



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS AL MAL TRATO DE PACIENTES POR
MÉDICOS DEL HOSPITAL SANTA ROSA PIURA, MARZO-
AGOSTO 2016.**

**TESIS PARA OBTENER
EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR: ROSITA YASMIRHT MERINO ESCOBAR

ASESOR: DR. RAÚL SANDOVAL ATO

Piura-Perú

2018



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS AL MAL TRATO DE PACIENTES POR
MÉDICOS DEL HOSPITAL SANTA ROSA PIURA, MARZO-
AGOSTO 2016.**

**TESIS PARA OBTENER
EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

DR. EUGENIO POZO BRICEÑO

PRESIDENTE

DR. OMAR PALACIOS ALBURQUEQUE

SECRETARIO

DRA. MARY CHUMACERO AGUILAR

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme estar presente en un momento como este junto a mi familia. Gracias a Dios, por acompañarme en este largo camino, por acrecentar mi fe y en momentos difíciles estar siempre presente.

A mis padres, Práxides y María Rosa, por su apoyo constante, por la confianza depositada en mí; gracias a ellos y a su rol de padres, que hoy permiten que yo esté presente cumpliendo uno de mis más anhelados sueños, un objetivo más en mi vida.

A mi hermana, Evelyn, por enseñarme que lo difícil de la vida, es lo más gratificante, que cuando vea el camino angosto, solo vea una oportunidad. Por enseñarme, que todo lo que hemos logrado hasta ahora, es fruto de nuestro sacrificio y el gran amor a nuestros padres.

A todos ellos, gracias por la confianza depositada en mí, por el amor brindado, por transmitirme la sabiduría de sus experiencias y por hacer de mí, una gran mujer, hija y hermana.

INDICE

I.	Resumen	5 - 6
II.	Introducción	7 - 21
III.	Material y métodos	22 - 28
IV.	Resultados	29 - 34
V.	Discusión	35 - 40
VI.	Conclusiones	41
VII.	Recomendaciones	42
VIII.	Referencias bibliográficas	43 - 46
IX.	Anexos	47 - 53

I. RESUMEN:

La Organización Mundial de la Salud define calidad en salud como un alto nivel de excelencia profesional, usando eficientemente los recursos para el paciente, logrando un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto positivo en la salud. La satisfacción del usuario es el grado de concordancia entre sus expectativas de calidad del servicio y la atención recibida.

Objetivo. Identificar los factores asociados al mal trato de los pacientes atendidos en consultorio externo por médicos del Hospital Santa Rosa Piura, marzo-agosto 2016.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectiva; además de una encuesta dirigida a pacientes que acuden a consultorio externo y médicos que laboran en consultorio externo del Hospital Santa Rosa Piura.

Resultados. De los 375 pacientes, el 54,1% (203) fueron del sexo femenino, la mediana de edades fue 55 años. Casi todas las respuestas de satisfacción tuvieron una gran aprobación, sin embargo, la que tuvo mayor porcentaje de respuesta negativa, fue en la que el médico no brindó la confianza necesaria para abordar el problema (96,5%). Según las características de los médicos encuestados, el 90,4% (22) fueron del sexo masculino, la mediana de edades fue 47 años y el 100,0% indicó que no contaban con los recursos suficientes para desarrollar su trabajo.

Conclusiones. No existen factores asociados al mal trato de los pacientes por médicos del Hospital Santa Rosa Piura, pero si hay una gran desconfianza del paciente hacia el médico durante la consulta externa.

Palabras claves: paciente, atención médica, relación médico paciente.

SUMMARY:

The World Health Organization defines quality in health as a high level of professional excellence, efficiently using resources for the patient, achieving a high degree of satisfaction on the part of the patient and producing a positive impact on health. The satisfaction of the user is the degree of concordance between their expectations of quality of service and the attention received.

Objective. Identify the factors associated with poor treatment of patients seen in an outpatient clinic by doctors from the Santa Rosa Piura Hospital, March-August 2016.

Material and methods. Descriptive, observational, cross-sectional, prospective study; as well as a survey addressed to patients who come to the outpatient clinic and doctors who work in the outpatient clinic of the Santa Rosa Piura Hospital.

Results. Of the 375 patients, 54.1% (203) were female, the median age was 55 years. Almost all satisfaction responses received great approval, however, the one that had the highest percentage of negative response was in which the doctor did not give the necessary confidence to address the problem (96.5%). According to the characteristics of the doctors surveyed, 90.4% (22) were male, the median age was 47 years and 100.0% indicated that they did not have sufficient resources to carry out their work.

Conclusions. There are no factors associated with poor treatment of patients by doctors of the Santa Rosa Piura Hospital, but there is great distrust of the patient towards the doctor during the outpatient consultation.

Keywords: patient, medical attention, patient doctor relationship.

II. INTRODUCCIÓN:

1. ANTECEDENTES

MUNDIAL

MASCARÚA L., EDUARDO; VÁZQUEZ C., EDUARDO; CÓRDOVA S., JOSÉ. México. 2014. *Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar.*

Se estudió a 56 residentes de Medicina Familiar, 41(73.21%) del sexo femenino y 15 (26.79%) del masculino, con edad media de 30 años; 28 residentes (50%) estaban solteros al momento del estudio. Con relación a la ansiedad, se observaron 23 casos (41.1%), siendo la ansiedad leve la más frecuente con 9 casos (39.1%) en residentes de primer año. Respecto a la depresión, se identificaron 11 casos (19.7%) de depresión leve, encontrándose sobre todo en residentes de segundo año con 5 casos (45.4%), y en cuanto al estado civil, 6 (45.5%) eran solteros.

Se concluye que, predominaron MRMF que no presentaron algún grado de ansiedad y/o depresión; de los residentes que presentaron algún trastorno del estado de ánimo, la ansiedad y la depresión leves fueron las más frecuentes. Un médico insatisfecho o desgastado otorga una atención médica limitada y distante. (1)

BALCÁZAR R., LUIS; MONTEJO F., LUIS; RAMÍREZ A., YUNIS. México. 2015. *Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México.*

El estudio incluyó a 72 médicos residentes de diversas especialidades del hospital de Mérida, Yucatán, México. Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia, la cual incluyó a médicos residentes de cualquier especialidad, de ambos géneros y que tuvieran al menos seis meses de labor asistencial sistemática (contacto directo y frecuente con el paciente y sus familiares). La muestra estuvo constituida por 56 hombres (77.77%) y 16 mujeres (22.22%), con un rango de edad entre 26 y 34 años, y una media de 29 años. Se observó que 52% de los médicos era soltero, 35% casado y 2.7% vivía en unión libre.

Finalmente, la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (SDP) en las instituciones de salud ha sido estudiada en diferentes publicaciones de todo el mundo. Son importantes los hallazgos de este trabajo, en el cual encontramos que el cien por

ciento de la población estudiada presentó algún grado de síndrome de desgaste profesional (SDP) porcentaje mucho mayor a lo esperado. (2)

INTERNACIONALES

BLANCO G., GISELA. Venezuela 2012. *Estrés laboral, trabajo emocional y salud en profesionales del área de la rehabilitación.*

La muestra final estuvo conformada por 339 participantes, de ellos 222 fueron fisioterapeutas y 117 terapeutas ocupacionales; siendo la mayoría mujeres.

Con respecto a la edad, el promedio fue de 34 años, siendo la menor edad 20 años y la mayor edad, 70 años. En cuanto al desempeño de funciones de supervisión, la mayor parte del grupo no realizaba estas funciones (69,3 %). La investigación se basa, en determinar la influencia del estrés laboral (esfuerzo-recompensa-implicación) y el trabajo emocional sobre la salud autopercebida en un grupo particular y poco estudiado como es el de los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.

Se concluye que, sobre la relación predictora del estrés laboral y la salud autopercebida, la dimensión de recompensa resultó significativa con la autoestima, mostrando que a mayor recompensa en el trabajo mayor reporte de autoestima. Igualmente, se encontró que a mayor recompensa menor disfunción social. Aunque en la ecuación de regresión no resultó significativa, el análisis de correlaciones mostró que altas recompensas se asocian con menor ansiedad. (3)

GONZÁLEZ Q. JUAN; RESTREPO C., GUILLERMO; HERNÁNDEZ R. ASTRID; TERNERA S., DIANA; GALVIS G., CAMILO; PINZÓN R., JENNY. Colombia 2014. *Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá.*

Se aplicó una encuesta telefónica a pacientes atendidos en dos meses diferentes del 2012, indagando por variables sociodemográficas, relaciones médico-paciente y acerca del proceso de atención médica.

Se encuestaron 804 pacientes. El tiempo promedio de acceso a la atención fue de 9,6 días. El 78 % refiere haber podido contar todo lo que sentía al médico, el 60 % que el médico le explicó lo que tenía y, uno de cuatro, que indagó por su familia. El 30 % sintió alivio completo luego de la atención médica. La calificación promedio de la atención médica fue de 7,9 (DE \pm 1,7). Las variables relacionadas con las calificaciones más altas fueron:

Poder contarle todo al médico (OR 7,5 IC 95 % 1,8-31), ser examinado (OR 7,5 IC 95 % 1,5-38,5, explicarle qué tiene (OR 5,2 IC 95 % 1,8-15), preguntar por la familia (OR 5,8 IC 95 % 2,1-16,1) y haberlo atendido antes (OR 3,5 IC 95 % 1,4-8,6).

El estudio concluyó que, la comunicación extensa con el paciente es tan importante como el enfrentar la enfermedad en el acto médico. (4)

NACIONALES

MENDOZA, CINTHYA; RAMOS R., CLAUDIA; GUTIERREZ, ERICSON. Lima 2016. *Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú*

Es un estudio transversal-comparativo, realizado en pacientes que acuden a consulta externa de especialidades médicas. Se utilizó el cuestionario estructurado semicerrado, llamado PREMEPA. Los cálculos estadísticos fueron realizados con un nivel de confianza del 95%.

Un total de 179 pacientes completaron la encuesta, el 64,8%(116) fueron mujeres, el promedio de la edad fue de $42,1 \pm 11,9$ años. El 23% (41) de los usuarios percibieron una RMP buena, el 52% (93) regular y el 25% (45) mala. Las variables finalmente asociadas con una buena RMP fueron tener entre 18-35 años (OR = 8,1 [IC95%; 1,6-40,1), haber elegido a su médico (OR = 20,5 [IC95%; 5,1-82,5) y ser atendido por una médico mujer (OR = 3,1 [IC 95%; 1,01-9,3]).

Se concluye que, existe un bajo porcentaje (23%) de pacientes que perciben una buena relación médico paciente. El elegir a su médico, ser paciente joven y ser atendido por una médico mujer influyen en tener una buena relación médico-paciente. (5)

ASTOCONDOR A., JHONNY; VILELA E., MARTIN; VALLEJOS G., JOSÉ; SOLANO, FIORELA; QUISPE C., SARITA; MEJIA, CHRISTIAN. Perú. 2016. *Factores asociados a la percepción de problemas presentados en la consulta médica en cuatro ciudades del Perú.*

Se realizó un estudio observacional de diseño analítico transversal, entre mayo-junio del 2015, en sedes hospitalarios de cuatro ciudades peruanas (Lima, Ucayali, Piura e Ica). Se utilizó la escala PREMEPA para medir las características de la consulta médica, además, se consignó los datos del médico. El análisis estadístico buscó asociaciones y valores p, mediante los modelos lineales generalizados.

Fueron 804 encuestados, el 57% fueron mujeres (459), la edad promedio fue 45 años (rango de 26–59). Lima fue la ciudad con mayor frecuencia de problemas presentados durante la consulta externa (35%). En el análisis multivariado, disminuyó la frecuencia de problemas presentados durante la consulta externa una mejor atención (RPa: 0,7; IC95%: 0,6- 3,09), trato (RPa: 0,5; IC95%: 0,4-0,6) y explicación por parte de los médicos tratantes (RPa: 0,7; IC95%: 0,6-0,8), ajustado por el sexo del médico, la especialidad y el tener algún antecedente de problemas con un médico.

Se concluyó que ciertas características del trato del médico durante la consulta pueden generar la percepción de problemas por parte de los usuarios, por lo que esto debería ser tomado en cuenta para generar programas de capacitación y sensibilización de las distintas instituciones de salud. (6)

LOCALES

LALUPU SOSA, KAREN MAYULY SOLANGE. Piura. 2014. *“Síndrome de Burnout en médicos residentes y médicos asistentes del Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura, Perú”*.

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional en 83 profesionales de salud entre médicos residentes y asistentes del Hospital Regional José Cayetano Heredia. Se utilizó el Formulario: Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual evalúa el Síndrome de Burnout en tres dimensiones: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal. Dicho instrumento ya ha sido validado en nuestro país (2003), así como una ficha de recolección de datos. Por último se analizaron los datos en un sistema de base de datos en Software estadísticos (Microsoft Excel 2010 y SPSS versión 20).

El estudio encontró que, en cuanto a las tres dimensiones en que se define el Burnout, el agotamiento emocional fue la más frecuente, seguida de la despersonalización. El 16,9% de la población estudiada tenía entre moderado a alto agotamiento emocional, asimismo el 6% de la población presentó sentimientos de despersonalización entre moderado y alto; no se encontraron bajos sentimientos de realización personal. En lo que se refiere a las características epidemiológicas, el mayor porcentaje de los participantes fueron de sexo masculino (89.2%) de la población, con rangos de que fluctúan entre 24^a 68 años, además el 83.1% de los participantes del estudio tiene hijos y de la misma manera un 73.5% procede de Piura. En cuanto al servicio en el que laboran es emergencias el que presenta

mayor porcentaje (16,9%) y un 77.1% de la población sobrepasa a los 12 pacientes/día en lo que respecta a carga laboral. Además es el servicio de emergencia quien frecuentemente registra los porcentajes más altos de cifras entre moderado a alto de agotamiento emocional (15,66%) y despersonalización (10,8%), exclusivamente en médicos asistentes (16.9%).

El estudio llegó a la conclusión, de que los médicos residentes y asistentes del HRCH están propensos a desarrollar Síndrome de Burnout puesto que poseen algunas puntuaciones altas y medias en agotamiento emocional o puntuaciones medias en despersonalización, lo que hace etiquetarlos como propensos o proclives a desarrollar Síndrome de Burnout. (7)

LÓPEZ SANDOVAL, JUAN CARLOS. Piura. 2015. *Síndrome de Burnout en médicos asistentes y residentes del Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa, Piura periodo enero-febrero 2015.*

La población la constituyen todos los médicos asistentes y residentes del Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa, Piura, durante el periodo enero-febrero 2015. La Muestra está conformada por 65 médicos asistentes y 15 médicos residentes del Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa, Piura. La información fue obtenida a través de la aplicación de una ficha de datos socio-demográficos y laborales así como de la aplicación del Maslach Burnout Inventory (MBI), la cual es una encuesta validada para Estudios de Burnout en sujetos pertenecientes al personal de áreas en salud.

Las conclusiones del estudio fueron: El Síndrome de Burnout es un problema cada vez más frecuente entre los profesionales de la salud que repercute en su desempeño, calidad y seguridad de la atención a los pacientes. El presente estudio muestra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 21.25% en los médicos del Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa, Piura. Es de importancia que las instituciones dedicadas a la atención médica adopten medidas para su prevención y tratamiento oportuno. (8)

2. MARCO TEÓRICO

“Todo acto médico implica el intento científico de curar una enfermedad y el esfuerzo humano de cuidar a un paciente” (Cabello, E. 2001). (9)

La Organización Mundial de la Salud define calidad en salud como un alto nivel de excelencia profesional, usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto final positivo en la salud. (10)

La calidad de la atención médica se define como la atención que pueda proporcionarse al paciente máximo y completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. (10) Conocer la calidad con que se otorga la atención médica como primer paso para mejorar su prestación es una necesidad inherente al acto médico mismo. (11)

Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico de un ambiente confortable que permita mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador que contribuyan a mejorar la calidad de vida. (9) La satisfacción del usuario es el grado de concordancia entre sus expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida. (10)

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario". La satisfacción puede referirse como mínimo a 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. (12)

Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso. (12)

El médico debe tener por esencia un sentido humano, impregnado de la técnica exquisita. En consecuencia para ser un buen médico se requiere de una calidad muy excelsa de vocación ligada a la ética. La medicina no debe ser jamás objeto de lucro, precepto que deriva de la necesidad de vocación. Por lo cual si el médico es un ser social con derecho

a recobrar un honorario por su servicio prestado, este debe ser prudente y concertado y sin el objetivo de lucrar. (9)

Se definió mal trato como todo acto u omisión como consecuencia del cual hay un daño o riesgo de daño para la salud o el bienestar de la persona, en el contexto de una relación en la que existen expectativas de confianza y que causa perjuicio o angustia. (13)(14)

El enfoque de calidad propuesto por Deming (1990) e Ishikawa (1996), ampliamente difundidas en el mundo y aplicados en las empresas así como el creciente desarrollo tecnológico, las exigencias de un mercado competitivo incluso en las instituciones prestadoras de salud así como el incremento de la complejidad en los sistemas de salud, ha generado en estas entidades una gran preocupación por mejorar la calidad de los servicios; sin embargo, han quedado de lado valores imprescindibles e inherentes del acto médico. En este sentido es necesario realizar esfuerzos no solo para lograr la optimización de los recursos tangibles, sino también deberá impulsarse a través de las Universidades la formación de médicos con base ética y humanística. (9)

Este proceso de formación de profesionales idóneos debe iniciarse desde la selección de los mismos, no solo con el criterio de conocimientos, sino también con el reconocimiento de sus actitudes, su vocación y cualidades innatas susceptibles de desarrollarse. Durante su formación no solo deberá desarrollarse conocimientos o impulsar la investigación también es necesario cultivar durante toda su formación los aspectos éticos humanísticos así como una gran sensibilidad social. (9)

Actualmente es cada vez más frecuente encontrar descontento y desconfianza de los pacientes hacia sus médicos; las razones de este hecho están relacionados con una inadecuada relación médico-paciente. La comunicación verbal no es el único mecanismo de la relación entre médico y paciente, factores tales como actitud, la expresión y los movimientos corporales forman parte de la capacidad del médico para establecer una comunicación no verbal. Es frecuente la queja del tiempo insuficiente que el médico ofrece a su paciente para establecer una comunicación y empatía adecuada. En este aspecto los médicos que laboran en muchas entidades prestadoras de salud, son exigidos a rendir mayor producción, con menos recursos; descuidando la calidad. Luego existiría la tendencia a una relación médico-cliente, de trato muy superficial y de poca confianza; la comunicación extensa con el paciente es tan importante como el enfrentar la enfermedad en el acto médico. (4,9)

Hoy día, el médico presta más atención a la información de su computadora, que a los ojos llenos de ansiedad de su angustiado paciente. (15)

El elemento fundamental para una buena relación es la confianza, principalmente la confianza en el médico que el paciente escogió. En la medicina actual hay elementos que no estimulan la confianza. En la institucional el paciente va con el médico que la organización señala, mismo que frecuentemente cambia en el curso del tratamiento; el paciente no va con “su médico”. En la parte privada sucede algo semejante: el médico es asignado por la compañía de seguros o por el hospital que escoge al que acepta su tabulador. (15)

Las condiciones de trabajo del médico son claramente diferentes de las que existían en épocas anteriores. Hoy tiende a ser un empleado en las instituciones públicas y privadas, a trabajar en medio de carencias e incomodidades. El salario es insuficiente para resolver las necesidades personales y familiares lo que nos obliga a tener varios empleos, lo que influye en la eficiencia. Pero además, ha aumentado la exigencia por parte del paciente y la sociedad, de tal manera que el trabajo del médico se realiza con la amenaza permanente de demandas y reclamaciones. (15)

La imagen pública del médico también ha cambiado en relación con la que tenía en el pasado. Hoy se le identifica como un trabajador de la salud, un asalariado, sino es que como burócrata. Ha perdido credibilidad entre un segmento de la sociedad, de tal forma que la relación médico-paciente se ha llenado de desconfianzas mutuas que propician una vigilancia de la actuación del médico por parte del paciente, sus familiares o sus abogados. Tampoco es raro que soliciten una segunda o tercera opinión. (15)

El trabajo en equipo es hoy en día ponderado como una fórmula deseable para ejercer la medicina clínica, la que cada vez parece menos un asunto de un solo médico y su paciente. En las unidades de atención médica con frecuencia es un médico distinto el que atiende al paciente en cada cita. Cuando los equipos no están bien integrados el paciente puede recibir información diferente o hasta contradictoria por parte de cada uno de sus miembros. (15)

El paciente ha adquirido una mayor conciencia de sus derechos y es cada vez más frecuente que defienda su capacidad de autodeterminación contando con el apoyo de la familia. La moderna bioética consagra el principio de autonomía para los pacientes competentes, de tal manera que se acepta que pueden incluso negarse a seguir las

prescripciones del médico si no les parecen apropiadas y apoya el derecho del paciente a participar activamente en las decisiones que le conciernen. (15)

La transición epidemiológica ha favorecido la acumulación de pacientes con enfermedades crónicas y es en estos casos cuando su participación es primordial y la iniciativa del control y manejo la tiene el enfermo, quien debe saber qué hacer ante diversas circunstancias que ya le ha tocado vivir y experimentar. El papel del médico es de un asesor y educador que permite al enfermo tomar decisiones. (15)

Por otra parte, la sociedad se ha vuelto desconfiada ante todo lo que huelga a autoridad, ya sea la sanitaria formal o la que representa el médico. Cada disposición es sujeta a cuestionamientos y una buena parte de demandas ocurren como consecuencia de una deficiente información. (15)

El papel de la tecnología moderna es difícil de calcular, pero no cabe duda que ha influido en la relación médico-paciente. El médico en quien se ha atrofiado, el arte de la clínica sufre de parálisis operativa en ausencia del artefacto-máquina que lo apoye. La atención médica ha incrementado sus costos, por el uso de tecnología tan compleja como por el florecimiento del “negocio de la salud”. Habría que insistir que estos costos mayores no dependen de que los médicos tengan honorarios o salarios más altos. (15)

La atención médica, para ser de calidad, debe ser: segura, eficaz, eficiente, equitativa, oportuna y centrada en el paciente. (16)

La calidad de la atención en la práctica médica puede enfocarse desde la percepción del paciente, del prestador de servicios y de la institución. Las enfermedades graves pueden ser un indicador que permita realizar un diagnóstico de la atención que se brinda, para identificar oportunidades de mejora. (16)

El médico está sometido a exceso de trabajo debido a esfuerzos de guardias hospitalarias que conllevan al cansancio, estrés producido por las pocas horas dedicadas a su familia, restricción de las horas de sueño. Aunado a ello, existe el hecho de compartir más horas de su vida cotidiana con el paciente, con los compañeros de trabajo y menos con su núcleo familiar, todo lo cual podría traer como consecuencia, disfunción de su grupo familiar. (17)

La población en general ve al médico y al personal de salud como un profesional con grandes fortalezas frente a las enfermedades, a los problemas socioeconómicos y psico-

afectivos; sin embargo, por lo antes expuesto, se hace necesario estudiar el complejo de causalidad que puede influir en la funcionalidad. (17)

Lo ideal sería que este profesional contara en primera instancia con una familia sana, que le proporcione comodidad, amor y afecto, como elementos de soporte sólidos que le faciliten brindar una atención al individuo, familia y comunidad de mejor calidad, pero a su vez cumplir con las exigencias propias del trabajo y de esta manera brindar una atención con calidad y calidez. (17)

Existe una extensa gama de literatura que documenta la asociación entre alteraciones en la relación familiar y una amplia variedad de problemas de salud mental, entre ellos la depresión. (18)

Cuando los médicos se integran a un ámbito laboral –después del egreso de la facultad–, se enfrentan a un proceso de adaptación y aprendizaje constante, que tiene implicaciones personales, educativas y sociales. En determinados momentos lo anterior puede generar periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, y en casos extremos puede desencadenar trastornos de depresión o ansiedad; los médicos que ingresan a una especialidad viven una serie de cambios en hábitos de sueño, alimentación y percepción, cambios que definirán su estancia en la residencia médica. (19)

Un médico insatisfecho o desgastado otorga una atención médica limitada y distante, afectando la calidad de la misma en los pacientes. (1)

El enfoque del paciente que recibe los servicios, se manifiesta a través del logro de dos expectativas fundamentales: 1) la solución de sus problemas de salud y 2) satisfacción de sus expectativas, en cuanto al trato con calidez, en instalaciones apropiadas, con personal capacitado y con disponibilidad de todos los recursos necesarios para el logro de los resultados esperados. La satisfacción de las expectativas de los pacientes, dependen tanto de los prestadores de servicios, como de la institución donde estos servicios se otorgan. (20)

Uno de los elementos fundamentales para que los prestadores de servicios otorguen atención con calidad y calidez, es la satisfacción con su trabajo; para lograrla, esperan: contar con los recursos técnicos y los insumos necesarios, suministrados con oportunidad y calidad; un salario congruente con las características, calidad y eficiencia de su trabajo y el reconocimiento ganado por la calidad de su trabajo. (20)

Por su parte, las instituciones de salud, además de ser las responsables de proveer los las instalaciones, los recursos técnicos, los insumos y el financiamiento para la atención, esperan que el personal realice su trabajo con calidad, en el marco de una administración racional de los recursos; que contribuya en forma efectiva a la satisfacción de las expectativas del paciente y que no se generen quejas. (20)

El usuario es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, a quien se debe atender con calidad, oportunidad y eficiencia, para satisfacer sus expectativas; él es quien determina el nivel de excelencia de una organización. La perspectiva del usuario es muy importante porque es más probable que los pacientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud. Es por ese motivo que con respecto a todas las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del usuario afecta la salud y el bienestar de la sociedad. (21)

La calidad en la atención se ha transformado en un requisito fundamental de todo servicio sanitario. A pesar del extraordinario desarrollo científico-tecnológico logrado en las últimas décadas, la complejidad de los servicios de salud ha hecho que se incrementen los errores médicos con consecuencias muy negativas en la morbilidad, mortalidad y costos de atención. Han surgido diferentes modelos de calidad de atención. Sin embargo, por lo general estos se implementan como procesos administrativos, gerenciales y alejados de la realidad del personal que los debe utilizar. La calidad de atención debe ser percibida no sólo como un problema médico gerencial, sino como un problema moral y, como tal, estar sustentado en una educación en valores que garantice la participación activa de todos los actores del sistema, siendo la excelencia, la solidaridad y el profesionalismo valores fundamentales. (22)

En la actualidad la calidad de servicio en salud es un tema prioritario que amerita investigarse a fin de encontrar la línea de base que permita la formulación y el desarrollo de intervenciones para su mejoramiento. (23)

3. MARCO CONCEPTUAL

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: Modalidad de múltiples relaciones interpersonales que realiza el hombre. Esta permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud y al médico, cumplir con una de sus funciones sociales más importantes. . (24)

PACIENTE: Persona que recibe atención sanitaria. (25)

MAL TRATO: Todo acto u omisión como consecuencia del cual hay un daño o riesgo de daño para la salud o el bienestar de la persona, en el contexto de una relación en la que existen expectativas de confianza y que causa perjuicio o angustia. (13)(14)

ATENCIÓN SANITARIA: Servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. (25)

USUARIO: Personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, a quien se debe atender con calidad, oportunidad y eficiencia, para satisfacer sus expectativas; él es quien determina el nivel de excelencia de una organización. (21)

CALIDAD: Conjunto de características de un servicio o productos de consumo que satisfacen las necesidades del consumidor y lo hacen sentirse seguro de poseer un producto o de recibir un buen servicio al más bajo costo posible. (10)

CALIDAD EN SALUD: Alto nivel de excelencia profesional, usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto final positivo en la salud. (10)

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA: Atención que pueda proporcionarse al paciente máximo y completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. (10)

SATISFACCIÓN DEL USUARIO: Grado de concordancia entre sus expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida. (10)

4. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio, es muy importante porque iniciará el punto de partida para estudios posteriores, así mismo permitirá identificar los factores asociados al mal trato de los pacientes por médicos y su influencia sobre la atención médica brindada a los pacientes.

El médico, es un servidor de los demás. Ser médico va más allá de tener conocimiento científico sino también el ser humano, con vocación de servicio.

En el Hospital Santa Rosa Piura, se observa una elevada tasa de pacientes insatisfechos con la atención recibida por el médico, por lo cual es el lugar que más información, acerca del proyecto, nos puede brindar.

En nuestra región, se ha realizado estudios de investigación con respecto al tema, sin que especifiquen hayan estudiado factores asociados al mal trato de pacientes por médicos. Esto fue el incentivo a realizar el proyecto de investigación y así, posteriormente ofrecer información y conocimiento a la población.

El presente proyecto se basa en identificar los factores asociados al mal trato de pacientes por médicos; de esta manera incentivar a una mejor relación médico-paciente y los médicos tengan un buen desempeño en el ámbito laboral para una excelente atención médica.

Los beneficiarios de este proyecto serían familias, estudiantes de la facultad de medicina humana y profesionales de la salud, interesados en tomar este proyecto de investigación como referencia para futuros estudios.

5. PROBLEMA

5.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El enfoque actual de tipo gerencial de los sistemas de prestación de salud en el mundo, surge como una exigencia de la globalización y un mercado competitivo que busca mayor productividad y calidad. Este proceso de cambios ha originado que en los últimos años frecuentemente se utilice el término cliente o usuario como sustituto de Paciente, dejándose de lado la relación médico-paciente que constituye el pilar primordial de todo acto médico. (9)

Conocer la calidad con que se otorga la atención médica como primer paso para mejorar su prestación es una necesidad inherente al acto médico mismo. (11)

Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico de un ambiente confortable que permita mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador que contribuyan a mejorar la calidad de vida. (9)

Todo acto médico implica el intento científico de curar una enfermedad y el esfuerzo humano de cuidar a un paciente. (9)

En las circunstancias actuales es cada vez más frecuente encontrar descontento y desconfianza de los pacientes hacia sus médicos; las razones de este hecho están relacionados con una inadecuada relación médico-paciente. La comunicación verbal no es el único mecanismo de la relación entre médico y paciente, factores tales como actitud, la expresión y los movimientos corporales forman parte de la capacidad del médico para establecer una comunicación no verbal. Es frecuente la queja del tiempo insuficiente que el médico ofrece a su paciente para establecer una comunicación y empatía adecuada. Luego existiría la tendencia a una relación médico-cliente, de trato muy superficial y de poca confianza. (9)

El médico debe tener por esencia un sentido humano, impregnado de la técnica exquisita. En consecuencia para ser un buen médico se requiere de una calidad muy excelsa de vocación ligada a la ética. La medicina no debe ser jamás objeto de lucro, precepto que deriva de la necesidad de vocación. (9)

Un médico insatisfecho o desgastado otorga una atención médica limitada y distante, afectando la calidad de la misma en los pacientes. (1)

5.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al mal trato de pacientes por médicos del Hospital Santa Rosa Piura, marzo-agosto 2016?

6. HIPÓTESIS

Existen factores asociados al mal trato de pacientes por médicos del Hospital Santa Rosa Piura, marzo-agosto 2016.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL:

7.1.1 Identificar los factores asociados al mal trato de los pacientes atendidos en consultorio externo por médicos del Hospital Santa Rosa Piura, marzo-agosto 2016.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 7.2.1 Determinar las características socio-demográficas de los pacientes y médicos en consultorio externo.
- 7.2.2 Conocer cuál es el servicio de mayor porcentaje de atención médica.
- 7.2.3 Determinar cuál es el factor más importante de insatisfacción de los pacientes en consultorio externo.
- 7.2.4 Determinar cuál es el factor más importante de insatisfacción de los médicos en consultorio externo.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

8. POBLACIONES

8.1. Población diana o universo

Médicos que laboran en consultorio externo del Hospital II-2 Santa Rosa Piura, en los meses de marzo-agosto 2016.

Pacientes que acuden a atención médica por consultorio externo del Hospital II-2 Santa Rosa Piura, en los meses de marzo-agosto 2016.

8.2. Población de estudio

Pacientes que acuden a atención médica por consultorio externo y médicos que laboran en consultorio externo del Hospital II-2 Santa Rosa Piura, en los meses de marzo-agosto 2016.

8.3. Criterios de selección

8.3.1 Criterios de inclusión:

- Médicos nombrados o contratados, médicos generales o con especialidad, que laboran en consultorio externo del Hospital II-2 Santa Rosa Piura.
- Pacientes con facultades mentales completas que acuden a atención médica por consultorio externo del Hospital II-2 Santa Rosa Piura.

8.3.2 Criterios de exclusión:

- Médicos que no trabajaron u ocuparon plaza en el periodo de aplicación de la encuesta por cualquier motivo: incapacidad, permiso, vacaciones, etc.
- Médicos residentes de cualquier especialidad que no realizan consultorio externo en el Hospital II-2 Santa Rosa Piura.
- Pacientes que no son atendidos por consultorio externo del Hospital II-2 Santa Rosa Piura.
- Pacientes con enfermedades que los imposibilite de participar en el llenado del instrumento que acuden a consultorio externo del Hospital II-2 Santa Rosa Piura.
- Irregularidades en el llenado del instrumento.

8.4. Muestra y fórmula para el tamaño de la muestra:

- Unidad de muestreo: médicos que laboran en consultorio externo de adultos (cirugía, medicina y gineco-obstetricia) del Hospital II-2 Santa Rosa Piura.
Pacientes que acuden a consultorio externo del Hospital II-2 Santa Rosa Piura.
- Unidad de análisis: encuesta a pacientes que acuden a atención médica por consultorio externo y médicos que laboran en consultorio externo del Hospital II-2 Santa Rosa Piura.
- Tamaño muestral: la muestra estará determinada por todos los pacientes (375) y médicos (25) que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

CALCULADORA PARA OBTENER EL TAMAÑO DE UNA MUESTRA

¿Qué porcentaje de error quiere aceptar? 5% es lo más común	5 %	Es el monto de error que usted puede tolerar. Una manera de verlo es pensar en las encuestas de opinión, este porcentaje se refiere al margen de error que el resultado que obtenga debería tener, mientras más bajo por cierto es mejor y más exacto.
¿Qué nivel de confianza desea? Las elecciones comunes son 90%, 95%, o 99%	95 %	El nivel de confianza es el monto de Incertidumbre que usted está dispuesto a tolerar. Por lo tanto mientras mayor sea el nivel de certeza más alto deberá ser este número, por ejemplo 99%, y por tanto más alta será la muestra requerida
¿Cual es el tamaño de la población? Si no lo sabe use 20.000	15000	¿Cual es la población a la que desea testear? El tamaño de la muestra no se altera significativamente para poblaciones mayores de 20,000.
¿Cual es la distribución de las respuestas ? La elección más conservadora es 50%	50 %	Este es un término estadístico un poco más sofisticado, si no lo conoce use siempre 50% que es el que provee una muestra más exacta.
La muestra recomendada es de	375	Este es el monto mínimo de personas a testear para obtener una muestra con el nivel de confianza deseada y el nivel de error deseado. Abajo se entregan escenarios alternativos para su comparación

Tomando un tamaño poblacional de 15000 pacientes que acuden a atención médica al mes (http://www.hsantarosa.gob.pe/estadistica_atenciones.html), se realizó un cálculo muestral con un IC del 95%, teniendo como muestra 375 pacientes a encuestar.

9. DISEÑO DEL ESTUDIO

No experimental.

10. TIPO DE ESTUDIO

Por su finalidad es: Básica

Por su diseño de investigación: descriptivo, observacional, transversal, prospectiva.

11. VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Sub dimensión	Indicador	Instrumento
Factores asociados al maltrato de pacientes	Son elementos que influyen en la atención médica del paciente.	Satisfacción del paciente: Consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos, obtenida a través de la encuesta.	Características sociodemográficas Acceso al servicio Desempeño técnico Eficacia de la atención	<p>a. Edad</p> <p>b. Sexo</p> <p>c. Grado de instrucción: primaria, secundaria, universitaria, postgrado.</p> <p>d. Consultorio de atención</p> <p>¿Por qué escogió venir a este hospital?</p> <p>a. Está más cerca</p> <p>b. Es económico</p> <p>c. No hay otro establecimiento a dónde acudir</p> <p>d. No tengo seguro</p> <p>e. Hay buena atención</p> <p>f. Estoy asegurado</p> <p>¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿El médico que lo atendió le explicó sobre el examen que le iba a realizar?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿El médico que lo atendió le explicó con palabras fáciles de entender, cuál es su problema de salud o resultado de la consulta?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿Si le dieron indicaciones en una receta; están escritas en forma clara para usted?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿El médico que lo atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿Se siente contento (a) con la atención recibida?</p>	Encuesta

			<p>Seguridad</p> <p>Relaciones interpersonales</p> <p>Comodidad</p>	<p>a. Sí b. No</p> <p>¿Usted siente que le resolvieron el problema “motivo de búsqueda de atención”?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿Está de acuerdo con el tiempo brindado por el médico en la consulta?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿El médico le brindó confianza para expresar su problema?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿El médico del hospital respeta sus creencias en relación a la enfermedad y su curación?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿Si usted tiene duda, el médico la resuelve?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿Durante la consulta se respetó su privacidad?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿El horario de atención del hospital le parece conveniente?</p> <p>a. Sí b. No</p>	
Médico	Profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.	Satisfacción laboral del médico: Es la actitud favorable o desfavorable del individuo hacia su trabajo, obtenida a través de la encuesta.	<p>Características socio-demográficas</p> <p>Formación profesional</p> <p>Entorno laboral</p> <p>Horas de trabajo</p>	<p>a. Edad</p> <p>b. Sexo</p> <p>c. Años de Servicio</p> <p>¿Este puesto de trabajo le ofrece oportunidades de asistir a congresos médicos en el extranjero?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿Su lugar de trabajo se encuentra preparado para que pueda trabajar cómodamente?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿Su lugar de trabajo se encuentra bien ventilado?</p> <p>a. Sí b. No</p> <p>¿El número de pacientes que debe atender se ajusta a sus horas de trabajo?</p> <p>a. Sí b. No</p>	Encuesta

			Recursos	¿Le parece excesiva la carga de trabajo? a. Sí b. No	
			Sueldo	¿Cuenta con los recursos suficientes (materiales, equipo, etc.) para desarrollar su trabajo? a. Sí b. No	
			Relaciones interpersonales	¿Está contento (a) con el sueldo que recibe? a. Sí b. No	
				¿Mantienes buena relación con el resto del personal de trabajo? a. Sí b. No	
				¿Le parecen excesivas las demandas de los pacientes? a. Sí b. No	

12. PROCEDIMIENTOS

12.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se presentó el protocolo de la presente investigación para su autorización a las personas responsables del Hospital II-2 Santa Rosa Piura.
2. Se solicitó mediante un documento la autorización para la ejecución y facilidades del proyecto de investigación “Factores asociados al mal trato de pacientes por médicos del Hospital Santa Rosa Piura, Marzo-Agosto 2016.
3. Se aplicó una encuesta dirigida a pacientes y médicos del Hospital II-2 Santa Rosa Piura; instrumento elaborado en base a los modelos Servqual y la escala Premepa, la cual pasó por la prueba de alfa de Cronbach $>1,8$, para su posterior validación. El modelo de Servqual, siendo el autor Parasuman, creó una metodología para medir la calidad en los servicios. Con respecto a la escala Premepa, para medir las características de la consulta médica, además, de consignar los datos del médico. Tomada del estudio de “Factores asociados a la percepción de problemas presentados en la consulta médica en cuatro ciudades del Perú”, del autor Astocondor J.
4. Se recogieron los datos necesarios y se consignaron en la encuesta confeccionada previamente. (Anexo 03)
5. Antes de alimentar la base de datos diseñada en Excel, se realizó un control para comprobar que estén bien consignados todos los datos.

6. Se elaboró una base de datos aplicando en STATA versión 21 que permitió el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de las fichas.
7. Se introdujo los datos recolectados en la base de datos creada para ese propósito.
8. Se realizó el análisis de los datos obtenidos en las variables medidas.
9. Se seleccionaron las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.
10. Se elaboró el informe final

12.2 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En el estudio se tuvo en cuenta los aspectos Éticos tanto de pacientes como de los médicos seleccionados que serán incluidos en el estudio.

El principio de beneficencia de nuestra investigación está expresado en la importancia de aportar al conocimiento acerca de esta situación que es un problema de salud pública.

Como se colecta los datos de una encuesta directamente del médico y paciente, se buscó su consentimiento informado aunque si se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos protegiendo la identidad de las fuentes tanto de personas como de las instituciones.

13. FUENTE DE DATOS

Se utilizó el método de Observación, elaborando un instrumento, la Ficha de Registro datos diseñado y estructurado para recolectar los datos seleccionados para identificar los “Factores asociados al mal trato de pacientes por médicos del Hospital Santa Rosa Piura, Marzo-Agosto 2016”.

14. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

La confiabilidad se garantizó haciendo una revisión de los datos en las diferentes fuentes seleccionadas, el registro correcto y fiel de los datos en las Fichas de Registro elaborada por los investigadores.

Para la validez se utilizó el criterio de contenido, donde existe congruencia entre las variables expresadas en los objetivos y la operacionalización y medición de dichas

variables. Este método también conocido como Juicio de Expertos ha sido presentado a médicos conocedores de nuestra investigación, para su evaluación y una vez aprobado se pondrá en ejecución.

15. ANÁLISIS DE DATOS

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados por computadora a través del programa Microsoft Excel y STATA 21 de la siguiente manera: Se vaciaron los puntajes, en las hojas codificadas del programa Microsoft Excel, tanto para la variable como para las dimensiones consideradas en el estudio, luego los datos fueron revisados y corregidos y luego procesados en una base de datos para ser preparados y presentados en tablas y gráficos estadísticos facilitando así el análisis. Posteriormente, se procedió al análisis de las variables con elaboración de tablas de resumen y gráficos comparativos. Se realizaron medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes y promedios, se construyeron tablas simples y de doble entrada, gráficos de barras. Para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico STATA 21.

IV. RESULTADOS

Objetivo 1: Determinar las características socio-demográficas de los pacientes y médicos en consultorio externo.

Tabla 1. Características socio-demográficas de los pacientes.

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	203	54,1
Masculino	172	45,9
Edad (años)*	55	45-66
Educación		
Primaria	88	23,5
Secundaria	139	37,1
Universitaria	122	32,5
Post grado	26	6,9
Eligió el hospital por		
Estar asegurado	294	78,4
No había otro establecimiento	40	10,7
Es económico	25	6,7
Otras razones (Cercanía, Buena atención, no cuento con seguro)	16	4,2

*Mediana y rango intercuartílico.

Fuente: Elaboración propia.

De los 375 pacientes, el 54,1% (203) fueron del sexo femenino, la mediana de edades fue 55 años (rango intercuartílico: 45-66 años de edad). La mayoría había cursado estudios de nivel secundario (37,1%) o universitarios (32,5%) y eligieron el hospital por tener algún tipo de seguro (78,4%).

Tabla 2. Características Sociodemográficas de los médicos encuestados.

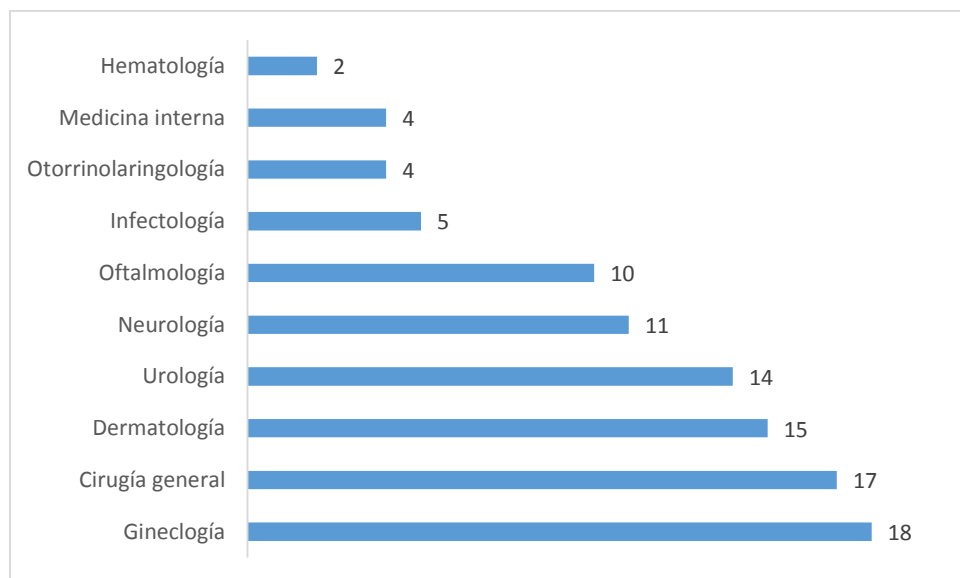
Variable	n	%
Sexo		
Femenino	3	9,6
Masculino	22	90,4
Edad (años)*	47	38-51
Años de Servicio Médico	20	10-22

Fuente: Elaboración propia.

Según las características de los médicos encuestados, el 90,4% (22) fueron del sexo masculino, la mediana de edades fue 47 años (rango intercuartílico: 38-51 años de edad). La mediana de años que ejercían como médicos era de 20 años (rango intercuartílico: 10-22 años).

Objetivo 2: Conocer cuál es el servicio de mayor porcentaje de atención médica.

Figura 1. Porcentaje de atención según el tipo de especialista.



Fuente: Elaboración propia.

Los pacientes habían realizado mayor cantidad de consultas en los consultorios de ginecología (18%) y cirugía general (17%).

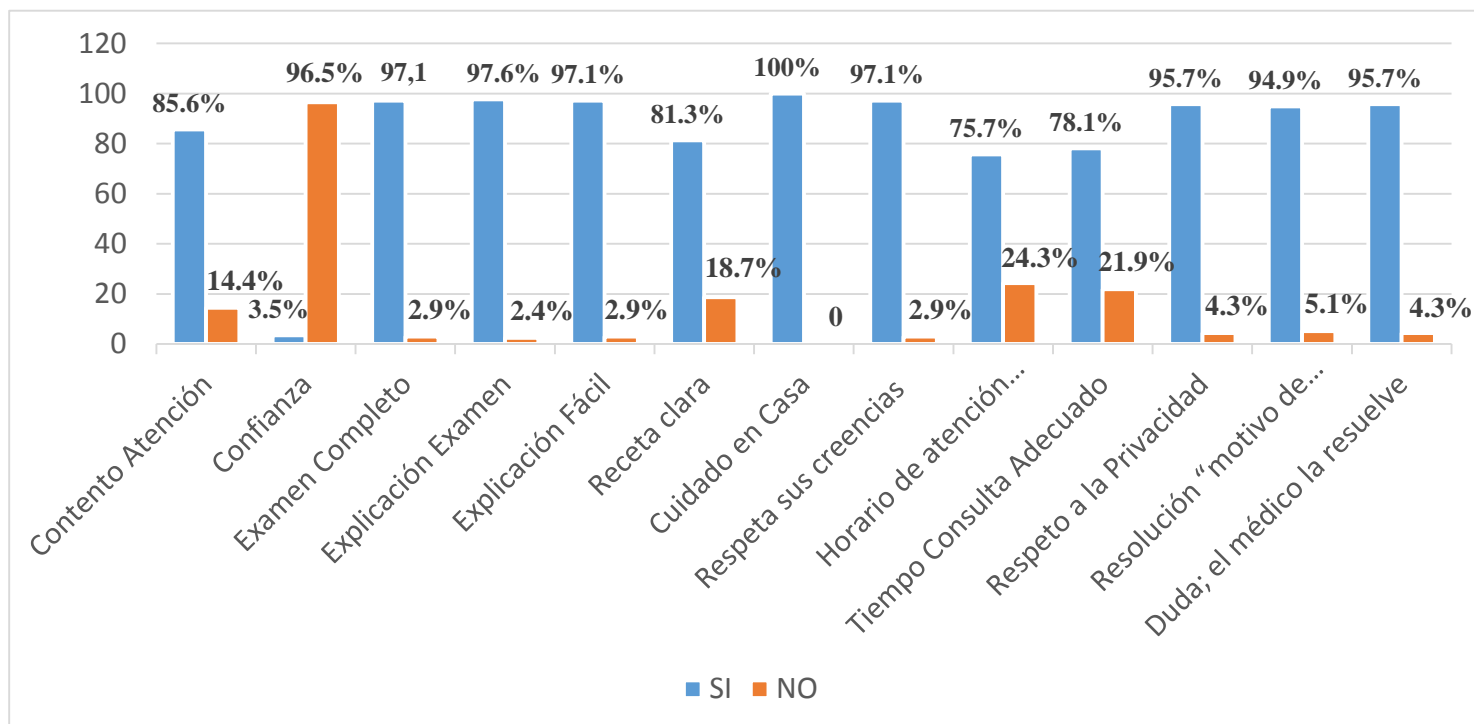
Objetivo 3: Determinar cuál es el factor más importante de insatisfacción de los pacientes en consultorio externo.

Tabla 3. Respuestas de insatisfacción de las características de la consulta médica.

Pregunta	Si	No
¿Se siente contento (a) con la atención recibida?	321 (85,6)	54 (14,4)
¿El médico le brindó confianza para expresar su problema?	13 (3,5)	362 (96,5)
¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo?	364 (97,1)	11 (2,9)
¿El médico que lo atendió le explicó sobre el examen que le iba a realizar?	366 (97,6)	9 (2,4)
¿El médico que lo atendió le explicó con palabras fáciles de entender, cuál es su problema de salud o resultado de la consulta?	364 (97,1)	11 (2,9)
¿Las indicaciones en la receta; están escritas de forma clara?	305 (81,3)	70 (18,7)
¿El médico que lo atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa?	375 (100,0)	0 (0,0)
¿El médico del hospital respeta sus creencias en relación a la enfermedad y su curación?	364 (97,1)	11 (2,9)
¿El horario de atención del hospital le parece adecuado?	284 (75,7)	91 (24,3)
¿Está de acuerdo con el tiempo brindado por el médico en la consulta?	293 (78,1)	82 (21,9)
¿Durante la consulta se respetó su privacidad?	359 (95,7)	16 (4,3)
¿Usted siente que le resolvieron el problema “motivo de búsqueda de atención”?	356 (94,9)	19 (5,1)
¿Si usted tiene duda, el médico la resuelve?	359 (95,7)	16 (4,3)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Porcentaje de respuestas de insatisfacción de las características de la consulta médica.

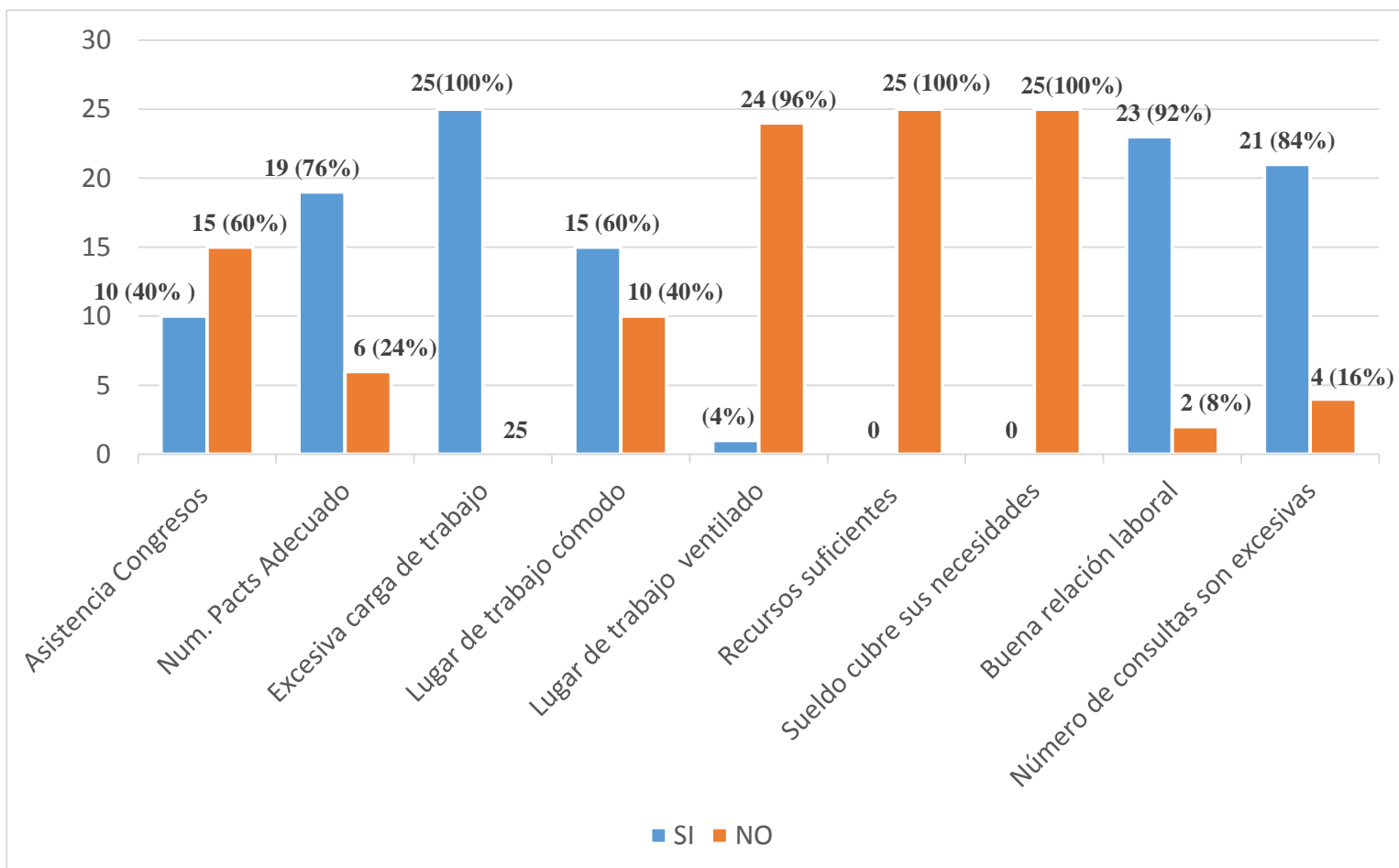


Fuente: Elaboración propia.

Casi todas las respuestas de satisfacción tuvieron una gran aprobación, sin embargo, las que tuvieron muchas respuestas negativas fueron las que mencionaron que el médico no brindó la confianza necesaria para abordar el problema (96,5%), que el horario del hospital no era el más adecuado (24,3%), la no satisfacción con el tiempo brindado por el médico durante la consulta (21,9%) y que las indicaciones puestas en las recetas no estuvieron escritas de forma clara (18,7%).

Objetivo 4: Determinar cuál es el factor más importante de insatisfacción de los médicos en consultorio externo.

Figura 3. Apreciación a condiciones laborales según médicos



Fuente: Elaboración propia.

De los 25 médicos encuestados el 100,0% indicó que no contaban con los recursos suficientes para desarrollar su trabajo, además señalan que el sueldo consignado por sus funciones en el 100% de los casos no cubre con sus necesidades; así mismo la carga laboral en general excesiva se percibe también en el 100% de los encuestados. Siendo estas las tres respuestas con mayor importancia.

Objetivo 5. Identificar los factores asociados al mal trato de los pacientes atendidos en consultorio externo por médicos del Hospital Santa Rosa Piura, marzo-agosto 2016.

Tabla 4. Análisis de factores asociados entre mal trato al paciente y percepción del médico en consultorio externo.

Variable	Paciente		Asociación
	RP (IC95%)	Valor <i>p</i>	
Confianza	1,64 (0,99-1,7)	0,510	No converge
Explicación Examen	1,02 (0,96-1,09)	0,763	No converge
Explicación Cuidados	0,80 (0,69-0,88)	0,672	No converge
Creencias	1,00 (0,99-1,01)	0,864	No converge
Variable	Médico		Asociación
	RP (IC95%)	Valor <i>p</i>	
Excesiva Carga Trabajo	1,20 (1,01-1,25)	0,514	No converge
Falta de recursos	0,78 (0,80-1,00)	0,878	No converge
Sueldo Insuficiente	1,30 (1,01-1,69)	0,509	No converge
Buena relación Laboral	1,87 (1,40-1,90)	0,994	No converge

Fuente: Elaboración propia.

RP (Razón de prevalencias ajustada), IC 95% (Intervalo de confianza al 95%) y valor *p* obtenidos con modelos lineales generalizados; en la cual se han utilizado las de ambos test, aplicando las cuatro respuestas con mayor puntaje asociando con su par contraria no logrando una asociación (No convergencia) para ninguno de los propuestos.

V. DISCUSIÓN

Conocer la calidad con que se otorga la atención médica como primer paso para mejorar su prestación es una necesidad inherente al acto médico mismo. (11) El paciente constantemente critica al médico en su atención, tiempo, preocupación y explicación; además de querer recibir una información clara y concreta, lo que convierte a la satisfacción del paciente en una prioridad durante el acto médico. (6) De aquí la importancia de esta investigación, para establecer nuevos conceptos, y así, mejorar la relación médico-paciente durante la consulta externa.

De los 375 pacientes, el 54,1% (203) fueron del sexo femenino, esto es comparable con un estudio realizado en un Hospital de Lima (10); coincidiendo con Melo P. et al., en donde también predominaron las mujeres en su estudio. Esto hace pensar que son las mujeres las que cuidan más su salud, mientras que los hombres por poco interés o por dar prioridad a otras cosas, posponen la consulta con el médico. También estos resultados son similares a la Encuesta Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud en Perú, donde el 59,9% de la población que asistió a consulta externa fueron mujeres y el 40,1% hombres. En otro estudio realizado en la misma ciudad por Ninamango, se encontró que el 71,1% fueron mujeres y el resto hombres. (26) En la investigación, la mediana de edades fue 55 años (rango intercuartílico: 45-66 años de edad), esto es comparable con un estudio realizado en pacientes que acuden a consulta externa de un hospital de nuestro país, donde el promedio de la edad fue de $42,1 \pm 11,9$ años. El estudio realizado en nuestro país, refiere que, es posible que los pacientes jóvenes acudan a la consulta por dolencias de menor complejidad o por la búsqueda de algún certificado de salud. Por el contrario los pacientes de mayor edad acuden por dolencias de mayor complejidad, por lo que necesiten mayor tiempo de atención y tienen mayores expectativas con la atención del médico. (5)

Los pacientes habían realizado mayor cantidad de consultas externas en la especialidad de ginecología (18%) y cirugía general (17%), y con menor frecuencia en el servicio de hematología (2%) y medicina interna (4%). Esto se puede contrastar, con un estudio realizado en la ciudad de Lima, que muestra la distribución según especialidad donde se observa que el 26.1% se atendió en el servicio de cirugía, el 25.2% en el servicio de Gineco-Obstetricia y 23.67% en el servicio de medicina interna. (27) Esto puede deberse a que, el cáncer de cérvix es considerado actualmente como un problema de salud pública y ocupa el segundo lugar de cánceres en mujeres a nivel mundial y uno de los más altos

índices en el Perú. El comportamiento epidemiológico del cáncer de cérvix en el Perú actualmente en la región de la costa es homogéneo observándose que los cánceres de cérvix, estómago y mama constituyen los más frecuentes. Esto se observa en Ancash, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Piura y Tumbes con la excepción de Callao donde el primer lugar es ocupado por el cáncer de estómago, seguido por el cáncer de mama (el cáncer de cérvix es el cuarto en frecuencia). (28)

Casi todas las respuestas de satisfacción del paciente tuvieron una gran aprobación, sin embargo, las que tuvieron muchas respuestas negativas fueron las que mencionaron que el médico no brindó la confianza necesaria para abordar el problema, siendo un 96,5% (362) de los pacientes. Esto es comparable, con un estudio realizado en Colombia, en donde los pacientes no sienten confianza con el médico tratante, lo que impide efectuar una adecuada entrevista y determinar el procedimiento a seguir para el tratamiento de la patología. (29) En las circunstancias actuales es cada vez más frecuente encontrar descontento y desconfianza de los pacientes hacia sus médicos; las razones de este hecho están relacionados con una inadecuada relación médico-paciente. La comunicación verbal no es el único mecanismo de la relación entre médico y paciente, factores tales como actitud, la expresión y los movimientos corporales forman parte de la capacidad del médico para establecer una comunicación no verbal. Es frecuente la queja del tiempo insuficiente que el médico ofrece a su paciente para establecer una comunicación y empatía adecuada. Luego existiría la tendencia a una relación médico-cliente, de trato muy superficial y de poca confianza. (9)

Los pacientes encuestados, refirieron que, el horario del hospital no era el más adecuado, representando el 24,3% (91) y la no satisfacción con el tiempo brindado por el médico durante la consulta un 21,9% (82). Este estudio, se contrasta con uno realizado en Colombia, donde existe una gran preocupación por parte de los encuestados en cuanto al horario de atención respecto del programado. Consideran que el médico no acude al requerimiento del paciente en el horario programado, lo que coloca en una situación incómoda al usuario. (29) Otro estudio, realizado en un Hospital de Lima, donde el escaso tiempo con el que cuentan los médicos para cada atención disminuye la posibilidad de una adecuada comunicación con su paciente, situación que es expresada por los propios médicos en estudios previos. (5) Benzing y colaboradores quienes en su revisión hallaron, por un lado, que los médicos y los pacientes creen que la duración de la consulta es una dimensión importante de calidad de atención y, por otro, muchos investigadores sostienen

que el médico como persona y su estilo de trabajo tienen más impacto en la calidad de atención que el tiempo de consulta. (30) Otro factor a tener en cuenta es la forma de remuneración o el tipo de contrato del médico con las instituciones. Por un lado están los contratos per cápita, donde al médico se le paga por cada paciente atendido; en este caso la duración de las consultas puede verse afectada dado que cuantos más pacientes se atiendan más dinero recibirá el médico; esto implica el riesgo de una disminución en los tiempos de consulta como se evidencia en el estudio realizado en Canadá. En los casos de médicos con remuneración fija, la duración de las consultas parece estar más controlada y menos manipulada por parte del profesional. En Japón los pacientes utilizan una frase que describe, irónica pero dramáticamente, las condiciones de la atención médica en ese país: los japoneses dicen “esperar tres horas para que nos atiendan en 3 min”. En El Salvador, el médico general cuenta con turnos de 10 min, en tanto que en Perú, 12 minutos. Podríamos decir que, en términos generales, la bibliografía mundial respalda la asignación de pacientes entre 10 y 15 min, tal como ocurre en Argentina. Asimismo, el tiempo de consulta es uno de los aspectos que marcan el grado de satisfacción, tanto de los pacientes como de los profesionales. Una disminución en el tiempo disminuye la satisfacción de los usuarios, reduce los alcances de la prevención médica, condiciona a una mala prescripción terapéutica e incrementa el riesgo de mala praxis. Varios estudios sugieren que las consultas deberían tener una duración relativa de 20 min para satisfacer a los usuarios y cumplir con los estándares de calidad asistencial. La decisión acerca de cuánto tiempo el profesional de la salud estará cara a cara con el paciente resulta vital no sólo para programar la agenda de turnos sino también para garantizar la calidad de atención médica. Finalmente, el escaso tiempo de la consulta puede deteriorar la relación médico paciente. (31)

La explicación brindada por el médico, sobre los cuidados que el paciente debe seguir en casa, obtuvo una aceptación del 100% (375) de los pacientes encuestados, mientras que, las indicaciones puestas en las recetas no estuvieron escritas de forma clara en un 18,7% (70) de los encuestados. Este estudio, es contrastado con una investigación realizada en el Hospital de la Solidaridad Comas de Lima, el cual refiere que parte de la atención es la receta prescrita, la cual, por otro lado, tuvo una baja percepción de aceptación en relación a si las indicaciones fueron claras, con un 65.06% de pocas veces de acuerdo. La explicación administrada por los médicos acerca de los cuidados que deberían seguir en casa tuvo un promedio de esta dimensión de información de más de 70% de aceptación

que se ve convertida en 61.54% tomando en cuenta el ítem “indicaciones de la receta”, lo que igualmente revela un aspecto que contribuye a la apreciación general de una buena atención de las pacientes en el servicio de estudio. Sin embargo, es la que tiene menor porcentaje de aceptación dentro de todas las dimensiones siendo lo relacionado a las indicaciones claras de la receta el de menor aceptación con un 65.06% de pocas veces de acuerdo, teniendo significación estadística y que está relacionado mayormente al componente de pacientes con secundaria incompleta como las más inconformes. Quizás concordante con el trabajo de Ramírez, los pacientes con menores niveles de instrucción tendrían un menor nivel de comprensión de lo indicado por el médico. Así vemos que 65.06% de los entrevistados estuvieron pocas veces de acuerdo siendo el grupo de pacientes con secundaria incompleta quienes determinaron de manera significativa esta percepción. El nivel de educación o de instrucción no permitiría comprender por el lado del paciente las indicaciones administradas en la receta médica así como sugiere la necesidad de actuar sobre ese grupo en especial. (32)

Según las características de los médicos encuestados, el 90,4% (22) fueron del sexo masculino y la mediana de edades fue 47 años (rango intercuartílico: 38-51 años de edad). Esto es comparable, con un estudio realizado en un Hospital de Lima, en cuanto a las características del médico y de la atención médica recibida, el 83% (149) de las atenciones fueron realizadas por médicos varones, el 57% (103) de los médicos fueron considerados de “mediana edad” por parte de los pacientes. Un estudio previo demostró que las internas de medicina tenían un mayor nivel de empatía que sus pares varones. Podemos asumir que los pacientes perciben que las mujeres tienen una mayor sensibilidad y empatía con los pacientes, esta condición del personal de salud femenino ha sido reportada en literatura. (5) En nuestro país también se asoció la buena RMP con el sexo femenino. (6) Con respecto la edad aparente del médico solo el adulto joven (entre 18-39 años) presentó una cierta significancia aunque no la adecuada en comparación con otro estudio realizado en el país, esto contradice a otro estudio donde el rango de edad del adulto de mediana edad se asocia a mala práctica (56,9%), demostrando que la edad no se asocia con el nivel de satisfacción sino quizás con la afluencia de pacientes. (6)

La mediana de años que ejercían como médicos era de 20 años (rango intercuartílico: 10-22 años) y el 100,0% indicó que no contaban con los recursos suficientes para desarrollar su trabajo, además señalan que el sueldo consignado por sus funciones en el 100% de los casos no cubre con sus necesidades; así mismo la carga laboral en general excesiva se

percibe también en el 100% de los encuestados. Siendo estas las tres respuestas con mayor importancia. Algunas investigaciones muestran que la edad/experiencia del médico es un factor trascendente, ya que son los médicos jóvenes los que suelen arriesgarse en nuevos conocimientos y/o la elección de un nuevo tratamiento. Por esto y otras conductas se pueden dar las críticas al proceso de atención, siendo sobre todo por el hecho de inadecuada atención, tiempo, preocupación y explicación; además de la obtención de información poco clara y concreta. En el Perú se realizó un reporte que menciona que un poco menos de la mitad de las atenciones no tuvieron una alta satisfacción, siendo esto evaluado sobre todo en países desarrollados, con resultados distintos obtenidos en lugares como Reino Unido, Alemania, entre otros. (6) La calidad de atención en los servicios de salud públicos de los países de Latinoamérica se encuentra venida a menos lo cual ha sido atribuido principalmente a la escasez de recursos financieros de los sistemas públicos de salud.(10) Con frecuencia la disponibilidad de recursos para realizar un trabajo con la calidad deseada no son accesibles, causando insatisfacción del trabajador; sin embargo existen situaciones que pueden mejorar la satisfacción en el desempeño de las labores cotidianas como son una mayor participación en la organización del trabajo, expectativas de superación para el trabajador que actúa con eficiencia y calidad, y especialmente un trato adecuado y reconocimiento por el jefe inmediato superior, cuando los resultados obtenidos en el desempeño de sus funciones hubieran sido los esperados o mejores. Debe promoverse un abastecimiento oportuno y suficiente. (11)

El análisis de factores asociados entre mal trato al paciente y percepción del médico en consultorio externo, muestra un RP (Razón de prevalencias ajustada), IC 95% (Intervalo de confianza al 95%) y un valor p obtenidos con modelos lineales generalizados; en la cual se han utilizado las de ambos test, aplicando las cuatro respuestas con mayor puntaje asociando con su par contraria no logrando una asociación (No convergencia) para ninguno de los propuestos. Este estudio se contrasta con una investigación realizada en Perú, donde se evidenció una estrecha relación entre haber tenido un problema previo con algún médico y la mayor frecuencia de mala percepción del trato médico, si fue buena la atención o si explicó adecuadamente el tratamiento, lo que se relaciona a estudios como los de Little P. y Fajardo , quienes señalan que el paciente percibe ante todo el trato de su galeno y al darse una mala atención, el concepto cambia hacia una calidad inferior. (6)

Es necesario señalar que la satisfacción del usuario depende de la calidad brindada de los servicios así como de sus expectativas. El paciente expresa satisfacción cuando los

servicios brindados alcanzan o superan sus expectativas. Las expectativas del paciente pueden ser bajas o pueden tener acceso limitado a los servicios, por lo que puede resultar satisfecho al recibir servicios relativamente deficientes. Los pacientes en general, aceptan la atención de salud brindada sin expresar quejas y hasta revelan satisfacción por ella, al responder encuestas. Por eso mismo no necesariamente una buena respuesta, expresada por muchas causas, obedece a un buen servicio, sino puede expresar bajas expectativas. Por lo tanto, los gestores en salud no deben tomar de manera rígida las respuestas de los pacientes y concluir que los servicios brindados son adecuados solo porque los pacientes no se quejan. En consecuencia, hasta los niveles bajos de insatisfacción deben ser motivo de respuestas de gestión a fin de dimensionar exactamente los valores resultantes. El orientar a los pacientes e “informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada suelen ser aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad”.

(32)

VI. CONCLUSIONES

- El presente estudio concluye que no existen factores asociados al mal trato de los pacientes por médicos del Hospital Santa Rosa Piura, ya que casi todas las respuestas del paciente tuvieron una gran aprobación, sin embargo, la que tuvo un mayor porcentaje de negación fue en la que mencionan que el médico no brindó la confianza necesaria para abordar el problema, siendo un 96.5%.
- El 54,1% de los pacientes que acudieron a consultorio externo fueron del sexo femenino, siendo la mediana de edades de 55 años. Con respecto a los médicos encuestados, el 90,4% que brindaron atención médica, fueron del sexo masculino y la mediana de edades fue 47 años de edad.
- Los pacientes habían realizado mayor cantidad de consultas externas en la especialidad de ginecología (18%), siendo el consultorio más solicitado por los encuestados.
- El factor más importante de insatisfacción de los médicos en consultorio externo, fue no contar con los recursos suficientes para desarrollar su trabajo, además, de señalar que el sueldo consignado por sus funciones no cubre con sus necesidades. Así mismo, la carga laboral en general excesiva se percibe también en el 100% de los encuestados, siendo estos tres los factores más importantes.

VII. RECOMENDACIONES

- Brindar la información a las autoridades correspondientes del Hospital II-2 Santa Rosa Piura, y tomar las medidas respectivas para que el médico brinde la confianza necesaria durante la atención médica en el consultorio externo, y de esta manera mejorar la relación médico-paciente.
- Mejorar el entorno laboral del médico en consultorio externo, contar con los recursos técnicos y los insumos necesarios, suministrados con oportunidad y calidad.
- Brindar cursos de capacitación de calidad, calidez y satisfacción del usuario a todos los profesionales de la salud del Hospital II-2 Santa Rosa Piura.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mascarúa Lara E, Vázquez Cruz EA, Córdova-Soriano J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Atención Fam* [Internet]. 2014;21(2):55–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30015-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30015-3)
2. Balcázar Rincón LE, Montejo Fraga LF, Ramírez Alcántara YL. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. 2015;22(13):111–4.
3. BLANCO G. G. Estrés laboral, trabajo emocional y salud en profesionales del área de la rehabilitación. 2011;12(2):35–45.
4. González Quiñones JC, Restrepo Chavarriaga GL, Hernandez Rojas AD, Ternera Saavedra DC, Galvis Gómez CA, Pinzón Ramírez JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención durante el 2012 en Bogotá. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2015;16(6):871–84. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000600006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
5. Mendoza C, Ramos-Rodríguez C, Gutierrez E. Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima , Perú. *Horiz Med (Barcelona)*. 2016;16(1):14–9.
6. A JA, Vilela-Estrada MA, Vallejos-Gamboa J, Solano FE, Quispe-Colquepisco S. Factores asociados a la percepción de problemas presentados en la consulta médica en cuatro ciudades del Perú. 2016;39–47.
7. Lalupu Sosa KMS. “Síndrome de Burnout en médicos residentes y médicos asistentes del Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura, Perú”. 2014;
8. López Sandoval JC. Síndrome de Burnout en médicos asistentes y residentes del Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa, Piura periodo enero-febrero 2015. 2015;1–68.
9. Cabello Morales E. Calidad de la Atención Medica: ¿ Paciente o cliente? *Rev Medica Hered* [Internet]. 2015;12(3):96. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/2391>

10. Chavez P, Ramos W, Galarza C. Nivel de satisfacción del usuario en los consultorios externos de dermatología del Hospital Nacional Dos De Mayo. *Dermatologia Peru*. 2009;19(1):22–31.
11. Aguirre H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Publica Mex*. 1990;32(2):170–80.
12. Chang De La Rosa M, Alemán Lage MDC, Cañizares Pérez M, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 1999;15(5):541–7. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi09599.pdf
13. OMS Nota descriptiva. Maltrato de ancianos y alcohol. 2010;2050(3):1–9. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_elder_es.pdf?ua=1
14. Pérez MA, Anton M, Alemany C. Negligencia, abuso y maltrato. *Tratado geriatría para Resid*. 2006;133–40.
15. Alvarado S, Talens J, Waiflein M, Hofstadt Román CJV, Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián MJ, et al. Habilidades comunicacionales en la entrevista clínica Communication abilities. *Ars Médica* [Internet]. 2002;24(3):461–7. Available from: [http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010014/Contenidos/Capitulos PDF/CAPITULO 3.pdf](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010014/Contenidos/Capitulos%20PDF/CAPITULO%203.pdf) http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/aspectos-psicosociales/comunicacion/como_mejorar_comunica_fase_terminal.pdf <http://scholar.google.com>
16. González-Medécigo L, Gallardo-Díaz E. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. *Rev Digit Univ*. 2012;13(8):1–15.
17. Del A, La H. Artículo original disfunción familiar en el personal de salud del hospital la paz en el año 2007. 2007;5.
18. Formoso D, Gonzales NA, Aiken LS. Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: protective factors. *Am J Community Psychol*

- [Internet]. 2000;28(2):175–99. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10836090>
19. Plata Guarneros, M.; Flores Cabrera, L.; Curiel Hernández, O.; Juárez Ocaña, J.; Rosas Barrientos J. Depresión y ansiedad en la residencia médica Artículo original Depresión y ansiedad en la residencia médica. 2011;16(3):157–62.
 20. Fajardo Dolci GE, Meljem Moctezuma J, Venegas Páez F, Villalba Espinosa I, Aguirre Gas H. Analysis of medical care quality in 120 patients who died from influenza A(H1N1). Rev CONAMED [Internet]. 2012;17(1):4–12. Available from:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3884589&info=resumen&idioma=ENG>
 21. Morales Rivas M, Carvajal Garcés CF. Percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del centro de salud villa candelaria. Rev médica. 2008;19(32):1–8.
 22. D’Empaire G. Calidad De Atención Médica Y Principios Éticos. Acta Bioeth. 2010;16(2):127–32.
 23. Espinoza Castillo M. Evaluación de la calidad de atención del médico anesthesiólogo en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé-2013. 2013;1–7.
 24. Melorose J, Perroy R, Careas S. Relación Médico Paciente. Vol. 1, Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015. 2008.
 25. WHO. Más que palabras . Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. Oms [Internet]. 2009;1–160. Available from:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
 26. Gerónimo-carrillo R, Guzmán-cejas L, Magaña-olán L, Ramos-rendón KC. Calidad de servicio en la consulta externa de un centro de salud urbano de Tabasco Quality of service in the external consultation of an urban medical clinic of Tabasco. 2017;(2838):11–5.
 27. Tinoco Begazo M. “Satisfacción Del Usuario Externo En El Servicio De Consulta Externa Del Hospital Nacional P.N.P. Luis Nicasio Sáenz En El

- Periodo Octubre-Diciembre 2015.” 2016; Available from:
<http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/473>
28. Carrasco Salcedo CM, La chira Negrón CL. “Prevalencia y factores de riesgo de cáncer de cérvix en las pacientes que acuden al consultorio externo de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unane, 2015”. 2016;104. Available from:
http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/44018/3/T061_40558798_T.pdf
 29. Cortes, Zuleiman del Carmen Tapie Cuaspud, Segundo oscar Cabrera Salazar, Euler Raul Achicanoy Martinez JD. Calidad De La Atención Médica En El Servicio De Consulta Externa Desde La Perspectiva De Los Usuarios Del Hospital Lorencita Villegas De Santos E.S.E. Primer Trimestre Del 2016 Samaniego - Nariño Zuleiman. 2016;1–66.
 30. Sogi C, Oliveros M, Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista , relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *Communication*. 2006;67(1):30–7.
 31. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Rev Med Chil*. 2013;141(3):361–6.
 32. Zamora Chávez SC. Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. *Horiz Med (Barcelona)* [Internet]. 2016;16(1):38–47. Available from:
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj-j83H1YHRAhXEPiYKHQ0oCI8QFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.horizontemedicina.usmp.edu.pe%2Findex.php%2Fhorizontemed%2Farticle%2Fview%2F394&usg=AFQjCNHhZqXFBX4fFuu4115>

IX. ANEXOS

ANEXO 01

CARTA DE SOLICITUD AL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA PIURA PARA AUTORIZAR EL ESTUDIO

Dr. José Fernández Andrade

Director del Hospital Nivel II-2 Santa Rosa – Piura

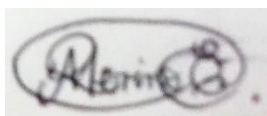
De mi mayor consideración:

Lo saludo cordialmente y solicito su autorización con la debida explicación de los motivos para la presente investigación, por lo que se contará con el consentimiento del director del Hospital II-2 Santa Rosa Piura, así como de los pacientes y médicos para la recolección de datos a través de una encuesta dirigida para determinar los factores asociados al mal trato de pacientes por médicos del mencionado hospital, debido a que como estudiante de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego – Piura, estoy realizando mi tesis para poder graduarme como Médico Cirujano y el tema de investigación es:

“Factores asociados al mal trato de pacientes por médicos del Hospital Santa Rosa Piura, Marzo-Agosto 2016”,

Con la seguridad de contar con vuestro apoyo, reciba un cordial saludo.

Atentamente



Firma

Rosita Yasmirht Merino Escobar

ANEXO 02

CARTA DE SOLICITUD AL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA PIURA PARA ACCEDER AL DESARROLLO DE LA ENCUESTA

El propósito de esta ficha informativa es proveer a los participantes una clara explicación de la naturaleza del presente estudio.

La presente investigación es conducida por una estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego. El objetivo de este estudio es conocer la “Factores asociados al mal trato de pacientes por médicos del Hospital Santa Rosa Piura, Marzo-Agosto 2016”.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Los datos que usted brinde serán recolectados de forma anónima y serán confidenciales, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si presenta alguna duda durante la encuesta, puede preguntarle al encuestador, quien estará presente durante todo el tiempo que demore la encuesta.

Su participación en el estudio no le brindará ningún beneficio económico o material, solo la satisfacción de apoyar al conocimiento científico.

También puede hacer preguntas en el futuro si desea hacerlo. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con Rosita Yasmirht Merino Escobar: 969192572.

Desde ya le agradezco por su participación.

Atentamente,

Rosita Yasmirht Merino Escobar

ANEXO 03

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: ENCUESTA
ENCUESTA DIRIGIDA AL PACIENTE

ID:

Fecha:

Datos Básicos:

- a) Edad:
- b) Sexo:
- c) Grado de Instrucción:
- d) Consultorio de atención:

Encuesta:

1. ¿Por qué escogió venir a este hospital?
 - a. Está más cerca
 - b. Es económico
 - c. No hay otro establecimiento a dónde acudir
 - d. No tengo seguro
 - e. Hay buena atención
 - f. Estoy asegurado

2. ¿Se siente contento (a) con la atención recibida?
 - a. Sí
 - b. No

3. ¿El médico le brindó confianza para expresar su problema?
 - a. Sí
 - b. No

4. ¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo?
 - a. Sí
 - b. No

5. ¿El médico que lo atendió le explicó sobre el examen que le iba a realizar?
 - a. Sí
 - b. No

6. ¿El médico que lo atendió le explicó con palabras fáciles de entender, cuál es su problema de salud o resultado de la consulta?
 - a. Sí
 - b. No

7. ¿Las indicaciones en la receta; están escritas de forma clara?
 - a. Sí
 - b. No

8. ¿El médico que lo atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa?
 - a. Sí
 - b. No

9. ¿El médico del hospital respeta sus creencias en relación a la enfermedad y su curación?
 - a. Sí
 - b. No

10. ¿El horario de atención del hospital le parece adecuado?
 - a. Sí
 - b. No

11. ¿Está de acuerdo con el tiempo brindado por el médico en la consulta?
 - a. Sí
 - b. No

12. ¿Durante la consulta se respetó su privacidad?
 - a. Sí
 - b. No

13. ¿Usted siente que le resolvieron el problema “motivo de búsqueda de atención”?

- a. Sí
- b. No

14. ¿Si usted tiene duda, el médico la resuelve?

- a. Sí
- b. No

ENCUESTA DIRIGIDA AL MÉDICO

ID:

Fecha:

Datos Básicos:

- a. Edad:
- b. Sexo:
- c. Años de Servicio:

Encuesta:

1. ¿Este puesto de trabajo le ofrece oportunidades de asistir a congresos médicos en el extranjero?
 - a. Sí
 - b. No

2. ¿El número de pacientes que debe atender se ajusta a sus horas de trabajo?
 - a. Sí
 - b. No

3. ¿Le parece excesiva la carga de trabajo?
 - a. Sí
 - b. No

4. ¿Su lugar de trabajo se encuentra preparado para que pueda trabajar cómodamente?
 - a. Sí
 - b. No

5. ¿Su lugar de trabajo se encuentra bien ventilado?
 - a. Sí
 - b. No

6. ¿Cuenta con los recursos suficientes (materiales, equipo, etc.) para desarrollar su trabajo?
- a. Sí
 - b. No
7. ¿El sueldo que recibe cubre sus necesidades?
- a. Sí
 - b. No
8. ¿Mantienes buena relación con tus compañeros de trabajo?
- a. Sí
 - b. No
9. ¿Cree usted que el número de consultas que atiende a diario son excesivas?
- a. Sí
 - b. No