de tratamiento de una enfermedad.

Formulación del Problema

¿Puede verse afectada la relación del médico con el paciente a causa de la comunicación interpersonal?

Justificación

La relación médico paciente, es uno de los principales y más importantes determinantes para lograr una atención de calidad y por consiguiente la satisfacción en el paciente, la cual en muchas instituciones se ve deteriorada no solo por la escasez de tiempo y recursos económicos, sino también por la falta de capacidad del facultativo de interactuar con el paciente ofreciéndole un trato humanista y enfocado en resolver sus necesidades, no sólo de tratamientos farmacológicos sino de atención y de información.

Las diversas circunstancias que se observan en la sociedad actual, el cambio tecnológico y político que vive el país, además de una mirada directa hacia las condiciones de atención médica, atraen críticas constantes de un medio conflictivo

y evolutivo, que exigen una asistencia médica de calidad que satisfaga la demanda exorbitante en hospitales, centros médicos y unidades de salud en general, tanto público como privado.

En Ecuador son pocos los estudios realizados en los cuales se evalúa la importancia de la empatía en los médicos relacionada con la satisfacción del paciente, convirtiéndose éste en un tema de gran importancia para conocer el panorama actual de estos aspectos en el ambiente hospitalario, donde existe en mayor medida el contacto estrecho entre el médico y el paciente, concretamente en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Loja.

A partir de este análisis se pretende fomentar el ímpetu de otros investigadores para iniciar estudios más profundos respecto al campo médico, y especialmente en lo que respecta a la relación del médico y el paciente, y cómo desarrollar mejores métodos de comunicación para, a su vez, elevar el nivel de atención que se ofrece a través de los diferentes servicios de una institución de salud junto al profesionalismo, conocimiento y ética que debe tener cada médico dentro de su ámbito laboral.

Con este estudio se pretende, además, resaltar la importancia de establecer una adecuada comunicación que genere la seguridad y confianza en el trabajo que realizan los profesionales de la salud y que se vea reflejada en la respuesta del paciente ante los diferentes tratamientos a los que debe someterse para superar sus dolencias, ya que no puede existir un adecuado diagnóstico y manejo de cierta patología, o recuperar el estado de salud por completo de una persona, si desde un inicio no existió confianza y comunicación entre estos dos entes que surge por motivo de un desequilibrio de su régimen de vida natural.

El presente proyecto está enmarcado en la línea de investigación *Comunicación Interpersonal Hospitalaria* establecida por la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud, del Sistema de Posgrado de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Preguntas de Investigación e Hipótesis

La investigación aclara dudas y preguntas que obliga y establece algunas pautas de gestión y comportamiento del médico, como una profesión que tiene estrecho contacto con las personas y a su vez el estado subjetivo y objetivo de los mismos, a poner énfasis en lo referente a la confianza que debe plantearse y mantenerse entre el profesional médico y sus pacientes, así como la imagen de seguridad en la toma de decisión que proyecta el profesional de la salud; por ello, surgen preguntas e hipótesis que serán revisadas a través del análisis de teorías, principios y opiniones resultantes del trabajo de campo.

Pregunta de Investigación

¿La comunicación interpersonal puede influir en la relación del médico y el paciente?

¿Puede influir la percepción sobre la atención recibida en la satisfacción del paciente?

Hipótesis

La insuficiente comunicación interpersonal genera distanciamiento entre médico y paciente en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Loja.

Variable independiente Insuficiente comunicación interpersonal

Variable dependiente Distanciamiento entre médico y paciente

Objetivos

Las actividades investigativas están orientadas para alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivo General

Identificar los factores que pudieran afectar la comunicación interpersonal hospitalaria, con el fin de proponer mejoras que lleven a una adecuada relación médico-paciente en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Loja.

¿Puede verse afectada la relación del médico con el paciente a causa de la comunicación interpersonal?

Objetivos Específicos

- Realizar un diagnóstico de la comunicación interpersonal hospitalaria, con la participación de médicos y pacientes, con el fin de identificar los factores que intervienen en este proceso.
- Establecer necesidades de mejoramiento de los diferentes factores que intervienen en la relación médico-paciente, de manera que facilite la interpretación de deberes y derechos por parte de los usuarios del servicio de atención médica intrahospitalaria; y,
- Diseñar estrategias que contribuyan al mejoramiento de la comunicación interna, que faciliten la participación directa del paciente en la identificación de su patología y la toma de decisiones en cuanto a tratamiento y recuperación.

Capítulo I

Marco Teórico

Para establecer el punto de partida de esta investigación es necesario identificar algunos elementos que intervienen en el proceso de la comunicación como base para el desarrollo de las personas de manera individual y grupal, así como el tema de la relación del médico con el paciente y sus efectos en la superación de la enfermedad o dolencia, en lo que cabe. Por ello, en este capítulo se presenta algunas opiniones y teorías que abarcan el este estudio, así como ciertas conceptualizaciones.

El proceso de la Comunicación como Base para las Relaciones Humanas

La comunicación, término proveniente del latín *communicare* que quiere decir *compartir*, es entendida como un proceso que permite establecer una relación entre actores; puede darse a través de diferentes formas: escrita, hablada, digital, con imágenes y/o gestos, etc., facilitando una interacción básica que adopta un propósito y un sentido según quien lo procese y lo experimente y que, bien utilizada, puede inducir al desarrollo interpersonal, grupal organizacional, masivo, social (Dávila & Arceluz, 2018; López, 2018). Así, la comunicación permite el intercambio de información, discusión, negociación, solución de problemas, convirtiéndose en una herramienta de supervivencia (Fajardo, 2009; Yang, Saladrigas, & Torres, 2016) y a la vez de influencia y modificación de comportamientos.

La comunicación interpersonal tiene total trascendencia para el ser humano, como elemento basado en reglas de coexistencia, que incide en las relaciones que establece con el resto de los integrantes del entorno en el que se desenvuelve

(Espinoza, 2003), para satisfacer determinados objetivos en un tiempo y un espacio concretos.

La comunicación interpersonal se enfoca en la persona, relegando a un segundo plano la información ajena a la persona misma; es esta interdependencia entre el emisor y el receptor de la comunicación el rasgo más característico de la comunicación interpersonal, que coloca a la materia prima de la comunicación que es la construcción de sentido dentro de los marcos de los procesos de personalización, intimidad, empatía y confianza, sustituyendo con ello el qué por el cómo del sentido. (Romeu, 2015, p. 197).

La comunicación, de acuerdo con Koontz, Weihrich, y Cannice (2012) se genera de tres momentos esenciales: el *emisor* tiene una idea de lo que quiere informar y, mediante códigos, traduce su pensamiento a un conjunto de términos contextualizados, lo que da origen el *mensaje* que se transmite por diferentes canales, formas y medios. Dicho mensaje el *receptor* lo recibe lo decodifica a sus propios pensamientos y luego se genera la comprensión del mensaje. En todo este proceso intervienen las condiciones en las que se genera la comunicación y la necesidad de retroalimentar para confirmar si lo comprendido corresponde a lo informado.

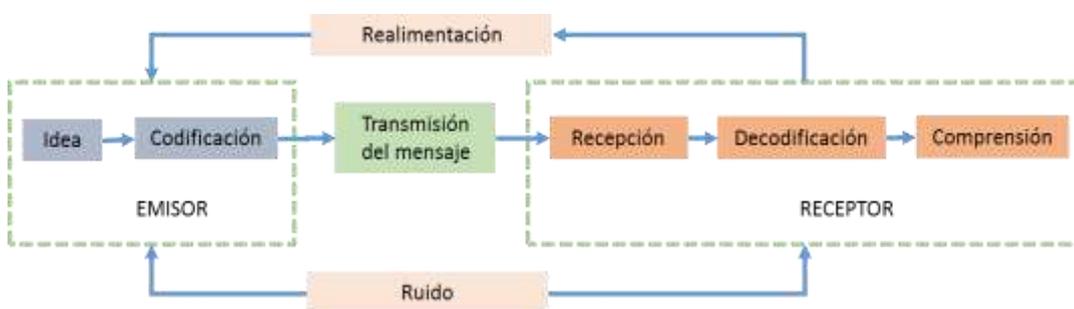


Figura 1. La comunicación: componentes esenciales. Tomado de Koontz et al. (2012, p. 457)

En el área de la salud este proceso adquiere una singular importancia, en donde se establece una relación directa del profesional médico y pacientes o

usuarios del servicio; de la calidad de la comunicación que se establezca va a depender la seguridad, confianza y continuidad del tratamiento por parte del paciente o sus familiares; por ello es que “para poder ofrecer servicios de alta calidad los/as profesionales de salud deben tener capacidades mínimas de comunicación interpersonal debido a que ello determinará las consecuencias de la interacción” (Espinoza, 2003, p. 10).

De acuerdo con Koontz et al. (2012), existen algunas barreras que pueden afectar a la comunicación y dañar las relaciones interpersonales:

- **Falta de planeación** de lo que se va a comunicar lo que induce a expresar las ideas en desorden o a través de los canales no apropiados para lo que se requiere comunicar;
- **Supuestos establecidos** con respecto a una transacción, esto es, asumir condiciones que no están realmente establecidas ni declaradas lo cual genera confusión y pérdida de la credibilidad;
- **Distorsión semántica** que conduce a la ambigüedad en la apreciación de las ideas;
- **Mensajes mal expresados** utilizando palabras no adecuadas;
- **Interferencias en la transmisión** y la **mala retención** de la información lo que obliga a la repetición del mensaje;
- **Atención deficiente** y evaluación prematura que puede surgir a causa de que los receptores están atentos a sus propios problemas y no se vinculan con el tema lo que conduce a juzgar sin comprender y se hacen juicios precipitados afectando las relaciones interpersonales.

La buena comunicación requiere de esfuerzo y voluntad para transmitir información y estar disponible para su retroalimentación efectiva.

Generalidades sobre la Relación del Médico con el Paciente

La historia de la relación entre el médico y el paciente es más antigua que la medicina misma. Cuando esta última se encontraba en sus inicios, ya se establecía una relación entre el hombre enfermo y aquel otro responsabilizado por un imperativo social: el restablecimiento del bienestar y la salud del que se enfermaba (chamán, sacerdote u otros) (Romeu, 2015). Es posible descubrir referencias sobre la relación del médico y el paciente en casi todas las civilizaciones antiguas con las ideologías místicas dominantes, que veían al médico como un representante de los dioses. Se consideraba que dicha relación había sido engendrada en el cielo y que era tan antigua como los dioses mismos (Cañas & Proaño, 2017).

La relación existente entre el médico y su paciente era ya desde entonces un incalculable agente terapéutico utilizado, aun con todo el empirismo y la ausencia de conocimientos científicos que es posible imaginar en los hombres de tan remota época. En todas las civilizaciones antiguas los métodos subjetivos han sido de mucha ayuda en la mejoría anímica del paciente. En las poblaciones del antiguo Egipto se le concedía gran importancia al relato del enfermo, que exponía no sólo los síntomas subjetivos, sino también las causas a las que atribuía su enfermedad. No se debe pasar por alto tampoco a grandes filósofos, tan importantes como fueron Sócrates, Platón y otros que plantearon que no se podía intentar la curación del cuerpo sin pretender la curación del alma (M. A. Rodríguez, 2008).

El reconocimiento del valor de la relación médico-paciente y su importancia desde el punto de vista psicológico, está entroncado gnoseológicamente con el reconocimiento del valor de la visión integral del hombre. Es por eso que la escuela hipocrática, con un sentido crítico y actitud escéptica, fue vista como primer intento válido para asumir a la “estructura humana sin una relación directa con la divinidad,

el castigo o el pecado” (De Posada, Rodríguez, Broche, & Cobo, 2013, p. 744), estableciendo los fundamentos de la medicina moderna como arte basado en la observación exacta y como ciencia como parte integrante del hombre y la naturaleza (Osler, 2016), insistiendo en que el hombre no es sólo un ente físico, sino un conjunto inseparable con lo psíquico y su énfasis en la importancia del medio ambiente y de la relación médico-paciente, lo que constituye un hito decisivo en el desarrollo científico de la medicina (M. A. Rodríguez, 2008).

La relación médico-paciente es una oportunidad que permite al paciente expresar su agrado o desagrado, su acuerdo o desacuerdo con la atención recibida, pero también se le puede considerar como una variable, que nos permite distinguir al grupo de médicos que están satisfechos o insatisfechos con su actividad profesional. (Casanova, 2017, p. 48).

El respeto y la igualdad de trato

La creencia de que todos los seres humanos merecen respeto e igualdad de trato es relativamente reciente. En la mayor parte de las sociedades, el trato irrespetuoso y desigual de las personas y grupos era aceptado como normal y natural. La esclavitud fue una práctica que no fue erradicada en las colonias europeas y en Estados Unidos hasta el siglo XIX y todavía existe en algunas partes del mundo. El fin de la discriminación contra las personas no blancas en países como Sudáfrica es mucho más reciente.

La mujer todavía es víctima de falta de respeto y de trato desigual en la mayoría de los países. La discriminación por edad, discapacidad u orientación sexual es generalizada. Es claro que existe una gran resistencia a la afirmación de que todas las personas deben recibir un trato igual, además de que, en cualquier

discriminación y distinción racial, se trata siempre también de relaciones de poder (Knauth, 2014).

La profesión médica durante mucho tiempo ha tenido opiniones algo problemáticas sobre la igualdad y los derechos de los pacientes a lo largo de los años. Por un lado, mediante la Declaración de Ginebra de 1948, actualizada al 2006, al médico se le ha dicho: “No permitiré que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente” (Cabo, 2014, p. 486). Al mismo tiempo, los profesionales médicos han reclamado con justo derecho, el rechazo a un paciente, salvo en los casos de emergencia.

Aunque los fundamentos legítimos que se puedan utilizar para dicho rechazo se incluye una práctica completa, a veces por una falta de directrices educacionales y de especialización, si el médico no tiene que dar una razón por el rechazo de un paciente, puede fácilmente practicar la discriminación sin éste llegar a ser considerado responsable. La conciencia del médico, antes que la legislación o las autoridades disciplinarias, puede ser el único medio de evitar los abusos de derechos humanos en este respecto (Williams, 2015).

El trato igualitario a las personas que requieren de atención en salud, se ha visto opacada a causa de la percepción de discriminación, que se entiende como el comportamiento del profesional de la salud que responde a prejuicios o creencias propias o del entorno y que provoca consecuencias negativas en quien es discriminado lo cual puede llevar a reacciones no estables y a evitar el uso de los servicios médicos, todo como respuesta a que las “personas que son víctimas de discriminación atribuyen este fenómeno a diferentes causas, entre ellas, a su etnia,

nivel socioeconómico, género y/o orientación sexual” (Ortiz, Baeza, Salinas, Flynn, & Betancourt, 2016, p. 1270) haciendo que su malestar avance y no se busque una solución médica.

Bioética

La medicina, en las últimas décadas, ha ido evolucionando aceleradamente y en función de las necesidades de las comunidades y las personas; así mismo ha ido cobrando importancia la relación del médico con su paciente que, en occidente y durante muchos siglos, estaba signada por el paternalismo médico ya que era el profesional de la salud quien decidía por el paciente según la dolencia detectada, no solamente por el desconocimiento de éste sobre su patología sino también porque consideraba que no tenía capacidad de juicio para la toma de decisiones (Mendoza, 2017).

Hoy por hoy, la relación se da en diferentes momentos: el cognoscitivo que integra el diagnóstico por parte del médico y la comprensión por parte del paciente; el afectivo en donde intervienen las emociones y sentimientos propios de esta nueva relación; el operativo relacionado con la conducta y los procedimientos de atención; el ético, que incluye el respeto a las normas que regulan el comportamiento del médico en el ámbito de esta relación; el histórico-social, que se vinculan con los aspectos sociales del doctor, del usuario, de la enfermedad y la propia relación entre estos elementos. La ética médica y profesional es un paso fundamental para ejercer con total libertad y desinterés la actividad médica, ya que es esencial antes de ser un buen profesional, primero es el carácter humano, y las directrices que esto representa para proyectar un carácter diferente y mejorado respecto a la profesionalidad del médico, también esto indica la bioética al momento de la comunicación entre el paciente y el médico, por lo que existe una sinceridad

efervescente sobre el estado de salud del mismo, y a la vez una verdad real acerca los procedimientos acontecer en un futuro, y dando una estabilidad sincera al ser humano, que desea saber de forma existencial sobre su estado de salud, y hacia donde se dirige el mismo.

Y, es que la bioética es más que ética médica. Se trata de una disciplina que reconoce, desde alrededor de los años 70 “a) el carácter cada vez más científico de la medicina; b) el enorme avance de las tecnologías médicas, y c) la socialización de la atención de la salud” (Rotondo, 2017, p. 241), con ello se buscaría la orientación de la atención no solamente a la enfermedad sino también al paciente, aprovechando el avance tecnológico que facilita la atención, diagnóstico, prescripción, tratamiento, corrección y diseño de oportunidades para un mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes; finalmente, manteniendo nuevas formas de relación del médico y su paciente, con tinte humanizado y personalizado.

Entonces, si bien la bioética se define casi exclusivamente como la ética médica, no se limita a ella. La ética médica, en su sentido tradicionalista, se dedica a los problemas relacionados a los valores que surgen del vínculo entre el médico y el paciente (Gorrita, 2008). La bioética constituye un concepto más extenso, expresado en cuatro aspectos importantes (P. Ramos, Arenas, & Santos, 2015):

- Abarca los problemas relacionados con los valores que surgen en todas las profesiones relacionadas en el ámbito de la salud, incluso en las profesiones *afines* y las vinculadas con la salud mental.
- Es aplicada a las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento en sus diferentes ambientes, independientemente de que influyan o no de forma directa o indirecta en la terapéutica médica.

- Aborda diferentes cuestiones sociales.
- Se dirige más allá de la vida y la salud humanas, en tanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas.

El panorama actual es muy diferente al de otros tiempos, la relación médica más sencilla y simple se ha convertido en autónoma y carente de emociones. Los factores de la relación entre el médico y su paciente pueden reducirse a tres: el médico, el enfermo y la sociedad. Cada uno de ellos tiene una importancia moral específica. El enfermo actúa siguiendo un principio moral de la autonomía; el médico, por el de beneficencia, y la sociedad, por el de justicia. De forma natural, la familia se rige, en relación con los sucesos presentes en el entorno del enfermo, por el principio de la beneficencia; en tanto que la dirección del hospital y las leyes tendrán que mirar, sobre todo, por salvaguardar el principio de la justicia. Siempre es necesario tener presente los tres principios fundamentales, ponderando su peso en cada situación concreta (M. A. Rodríguez, 2008).

En conclusión, la bioética “incluye todos aquellos problemas éticos que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales”(Murillo, 2014, p. 1), esto es, establece relaciones entre diferentes campos disciplinares tales como la biología, medicina, filosofía, química, derecho, antropología, sociología, entre otros.

Tecnología

El proceso evolutivo del ser humano indujo a una creciente preocupación por el uso de la nueva tecnología; en la década del 50 el desarrollo de una nueva técnica informática comenzó a invadir, de manera progresiva, el campo de la práctica médica (Ceriani, 2014).

Es evidente que los avances científicos y tecnológicos dentro del ambiente de la medicina han conllevado a nuevas posibilidades, nuevos problemas y nuevas contradicciones. Actualmente, tanto especialistas radiólogos como analistas se quejan del aumento de peticiones de análisis y diagnósticos, la mayoría de ellos injustificados. Los problemas que se plantean por el uso indebido de tecnologías diagnósticas son de varios tipos: utilización de pruebas cuando ninguna o algunas de ellas son innecesarias, excesivo número de exámenes varios de los cuales son superfluos, y empleo de pruebas de escaso rendimiento, cuando hay otras disponibles para el mismo fin que son más eficaces y de menor costos (M. A. Rodríguez, 2008).

Por otro lado, es de destacar que en el campo de la salud las tecnologías se convierten en herramientas que facilitan la comunicación con la intención de ofrecer información relativa al mejoramiento de la salud y del bienestar de las personas (García, Navarro, López, & Rodríguez, 2014); sin embargo, estas herramientas pueden hacer perder aquello tan anhelado, lo cual se trata de una mejor interacción médico-paciente y con ella se conduciría a perder algunos elementos humanizantes tales como “la preocupación del paciente, conciencia de la preocupación del paciente y sentimientos positivos, cordialidad, amistad”(M. J. González & Herrera, 2007, p. 5).

Modelos de Comunicación

A medida que pasa el tiempo, la tecnología se ha ido perfeccionando y su uso es aplicable a distintos campos disciplinares, estableciendo facilidades en la obtención de la información y el manejo de la comunicación, haciéndolo todo más complejo en lo que a la interacción humana se refiere (R. González & Cardentey, 2015). En lo que se refiere a la relación médico-paciente existen cuatro modelos de

comunicación puestos en práctica, los cuales se evidencian a continuación (I. Hernández, Fernández, Irigoyen, & Hernández, 2006):

- Modelo de las tres funciones del médico: que se define en recolectar información, responder de forma asertiva a las emociones de su paciente y educar e influenciar de forma positiva la conducta del paciente para su mejor manejo.
- El modelo clínico centrado en el ambiente del paciente: el cual dispone que la experiencia del enfermo se moviliza cada vez más a niveles más abstractos, que es necesario poder comprender la significancia y su relevancia de la enfermedad del paciente y también sugiere una comprensión compartida del médico y paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo. Es una exigencia para el médico que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación existente entre el sufrimiento y la vida del paciente. Dicha estructura implica en primer lugar, considerar que cada paciente es único, en segundo lugar que el médico debe tener apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, a pesar de que algunos de ellos pueden resultar *conflictivos*, y en tercer lugar, considerar que se debe tener destreza y actitud mental en el proceso de escucha, para captar las expresiones verbales y no verbales del paciente, así como entender que el trato de persona a persona se basa en la confianza y el compromiso bilateral de los entes involucrados.
- El modelo de abordaje sistémico familiar y la relación para el cuidado del paciente, que se encuentra desarrollado desde una óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas, considera tres principios

propuestos: a) que la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y la enfermedad, b) deja de ser válida la ilusión de una diada en la atención médica, para convertirse en un grupo terapéutico constituido por el médico, el paciente y la familia, en donde esta última es considerada como un factor fundamental para obtener buenos resultados y c) que la mayoría de enfermedades y desórdenes de salud son el resultado de una interacción compleja y de diversos factores, y; que afecta al paciente en diferentes niveles y no sólo en la relación médica.

- El modelo del autoconocimiento del médico: el cual es parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos y entienda su importancia, puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos con los pacientes, sin embargo, el autoconocimiento no deberá significarse en un fin en sí mismo, sino servir de medio o de vía para ser más acorde y gratificante con la experiencia del paciente y mucho más sencillo la evolución y fluidez del mismo.

Como se puede observar, en todos los modelos se resalta la importancia de interrelacionarse adecuadamente con el paciente, para lo cual se requiere de una forma estricta, una buena capacitación del clínico en habilidades comunicativas y expresivas para el mejor manejo de aquellos fenómenos identificados y que pueden suscitarse en el trabajo cotidiano con los pacientes.

Dentro de las habilidades que requiere el médico para desempeñarse bajo el método centrado en el paciente, se encuentra la de escuchar en forma activa, lo cual obliga y se incentiva escuchar con una concentración intensa y total. No tan sólo tratar de escuchar el significado literal de las palabras en aquel contexto, sino el significado real de las expresiones, que implica responder activamente de forma tal

que revele las expresiones del médico, las intenciones e impartir la confianza que se tiene (Bravo, Contreras, Perestelo, Pérez, & Málaga, 2013).

Así, lo que se denomina escuchar activamente, se convierte en un requisito esencial adicional para mantener la comunicación en los planos verbal y no verbal, pero también para mantenerla en un nivel afectivo que permitiera comprender el verdadero significado de la enfermedad para el paciente, y la expresión abierta de sus sentimientos, lo cual refuerza en su contexto que la comunicación y el sentido humanístico del médico son cualidades muy valoradas por parte del paciente (I. Hernández et al., 2006); entre las formas de comunicación están la “verbal por medio de la palabra, gestos, expresiones faciales, tacto al realizar el examen y al utilizar instrumentos” (Casanova, 2017, p. 44).

Características Esenciales de la Relación entre el Médico y su Paciente

La relación interpersonal que se coloca de manifiesto desde hace mucho tiempo, pero sólo en la etapa actual se ha interiorizado en el estudio científico de todos los factores y características que la constituyen. El médico y el paciente son los factores indispensables que la provocan y cada uno de ellos aporta de una forma esencial e importante a la misma sus características de personalidad, vinculadas con la enfermedad y propiciando que cada relación tenga características generales y a la vez muy particulares, pues, existen enfermos y no enfermedades por así decirlo, tomando en consideración su importancia (Mejía & Romero, 2017).

Es importante por lo tanto conocer las especificaciones de las características que existen entre la relación del médico y su paciente, que se comportan de forma irrepetible y singular en cada encuentro diagnóstico, donde hay vínculo del médico con cada uno de sus pacientes que son las siguientes: características de los participantes, sus propósitos, la posición que ocupan en la relación, sus estados

afectivos, la defensa a la autoestima y la comunicación, las mismas que fueron propuestas, ya en su primera versión en 1979, por el prestigioso psiquiatra cubano Ricardo González Menéndez, en su libro *Psicología para médicos generales* y que son criterios que se mantienen hasta la actualidad. Los elementos necesarios para establecer una buena relación médico-paciente, se muestran en la Figura 2.



Figura 2. Buena relación médico-paciente. Adaptado de Casanova (2017)

Retos de la Medicina en el Ámbito de la Relación Interpersonal

El avance del conocimiento del ser humano como ente de estudio hace que cada vez quienes ofrecen servicio de atención directa requieran mayor preparación, no solamente en su campo profesional sino también en el ámbito de las relaciones humanas. Por ello es que el avance de la tecnología puede afectar al quehacer médico porque de una u otra forma se *automatizan* y no se detienen a pensar en que bien se puede estar ejerciendo la medicina de forma alejada a la ética conduciendo, inclusive, a una pérdida de valores que afectan la relación médico paciente,

afectando no solamente a la credibilidad en el profesional médico además de la institución en la que éste sirve.

Por tanto, uno de los retos del médico es *integrar los valores humanistas y los contenidos científicos* con el fin de poder realizar un análisis ético de la situación del paciente y establecer un equilibrio entre lo científico, lo tecnológico y el trato humanizado del paciente (Mejía & Romero, 2017).

Otro reto se constituye en el *análisis y reflexión crítica de todos los procesos de salud*, en los diferentes escenarios en los que esto se desarrolle, dado que se requiere que el paciente sea partícipe directo de su recuperación, tomando en consideración los momentos desde que identifica su malestar y busca ayuda, solicita atención, se informa y, con derecho a la toma de decisiones sobre su salud, reconoce su responsabilidad compartida con el médico para solucionar su requerimiento (Sánchez & Contreras, 2014).

Se requiere también que la relación médico-paciente se mantenga en un *modelo de tipo deliberativo*, esto es, dejar atrás el modelo tradicional paternalista y pasar a establecer una relación de comunicación continua, con base en el respeto de los derechos del paciente, derecho a expresarse, derecho a ser escuchado, derecho a ser informado.

La Percepción del Paciente como Elemento de la Relación con el Médico

Lo que tiene que ver con la relación médico-paciente afecta directamente al paciente y presenta consecuencias de percepción del nivel de satisfacción sobre la atención recibida; ello hace que el paciente se adhiera enseguida al tratamiento propuesto o se sienta reacio a aquello. Por otro lado, para el médico, sentir que ha ofrecido un buen trato y atención le resultará cierta experiencia placentera que influirá en sus consultas posteriores.

En toda institución que ofrece un servicio de salud debe tenerse en cuenta la importancia del sentir del paciente y la percepción de éste con respecto a si recibió aquello que fue a buscar en el centro o institución de salud. Hay muchos elementos que influyen en la percepción de satisfacción del usuario, los más importantes y que son incluidos en algunos modelos de evaluación de la calidad en la atención de salud, son: la empatía o capacidad de ofrecer un servicio con calidez, el ofrecer soluciones óptimas porque se reconoce la necesidad del paciente; la fiabilidad que consiste en desempeñar sus funciones de manera precisa; la capacidad de respuesta relacionada con la prontitud en otorgar la atención solicitada; la seguridad o confianza que sea infunde al ofrecer el servicio, demostrando capacidad y experiencia (Mena, Soliz, & Cando, 2018).

Por todo lo anterior, y tal como lo asegura Casanova (2017, p. 48) “la percepción de la relación médico-paciente se correlaciona fuertemente con la satisfacción del usuario y del médico”. Por tanto, el desarrollo de las condiciones para ofrecer un buen servicio gratifica al médico y lo hace mejorar como persona, logra la confianza del paciente para adherirse al tratamiento establecido y logrando una mejoría (C. Ramos, 2008).

Marco Conceptual

Dentro del marco de la comunicación intrahospitalaria como elemento importante para establecer una relación armónica entre médico y paciente, cabe ofrecer algunas conceptualizaciones obtenidas desde diferentes fuentes y autores, cuyas afirmaciones asertivas se mantienen a través de los años y han dado paso a una diversidad de opiniones, pero siempre dentro del mismo ámbito interpersonal, empresarial, social, por tanto, humano; es así, que se ha tomado fuentes actualizadas

sin desdeñar las más antiguas consideradas significativas para efectos de este estudio.

En primera instancia están las diferentes definiciones propuestas al término *comunicación*. Tal como lo presenta Robbins y Coulter (2014, p. 480) se trata de un “proceso de transferencia y comprensión de significados” lo cual sustenta no solamente aquel paso de la información de un lugar a otro, sino que también se enfatiza en la comprensión de los significados, esto es, la aceptación y apropiación por parte de quien recibe aquello que se quiere transmitir, lo anterior es confirmado por Wehrich, Cannice, y Koontz (2017) quien asegura que la transferencia de la información se da “de un emisor a un receptor, siempre y cuando el receptor comprenda la información” (p. 472).

La comunicación implica “tanto la comunicación interpersonal (la comunicación entre dos o más personas) como a la comunicación organizacional, que son todos los patrones, redes y sistemas de comunicación que hay dentro de una organización” (Robbins & Coulter, 2014, p. 80); en cuanto a la *comunicación interpersonal* Espinoza (2003, p. 14) la define como “el intercambio, verbal o no verbal, cara a cara de información o sentimientos entre dos o más personas”;

En el ámbito de esta investigación la comunicación está directamente comprometida con la *relación médico-paciente* ya que es la forma “de expresión, en la que se reconoce al emisor/paciente, un canal de comunicación, la entrevista, el diálogo, y un receptor/médico, que en la dinámica propia se vuelve de doble vía, biunívoca, con un intercambio de información” (Fernández, 2005, p. 93); por su parte, Celedón (2016, p. 54) resalta que “la relación médico-paciente sigue siendo el pilar fundamental del ejercicio médico (aspectos distintos en cada época)”, a lo que Cuba y Campuzano (2017, p. 119) aseguran que el desarrollo de esta relación

“requiere el compromiso de quien provee la atención, respeto, compasión, empatía y confianza” con base “principalmente en mantener una verdadera comunicación y no un mero intercambio de información” (M. Á. Suárez, 2012, p. 71).

Otra forma de conceptualizar a la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente es concebirla como “el vínculo interpersonal que se establece con motivo de la prestación de la atención médica y que deberá caracterizarse por respeto mutuo, pleno reconocimiento de la autonomía, integridad y dignidad de las partes” (Secretaría de Salud, 2016, p. 31); es aquí, en donde se requiere incluir otro término muy utilizado en esta relación médico-paciente, y es la empatía, definida “como los actos con los cuales se aprehende la vivencia ajena” (Donoso, 2014, p. 187) y tratándose de una “construcción dialógica multifactorial de la realidad (médico-enfermo-familia-sociedad) no solo exige ser técnicamente correcta, sino también emocionalmente adecuada, ya que no hay comunicación adecuada sin apoyo emocional” (Donoso, 2014, p. 190).

Cabe enfatizar que el manejo de la comunicación en el ámbito de la salud, involucra la ética como componente de la atención de pacientes, esto es, la bioética que ha sido conceptualizada ampliamente; entre algunas de las acepciones se tiene que la bioética “es la disciplina que humaniza y le da sentido a las ciencias biológicas” (Celedón, 2016, p. 51), que se establece mediante el “diálogo interdisciplinario entre ética y vida” (Hardy & Roveló, 2015, p. 80) y “trata de las cuestiones éticas relacionadas con la Medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales” (Secretaría de Salud, 2016, p. 82).

Por tanto, la comunicación interpersonal médico-paciente que es mediada por la ética en el manejo de la información, es considerada dentro del proceso de

atención al paciente que no es otra cosa que “otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, con competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud, sus expectativas y con costos razonables” (F. Hernández et al., 2015, p. 130), con miras a la resolución del problema y, por consiguiente, a la satisfacción del usuario; entendiéndose a la satisfacción como “una medida de los resultados de la atención y un predictor de fidelización del cliente” (Llanos, Rosas, Mendoza, & Contreras, 2001, p. 53) lo cual es confirmado por Gallardo y Reynaldos (2014), asegurando de que se trata de “lograr una adecuada medición de la calidad del servicio, que permita la toma de decisiones, con la finalidad de mejorar la calidad de éste” (p. 358).

En fin, dentro del ámbito de este estudio, se ha abordado diferentes aspectos estrechamente vinculados con la comunicación que se desarrolla entre el médico y su paciente, estableciendo una relación interpersonal que facilita, para el profesional de la salud, llegar a ofrecer la información relativa a la situación del paciente, así como las soluciones posibles; y, por parte de ese paciente, la confianza y la percepción de haber recibido la atención necesaria.

Capítulo II

Marco Referencial

Es importante reconocer que abordar las inquietudes del paciente o del usuario es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica; para el paciente que va a ser hospitalizado, la calidad va a ser percibida, en principio y principalmente, desde su interacción con el personal de salud, mediante parámetros tales como el tiempo de espera, el buen trato y servicio que se ofrece, la privacidad, la accesibilidad y facilidad de la atención y, sobretodo, de que obtenga el servicio que procura. La importancia de conocer la perspectiva del cliente con respecto a los servicios, ha ido creciendo paulatinamente desde la década de los ochenta.

Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al paciente por encima de todo, ellos ofrecen servicios que no sólo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades con respecto a otros aspectos tales como respeto, solidaridad, equidad y trato justo, facilidad para manejar información pertinente y oportuna. En términos generales, hablar de *calidad* en la atención médica involucra una variedad de actividades orientadas a garantizar “los servicios de salud accesibles y equitativos, con profesionales sumamente buenos y con los recursos disponibles para lograr la satisfacción del usuario con la atención recibida” (Berenguer, Mediaceja, & Montoya, 2014, p. 923).

En los momentos actuales se es competitivo como organización o como persona si se está entre los que, de acuerdo a criterios del mercado, proporcionan mayor satisfacción al cliente (Massip, Ortiz, Llantá, Peña, & Infante, 2008). De tal forma que la calidad de los servicios de salud pasa a constituir una exigencia que se extiende progresivamente desde una perspectiva tradicional centrada en la

institución a otra que incorpore la perspectiva de los pacientes y trabajadores de los servicios.

Experiencias de Comunicación Médico-Paciente en otros Países

Un estudio realizado en España en el 2014 (Estudio de Comunicación Salud, 2014), respecto a la comunicación entre el médico y paciente, lanzan los siguientes resultados, respecto a los médicos; son aprobados por características como la paciencia, confianza, empatía, comprensión, cordialidad y simpatía. La mayor calificación la obtiene la confianza, con una puntuación media de 4.1/5, aunque no hay mucha diferencia entre las percepciones. La menos puntada, la empatía (3.6/5): los pacientes y familiares sienten que el médico no se pone en su lugar. Quienes responden como pacientes dan calificaciones más altas que quienes lo hacen como familiares. Casi todos los entrevistados aseguran que prestaron atención al médico (99.2%), aunque sólo un 82.3% de ellos considera que aquél les prestó la atención que ellos juzgaron necesaria. El colectivo de pacientes ve menor grado de atención prestado por el médico que el de familiares: 5,5 puntos porcentuales de diferencia.

Por otro lado, en investigación realizada en un centro hospitalario de Santiago de Chile (Moore, Vargas, Núñez, & Macchiavello, 2011) se pudo comprobar que la apreciación y satisfacción de los pacientes en cuanto a la relación establecida con su médico ha cambiado y se considera que su porcentaje de reclamos es más baja en comparación con países de Estados Unidos. Esta disminución se considera que puede ser el resultado de una mayor capacitación de sus colaboradores médicos, además del reconocimiento de las diferencias culturales de los pacientes, y finalmente debido a la importancia que se da al hecho de proporcionar toda la información relativa a la dolencia o enfermedad de la persona que está siendo atendida.

En el sistema de salud colombiano se presenta también casos de dificultades en la relación médico-paciente. Al respecto, se consideró que todo parte del médico que debe tener una vida equilibrada y logre buenas relaciones sociales y emocionales de manera que pueda, con carácter moral de base, a inducir al paciente para que cambie sus hábitos de vida y, de esa manera se puede ir mejorando la comunicación interpersonal, ya que el establecimiento de la relación médico-paciente es importante para optimizar los servicios de salud, independientemente de la disponibilidad de recursos en el centro hospitalario (F. C. Suárez, 2016).

En general, la relación médico-paciente puede llegar a deshumanizar la medicina y eso es lo que hay que evitar, de manera que el médico atienda al paciente respetando sus costumbres culturales así como su autonomía y haciéndolo participe de la toma de decisiones a través de proporcionar toda la información necesaria, utilizando términos de fácil comprensión, todo ello, además de mejorar la comunicación interpersonal, ayuda a librar al médico de posibles situaciones de carácter jurídico y económico (Á. Rodríguez, Mardones, & Villarroel, 2012).

Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer

El Hospital de SOLCA es una Institución de derecho privado con finalidad de servicio público, creada con el propósito de efectuar la Campaña Nacional Contra el Cáncer en la República del Ecuador. Los objetivos de SOLCA se cumplen mediante una campaña orientada a planes de enseñanza e investigación cancerológica a fin de alcanzar sus metas de: Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Paliación de las enfermedades neoplásicas. SOLCA desarrolla su campaña por medio de una estructura sanitaria representada por Núcleos y Comités de amigos, que le permite desarrollar su actividad en la mayor parte del país (SOLCA, 2017).

Historia de SOLCA en Ecuador

Dentro de la historia se debe recalcar la conformación y creación que fue en el período de los años cuarenta, en el que el Dr. Juan Tanca Marengo, reconocido médico y humanista Guayaquileño, enfocado en el ámbito de la Salud Pública, y prestando un mayor enfoque a la gran incidencia de enfermedades cancerosas, forjó la necesidad de propagar conocimientos oncológicos a estudiantes de medicina y a los médicos en general, con el fin de que se establezcan campañas de prevención y tratamiento de éste padecimiento, por medio de la instauración de un Establecimiento dedicado a la Lucha Antineoplásica en el Ecuador. El 7 de diciembre de 1951, en conjunto con colegas y amigos la fundación de una de las obras de Salud Pública con mayor trascendencia nacional: como lo es SOLCA.

El 15 de octubre del año 1953, mediante decreto legislativo, se encarga a SOLCA la Campaña Antineoplásica en todo Ecuador, a través de métodos de enseñanza e investigación con el fin de prevenir, lograr una recuperación y alivio de las enfermedades neoplásicas.

El 20 de abril de 1954, SOLCA inaugura el primer Dispensario para brindar la respectiva atención a los enfermos de cáncer en Ecuador, con el nombre de “Instituto Mercedes Santistevan de Sánchez Bruno”, en honor de la benéfica que consignó un aporte económico al H. Junta de Beneficencia de Guayaquil. Posteriormente dicho edificio fue concedido a SOLCA. Inicialmente, estaba provisto de Servicios de Consulta Externa, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Laboratorio Clínico elemental, (el Instituto Nacional de Higiene prestaba servicios complementarios de laboratorio) Endoscopía, Servicio Social, Secretaría, Administración, y un pequeño espacio destinado para hospitalización del día. En el piso alto, se dispuso una sala para conferencias, que se empleó activamente con la

presencia de importantes especialistas tanto nacionales como extranjeros (SOLCA, 2017).

El Consejo Directivo Nacional de SOLCA acordó designar al nuevo hospital, *Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo*, a fin de honrar la memoria del ilustre médico fundador del hospital en la ciudad de Guayaquil.

Historia de SOLCA en Loja

Como fuente de la historia de SOLCA en Loja, se tomó información de su página web (SOLCA Loja, 2018) de donde se conoció que el 23 de agosto de 1962, con la participación de lo más representativo del mundo médico, social y cultural de la ciudad, acogieron con entusiasmo la iniciativa del doctor Leoncio Cordero Jaramillo, miembro del Núcleo de SOLCA de Cuenca, para la organización de luchar contra el cáncer.

En prestigiosa trayectoria del Instituto de SOLCA en Loja, han existido varios directorios, dirigidos por destacados profesionales, quienes con total entrega se han dedicado al noble objetivo de la solidaridad humana, logrando poner de esta manera muy en alto el nombre de la Institución. El Comité de Amigos de SOLCA de Loja inició sus labores en un angosto y viejo local en el antiguo hospital "San Juan de Dios", en donde se instauró un pequeño laboratorio citológico e histopatológico.

Desde su iniciación, una de las principales dificultades de SOLCA fue la escasez económica por la que atravesaba, ya que le imposibilitaba desarrollarse de forma natural y poder llevar a cabo las actividades humanitarias. La asignación del presupuesto inicial fue de, en ese entonces, quince mil sucres, por lo que SOLCA se vio en la obligación de tramitar la colaboración de instituciones locales como el Municipio de Loja y la Junta de Asistencia Social.

El 19 de junio de 1981 se logró adquirir un local propio mediante gestiones y gracias a la ayuda del ilustre Municipio de Loja, quien le confirió 2 180 metros cuadrados y posteriormente 600 metros más, en el norte de la ciudad. El directorio designado en el año de 1983 decide llevar a cabo la iniciación de la construcción de un edificio para poder brindar el servicio de consulta externa y ampliar los laboratorios de histopatología y citología, con la contribución de varias instituciones. Es de esta forma que el día 20 de abril de 1990 se inaugura el Hospital Oncológico de Loja, llegando a ser un acontecimiento histórico que marcó el inicio de una nueva era de esperanza en la lucha contra el cáncer, ya que los pacientes que padecían de esta enfermedad contaban con un refugio para su dolencia (SOLCA, 2017).

Una vez construido el pequeño hospital, las labores se dirigieron a adquirir su equipamiento para poder contar con la infraestructura técnica y logística para el respectivo diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En el año de 1993 inicia la segunda etapa, en la que bajo la presidencia del economista Oswaldo Burneo Castillo, se efectúan nuevas gestiones y se presentan justificativos válidos, logrando que, mediante acuerdo especial, el Consejo Directivo Nacional de SOLCA eleve a la categoría de Núcleo al Comité de Amigos de SOLCA con fecha 2 de febrero de 1994, acto memorable para la Institución, pues ello conllevó a la descentralización administrativa y financiera, que permitiría ejecutar un importante programa de actuaciones y logros institucionales afines con el desarrollo científico y técnico contemporáneo.

De esta forma, el Centro Oncológico obtiene modernos equipos para la realización de endoscopia digestiva, imagen como un tomógrafo axial computarizado, un laboratorio clínico e histopatológico, un equipo completo de

cirugía, además de brindar la preparación y especialización de su personal médico. Cabe recalcar, la exclusiva ayuda que SOLCA recibió por parte del doctor Patricio Vivanco Riofrío, en el año de 1990, diputado de Loja en ese entonces, y junto con otros diputados lojanos, consiguió que el Congreso Nacional, mediante resolución especial destinara un porcentaje del impuesto del 0.5 % que fue establecido a las transacciones bancarias, llegando a ser una importante ayuda económica para SOLCA en Loja.

En agosto del año de 1996, se creó el Voluntariado de Damas de SOLCA, que inició su accionar generoso y humano, estableciéndose como objetivo principal, ayudar de forma cariñosa y efectiva a los pacientes oncológicos más necesitados. Su labor ha ido incrementándose día tras día por lo que hoy se ha llegado a convertir en una organización de distinguidas y altruistas damas que cumplen muchas actividades para poder brindar ayuda a muchos enfermos de SOLCA.

Como el edificio construido resultaba pequeño, se impuso en llevar a cabo la construcción de un nuevo y funcional edificio, el mismo que sería la sede del Instituto del Cáncer de Loja. El 11 de febrero del 2000 y luego de una exhaustiva planificación se comienza la realización de los trabajos de construcción. Luego de haber realizado un arduo y sacrificado trabajo, en busca de una contribución económica especial, el 1 de septiembre del 2004 se ultimó y se realizó la inauguración del nuevo y funcional edificio del Instituto del Cáncer de Loja, que además de brindar comodidad y facilidades al paciente que acude a este Centro Hospitalario, favoreció al embellecimiento arquitectónico de la ciudad. Con la realización de esta importante obra Loja se ponía al igual, desde el punto de vista técnico y de bienestar del paciente, que los otros hospitales de las grandes ciudades, como Quito, Guayaquil y Cuenca.

En enero de 1998 se estableció la creación del Comité de Amigos de Zamora Chinchipe, para luego, el 8 de noviembre de 2001 llevar a cabo la inauguración del Dispensario para atención del cáncer en la capital provincial, con gran deleite por parte de la población de esta región.

En mayo del 2002, gracias a un proyecto tramitado ante la Comisión Internacional de Energía Atómica, por el Economista Oswaldo Burneo Castillo y por el doctor Alonso Armijos Luna, Director del Hospital, se logró conseguir la donación de un equipo moderno de Medicina Nuclear; marca SIEMENS, de procedencia alemana, el mismo que con gran agrado fue instalado en el Instituto, siendo la tercera ciudad que contaba con este importante equipo para el diagnóstico del cáncer (SOLCA Loja, 2018).

A fines del año 2007 inicia un nuevo directorio en SOLCA Núcleo de Loja, dirigido por el Ing. Vinicio Suárez Bermeo, en este periodo se continuó con la regeneración del área de hospitalización y de algunas otras áreas para la instalación de nuevos equipos y la reubicación de otros, para lo cual se cuenta con sitios incrementados para el instituto, y además se dispuso remodelar el antiguo Hospital del Cáncer "Vicente Rodríguez Witt".

Otro de los objetivos importantes del Directorio y de su Presidente Ing. Vinicio Suárez Bermeo fue la implementación de nuevos y modernos equipos médicos para sustituir los que se encontraban obsoletos por el uso, tal como sucedió con el equipo de Rayos X que fue reemplazado por otro de diferente marca y mucho más avanzado TOSHIBA y con el Tomógrafo que fue sustituido por uno distinto; de tipo helicoidal multicorte marca TOSHIBA. Se consiguieron también tres equipos Láser para la unidad de Cobalto, un Servidor para el Registro de Tumores y otro para el Centro de Cómputo, un equipo de criocirugía y algunos equipos

accesorios para el área de radioterapia. Se adquirió también pólizas de seguro contra incendios, daños en las máquinas y robo a los equipos electrónicos y vehículos de SOLCA.

En el año 2013, ocupa la presidencia de SOLCA en Loja el Ingeniero Claudio Eguiguren Valdivieso, quien promovió en su accionar, un arduo trabajo, enfocado hacia el Servicio al Usuario, una mejor adecuación de los espacios físico y de la atención médica al cliente, optimización de los servicios de salud, elevación del nivel de atención en el Programa para la Detección Oportuna de Cáncer y una adecuada coordinación del mismo con los Gobiernos Seccionales. Además, con la ampliación de la Posada de Nazareth, el cual consta de habitaciones para las personas de bajos recursos y de otras ciudades para la estadía. Se mejoró la imagen de la Unidad Móvil con la posibilidad de poder crear innovación e incrementar el servicio de Mamografía y Ecografía ambulatorios para la comunidad en general, se mejoró el desarrollo para una cultura de prevención oncológica a través de la creación de Programas como el de *Educación para un futuro sin cáncer*, *EDUCÁNCER*, además de impulsar a la capacitación continua del cuerpo médico y paramédico a través de Conferencias, Simposios y Talleres en coordinación con el Colegio de Médicos de Loja y Facultades de medicina, etc.

En los años del 2013 y 2015 se llevaron a cabo importantes cambios, tanto en los espacios físicos como en las instalaciones propias de la entidad para mejorar de forma esencial la movilidad del personal institucional y el servicio a los pacientes que acuden a esta prestigiosa institución. Esto incluye la readecuación de áreas como: Gastroenterología, Rehabilitación física, Oncología Clínica, Convenios, Oncopediatría.

Además, dentro del desarrollo de la institución se encuentra la construcción del Centro de Radioterapia que incluye un moderno Acelerador Lineal Dual, el cual fue inaugurado un 27 de agosto del año 2015. Siendo un adelanto importante dentro de la atención médica respecto al cáncer en la región sur del Ecuador.

Respecto a la adquisición de material quirúrgica y equipos se ha tomado consideración un rectoscopio para urología; un histeroscopio y un cistoscopio tanto para ginecología como para urología; para el servicio de gastroenterología: una torre de endoscopía y una unidad electro quirúrgica de Argón Plasma; y para los laboratorios de clínica y de patología: sistema de análisis para Inmunohistoquímica; en el servicio de cirugía (quirófano) una moderna autoclave automática.

Para mejorar el servicio al cliente se implementaron varias pantallas que sirven para el llamado a los pacientes acorde al turno de consulta médica, además un buzón de sugerencias, ampliación y remodelación de la cafetería, reconstrucción del parqueadero instituciones, drenajes de aguas lluvias, ensanchamiento de las veredas internas, accesos para discapacitados, pasarela entre el Hospital Oncológico que es respecto al edificio antiguo y Centro de Radioterapia. Dentro del área de oncopediatria se adecuó la sala de procedimientos en donde se realizan cirugías menores, curaciones de heridas, administración de fármacos, etc. En cuanto al área de imagenología se implementó la tecnología de “digitalización” de imágenes necesaria con una óptima resolución (SOLCA, 2017).

En cuanto a las acciones de responsabilidad social y acercamiento a la comunidad, a través de la Unidad de Comunicación se ha tomado en cuenta la comunicación 2.0, con el fin de llegar a un amplio segmento de la población por medio de la creación de una página web que ha sido rediseñada y haciendo uso de

los recursos de Social Media Manager para mejorar la comunicación a través de las redes sociales.

Cabe mencionar que la *visión* del Hospital SOLCA en Loja, es ser una institución de salud con el más alto nivel en cuanto a lo científico, tecnológico y humano. Mantenido la visión primordial de realizar el respectivo control de cáncer en nuestra sociedad y de esta manera poder ayudar a la disminución de morbilidad y mortalidad, mejorando la calidad de vida del paciente y su familia. Y su *misión* como Instituto Oncológico es dar apertura a la comunidad en general, a través de sus servicios para atender con prolijidad, profesionalismo y humanismo a todos los pacientes que se encuentran afectados por este tipo de enfermedad, de igual manera, realizar un manejo integral en el que se incluya la prevención, diagnóstico y su respectivo tratamiento como ejes de su accionar rutinario, con el fin de alcanzar la excelencia a través de los servicios brindados para dar esperanza, salud y vida (SOLCA, 2017).

Como valores institucionales que se rigen el funcionamiento del Hospital de SOLCA en Loja se encuentran: el compromiso con la sociedad, la tolerancia y el respeto, que son los puntos de partida para poder acompañar y fortalecer a los pacientes que acuden a este establecimiento, la mayoría; con diagnóstico de Cáncer, enfermedad catastrófica, que involucra un entorno de ámbito personal, familiar y social. La mayoría de las veces degenerativa, que afecta la salud psicológica, mental, física y ambiental de la persona.

Además de pregonar el compromiso de apoyo y velar por dar una calidad de vida, adecuada para las personas que sufren este tipo de patologías, se acompaña de solidaridad y trabajo en equipo, lo cual conjuntamente expresan una imagen de

mejora día a día, para un propósito exclusivo, que es el bienestar de los pacientes que acuden a esta casa de salud.

El Hospital de SOLCA en Loja, en la Actualidad

Para atender las necesidades de la sociedad, este hospital se renueva constantemente, lo que permite crecer de forma paulatina dentro del desarrollo y de la demanda de la cartera de servicios médicos y profesionales que se requiere constantemente para cubrir las necesidades de la población; la innovación del personal médico y la apertura de servicios de la salud, cada vez son mayores y de una gran prioridad, por este motivo la estructura organizacional es fundamental en esta institución, para que exista una adecuada comunicación entre todos los integrantes y los diferentes equipos de trabajo, para ofrecer un servicio de calidad.

La cartera de servicios de profesionales ha ido aumentando últimamente acorde a la evolución de las necesidades que surgen, por un lado debido a los retos de la innovación en tecnología que exige experticia y profesionalismo en este campo disciplinar; y, por otro lado, el apareamiento de nuevas enfermedades, siendo la de mayor alcance a nivel nacional y mundial, el cáncer, enfermedad cuya presencia es cada vez mayor sin respetar raza, género, edad, ocupación o condición socio-económica, etc.

El hospital de SOLCA en Loja tiene los fundamentos claros y concisos, representados en su visión como institución de salud, del más alto nivel en lo científico, tecnológico y humano, orientando su funcionamiento principalmente al control del cáncer en la comunidad, contribuyendo para reducir su morbilidad y mortalidad, mejorando la calidad de vida del paciente y su familia; siendo éste un lema para SOLCA, tanto en Loja como en todo el Ecuador; organización privada, con el sentimiento de deber y obligación a poder (SOLCA Loja, 2018).

Los valores en los cuales se basa la estructura organizacional del sistema de salud que el Hospital de SOLCA representa, en todo su contexto, se refleja directamente en su misión, en donde se prioriza la prestación del servicio con esmero, profesionalismo y humanismo, a todos los pacientes afectados de cáncer, incluyendo la prevención, diagnóstico y tratamiento como ejes de su accionar diario, orientando sus esfuerzos para alcanzar la excelencia en sus servicios para dar esperanza, salud y vida (SOLCA, 2017).

La estructura organizacional del hospital de SOLCA, se ha ido construyendo con el pasar de los tiempos, mejorando y fortaleciéndose acorde a las necesidades de los servicios que ofrecen, mejorando su infraestructura física, así como la estructura de la coordinación y organización de la empresa; todo ello, representa un cambio considerable que demuestra de forma directa e indirectamente el manejo que se ha llevado a cabo estos últimos años.

Se encuentra dividido en cuatro niveles de estructuración y organización: *Directivo* (nivel I), *Ejecutivo Asesor* (nivel II), *Apoyo* (nivel III) y *Operativo* (nivel IV); éste último es el que se encuentra en contacto directo con el paciente y es en donde se genera la comunicación interpersonal, además de que se constituye en la imagen del hospital. La descripción de estos niveles con sus respectivas dependencias, se describen a continuación (SOLCA Loja, 2015):

El nivel *Directivo* (I), conformado por el Directorio de SOLCA en Loja, responsable de las decisiones globales y de la gestión general, está conformada por los siguientes cargos: Presidente ejecutivo, Vicepresidente, Síndico, Secretario Principal y Suplente, Primer Vocal Principal y Suplente, Segundo Vocal Principal y Suplente.

El nivel *Ejecutivo Asesor* (II) está organizado por cuatro instancias que son: el Comité Ejecutivo, la Comisión de Contratación, Asesoría Jurídica, Relaciones Públicas y Centro de Cómputo. Estas dependencias tienen como función principal el análisis, investigación, procesamiento de información y representación institucional, facilitando los parámetros o elementos necesarios para decisiones del nivel Directivo.

El nivel de *Apoyo* (III) está constituido, además del Hospital Oncológico propiamente dicho, por la unidad de Voluntariado y la unidad móvil Zamora

El nivel *Operativo* (IV) está conformado por tres grupos de dependencias; por un lado, están las que dan soporte directo al funcionamiento del Hospital y ésta son la Dirección Financiera (Contabilidad, Convenios, Tesorería), la Dirección Administrativa (Proveeduría, Mantenimiento y Servicios Generales, Bodega, Nutrición) y la Dirección de Recursos Humanos; en segundo lugar está la Dirección Médica que está conformada por el unidad de Auditoría Médica y los Comités Técnicos (Ética Asistencial; Docencia, Capacitación e Investigación; Seguridad e Higiene; Medicina Transfusional; Manejo de Desechos; Infectología; y, Farmacología); finalmente, en tercer lugar y que corresponde las funciones principales del Hospital Oncológico, se pueden apreciar en la Figura 3.

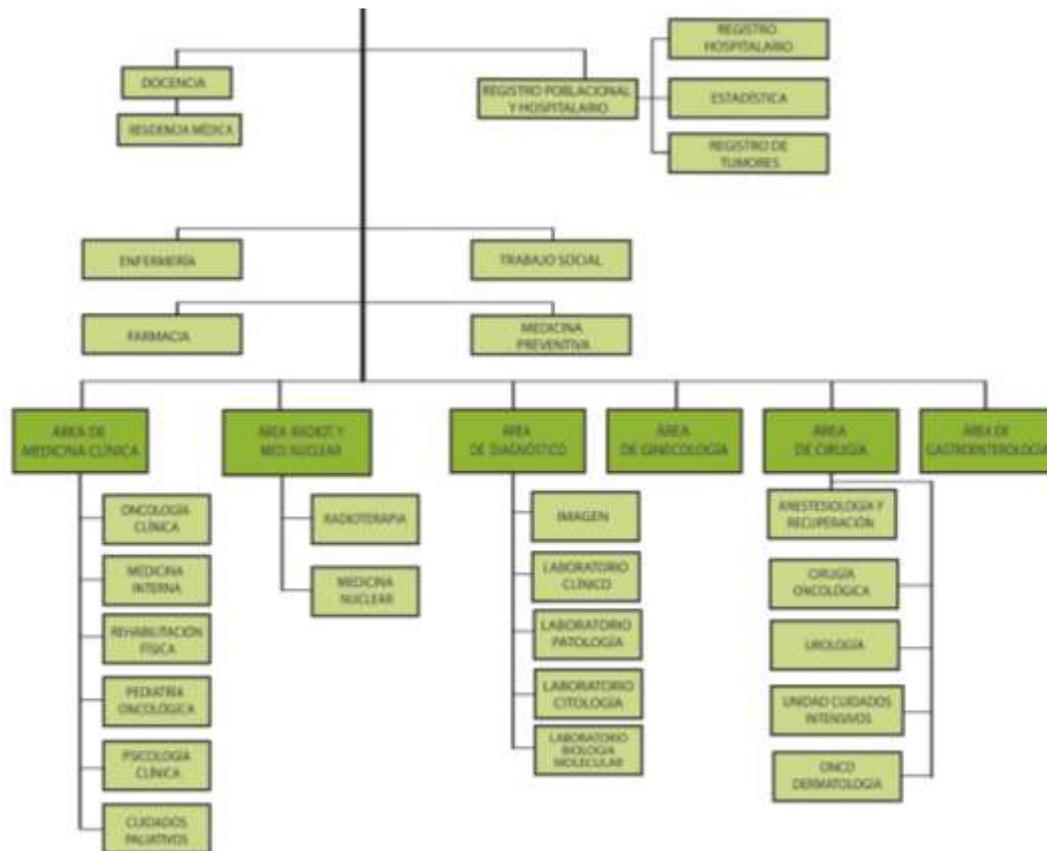


Figura 3. Orgánico estructural de SOLCA, núcleo de Loja. Tomado de SOLCA Loja (2015)

Las especialidades que ofertan servicios de forma externa e interna a los usuarios principalmente están basadas en oncología clínica conformada por el área hospitalaria y el de oncología ambulatoria; se atiende cirugía oncológica y cirugía general ya que no solo se realiza manejo meramente oncológico, sino también para enfermedades que se necesiten manejo quirúrgico distinto al oncológico. En general, al momento la cartera de servicios de médicos profesionales incluye:

- Oncología clínica de adultos y oncología clínica pediátrica.
- Medicina Interna.
- Rehabilitación física y psicología clínica.
- Manejo y terapia del dolor, cuidados paliativos y anestesiología.
- Radioterapia y medicina nuclear.
- Cirugía oncológica general.

- Coloproctología.
- Urología.
- Gastroenterología y endoscopia.
- Oncodermatología.

Situación del Cáncer en el Cantón Loja 2007-2012

A nivel mundial el cáncer se ha constituido en un problema sanitario que cobra cada vez más relevancia; el aumento de la esperanza de vida, tecnologías y hábitos poco saludables contribuyen al incremento de esta patología, GLOBOCAN (2012) señala que para el año 2012 se diagnosticaron 14.1 millones de casos nuevos en el mundo y un total de 8.2 muertes por esta causa. La OMS, por su parte, estimó que en 2018 un 9.6 millones de personas fallecerían por cáncer y, de éstos, un 1.8 millones correspondería a cáncer de pulmón (El médico interactivo, 2018).

Las implicaciones del cáncer van más allá de un diagnóstico catastrófico y devastador para el paciente y su entorno familiar; los tratamientos son complejos y su costo es también muy alto; en 2010 en los Estados Unidos, este costo alcanzó los 125 mil millones de dólares y las proyecciones señalan que para el 2020 podría alcanzar los 156 mil millones (Cueva & Yépez, 2014); Ecuador y, en concreto, el cantón Loja no escapa a esta realidad. Ante ello, conocer la realidad epidemiológica de una región es una base fundamental para emprender políticas de prevención, detección temprana del cáncer y la destinación de los recursos económicos pertinentes desde la gestión gubernamental. Esta información también debe ser confiable y de calidad con el fin de constituirse en una fuente de datos para el estudio e investigación científica que poco a poco empieza a cobrar importancia en el país.

Los últimos reportes epidemiológicos del Registro del Cáncer muestran que la incidencia más alta del cáncer de mama, próstata, gástrico, colon-rectal, pulmón, cérvix, ovario, leucemias y vesícula biliar se encuentra precisamente en Loja, constituyéndose esta provincia en la tercera a nivel nacional con incidencia de cáncer con 25.9% de los casos diagnosticados. Otros datos importantes de mencionar es que “Pichincha es primera con un porcentaje de 38.3%, segunda Guayas con 34.7%, después de Loja está Azuay con 25.5%, El Oro con 24.3% y Manabí con el 19.5%” (Diario La Hora, 2017, párr. 2); en cuanto al cáncer de mama se da en edades entre 55-59 y 70-74 años, en algunos casos a partir de los 25 años.

En general, de acuerdo con la opinión de algunos especialistas, el cáncer gástrico, también llamado cáncer de la pobreza, es generado por el estilo de vida de las personas además de que no se realizan chequeos tempranos y no observan normas de salubridad. En cuanto al cáncer de cérvix (Castillo, 2016, párr. 4) “más del 80% de esos tumores con provocados por la infección de papiloma virus” que bien pueden ser resultado de actividad sexual temprana.

La prevalencia de cáncer en hombres entre 2007 y 2012 (tasas estandarizadas por 100 000), son mostrados en la Figura 4.

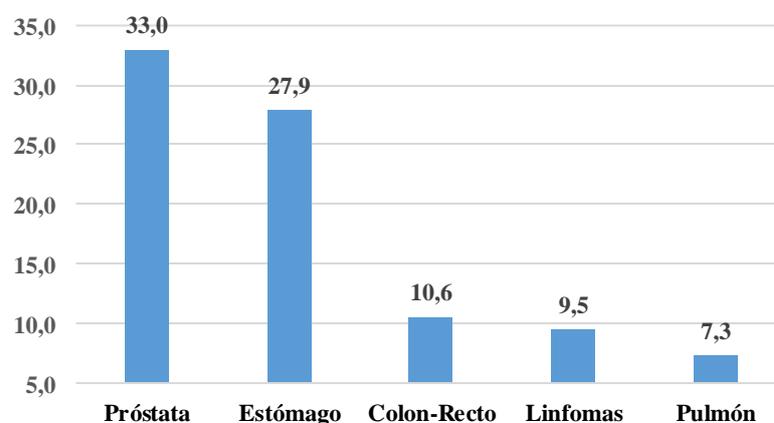


Figura 4. Incidencia del cáncer en varones del cantón Loja 2007-2012. Tomado de SOLCA Loja (2014)

En la Figura 4 se presenta las cinco localizaciones tumorales más frecuentes en el sexo masculino. Los datos representan la tasa estandarizada por edad (TEE), lo que significa que en el cantón Loja, por cada 100 000 habitantes varones, anualmente se diagnostican 33 casos nuevos de cáncer de próstata y 28 casos de cáncer gástrico; con tasas menores de incidencia pero no menos importantes, están el cáncer colon-rectal (TEE: 11), los linfomas (TEE 9.5) y el cáncer de pulmón (TEE: 7.3) (SOLCA Loja, 2014).

Para una mejor visualización de la incidencia del cáncer en la salud de los habitantes de Loja, la Figura 5 menciona los tumores malignos más frecuentes en hombres, según localización, agrupados por quinquenios, tomando como referencia el período entre 1997 y 2012.

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN / SITE	1997-2001				2002-2006				2007-2012			
		CASOS	Tasa E.	%	UBIC/RANK	CASOS	Tasa E	%	UBIC/RANK	CASOS	TEE	%	UBIC/RANK
C61	PRÓSTATA (prostate gland)	63	19,5	14	2°	122	27,8	18,8	2°	205	33	22,6	1°
C16	ESTÓMAGO (stomach)	118	39,8	26,2	1°	131	30,7	20,2	1°	166	27,9	18,3	2°
C18-C20	COLON-RECTO (colon-rectum)	23	7,8	5,1	5°	39	10,5	6,0	3°	59	10,6	6,5	3°
C81, C82-C85, C96	LINFOMA / lymphoma	39	12,1	8,7	4°	39	9,6	6,0	4°	57	9,5	6,3	4°
C33-C34	TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMÓN (trachea, bronchus and lung)	15	4,9	3,3	7°	32	8	4,9	6°	44	7,3	4,9	5°

Figura 5. Identificación de tumores malignos más frecuentes en hombres, según localización y quinquenio, residentes en el cantón Loja 1997-2012. Tomado de SOLCA Loja (2014)

Es de interés observar la tendencia de estos tumores desde hace 20 años; en la Figura 5 se muestra que entre el periodo 1997 al 2001, la tasa estandarizada del cáncer de próstata se encontraba en 19.5 frente a los 33 casos por año del periodo más actual, lo cual evidencia un claro aumento de la incidencia, posiblemente influenciada por el mejoramiento en las técnicas de diagnóstico, acceso a los servicios médicos, campañas de detección oportuna del cáncer (realización del PSA, antígeno prostático). Al contrario, en el cáncer gástrico es evidente que su

incidencia tiende a disminuir en los años recientes, tal como ocurre a nivel mundial; de 39.8 casos nuevos por año en 1997, para el 2012 esta tasa disminuyó a 27.9. Ello implica que el mejoramiento en las condiciones sanitarias de la población, tamizaje precoz, tratamiento contra el *helicobacter pylori*, etc., estaría influyendo positivamente en la lucha contra esta patología; sin embargo, esta tasa sigue siendo aún la más alta a nivel del Ecuador, según la información procesada por los registros del cáncer del país, tal como se aprecia en la Figura 6.

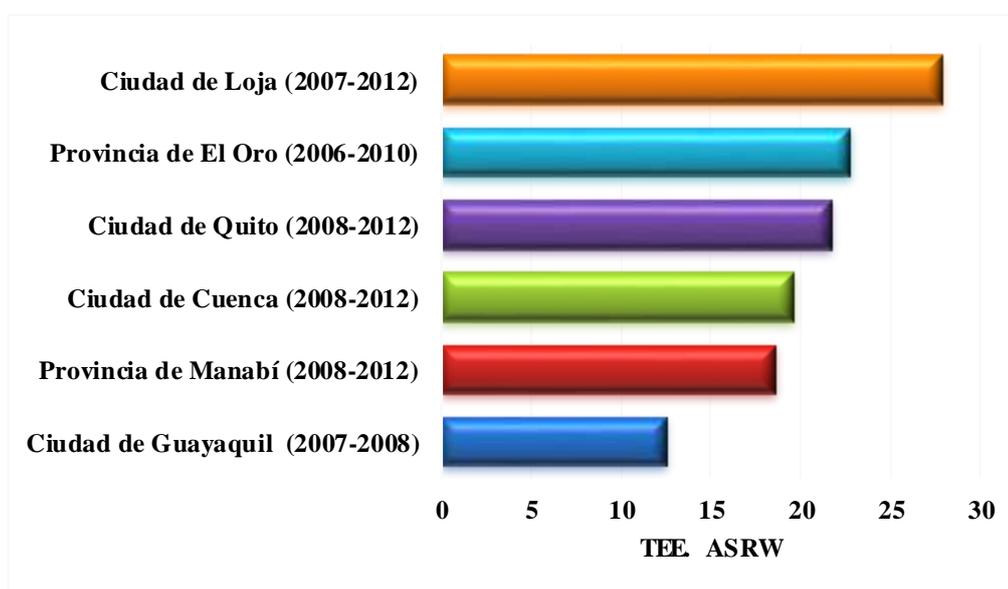


Figura 6. Tasas de incidencia estandarizada en registros de cáncer en hombres. Tomado de Cueva y Yépez (2014)

Por otro lado, según SOLCA Loja (2014) se obtiene que entre las principales causas de muerte por cáncer en hombres del cantón Loja están: estómago con un TEE de 20.4, próstata con un 12.9, linfomas con un 6.5, colon-recto con 5.8 y pulmón con 5.8; en resumen, el cáncer de estómago sigue siendo el tumor con mayor tasa de mortalidad en la población masculina del cantón Loja, su tasa casi duplica a la mortalidad del cáncer de próstata, y supera hasta tres veces las muertes causadas por linfomas, cáncer colon-rectal y de pulmón. Esta elevada mortalidad del cáncer gástrico se justifica por el hecho de que el diagnóstico todavía se realiza

en etapas avanzadas de la enfermedad, tomado en cuenta la sintomatología silente e inespecífica de estas lesiones malignas. En el último periodo de estudio (2007-2012) el 63% de pacientes fueron diagnosticados en un estadio IV de la enfermedad, mientras que sólo el 15% se diagnosticó en un estadio inicial (I).

Pasando a analizar la incidencia de cáncer en las mujeres del cantón Loja, se tiene que el cáncer de tiroides ha tenido un repunte en su tasa de incidencia: 32.6 casos nuevos cada año por cada 100 000 habitantes mujeres, le sigue el cáncer de mama con 27.5 casos y cáncer de cuello uterino (invasor) con 24.6 casos. Los tumores del tubo digestivo: estómago (20.1 casos) y cáncer colon-rectal (12.6 casos) se ubican en el cuarto y quinto puesto respectivamente (Figura 7)

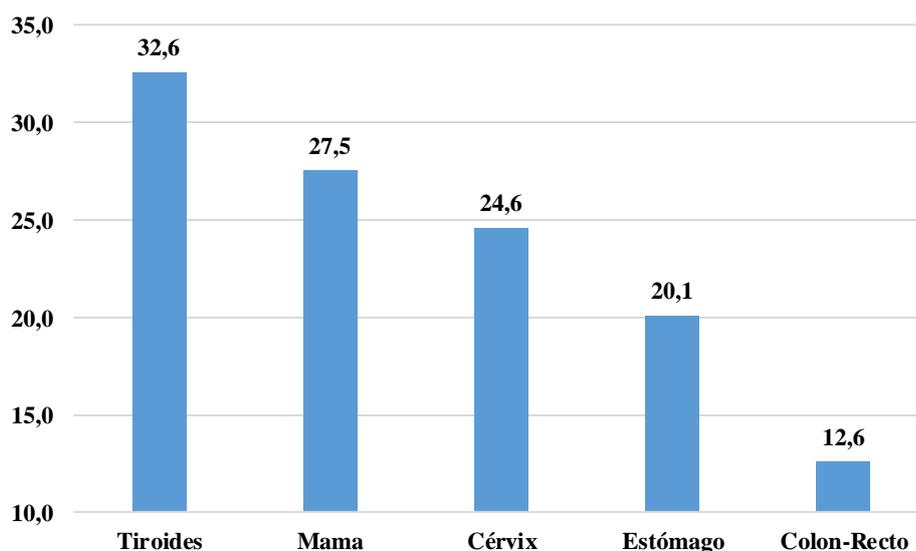


Figura 7. Incidencia del cáncer en mujeres del cantón Loja 2007-2012. Tomado de SOLCA Loja (2014)

El cáncer tiroideo aumenta su incidencia cada año y este fenómeno no se limita a una región específica, sino que constituye una tendencia mundial: en países como Norteamérica esta incidencia anual se ha triplicado en los últimos 30 años influenciados por la actual cultura de prevención del cáncer, así como el perfeccionamiento de las técnicas diagnósticas (ecografía; PAAF guiada por ecografía).

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN / SITE	1997-2001				2002-2006				2007-2012			
		CASOS	Tasa E.	%	UBIC/RANK	CASOS	Tasa E	%	UBIC/RANK	CASOS	TEE	%	UBIC/RANK
C73	TIROIDES/THYROID	25	7,3	4,4	7°	62	13,9	7,1759	4°	202	32,6	15,71	1°
C50	MAMA/BREAST	86	26,5	15	2°	109	25,8	12,616	2°	165	27,5	12,83	2°
C53	CUELLO DEL ÚTERO INVASOR / INVASIVE CERVIX UTERI	108	32,5	19	1°	133	31,7	15,394	1°	157	24,6	12,21	3°
C16	ESTÓMAGO/STOMACH	83	25	15	3°	117	23,7	13,542	3°	146	20,1	11,35	4°
C18-C20	COLON-RECTO/COLON- RECTUM	24	7	4,2	8°	41	8,9	4,7454	7°	85	12,6	6,61	5°

Figura 8. Identificación de tumores malignos más frecuentes en mujeres, según localización y quinquenio, residentes en el cantón Loja 1997-2012. Tomado de SOLCA Loja (2014)

La Figura 8 muestra la ubicación relativa de los tumores en el sexo femenino desde 1997 hasta el 2012; en 1997 la incidencia del cáncer de tiroides ocupaba el séptimo puesto, para el 2012 ya se ubica en el primer lugar. La incidencia del cáncer invasor de cuello uterino, al contrario, presenta una tendencia a la disminución; en el año 1997 se diagnosticaban hasta 33 casos nuevos por año, mientras que en el 2012 esta cifra bajó a 24 casos. Adicionalmente, se puede mencionar que las lesiones tempranas (in situ, NIC III), representan actualmente un 51% de los diagnósticos, mientras que 10 años atrás representaban sólo el 36%, lo que indica que las campañas de tamizaje (papanicolaou) estarían cumpliendo con su objetivo de detección temprana del cáncer.

A pesar de ello, El Oro y Loja poseen la tasa más alta de cáncer de cuello uterino en el país frente a ciudades como Cuenca que, pese a la cercanía geográfica, ha conseguido disminuir su tasa hasta 14 casos nuevos por año.

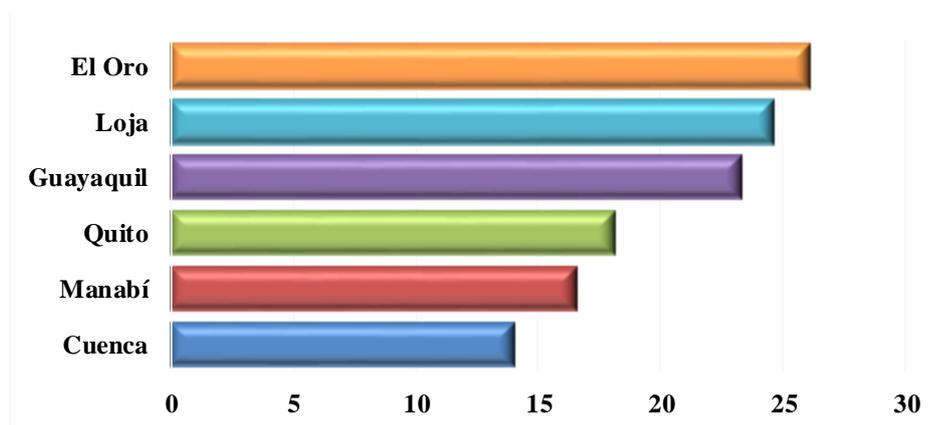


Figura 9. Tasas de incidencia estandarizada en registros de cáncer en mujeres: cuello del útero. Tomado de Cueva y Yépez (2014)

Al igual que en la población masculina, el cáncer gástrico sigue siendo el más letal entre las mujeres del cantón, con un TEE de 15.8, le sigue como segunda causa de muerte el cáncer de cuello uterino con una TEE de 10.6; mama con un 8.3, linfomas con 6.0 y colon-rectal con un TEE de 5.7.

La elevada tasa de mortalidad del cáncer de estómago es atribuible también al estadio avanzado de la enfermedad al momento del diagnóstico. El gráfico 6 muestra que el 67% de pacientes se encontraba ya en un estadio metastásico al momento de su diagnóstico y solamente un 10% se ubica en el estadio I o inicial, un 5% en el estadio II y un 18% en el estadio III.

Es de resaltar que se requiere ampliar la cobertura de difusión de la información, no solamente para corrección de estas incidencias sino más bien para prevención. Se pueden dar muchos casos de detección temprana de esta dolencia que permita ser atendida sin que llegue a propagarse o a degenerarse en una dolencia grave.

Marco Legal

De acuerdo con la **Constitución de la República del Ecuador**, en su artículo 3 se menciona como deberes primordiales del Estado, numeral 1, “garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos..., en particular la

educación, la salud, la alimentación...” (Asamblea Constituyente, 2008, p. 16), lo cual lo ratifica en su artículo 32 cuando establece que “la salud es un derecho que garantiza el Estado...”, además de que “... la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (p. 29).

Este mismo cuerpo legal, en el artículo 54, establece las responsabilidades civil y penal de las personas y entidades que prestan servicios públicos, refiriéndose a las personas o entidades que presten servicios públicos, haciendo referencia también a la mala práctica en el ejercicio de la profesión; en su artículo 361 describe la obligación del estado para ejercer la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional; el 362 identifica los actores del servicio público y las características fundamentales: seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes y, finalmente en su artículo 363 establece las responsabilidades del Estado sobre la salud.

Se mantiene de igual manera dentro de la Constitución ecuatoriana que “los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios” (Asamblea Constituyente, 2008, p. 166). La gratuidad y universalidad de los servicios públicos estatales de salud es una realidad sólo en el papel, porque los familiares deben adquirir la mayoría de insumos y medicamentos para la atención de los pacientes en una entidad pública.

Es de especial importancia mencionar que todos los centros de salud y hospitales se rigen bajo ciertos parámetros establecidos por el Ministerio de Salud

Pública del Ecuador (MSP) en cuanto a la necesidad de ofrecer una atención de calidad con calidez, que además está enmarcado en las políticas del **Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda Una Vida** (SENPLADES, 2017).

En lo que respecta sobre el artículo 199 de la **Ley Orgánica de la Salud** se señala que: “corresponde a la autoridad sanitaria nacional la investigación y sanción de la práctica ilegal, negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia en el ejercicio de las profesiones de la salud, sin perjuicio de la acción de la justicia ordinaria” (MSP, 2012, p. 43). Este artículo instaura, a más de la investigación y sanción por parte de la autoridad sanitaria nacional, al campo para la acción de la justicia ordinaria. Por lo que cada vez, con mayor frecuencia se denuncian supuestos casos de mala práctica profesional por parte de médicos, que son respectivamente investigados por la fiscalía. Aquí se debe tomar en cuenta que se refieren al *ejercicio de las profesiones de la salud*.

Pero no hay que dejar de lado la práctica de las medicinas tradicionales y alternativas que está completamente reconocida por la Ley Orgánica de la Salud, en sus artículos 189 al 192 y concretamente en el 191 señala que “la autoridad sanitaria nacional implementará procesos de regulación y control para evitar que las prácticas de las medicinas tradicionales atenten a la salud de las personas” (MSP, 2012, p. 41). No obstante, las sanciones se refieren únicamente a los profesionales de la salud.

Según el artículo 204 de esta ley, el centro médico o los servicios de salud serán corresponsables civilmente de los actos que se lleven a cabo en el lugar donde laboran los profesionales de la salud. Consecuentemente, la demanda civil de reparación los daños y perjuicios irá contra el o los médicos que atendieron al paciente presuntamente afectado, así como al centro de salud donde fue atendido,

justamente por la consideración indicada en el párrafo anterior, esto es, existe un deber de seguridad de parte del hospital o clínica frente a los médicos y a las consecuencias de sus actos.

Lo que demuestra que, dentro de la práctica médica, se maneja junto a un marco legal, que influye directa e indirectamente en la relación de ambos participantes, por tal motivo es fundamental las decisiones terapéuticas que tome el profesional de la salud para un diagnóstico oportuno, y a su vez una actuación inmediata, de tal manera no se puede descartar la relación y la comunicación interpersonal que se suscita entre el médico y el paciente.

El **Código Penal** dentro de la legislación del Ecuador, en sus artículos 14 y 15 se señala en forma general y explícita que las infracciones de responsabilidad culposa pueden ser consideradas del ámbito médico y en la parte de la salud cuando no se ha dado cumplimiento de forma obligatoria a las normativas y reglamentos o en el caso de negligencia, imprudencia o impericia.

En general, el sistema de salud, sea pública o privada, tiene inmersa la condición de participación en el mejoramiento de la salud y la vida de las personas y, desde el primer instante en que el paciente ingresa para ser atendido, tiene el derecho de recibir atención e información completa con respecto a los procesos, así como a su condición de salud. Esto es lo que potencia aquello de la atención de calidad con calidez.

Capítulo III

Metodología de la Investigación y Análisis de Resultados

En este capítulo se hace una revisión global del tipo de investigación, diseño, así como una descripción de los instrumentos utilizados para obtener información que sustente la propuesta de intervención objeto de este estudio. En un segundo apartado se presenta los resultados alcanzados luego de la aplicación de los instrumentos, buscando demostrar si hay relación entre las variables género y edad en las respuestas proporcionadas, finalmente, se presenta un análisis que permita tomar las decisiones adecuadas y que orientan las ideas para ser plasmadas en la propuesta.

Metodología de Investigación

Como punto de partida para el trabajo de campo fue necesario identificar el tipo de investigación, una matriz metodológica con sus propios objetivos, la población y muestra, así como la técnica para el levantamiento de información con su respectivo instrumento. Para cumplir con este apartado, se ha tomado información de autores de alta trayectoria investigativa.

Tipo de Investigación

Se trata de un estudio correlacional, caracterizado por la búsqueda de información que permita identificar si existe o no la adecuada comunicación interpersonal hospitalaria, entre médico y paciente, con su correspondiente efecto, por tanto, tiene una tendencia cualitativa, documental, analítica y descriptiva (Bernal, 2010; R. Hernández, Fernández, & Baptista, 2014), ya que se basará en información registrada en las historias clínicas pertenecientes a los pacientes y las encuestas realizadas a los mismos, para determinar los aspectos relevantes que inciden en el proceso de la comunicación interna médico-paciente.

Diseño de Estudio

Este estudio se realizó con la participación de los pacientes que ingresaron al hospital de SOLCA, Núcleo de Loja, y fueron hospitalizados en el área de cirugía y oncología clínica durante un determinado tiempo sin tomar en cuenta su patología conjunta.

Seleccionados todos los casos correspondientes, se procedió a revisar las historias clínicas, cuya información fue analizada estadísticamente y representada en porcentajes mediante tablas y gráficos, ello con la intención de partir de datos particulares para establecer comportamientos generales, lo que le da el carácter de inductivo.

Matriz Metodológica

Con el objetivo de confirmar o negar la hipótesis planteada se diseñó una matriz con tres elementos importantes (Tabla 1) en los que se incluye algunos procedimientos con sus respectivos productos de los cuales se seleccionó los que más se ajustaron a la necesidad de la investigación en curso; tales elementos están relacionados con:

- Determinar el tipo de comunicación interpersonal hospitalaria;
- Determinar si existe una adecuada comunicación e interpretación del paciente de sus derechos y deberes a realizarse antes de cualquier procedimiento; y,
- Conocer si la comunicación interpersonal hospitalaria entre médico y paciente fue clara, concisa y explicativa.

Tabla 1. Elementos de base para el diseño de encuestas

Procedimientos	Apoyo	Productos
<i>Determinar el tipo de comunicación interpersonal hospitalaria que se presenta entre médico y paciente</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de grupo poblacional • Determinación de tipos de comunicación interpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes hospitalizados en el área de cirugía y oncología del Hospital SOLCA núcleo de Loja 	<ul style="list-style-type: none"> • Agrupación en categorías del grupo poblacional a estudiar • Recomendaciones y líneas de acción
<ul style="list-style-type: none"> • Diagramas relacionales • Matrices comparativas de resultados obtenidos • Identificación de tendencia y estrategias de relación médico-paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y oncología • Familiares o representantes de los pacientes que ingresan a hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de información establecida durante el proceso de recolección de datos • Recomendaciones y líneas de acción ejecutables
<i>Determinar si existe una adecuada comunicación e interpretación del paciente de sus derechos y deberes a realizarse antes de cualquier procedimiento por parte del médico tratante</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista directa a pacientes incluidos en el estudio. • Matrices de categorías y relación de información. • Derechos y deberes del paciente. • Consentimiento informado de procedimientos médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis y formulación de entrevista. • Encuesta directa o indirecta a paciente o familiares o representantes. • Conocimiento de derechos y deberes que presenta el paciente. • Formularios establecidos en el área de la salud y su llenado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación adecuada entre el médico y el paciente y la asimilación de la información adecuada. • Identificación y conocimiento de procedimientos médicos a realizarse.
<i>Conocer si la comunicación interpersonal hospitalaria entre médico y paciente fue clara, concisa y explicativa para una recuperación de su patología tratada</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista directa a pacientes incluidos en el estudio. • Formulación de preguntas relevantes de una adecuada comunicación interpersonal. • Derechos y deberes del paciente. • Consentimiento informado de procedimientos médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis y formulación de entrevista. • Encuesta directa o indirecta a paciente o familiares o representantes. • Conocimiento de derechos y deberes que presenta el paciente. • Formularios establecidos en el área de la salud y su llenado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento claro y conciso de derechos y deberes que tiene el paciente hospitalizado. • Identificación y conocimiento de procedimientos médicos a realizarse.

Población y Muestra

La población de estudio estuvo representada por pacientes y profesionales médicos. En cuanto a los *pacientes*, se consideró a los usuarios hospitalizados en el servicio de cirugía y oncología del hospital de SOLCA-Loja, en el período comprendido entre Julio y Diciembre de 2016, sin distinguir su patología,

diagnóstico y días de estadía hospitalaria, dando una población total de 119 personas. Para establecer la muestra se consideró a la población mencionada y se aplicó la fórmula para poblaciones finitas, resultando en 91 pacientes a ser encuestados, tomando en consideración un 95% de confianza y un 5% de error muestral. La población conformada por *profesionales médicos* fue de 20 y no fue necesario establecer una muestra, siendo todos encuestados por ser parte de una población pequeña.

Hipótesis

La falta de una adecuada comunicación interpersonal genera distanciamiento entre médico y paciente en el Hospital de la Sociedad de la Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) de la ciudad de Loja.

Las variables intervinientes son:

Dependiente: Falta de adecuada comunicación interpersonal

Independiente: Distanciamiento entre médico y paciente

Variables de control: derechos, obligaciones, comunicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, consentimiento informado, conocimiento e información oportuna.

Técnicas e Instrumentos para Recolección de Información

La técnica aplicada fue la encuesta, tanto para pacientes (Apéndice A) como para los médicos (Apéndice B); en el formato de encuesta para pacientes se incluyó preguntas que permitieron establecer los diferentes comportamientos de las variables en estudio y que están directamente relacionadas con la comunicación interpersonal y la percepción de parte del paciente con respecto al servicio recibido; el formato de encuesta a los médicos contiene aspectos relativos a la disponibilidad de recursos para ejercer su función, detalles de la comunicación interna y su nivel de satisfacción en el ejercicio de su profesión.

Con el fin de obtener datos lo más cercano a la realidad, se propuso opciones de respuesta, tipo Likert con una valoración de 4 (mucho), 3 (moderado), 2 (poco) y 1 (nada).

Análisis de Resultados

El comportamiento de los datos recogidos corresponde al período comprendido entre los meses de Enero y Junio de 2017, tomando en consideración la muestra de 91 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y oncología y la población total de los 20 profesionales médicos. En los siguientes sub-apartados se presenta un análisis de las respuestas de estos dos sectores encuestados.

Encuesta a Pacientes

La encuesta para *pacientes* (Apéndice A) estuvo conformado por tres secciones: en la primera se solicita información sobre datos generales tales como: nombre del paciente, edad, género y número de historia clínica; es claro que en la presentación de resultados se omite la identificación del paciente; la segunda sección presenta 13 preguntas relacionadas con el desarrollo de la comunicación con el médico; la tercera sección tiene seis preguntas sobre la atención recibida.

Datos Generales

Esta sección estuvo orientada a conocer las características básicas de los encuestados, según las variables género (Figura 10) y edad (Tabla 2 y Figura 11).

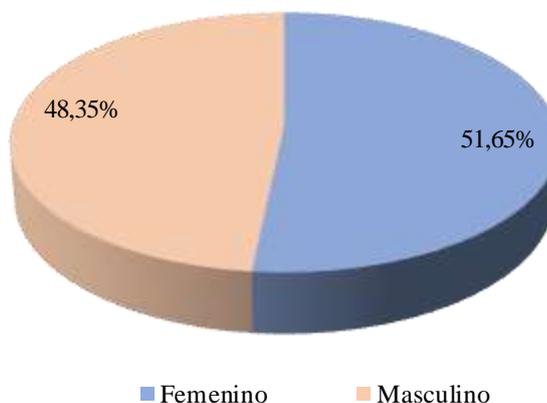


Figura 10. Distribución porcentual de pacientes, según el género

En la Figura 10 se puede apreciar el porcentaje de participación de los pacientes de la muestra, que fueron encuestados, desagregados por género. Así, se nota que hay un predominio de pacientes de sexo femenino (47 personas) que equivalente al 51.65% con respecto al 48.35% de sexo masculino (44 personas). Este dato también es importante ya que se establece una mayor presencia de mujeres que han sido hospitalizadas sea por servicios de cirugía o por algún problema oncológico, lo cual también podría influir en su relación comunicacional con sus médicos.

Tabla 2. *Distribución de encuestados, por edad*

Edades en años	Número
Hasta 20	9
21 a 30	16
31 a 40	18
41 a 50	8
51 a 60	8
61 a 70	20
71 o más	12
Total	91

De acuerdo con la tabla 2 el número mayor de pacientes del área de cirugía y oncología que fueron encuestados se encuentran enmarcados en rangos de edad de 61 a 70 años (20 personas que equivalen a un 21.98%), le sigue en orden de frecuencia personas de 31 a 40 años (18 que equivalen a un 19.78%), luego pacientes de 21 a 30 años (16 que corresponden a un 17.58%), con 71 o más años hay 12 pacientes que equivalen a un 13.19% y, finalmente, 9 personas de hasta 20 años y 16 que van de 41 a 60 años que resultan en un 27.47%.

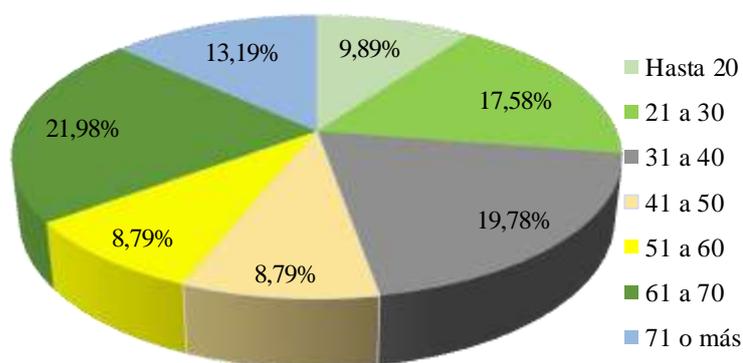


Figura 11. Distribución porcentual de pacientes, según rangos de edad

La Figura 11 ofrece una visión general de la distribución porcentual de los pacientes encuestados, según rangos de edad, lo cual muestra una distribución equitativa de la muestra, permitiendo obtener información lo más cercana a la realidad.

Preguntas sobre la Comunicación y la Atención Recibida

Para realizar un análisis de las respuestas obtenidas de los encuestados, las preguntas han sido agrupadas en dos aspectos importantes, la primera (Tabla 3) en relación con la comunicación establecida entre médico y paciente y la segunda (Tabla 4) con respecto al trato recibido, esto es, la atención al paciente.

Tabla 3. *Comunicación interpersonal médico-paciente*

Preguntas			Mucho	Moderado	Poco	Nada
1	Disposición del médico para escuchar la dolencia del paciente	Número	20	24	33	14
		Frecuencia	21.98%	26.37%	36.26%	15.38%
2	Disposición del médico para explicar el estado de salud del paciente	Número	51	8	15	17
		Frecuencia	56.04%	8.79%	16.48%	18.68%
3	Explicación del médico sobre el tratamiento a seguir	Número	33	10	30	18
		Frecuencia	36.26%	10.99%	32.97%	19.78%
4	Explicación del médico sobre los cuidados a seguir	Número	52	6	20	13
		Frecuencia	57.14%	6.59%	21.98%	14.29%
5	Información clara por parte del médico	Número	61	13	10	7
		Frecuencia	67.03%	14.29%	10.99%	7.69%
6	Consentimiento informado hacia personal de salud sobre procedimientos médicos a realizar	Número	34	10	22	25
		Frecuencia	37.36%	10.99%	24.18%	27.47%
7	Afinidad de ideas respecto al criterio médico con el del paciente	Número	48	7	20	16
		Frecuencia	52.75%	7.69%	21.98%	17.58%
12	Uso de terminología entendible del médico hacia su paciente	Número	59	13	8	11
		Frecuencia	64.84%	14.29%	8.79%	12.09%
13	Información del médico al paciente de forma oportuna y en términos no médicos	Número	72	5	8	6
		Frecuencia	79.12%	5.49%	8.79%	6.59%
15	Accesibilidad del médico para responder dudas	Número	47	15	17	12
		Frecuencia	51.65%	16.48%	18.68%	13.19%
17	Información oportuna de retraso o cancelación de visita médica	Número	84	4	2	1
		Frecuencia	92.31%	4.40%	2.20%	1.10%
18	Prescripciones médicas claras y entendibles	Número	62	12	11	6
		Frecuencia	68.13%	13.19%	12.09%	6.59%
19	Explicación de cuidados domiciliarios	Número	38	34	11	8
		Frecuencia	41.76%	37.36%	12.09%	8.79%

Como se puede apreciar, las preguntas relacionadas con la comunicación interpersonal que han sido ubicadas en el nivel más alto de la escala de Likert, según

la percepción de los pacientes, han sido muy pocas. Nótese que solamente la pregunta (17) relacionada con que si el paciente fue informado oportunamente sobre visita médica ha obtenido un alto porcentaje, esto es, el 92.31%; le sigue con un 79.12% lo relativo al uso de términos no médicos cuando el paciente es informado sobre su situación de salud (13); las preguntas respecto a la terminología utilizada para la prescripción (5, 12, 18) se encuentran en un rango de aceptación $> 60\%$ y $< 70\%$; se encuentran respuestas que van entre $> 50\%$ y $< 60\%$ (2, 4, 7, 15) sobre la situación del paciente y los cuidados a seguir y a responder dudas; finalmente, hay una percepción bastante baja con respecto a otras variables de la comunicación en general (1, 3, 6, 19) ubicándose en niveles de $< 50\%$.

Todo lo anterior hace pensar que debe analizarse a lo interno de la estructura de comportamiento y compromiso de parte de los médicos sobre aspectos de trato humanizante y del *modelo de las tres funciones del médico* ya mencionados anteriormente, que se concreta en *recolectar información, responder de forma asertiva a las emociones de su paciente y educar e influenciar de forma positiva la conducta del paciente para su mejor manejo*, que además responde a las dimensiones que representan la percepción de los pacientes con respecto a la empatía (1, 2, 12, 15, 17) y fiabilidad (3, 4, 5, 6, 7, 13, 18, 19).

En la Figura 12 se puede visualizar claramente, en términos de unidades, cuáles fueron las preguntas a las que los pacientes le otorgaron el estado de *mucho*, de acuerdo con la escala de Likert, lo cual representa su percepción y satisfacción con respecto a la comunicación interpersonal que se desarrolla en el Hospital SOLCA-Loja.

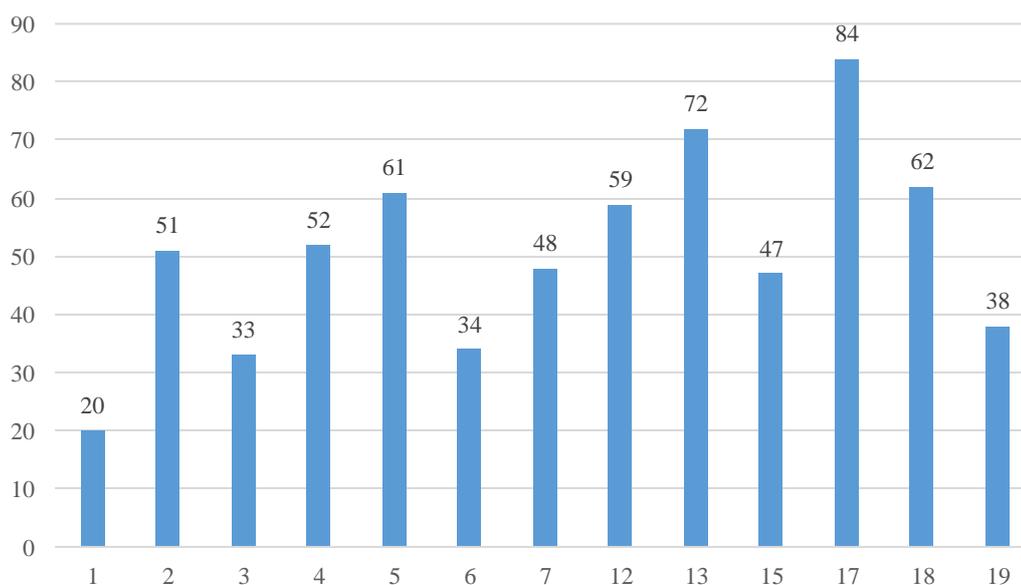


Figura 12. Comunicación interpersonal: respuestas positivas desde el punto de vista del paciente

Pasando a analizar lo relacionado con la atención recibida (Tabla 4) por los pacientes encuestados, se tiene que solamente dos de las seis preguntas han obtenido un porcentaje entre $>75\%$ y $<85\%$ y que tienen que ver con la resolución de patologías (8) y el cumplimiento de las visitas del médico (16); todas las otras preguntas se encuentran entre $\leq 50\%$.

Cabe mencionar que las preguntas incluidas en esta sección están directamente relacionadas con las dimensiones que representan la percepción de los pacientes con respecto a la empatía (9), fiabilidad (10, 16) y capacidad de respuesta (8, 11, 14), dimensiones que sirven para medir el nivel de satisfacción de los usuarios con respecto al servicio recibido.

Tabla 4. Atención recibida

Preguntas			Mucho	Moderado	Poco	Nada
8	Resolución de patologías por el personal de salud	Número	69	4	15	3
		Frecuencia	75.82%	4.40%	16.48%	3.30%
9	Trato del médico con calidez y preocupación	Número	40	23	9	19
		Frecuencia	43.96%	25.27%	9.89%	20.88%
10	Confianza y tranquilidad transmitida por el médico	Número	46	12	27	6
		Frecuencia	50.55%	13.19%	29.67%	6.59%
11	Tiempo suficiente dedicada por el médico a su paciente	Número	41	23	20	7
		Frecuencia	45.05%	25.27%	21.98%	7.69%
14	Tiempo oportuno del ingreso a hospitalización	Número	28	35	11	17
		Frecuencia	30.77%	38.46%	12.09%	18.68%
16	Cumplimiento de visitas programadas por el médico	Número	75	7	8	1
		Frecuencia	82.42%	7.69%	8.79%	1.10%

Encuesta a Profesionales Médicos

La encuesta para *médicos* (Apéndice B), estuvo diseñada con dos secciones. La primera tiene que ver con los datos generales: género y rangos de edad; la segunda consta de 10 preguntas, con abordaje hacia la comunicación interna y con los pacientes, la disponibilidad de recursos, trabajo en equipo, entre otros aspectos.

Datos Generales

Contiene las características básicas de los médicos encuestados, según las variables género y edad. En resumen, fueron 7 encuestados del género masculino y 13 del género femenino. Con respecto a los rangos de edad su distribución porcentual se aprecia en la Figura 13, en donde se puede establecer que 10 de los médicos encuestados se ubican en un rango de edad entre 21 a 30; el resto está dividido entre rangos que van de 31 a 40 (tres personas), 41 a 50 (cuatro personas) y 51 a 60 años (tres personas); ello indica que las respuestas obtenidas en el formulario ofrecerían una visión cuya mayor tendencia corresponde al primer grupo etario.

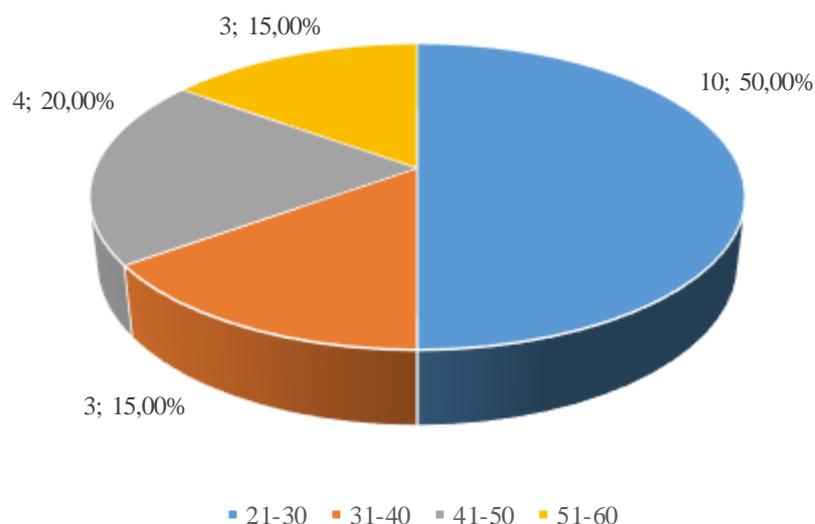


Figura 13. Distribución porcentual de médicos encuestados, según rangos de edad

Preguntas sobre la Condiciones de Trabajo y Atención Proporcionada

En esta segunda sección del formulario de encuesta aplicada a los médicos, se incluyó algunas preguntas relativas a su puesto de trabajo, la comunicación interna y las condiciones en las que desarrollan sus actividades profesionales. Los resultados se aprecian en la Tabla 5 y merecen un análisis individualizado.

Así, al analizar los aspectos positivos, se puede mencionar que al menos un 45% (mucho y moderado) consideran que los directivos de la institución hacen los esfuerzos necesarios para informar al personal médico sobre asuntos relativos al funcionamiento del Hospital, contra un 55% que consideran lo contrario (poco o nada) (4); en cuanto a la disposición de ayuda y trabajo en equipo (5), un 35% se ubica en las dos primeras respuestas positivas (mucho y moderado) y un 65% opina lo contrario (poco o nada); con un 50% los médicos opinan que pueden expresarse de manera libre y confiable (7), mientras que el otro 50% asegura lo contrario; finalmente, así mismo, en cuanto al tiempo que utilizan para escuchar a los pacientes sobre las dolencias que lo aquejan (8), un 50% dieron respuesta positiva (mucho o moderado) contra el otro 50% (poco o nada).

Los puntajes más bajos se recibieron en las preguntas 1, 2, 3, 6, 9 y 10. En lo que tiene que ver con la integración e inducción a su puesto de trabajo, se aprecia que en un 85% poco o nada han sido informados sobre los objetivos y responsabilidades a su cargo (1); en un 95% no han recibido retroalimentación sobre su desempeño (2); en un 85% no cuentan con los recursos y/o condiciones necesarias para cumplir con sus funciones (3); en un 70% desconocen las políticas y normas del personal de la institución (6); un 85% de los encuestados mencionan que poco o nada pueden realizar adecuadamente y con el tiempo disponible los procedimientos de anamnesis y examen físico (9); y, en un 90% consideran poco o nada importante ofrecer explicación sobre procedimientos médicos durante la estancia hospitalaria de los pacientes (10).

De acuerdo con las respuestas proporcionadas por los médicos, es importante resaltar el hecho de que en su mayoría los encuestados no se sienten debidamente motivados para cumplir con sus funciones que, si bien, aunque no les hubieran sido informados, la misma profesión médica exigiría un alto nivel de compromiso y ética. Se nota claramente una urgente necesidad de establecer políticas de trabajo y atención al paciente, así como un programa de comunicación tanto interna (entre colegas médicos, directivos y personal de apoyo) así como externa (hacia el paciente), dado que están desempeñando papeles importantes que llevan a la transformación y mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Tabla 5. Condiciones de trabajo y atención proporcionada a los pacientes

Preguntas			Mucho	Moderado	Poco	Nada
1	Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí	Número	1	2	9	8
		Frecuencia	5,00%	10,00%	45,00%	40,00%
2	Se me proporciona información oportuna y adecuada de mi desempeño y resultados alcanzados	Número	0	1	8	11
		Frecuencia	0,00%	5,00%	40,00%	55,00%
3	La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto	Número	0	3	7	10
		Frecuencia	0,00%	15,00%	35,00%	50,00%
4	Los directivos del centro laboral hacen los esfuerzos necesarios para mantenernos informados oportunamente a los trabajadores sobre los asuntos que nos afectan e interesan, así como del rumbo de la institución.	Número	5	4	5	6
		Frecuencia	25,00%	20,00%	25,00%	30,00%
5	Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo	Número	5	2	5	8
		Frecuencia	25,00%	10,00%	25,00%	40,00%
6	Tengo un conocimiento claro y transparente de las políticas y normas de personal de la institución	Número	3	3	9	5
		Frecuencia	15,00%	15,00%	45,00%	25,00%
7	El ambiente de la institución me permite expresar opiniones con franqueza, a todo nivel sin temor a represalias	Número	6	4	3	7
		Frecuencia	30,00%	20,00%	15,00%	35,00%
8	Proporciono el suficiente tiempo al paciente para expresar la sintomatología que aquejaba	Número	7	3	2	8
		Frecuencia	35,00%	15,00%	10,00%	40,00%
9	Puedo realizar de forma adecuada con el tiempo necesario los procedimientos de anamnesis y examen físico	Número	0	3	3	14
		Frecuencia	0,00%	15,00%	15,00%	70,00%
10	Considero que debo expresar confianza a mis pacientes tanto en la consulta médica, como a lo referente de explicar los procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento a realizar durante la estancia hospitalaria	Número	0	2	4	14
		Frecuencia	0,00%	10,00%	20,00%	70,00%

Correlación de Pearson: Variables Edad y Género de Pacientes

Cuando se aplica una encuesta en donde se incluyen variables tales como la edad o el género del participante, es necesario identificar si alguna de estas variables ha ejercido algún nivel de influencia en las respuestas proporcionadas a las diferentes preguntas que incluye el formulario. Esto es lo que se denomina un cuadro de correlaciones, el mismo que al confrontar las variables estudiadas deben determinar su efecto en las respuestas, utilizando los parámetros que se indican en la Tabla 6. Si el valor de correlación entre variables fluctúa entre 1 y -1 significa que la asociación entre éstas es perfecta; cuando no existe correlación entonces su valor es 0 (Fallas, 2012).

Tabla 6. *Parámetros para establecer correlación entre variables*

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0.9 a -0.99	Correlación negativa muy alta
-0.7 a -0.89	Correlación negativa alta
-0.4 a -0.69	Correlación negativa moderada
-0.2 a -0.39	Correlación negativa baja
-0.01 a -0.19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0.01 a 0.19	Correlación positiva muy baja
0.2 a 0.39	Correlación positiva baja
0.4 a 0.69	Correlación positiva moderada
0.7 a 0.89	Correlación positiva alta
0.9 a 0.99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Adaptado de Salazar y Del Castillo (2018)

Al realizar una comparación de respuestas proporcionadas por los pacientes, clasificados por género, en relación con la *comunicación* (Apéndice C) y en la *atención recibida* (Apéndice D) se puede apreciar que no hay influencia de la

variable género en las respuestas proporcionadas, por tanto, se confirma que no existe correlación entre variables.

Determinado que la variable género no influye en las respuestas de los pacientes, se pasó a analizar la variable edad. Así, al buscar algún tipo de relación entre la edad y las respuestas proporcionadas con respecto a las variables *comunicación* (Apéndice E) y la *atención recibida* (Apéndice F), con apoyo del cuadro de correlaciones de Pearson, se puede confirmar que no existe influencia entre variables, dado que todas están con valores cercanos a los rangos de 0.1 a 0.2.

Comparativos de Respuestas Proporcionadas por Pacientes y Médicos

Una vez revisadas las respuestas, de manera individual, de los dos grupos de encuestados, se presenta la necesidad de realizar una comparación de las mismas a determinadas preguntas:

- Paciente: (1) Disposición del médico para escuchar la dolencia del paciente
- Médico: (8) Proporciono el suficiente tiempo al paciente para expresar la sintomatología que aquejaba

Nótese, en la Figura 14, que hay contradicción en la percepción de uno y otro sector de los encuestados en cuanto a la disponibilidad de tiempo que se asigna al paciente para expresar su dolencia. Esto es el resultado de cómo califican, desde sus propios puntos de vista, esa *disponibilidad de tiempo* que, para el caso del paciente se trata de un elemento directamente relacionado con la relación interpersonal que se establece en una consulta médica; en tanto que, para el médico, aquello está sujeto a la cantidad de personas que debe atender en una jornada laboral.

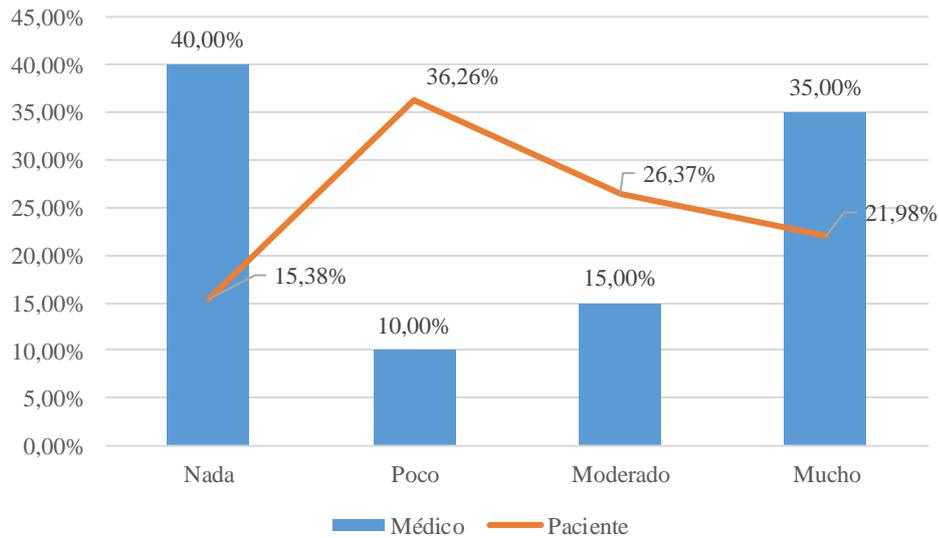


Figura 14. Tiempo proporcionado por el médico al paciente para expresar su sintomatología

Otra comparación posible es la relacionada con el tiempo utilizado para la explicación sobre tratamiento a seguir. Las preguntas son:

- Paciente: (3) Explicación del médico sobre el tratamiento a seguir
- Médico: (9) Puedo realizar de forma adecuada con el tiempo necesario los procedimientos de anamnesis y examen físico

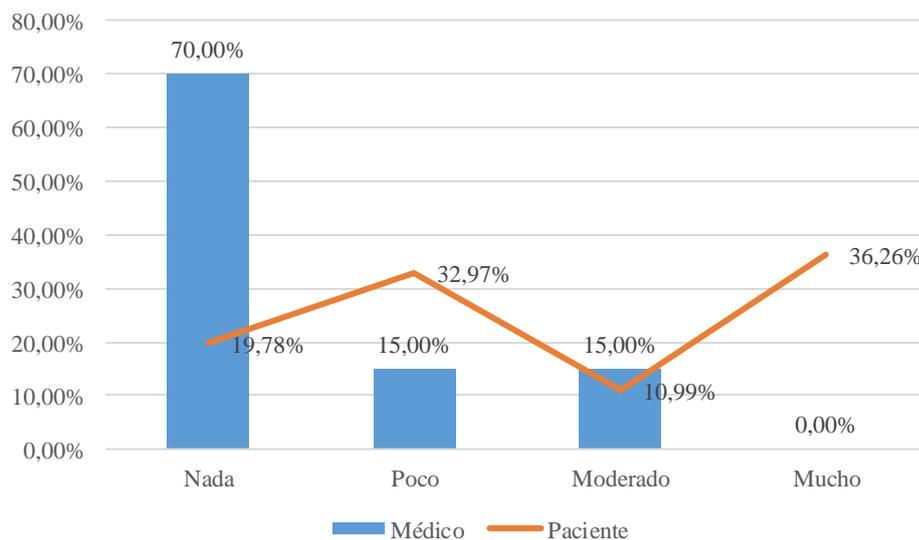


Figura 15. Tiempo proporcionado por el médico para informar sobre el procedimiento a seguir

De acuerdo con lo que muestra la Figura 15, se establece diferencias igualmente distantes a la media, en cuanto al tiempo disponible para las indicaciones y/o tratamiento a seguir para superar el problema médico. Si se

agrupan los porcentajes asignados a nada y poco, se tiene que el médico, en un 85.00%, no utiliza mayormente tiempo para esta actividad y por su parte, el paciente le asigna un 52.75%. En general, cuando un médico se dirige a un paciente para ofrecer alguna explicación, en ocasiones, olvida que está tratando con una persona con mediano o escaso conocimiento en este campo y suele asumir que la información que ofrece está siendo interpretada de manera correcta.

Entre los elementos considerados importantes y que ejercen influencia en la relación médico-paciente es la confianza que debe transmitir el profesional de la salud; así, al comparar las respuestas de los encuestados se tiene lo siguiente:

- Paciente: (10) Confianza y tranquilidad transmitida por el médico
- Médico: (10) Considero que debo expresar confianza a mis pacientes tanto en la consulta médica, como a lo referente de explicar los procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento a realizar durante la estancia hospitalaria

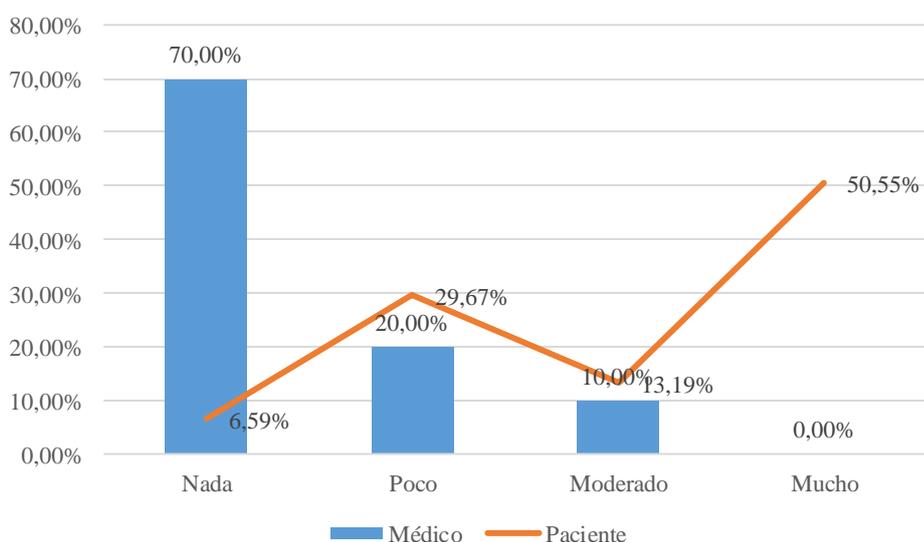


Figura 16. Confianza transmitida por el médico al paciente

Como se puede apreciar mediante la Figura 16, el médico le da poca importancia (70.00%) al elemento confianza en la atención al paciente, mientras que por su lado el usuario lo considera, en cierta medida, importante (50.55%); esto

podría presentarse por el hecho de que se estaría deshumanizando el proceso de atención a los usuarios de la salud.

Luego del análisis realizado a las respuestas de los dos grupos encuestados, se puede concluir que:

- Los pacientes no están totalmente conformes con la atención recibida y la comunicación que se establece hacia ellos por parte de los médicos;
- El servicio proporcionado por el equipo médico ha sido calificado con una muy baja percepción de calidad, lo que induce a un nivel de insatisfacción en la atención recibida;
- El equipo de médicos, claramente se encuentra desinformado y poco motivado para involucrarse con elementos esenciales sobre el funcionamiento de su institución;
- Existe una necesidad de reforzar las características propias de la profesión médica como base fundamental del cumplimiento del *contrato social* que incluye, tal como asegura J.J. Rodríguez (2010, p. 65) “principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos”.

Capítulo IV

Propuesta de Intervención

Dentro del contexto de la comunicación entre el médico y el paciente, en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Loja se fomentará estrategias que permitan optimizar de mejor manera la relación interpersonal de estos dos sectores, para beneficio mutuo, procurando mantener la calidad y calidez de los servicios que se ofrecen, mediante la implementación de mejoras respecto al sistema de computación, red de historias clínicas, manejo de la información y el programa reinducción y concienciación para todo el personal que labora dentro de la institución.

Además, entre las soluciones a implementar para satisfacer de mejor manera la comunicación interpersonal entre el profesional y el usuario, se mantiene el tiempo de ejecución desde el saludo, y conlleva durante el proceso de anamnesis, examen físico, solicitud o revisión de resultados de exámenes complementarios y su diagnóstico presuntivo y/o definitivo, con su correspondiente tratamiento. Siendo éste un proceso que va más allá de la simple sistematización o trabajo administrativo, además de un análisis profundo y científico, que ayuda a resolver de manera eficiente y eficaz los problemas que aquejan al paciente, se requiere toda la atención y orientación de recursos para mejorar las condiciones en las que se desarrolla la actividad médica.

Elementos Básicos de la Propuesta paciente

Para establecer una relación idónea entre él y su médico, se requiere tres elementos básicos: el manejo de la información, proceso de atención y desempeño del profesional médico.

Manejo adecuado de la información

El sistema computarizado que tiene el Hospital de SOLCA-Loja ayuda a unificar de mejor manera el historial clínico, reportes de resultados de exámenes complementarios diagnósticos, estudios de imagen y laboratorio, tanto patológico como clínico; además, permite llevar kardex por parte del personal de enfermería, respecto a la medicación que ha sido administrada, así como también la bitácora continua de la evolución del paciente y los procedimientos médicos realizados, permitiendo establecer una mejor comunicación con el paciente con respecto al proceso médico y su registro, llevándolo de forma ordenada y correcta, para evitar posibles errores en diagnósticos y la ineficiencia en procesos engorrosos que hagan tardar una respuesta oportuna para el tratamiento de las patologías que aquejan a la población estudiada.

La gestión de la información y la comunicación están directamente relacionadas con la dimensión de *fiabilidad* como uno de los elementos que intervienen en el nivel de percepción de la satisfacción del usuario con respecto al servicio recibido y facilitan la relación del médico con su paciente.

Diseño del Proceso de Atención al Paciente

Dentro del proceso que se sigue para ofrecer una atención de calidad a los usuarios se debe tener en cuenta el tiempo que se asigna a cada paciente, aspecto que interviene en todas las etapas del proceso y permite mejorar la comunicación interpersonal, facilitando el establecimiento de una relación de confianza de mayor grado. Este manejo del tiempo está directamente relacionado con la dimensión *capacidad de respuesta*, que también mide la satisfacción del usuario y que se complementa no solamente por el médico especialista, sino con todo el personal de salud que se encuentra involucrado durante todas las instancias de la atención, desde

los colaboradores del área administrativa hasta el personal que se encuentra en constante contacto con el mismo paciente.

Fase 1. Ingreso y Apertura de Historia Clínica Personal del Paciente

Al ingresar un paciente: (1) se solicita en la estación de Información la apertura de un Historial Clínico en el que se incluye los datos personales; (2) se establece una fecha para la cita médica con el especialista; (3) el paciente debe dirigirse a Tesorería para pagar lo que corresponda por dicha cita.

De acuerdo con la fecha asignada, el paciente deberá acudir al consultorio respectivo del médico especialista el que hará el seguimiento respectivo a la dolencia o enfermedad identificada, mediante múltiples procesos de acuerdo a los protocolos a seguir, ya sea solicitando exámenes complementarios sean estos de imagen o laboratorio.

Según el diagnóstico establecido con apoyo de los resultados de los exámenes, se solicitará realizar el ingreso al servicio de hospitalización, por el que tendrá que referirse a la estación de enfermería para poder obtener sus signos vitales, y demás requerimientos para su ingreso a hospitalización, dependiendo del motivo ya sea al área de cirugía u oncología clínica.

Fase 2. Atención de la Salud del Paciente

El paciente una vez en el área de hospitalización, se mantendrá en vigilancia del médico residente encargado de mantener los cuidados del día y controlar su estado actual, según las indicaciones del médico especialista, o a su vez de acuerdo al criterio médico que requiera para la situación.

Posteriormente continúan los múltiples procesos, dependiendo del motivo de consulta y los protocolos a seguir por la patología a determinar, ya sea una intervención quirúrgica o un manejo clínico integral, tomando en cuenta que no solo

acuden por enfermedades relacionadas al ámbito oncológico, sino además para la resolución de distintas enfermedades.

Independientemente de que se trate de intervención quirúrgica o se inicie un tratamiento oncológico definitivo, son múltiples los procesos y los profesionales que se encuentran involucrados en el complejo suceso de intervención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados. Las áreas especializadas que intervienen en esta etapa del proceso son Radioterapia, Imagenología, Laboratorio Clínico, Patología, Yodoterapia, Centro Quirúrgico, Farmacia, etc., sin olvidar las áreas administrativas que son una parte fundamental para cumplir con los distintos procesos que se requiere en la parte legislativa del Estado y del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; como es los servicios de Convenios, Terapia del Dolor, Quimioterapia Ambulatorio, etc.

Fase 3. Seguimiento de la Salud del Paciente

Aplicado el tratamiento y exámenes correspondientes, es dado de alta por el médico tratante, ofreciendo las indicaciones de cuidado domiciliarias y se asigna una próxima cita médica para continuar el proceso de seguimiento continuo, con el fin de complementar el tratamiento y el énfasis en mejorar el bienestar del paciente.

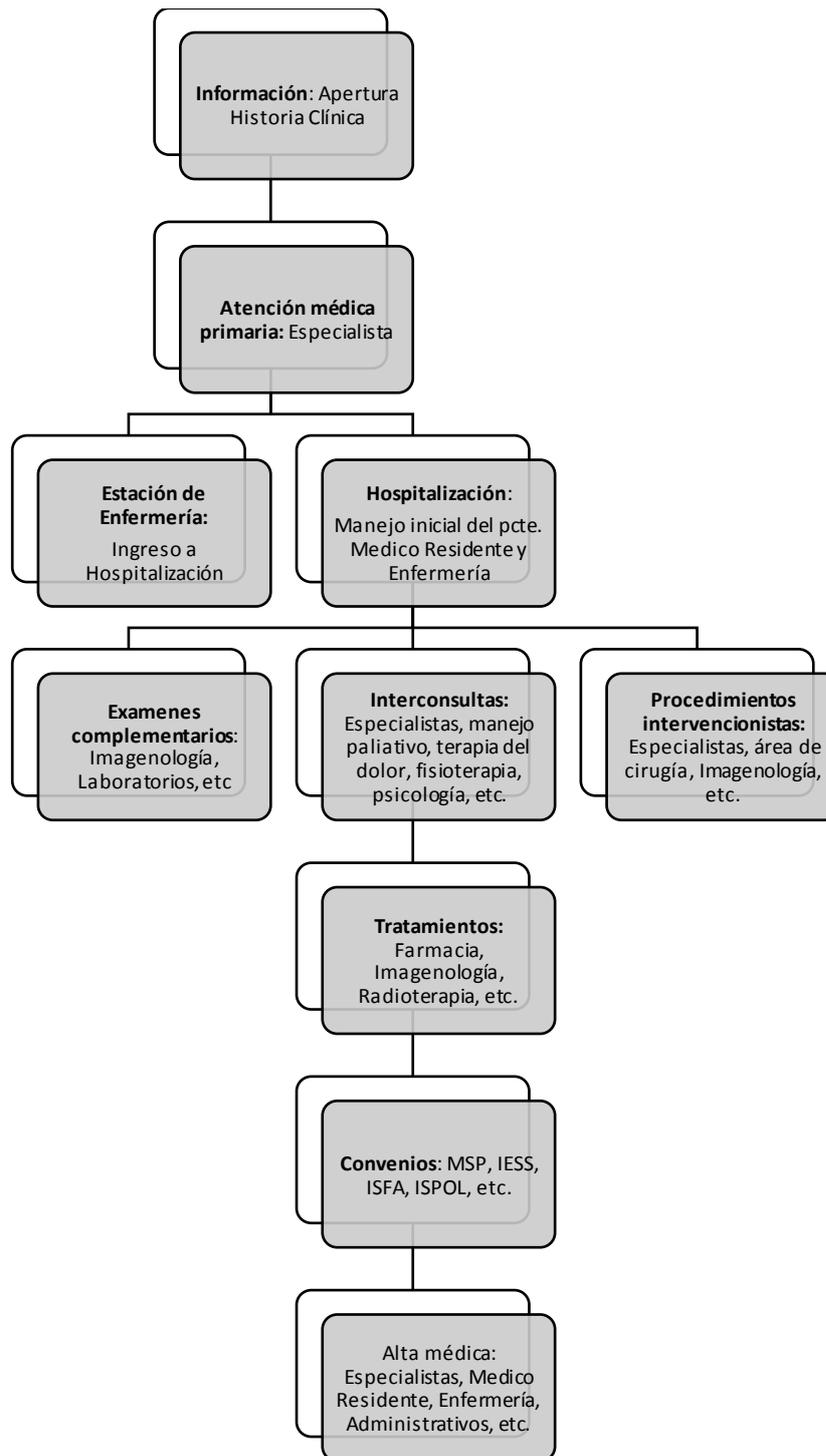


Figura 17. Diagrama de flujo de procesos del Hospital SOLCA de Loja

Mediante la Figura 17 se puede evidenciar todo el complejo proceso de intervención en el ingreso, hospitalización y alta médica del paciente en general que acude al Hospital de SOLCA de la ciudad de Loja, basándose en criterios y procesos que son requeridos tanto a nivel nacional como internacionalmente, para un

manejo adecuado de los pacientes, desde el diagnóstico de las diversas patologías que acuden a los distintos servicios del hospital, hasta el proceso de seguimiento y monitoreo que se lleva a cada paciente dependiendo de su enfermedad, en especial consideración pacientes oncológicos que son enfermedades catastróficas que en la mayoría de las veces reciben apoyo por parte del gobierno del país.

Programa de Inducción y Potenciación del Desempeño

La importancia de la conformación de equipos de trabajo debidamente motivados y con sentido de pertenencia es la base para establecer relaciones saludables entre los integrantes del equipo y entre ellos y los pacientes.

Todos los colaboradores de las distintas áreas del Hospital de SOLCA-Loja deben ser parte de un programa de:

- Reinducción hacia las políticas de la institución, reglamentos y normativas, así como los componentes de la filosofía institucional, como base para desarrollar un sentido de compromiso y pertenencia hacia la entidad.
- Revisión de los procesos que se cumplen dentro del Hospital, así como la declaratoria individual de las funciones por cada cargo, estableciendo los límites mínimos y máximos de los tiempos requeridos para cada etapa del proceso.
- Análisis de los recursos disponibles para cumplir con la tarea encomendada, determinando ubicación, cantidad, disponibilidad, dependiendo de cada caso.
- Diseño y desarrollo de programas de actualización, en el ámbito específico, que se considere necesario para elevar el nivel de desempeño.

La propuesta así diseñada permitiría que se establezca una mejor relación entre los integrantes de los equipos de trabajo, que se vería reflejada en el trato hacia el paciente, potenciando las dimensiones de empatía, fiabilidad, capacidad de respuesta, que son las que más se acercan a la imagen que el usuario crea en su mente con respecto a una institución y de quienes prestan un servicio en el área de salud.

Es de considerar la gran importancia que tiene la intención de mejorar esa relación médico-paciente que, además de impulsar la imagen institucional, permitirá influir de manera positiva en el mejoramiento de la salud de los usuarios, tanto en prevención, corrección y seguimiento. Por ello, el diseño de un cronograma de trabajo así como la asignación de los recursos necesarios para la implementación de esta propuesta, se realizará con la participación de los principales directivos del Hospital de SOLCA de Loja, como parte de su quehacer institucional y el compromiso que conlleva la gestión de esta institución de salud.

Conclusiones

Luego de analizada la información relacionada con el tema en estudio, se presenta algunas conclusiones:

- A través de una encuesta aplicada tanto a pacientes como a los médicos del Hospital SOLCA-Loja se pudo identificar algunos *factores relacionados con la comunicación médico-paciente*. Por parte de los pacientes se evidenció una alta satisfacción con respecto a la información que reciben sobre la programación de visitas médicas y el uso de términos no médicos para una mejor comprensión de las prescripciones; sin embargo, asignaron baja calificación a factores relacionados con la disposición para escuchar al paciente e informarle sobre su situación de salud, cuidados y procedimientos a seguir para su tratamiento. En cuanto a la opinión de los médicos, se nota un cierto nivel, no óptimo, de conocimiento sobre la institución en general y sobre sus funciones específicas en particular; aspectos relacionados con el sentido de pertenencia y motivación para potenciar su desempeño y trabajo en equipo, han sido calificados en términos aceptables.
- En cuanto a los *factores que intervienen en la relación médico-paciente* se determinó la necesidad de potenciar algunas dimensiones relacionadas con la percepción de la atención del servicio y su nivel de satisfacción, entre las que se menciona preferentemente aquellas que facilitan el establecimiento de una relación humanizante y personalizada, tales como la empatía, la fiabilidad y la capacidad de respuesta, principalmente. Se considera también como factor a potenciar el manejo del proceso de hospitalización en donde participa también personal de enfermería, administrativos, especialistas, imagenólogos, laboratoristas, etc., como parte del equipo de trabajo que facilita la estancia

hospitalaria, todo con el fin de evitar equivocaciones y errores en los procesos a seguir para tener un adecuado diagnóstico y tratamiento de las patologías.

- Las *estrategias diseñadas para mejorar la comunicación interna* proyectan mejorar la comunicación interpersonal y la relación médico-paciente para una correcta toma de decisiones en cuanto a diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la recuperación, buscando la participación del propio paciente.

Luego del análisis realizado de las respuestas proporcionadas principalmente por los usuarios del servicio se pudo confirmar la hipótesis planteada con respecto a que la falta de una adecuada comunicación interpersonal afecta a la relación médico-paciente causando distanciamiento y, en general, posible abandono del tratamiento asignado para mejoramiento de la salud del usuario.

Recomendaciones

Partiendo del análisis realizado, se puede recomendar las siguientes acciones:

- Fomentar el continuo asesoramiento e instrucción en el sistema operativo informático de la institución, que es el pilar fundamental para mantener el registro médico de los pacientes y su evolución en general, facilitando información actualizada que lleve a decisiones asertivas que ofrezcan confianza y seguridad en los pacientes en cuanto a su diagnóstico y tratamiento propuesto por el médico.
- Crear perfiles profesionales, con sus determinantes de responsabilidades, deberes y derechos de cada personal que labora en la institución, con el fin de que todos conozcan sus funciones y orienten sus esfuerzos hacia el cumplimiento de aquello que se espera de cada uno.
- Reforzar permanentemente, en los colaboradores, el sentido de pertenencia y compromiso hacia la institución, como parte de su formación laboral y profesional.
- Publicitar de mejor manera la cartera de servicios que ofrece la institución, tanto de forma interna para los pacientes hospitalizados, como para los pacientes externos, de manera que se mantenga una comunicación directa con los usuarios.
- Establecer evaluaciones periódicas sobre el nivel de satisfacción de los usuarios, que lleven a mejorar los procesos y a potenciar la calidad del servicio.

Referencias Bibliográficas

- Asamblea Constituyente. *Constitución de la República del Ecuador.* , (2008).
- Berenguer, M. del C., Mediaceja, N. R., & Montoya, M. (2014). Evaluación de la satisfacción en salud: un reto en la atención estomatológica. *MEDISAN*, 18(7), 923–927. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192014000700006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Bogotá: Pearson Educación.
- Bravo, P., Contreras, A., Perestelo, L., Pérez, J., & Málaga, G. (2013). En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(4), 691–697. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342013000400025&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cabo, J. (2014). *Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias* (1a ed.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Cañas, M. I., & Proaño, C. I. (2017). *Estimar la percepción del paciente en área rural que acude a la consulta externa de medicina familiar sobre la relación médico-paciente, en el Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado, durante el año 2017* (Tesis de Posgrado para la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.

- Casanova, J. F. (2017). Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente. *Horizonte Médico*, 17(3), 43–49.
<https://doi.org/100.24265/horizmed.2017.v17n3.08>
- Castillo, J. (2016). *Loja con mayor incidencia de cáncer* [Periodístico].
Recuperado de <https://www.cronica.com.ec/informacion/item/11955-loja-con-mayor-incidencia-de-cancer>
- Celedón, C. (2016). Relación médico paciente. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 76(1), 51–54. <https://doi.org/10.4067/S0718-48162016000100007>
- Ceriani, J. M. (2014). La tecnología médica como objeto de la ética. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112(4), 298–299.
<https://doi.org/10.5546/aap.2014.298>
- Cuba, M. S., & Campuzano, J. (2017). Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad. *Revista Médica Herediana*, 28(2), 116.
<https://doi.org/10.20453/rmh.v28i2.3115>
- Cueva, P., & Yépez, J. (2014). *Registro Nacional de Tumores. Epidemiología del Cáncer en Quito 2006-2010* (15ª). Recuperado de <http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/PUBLICACION-QU-2006-2010.pdf>
- Dávila, M., & Arceluz, D. (2018). El proceso de comunicación interna en la oficina del Conservador de la ciudad de Cienfuegos. *Conrado*, 14(61), 133–140. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1990-86442018000100020&lng=es&nrm=iso&tlng=es

De Posada, S., Rodríguez, R., Broche, M., & Cobo, E. (2013). Conformación histórica del método clínico. *Humanidades Médicas, 13*(3), 742–753. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262662082_Conformacion_historica_del_metodo_clinico

Diario La Hora, D. L. (2017). Loja es la tercera provincia con incidencia de cáncer de mama. Recuperado el 24 de abril de 2019, de La Hora Noticias de Ecuador, sus provincias y el mundo website: <https://www.lahora.com.ec/loja/noticia/1102108130/loja-es-la-tercera-provincia-con-incidencia-de-cancer-de-mama->

Donoso, C. A. (2014). La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética, 18*(2), 184–193. <https://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.8>

El médico interactivo. (2018, septiembre 24). La OMS estima que en 2018 se superarán los 18 millones de casos nuevos de cáncer y 9,6 millones fallecerán por cáncer. Recuperado el 24 de abril de 2019, de El médico interactivo website: <http://elmedicointeractivo.com/la-oms-estima-que-en-2018-se-superaran-los-18-millones-de-casos-nuevos-de-cancer-y-96-millones-falleceran-por-cancer/>

Espinoza, M. (2003). La comunicación interpersonal en los servicios de salud. *Punto Cero, 8*(7), 20–30. Recuperado de

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1815-02762003000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Estudio de Comunicación Salud, J. F. (2014). *La comunicación médico-paciente* (p. 27). Recuperado de ABC de la Salud website:

https://www.sehh.es/images/stories/recursos/2014/pacientes/LA_COMUNICACION_MEDICO-PACIENTE.pdf

Fajardo, L. A. (2009). A propósito de la comunicación verbal. *Forma y Función*, 22(2), 121–142. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-338X2009000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Fallas, J. (2012). *Correlación Lineal*. Recuperado de

http://www.ucipfg.com/Repositorio/MGAP/MGAP-05/BLOQUE-ACADEMICO/Unidad-2/complementarias/correlacion_lineal_2012.pdf

Fernández, J. A. (2005). Relación médico-paciente: estructura del concepto.

Revista Médica Honduras, (73), 93–94.

Gallardo, A., & Reynaldos, K. (2014). Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. *Enfermería Global*, 13(36), 353–363.

Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412014000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es

García, H., Navarro, L., López, M., & Rodríguez, M. de F. (2014). Tecnologías de la Información y la Comunicación en salud y educación médica.

EDUMECENTRO, 6(1), 253–265. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742014000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es

GLOBOCAN. (2012). Estimaciones Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Recuperado el 24 de abril de 2019, de Red Española de Registros de Cáncer website:

<http://redecn.org/es/page.cfm?id=123&title=globocan>

González, M. J., & Herrera, O. N. (2007). Bioética y nuevas tecnologías:

Telemedicina. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1), 0–0. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192007000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

González, R., & Cardentey, J. (2015). Influencia de la comunicación en la adecuada relación médico-paciente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(1), 3–4. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252015000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Gorrita, R. R. G. (2008). La relación médico paciente en la sociedad actual:

autonomía, integridad y consentimiento informado. *Medimay. Revista de*

Ciencias Médicas de Mayabeque, 14(1), 32–41. Recuperado de

<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/282>

Hamui, L., Fuentes, R., Aguirre, R., & Ramírez, O. F. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica* (Primera edición). Recuperado de

<http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>

- Hardy, A. E., & Rovelo, J. E. (2015). Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Medicina e Investigación*, 3, 79–84.
- Hernández, F., Aguirre, H., Santacruz, J., Gómez, E., García, S., & Durán, L. R. (2015). Calidad efectiva de los servicios de salud. *Revista CONAMED*, 18(3). Recuperado de <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/121>
- Hernández, I., Fernández, M. A., Irigoyen, A., & Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2), 137–143. Recuperado de <http://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8468>
- Hernández, M. J. (2013). El humanismo y la relación médico-paciente. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(3), 255–257. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572013000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Education.
- Knauth, L. (2014). Los procesos del racismo. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 0(4), 13–26. <https://doi.org/10.29340/4.1232>
- Koontz, H., Weihrich, H., & Cannice, M. (2012). *Administración. Una perspectiva global y empresarial* (Décimo cuarta edición). Recuperado de https://www.academia.edu/15364931/Administraci%C3%B3n_14_ed_-_Harold_Koontz_Weihrich_y_Cannice

- Llanos, F., Rosas, A., Mendoza, D., & Contreras, C. (2001). Comparación de las escalas de Likert y Vigesimal para la evaluación de satisfacción de atención en un hospital del Perú. *Revista Médica Herediana*, 12(2), 52–57.
- López, C. (2018). Comunicación y sentimientos desde la Teoría de Sistemas Sociales de Niklas Luhmann. *Communication and Feelings from the Viewpoint of Niklas Luhmann's Social Systems Theory.*, 33(93), 53–86.
Recuperado de
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=127917928&lang=es&site=ehost-live>
- Massip, C., Ortiz, M. R., Llantá, M. del C., Peña, M., & Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4), 0–0. Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662008000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Mejía, A., & Romero, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrónica*, 39, 832–842.
Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242017000700016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Mena, V., Soliz, N., & Cando, L. (2018). *Modelo Servqual para la evaluación del nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema Integrado de Salud de la Universidad de las Fuerzas Armadas* (Núm. 13; p. 20). Recuperado de Universidad de las Fuerzas Armadas website:
http://world_business.espe.edu.ec/wp-content/uploads/2017/11/13.1-

Modelo-Servqual-para-la-evaluaci%C3%B3n-del-nivel-de-satisfacci%C3%B3n-de-los-usuarios-del-Sistema-Integrado-de-Salud-de-la-Universidad-de-las-Fuerzas-Armadas.pdf

Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 555–564.

Recuperado de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322017000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Moore, P., Vargas, A., Núñez, S., & Macchiavello, S. (2011). Un estudio de reclamos hospitalarios: el rol de la relación médico-paciente. *Revista médica de Chile*, 139(7), 880–885. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000700008>

MSP. *Ley Orgánica de Salud*. , Pub. L. No. Ley 67, 61 (2012).

Murillo, J. E. (2014). Nuevos paradigmas de la bioética. *Producción + Limpia*, 9(2), 1–3. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1909-04552014000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Ortiz, M. S., Baeza, M. J., Salinas, N., Flynn, P., & Betancourt, H. (2016). Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. *Revista Médica de Chile*, 144(10), 1270–1276. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016001000006>

Osler, W. (2016). El Chauvinismo en la medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(4), 652–664. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662016000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Ramos, C. (2008). Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un Departamento de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(1), 12–16. Recuperado de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832008000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Ramos, P., Arenas, Á., & Santos, M. J. (2015). La Comisión Nacional de Bioética de Chile: una tarea pendiente. Aportes de la experiencia de las comisiones nacionales de bioética de México e Italia. *Acta bioethica*, 21(1), 73–81.

<https://doi.org/10.4067/S1726-569X2015000100010>

Robbins, S. P., & Coulter, M. K. (2014). *Administración* (Décimo Segunda Edición). México, D.F.: Pearson.

Rodríguez, Á., Mardones, F., & Villarroel, L. (2012). Relación médico-paciente en la Pontificia Universidad Católica de Chile: evaluación de una escala de medición. *Revista médica de Chile*, 140(2), 176–183.

<https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000200005>

Rodríguez, J. J. (2010). Definición de “Profesión médica”, “Profesional médico/a” y “Profesionalismo médico”. *Educación Médica*, 13(2).

<https://doi.org/10.4321/S1575-18132010000200001>

Rodríguez, M. A. (2008). *Relación médico-paciente*. Recuperado de

<http://newpsi.bvs->

psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Relacion_medico-paciente.pdf

- Romeu, V. L. (2015). Hacia una teoría personalista de la comunicación interpersonal. *Questión*, 48. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10915/50677>
- Rotondo, M. T. (2017). Introducción a la bioética. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 32(3), 240–248. <https://doi.org/10.29277/ruc/32.3.4>
- Salazar, C., & Del Castillo, S. (2018). *Fundamentos Básicos de Estadística* (Primera edición). Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13720/3/Fundamentos%20B%C3%A1sicos%20de%20Estad%C3%ADstica-Libro.pdf>
- Sánchez, D., & Contreras, Y. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528–533. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572014000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Secretaría de Salud. (2016). *Modelo de Gestión de Calidad en Salud*. *Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud* (p. 82). Recuperado de http://dgces.salud.gob.mx/pnc2017/doctos_consulta/MGCS.pdf
- SENPLADES. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una vida*. Recuperado de http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf

- SOLCA. (2017). Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Recuperado el 11 de febrero de 2019, de SOLCA website: <https://www.solca.med.ec/>
- SOLCA Loja. (2014). *Registro de Tumores SOLCA Loja* [Estadísticas]. Loja: SOLCA Loja.
- SOLCA Loja. (2015). Estructura Organizacional. Recuperado el 24 de abril de 2019, de <http://solcaloja.med.ec/site/index.php/estructura-organizacional>
- SOLCA Loja. (2018). Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA, Núcleo de Loja. Recuperado el 10 de abril de 2019, de <http://solcaloja.med.ec/site/>
- Suárez, F. C. (2016). Manteniendo la relación médico-paciente a pesar de las dificultades del sistema de salud Colombiano. *Medicas UIS*, 29(2), 7–9. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-03192016000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Suárez, M. Á. (2012). Medicina centrada en el paciente. *Revista Médica La Paz*, 18(1), 67–72. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582012000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Superintendencia de Salud. (2013). *Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores. Informe Global* (p. 50). Recuperado de Gobierno de Chile website: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-9005_recurso_1.pdf

Wehrich, H., Cannice, M., & Koontz, H. (2017). *Administración. Una perspectiva global, empresarial y de innovación* (Décimo quinta edición). Ciudad de México: Mc Graw Hill.

Williams, J. R. (2015). *Manual de Ética Médica* (Tercera). Recuperado de https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_es.pdf

Yang, Y., Saladrigas, H., & Torres, D. (2016). El proceso de la comunicación en la gestión del conocimiento. Un análisis teórico de su comportamiento a partir de dos modelos típicos. *Revista Universidad y Sociedad*, 8(2), 165–173. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2218-36202016000200022&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Preguntas	Mucho	Moderado	Poco	Nada
16. El médico vino a verlo durante su hospitalización de acuerdo con las visitas comprometidas	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()
17. El médico informo oportunamente cuando se atrasó o no pudo llegar a tiempo a su visita médica, en caso de así hubiera sido en alguna ocasión	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()
18. Si le dieron indicaciones en una receta; ¿Están escritas en forma clara para usted?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()
19. ¿El personal que le atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()

Formato adaptado de: Gobierno de Chile. Superintendencia de Salud (2013) y Universidad Nacional Autónoma de México (2013)

Apéndice C. Cuadro de correlación Género y Comunicación médico-paciente

Variables	Género	Escuchar al paciente	Explicar estado salud	Tratamiento a seguir	Cuidados a seguir	Información clara	Información procedimiento	Afinidad de ideas	Terminología entendible	Información oportuna	Respuesta a dudas	Retraso o cancelación de visita	Prescripción clara	Explicación de cuidados domicilio	
Género	(1)	1	.018	.019	.132	.058	.003	-.011	-.056	-.042	-.150	.002	-.221*	-.114	.087
	(2)		.864	.860	.214	.582	.981	.917	.598	.692	.157	.985	.035	.283	.415
Escuchar al paciente	(1)	.018	1	.108	-.027	-.164	.088	.079	.093	-.062	-.068	-.083	.072	.147	-.024
	(2)	.864		.308	.798	.121	.407	.458	.379	.560	.522	.437	.497	.163	.821
Explicar estado salud	(1)	.019	.108	1	-.033	-.040	.011	.021	.114	-.031	.189	.081	.005	.146	-.041
	(2)	.860	.308		.754	.707	.916	.846	.284	.769	.073	.447	.965	.167	.699
Tratamiento a seguir	(1)	.132	-.027	-.033	1	.050	-.065	.032	-.051	.148	.040	-.101	.122	.052	-.020
	(2)	.214	.798	.754		.637	.542	.762	.633	.163	.704	.341	.249	.626	.848
Cuidados a seguir	(1)	.058	-.164	-.040	.050	1	-.024	-.072	.167	.081	.110	.158	.096	-.046	-.118
	(2)	.582	.121	.707	.637		.822	.497	.115	.445	.298	.134	.366	.666	.265
Información clara	(1)	.003	.088	.011	-.065	-.024	1	-.088	-.032	.002	-.192	-.005	.036	-.010	-.067
	(2)	.981	.407	.916	.542	.822		.407	.763	.983	.069	.966	.733	.922	.529
Información procedimiento	(1)	-.011	.079	.021	.032	-.072	-.088	1	.017	-.217*	.007	.092	.046	.069	.157
	(2)	.917	.458	.846	.762	.497	.407		.872	.039	.947	.386	.666	.518	.137
Afinidad de ideas	(1)	-.056	.093	.114	-.051	.167	-.032	.017	1	-.075	-.078	-.014	-.029	.094	-.073
	(2)	.598	.379	.284	.633	.115	.763	.872		.478	.463	.893	.784	.373	.490
Terminología entendible	(1)	-.042	-.062	-.031	.148	.081	.002	-.217*	-.075	1	.143	-.243*	-.123	-.082	-.172
	(2)	.692	.560	.769	.163	.445	.983	.039	.478		.176	.020	.246	.439	.103
Información oportuna	(1)	-.150	-.068	.189	.040	.110	-.192	.007	-.078	.143	1	-.027	-.045	-.081	.035
	(2)	.157	.522	.073	.704	.298	.069	.947	.463	.176		.802	.673	.443	.740
Respuesta a dudas	(1)	.002	-.083	.081	-.101	.158	-.005	.092	-.014	-.243*	-.027	1	-.049	-.154	-.093
	(2)	.985	.437	.447	.341	.134	.966	.386	.893	.020	.802		.648	.145	.383
Retraso o cancelación de visita	(1)	-.221*	.072	.005	.122	.096	.036	.046	-.029	-.123	-.045	-.049	1	.270**	.008
	(2)	.035	.497	.965	.249	.366	.733	.666	.784	.246	.673	.648		.010	.938
Prescripción clara	(1)	-.114	.147	.146	.052	-.046	-.010	.069	.094	-.082	-.081	-.154	.270**	1	-.071
	(2)	.283	.163	.167	.626	.666	.922	.518	.373	.439	.443	.145	.010		.501
Explicación cuidados domicilio	(1)	.087	-.024	-.041	-.020	-.118	-.067	.157	-.073	-.172	.035	-.093	.008	-.071	1
	(2)	.415	.821	.699	.848	.265	.529	.137	.490	.103	.740	.383	.938	.501	

Nota: (1) Correlación de Pearson; (2) Significancia (bilateral); *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas); **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Apéndice D. Cuadro de correlación *Género y Atención Recibida*

Variables		Género	Resolución de patologías por el personal de salud	Trato del Médico con calidez y preocupación	Confianza y tranquilidad transmitida por el Médico	Tiempo suficiente dedicada por el Médico a su paciente	Tiempo oportuno para hospitalización	Cumplimiento de visitas programadas por el Médico
Género	(1)	1	-,055	,158	,035	-,142	-,016	-,047
	(2)		,604	,136	,745	,178	,880	,658
Resolución de patologías por el personal de salud	(1)	-,055	1	,178	,270**	,206*	,046	,125
	(2)	,604		,091	,010	,050	,663	,236
Trato del Médico con calidez y preocupación	(1)	,158	,178	1	,069	,053	,156	-,056
	(2)	,136	,091		,517	,619	,141	,596
Confianza y tranquilidad transmitida por el Médico	(1)	,035	,270**	,069	1	,135	-,017	-,032
	(2)	,745	,010	,517		,202	,874	,764
Tiempo suficiente dedicada por el Médico a su paciente	(1)	-,142	,206*	,053	,135	1	-,080	,167
	(2)	,178	,050	,619	,202		,449	,114
Tiempo oportuno para hospitalización	(1)	-,016	,046	,156	-,017	-,080	1	,033
	(2)	,880	,663	,141	,874	,449		,756
Cumplimiento de visitas programadas por el Médico	(1)	-,047	,125	-,056	-,032	,167	,033	1
	(2)	,658	,236	,596	,764	,114	,756	

Nota: (1) Correlación de Pearson; (2) Significancia (bilateral); *. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas); **. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Apéndice E. Cuadro de correlación *Rango de Edad y Comunicación médico-paciente*

Variables		Rango de edad	Escuchar al paciente	Explicar estado salud	Tratamiento a seguir	Cuidados a seguir	Información clara	Información procedimiento	Afinidad de ideas	Terminología entendible	Información oportuna	Respuesta a dudas	Retraso o cancelación de visita	Prescripción clara	Explicación de cuidados domicilio
Rango de edad	(1)	1	-.005	-.001	.122	-.059	-.080	-.005	-.178	-.080	.110	.153	-.127	.195	-.005
	(2)		.965	.995	.251	.577	.452	.964	.091	.452	.298	.148	.229	.065	.962
Escuchar al paciente	(1)	-.005	1	.108	-.027	-.164	.088	.079	.093	-.062	-.068	.072	-.083	.147	-.024
	(2)	.965		.308	.798	.121	.407	.458	.379	.560	.522	.497	.437	.163	.821
Explicar estado salud	(1)	-.001	.108	1	-.033	-.040	.011	.021	.114	-.031	.189	.005	.081	.146	-.041
	(2)	.995	.308		.754	.707	.916	.846	.284	.769	.073	.965	.447	.167	.699
Tratamiento a seguir	(1)	.122	-.027	-.033	1	.050	-.065	.032	-.051	.148	.040	.122	-.101	.052	-.020
	(2)	.251	.798	.754		.637	.542	.762	.633	.163	.704	.249	.341	.626	.848
Cuidados a seguir	(1)	-.059	-.164	-.040	.050	1	-.024	-.072	.167	.081	.110	.096	.158	-.046	-.118
	(2)	.577	.121	.707	.637		.822	.497	.115	.445	.298	.366	.134	.666	.265
Información clara	(1)	-.080	.088	.011	-.065	-.024	1	-.088	-.032	.002	-.192	.036	-.005	-.010	-.067
	(2)	.452	.407	.916	.542	.822		.407	.763	.983	.069	.733	.966	.922	.529
Información procedimiento	(1)	-.005	.079	.021	.032	-.072	-.088	1	.017	-.217*	.007	.046	.092	.069	.157
	(2)	.964	.458	.846	.762	.497	.407		.872	.039	.947	.666	.386	.518	.137
Afinidad de ideas	(1)	-.178	.093	.114	-.051	.167	-.032	.017	1	-.075	-.078	-.029	-.014	.094	-.073
	(2)	.091	.379	.284	.633	.115	.763	.872		.478	.463	.784	.893	.373	.490
Terminología entendible	(1)	-.080	-.062	-.031	.148	.081	.002	-.217*	-.075	1	.143	-.123	-.243*	-.082	-.172
	(2)	.452	.560	.769	.163	.445	.983	.039	.478		.176	.246	.020	.439	.103
Información oportuna	(1)	.110	-.068	.189	.040	.110	-.192	.007	-.078	.143	1	-.045	-.027	-.081	.035
	(2)	.298	.522	.073	.704	.298	.069	.947	.463	.176		.673	.802	.443	.740
Respuesta a dudas	(1)	.153	.072	.005	.122	.096	.036	.046	-.029	-.123	-.045	1	-.049	.270**	.008
	(2)	.148	.497	.965	.249	.366	.733	.666	.784	.246	.673		.648	.010	.938
Retraso o cancelación de visita	(1)	-.127	-.083	.081	-.101	.158	-.005	.092	-.014	-.243*	-.027	-.049	1	-.154	-.093
	(2)	.229	.437	.447	.341	.134	.966	.386	.893	.020	.802	.648		.145	.383
Prescripción clara	(1)	.195	.147	.146	.052	-.046	-.010	.069	.094	-.082	-.081	.270**	-.154	1	-.071
	(2)	.065	.163	.167	.626	.666	.922	.518	.373	.439	.443	.010	.145		.501
Explicación cuidados domicilio	(1)	-.005	-.024	-.041	-.020	-.118	-.067	.157	-.073	-.172	.035	.008	-.093	-.071	1
	(2)	.962	.821	.699	.848	.265	.529	.137	.490	.103	.740	.938	.383	.501	

Nota: (1) Correlación de Pearson; (2) Significancia (bilateral); *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas); **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Apéndice F. Cuadro de correlación *Rango de Edad y Atención Recibida*

Variables		Rango de edad	Resolución de patologías por el personal de salud	Trato del Médico con calidez y preocupación	Confianza y tranquilidad transmitida por el Médico	Tiempo suficiente dedicada por el Médico a su paciente	Tiempo oportuno para hospitalización	Cumplimiento de visitas programadas por el Médico
Rango de edad	(1)	1	,165	,107	,024	,025	,090	,075
	(2)		,117	,314	,821	,814	,398	,482
Resolución de patologías por el personal de salud	(1)	,165	1	,178	,270**	,206*	,046	,125
	(2)	,117		,091	,010	,050	,663	,236
Trato del Médico con calidez y preocupación	(1)	,107	,178	1	,069	,053	,156	-,056
	(2)	,314	,091		,517	,619	,141	,596
Confianza y tranquilidad transmitida por el Médico	(1)	,024	,270**	,069	1	,135	-,017	-,032
	(2)	,821	,010	,517		,202	,874	,764
Tiempo suficiente dedicada por el Médico a su paciente	(1)	,025	,206*	,053	,135	1	-,080	,167
	(2)	,814	,050	,619	,202		,449	,114
Tiempo oportuno para hospitalización	(1)	,090	,046	,156	-,017	-,080	1	,033
	(2)	,398	,663	,141	,874	,449		,756
Cumplimiento de visitas programadas por el Médico	(1)	,075	,125	-,056	-,032	,167	,033	1
	(2)	,482	,236	,596	,764	,114	,756	

Nota: (1) Correlación de Pearson; (2) Significancia (bilateral); *. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas); **. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ángel Francisco Rosillo Merino**, con C.C: # **1104211857** autor del trabajo de titulación: **La Comunicación Interpersonal Hospitalaria y su efecto en la relación entre Médico y Paciente, en el Hospital de la Sociedad de la Lucha contra el Cáncer (SOLCA) de la Ciudad de Loja**, previo a la obtención del Grado Académico de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 7 de junio del 2019

Nombre: **Ángel Francisco Rosillo Merino**

C.C: 1104211857

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	La Comunicación Interpersonal Hospitalaria y su efecto en la relación entre médico y paciente, en el Hospital de la Sociedad de la Lucha contra el Cáncer (SOLCA) de la Ciudad de Loja.		
AUTOR:	Ángel Francisco Rosillo Merino		
REVISORA:	Elsie Zerda Barreno, MAE		
TUTORA:	Adela Zurita Fabre, Ph.D.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	7 de junio del 2019	No. DE PÁGINAS:	100
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, Comunicación		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Comunicación intrahospitalaria, relación médico-paciente, satisfacción del usuario, atención en servicios de salud, comunicación interpersonal		
RESUMEN:	<p>Dentro del contexto actual que engloba los servicios de la salud, el pilar fundamental es la relación entre el paciente y el especialista que proporciona la atención médica; con la intención de establecer la importancia de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente y cómo ésta interfiere de manera indirecta en la salud de las personas, se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, transversal, prospectivo con la participación de 91 pacientes durante los meses de enero y junio de 2017 y 20 médicos del Hospital de SOLCA de la ciudad de Loja. Los resultados evidenciaron, por parte de los pacientes, una alta satisfacción con respecto a la información que reciben sobre la programación de visitas médicas y el uso de términos no médicos para una mejor comprensión de las prescripciones, pero asignaron una baja calificación a factores relacionados con la disposición para escuchar al paciente e informarle sobre su situación de salud, cuidados y procedimientos a seguir para su tratamiento; por otro lado, en cuanto a la opinión de los médicos, se nota un cierto nivel, no óptimo, de conocimiento sobre la institución en general y sobre sus funciones específicas en particular; aspectos relacionados con el sentido de pertenencia y motivación para potenciar su desempeño y trabajo en equipo, han sido calificados en términos aceptables. En general, se requiere potenciar algunas dimensiones relacionadas con la percepción de la atención del servicio y su nivel de satisfacción, entre las que se menciona preferentemente aquellas que facilitan el establecimiento de una relación humanizante y personalizada, tales como la empatía, la fiabilidad y la capacidad de respuesta, principalmente, que permitan mejorar la comunicación interpersonal y la relación médico-paciente.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono: +593-72-722835 / 0998862521	E-mail: angelus66690@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL			