



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Calidad de la información médica brindada al paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte – MINSA, 2016

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster de Gerencia en los
Servicios de Salud

AUTOR

Efrain Antonio CEHUA ALVAREZ

ASESOR

Pedro Jesús MENDOZA ARANA

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Cehua E. Calidad de la información médica brindada al paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte – MINSA, 2016 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2020.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código ORCID del autor	0000-0001-7730-4609
DNI o pasaporte del autor	42226451
Código ORCID del asesor	0000-0002-2750-1804
DNI o pasaporte del asesor	08284946
Grupo de investigación	-
Agencia financiadora	AUTOFINANCIADO
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	PERÚ - LIMA- LIMA- DISTRITO DE VITARTE – CÓDIGO POSTAL 15400
Año o rango de años que la investigación abarcó	2014 AL 2016
Disciplinas OCDE	Ciencias del cuidado de la salud y servicios http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina



Unidad de Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGISTER

En la ciudad de Lima, a los 04 días del mes de septiembre del año dos mil veinte siendo las 10:00 am, bajo la presidencia del Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano con la asistencia de los Profesores: Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo (Miembro), Mg. María Fabiola Quiroz Vásquez (Miembro), y el Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana (Asesor); el postulante al Grado de Magister en Gerencia de Servicios Salud, Bachiller en Medicina, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **“CALIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA BRINDADA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL VITARTE – MINSA, 2016”** con el fin de optar el Grado Académico de Magister en Gerencia de Servicios Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B Muy bueno 18**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS SALUD** al postulante **EFRAIN ANTONIO CEHUA ALVAREZ**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo la 11:15 am, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo
Profesor Auxiliar
Miembro

Mg. María Fabiola Quiroz Vásquez
Profesora Principal
Miembro

Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana
Profesor Principal
Asesor



Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano
Profesor Principal
Presidente

/Julie

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar hasta este punto, llenando de bendiciones a mi vida todo este tiempo, tener salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad, amor y fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A mi amada esposa, por su apoyo constante que me brinda día a día para alcanzar mis metas, tanto profesionales como personales. A mi adorada hija por ser mi fortaleza y todas mis razones para levantarme y seguir adelante. A mis Padres y Hermanos, porque creyeron en mí, me dieron ejemplos dignos de superación y entrega, y gracias a ellos, hoy puedo ver alcanzada mis metas.

AGRADECIMIENTO

Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana por sus consejos y amistad y por su valiosa guía y asesoramiento en la realización de la misma, sin cuya invaluable Asesoría no se hubiera logrado la culminación de la presente investigación.

A mi estimada casa de estudios San Fernando y Maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario de Post Grado.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema: formulación	2
1.2 Formulación del problema	7
1.3 Antecedentes del problema	8
1.4 Hipótesis	10
1.5 Objetivos	13
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	15
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	32
3.1 Tipo de estudio	32
3.2 Diseño de investigación	32
3.3 Universo y población a estudiar	32
3.4 Muestra de estudio o tamaño muestral	33
3.5 Criterios de inclusión	35
3.6 Criterios de exclusión	35
3.7 Descripción de variables	35
3.8 Técnica y método de trabajo	38
3.9. Tareas específicas para el logro de resultados, recolección de datos u otros	40
3.10 Procesamiento de datos	40

CAPÍTULO 4: RESULTADOS	44
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
GLOSARIO	70
ANEXOS	
Anexo N° 01: Matriz de consistencia	72
Anexo N° 02: Instrumento de investigación	75
Anexo N° 03: Guía para el experto para validez del instrumento	77
Anexo N° 04: Confiabilidad del instrumento	81
Anexo N° 05: Matriz general de datos de prueba piloto	82
Anexo N° 06: Consentimiento informado del participante	84
Anexo N° 07: Tabla de percentiles	85

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de la información médica en pacientes atendidos en Emergencia del Hospital Vitarte el 2016.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal en 318 pacientes encuestados al alta médica previo consentimiento informado. Se usó un cuestionario tipo Lickert de 20 ítems validado con juicio de expertos (índice Kappa 0.71) y prueba piloto (confiabilidad alfa de Cronbach 0.84). Se elaboró una hoja de datos en el programa SPSS.21 y obtuvo la distribución por percentiles, clasificando de nivel alto (>P75), regular (P25-P75) y bajo (<P25) tanto a la información médica general como sus dimensiones. Se obtuvo la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y chi cuadrado con significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados: La calidad de la información médica fue percibida por los pacientes como nivel regular por el 45.9%, nivel alto 28% y nivel bajo 26.1%. La calidad nivel alto según las dimensiones en orden de importancia fueron: plan de control y seguimiento 70.4%, condición de alta 60.7%, exámenes y procedimientos 44%, estado de salud 46.2%, complicaciones médicas y asociadas al tratamiento 39.3%, sobre el tratamiento 38.1%. Todas las dimensiones fueron percibidas de baja calidad por el 25%.

Conclusiones: Los pacientes atendidos en Emergencia del Hospital Vitarte perciben la información médica como regular, siendo las dimensiones de condición de alta y plan de control-seguimiento las percibidas con calidad alta. Se sugiere realizar un plan de mejora de la calidad dirigida al personal médico para optimizar las técnicas de comunicación médico-paciente.

Palabras claves: calidad, información médica, emergencia

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of medical information in patients treated in Hospital Vitarte Emergency in 2016.

Methodology: Descriptive and cross-sectional study in 318 patients surveyed upon discharge with previous informed consent. A 20-item Lickert type questionnaire validated with expert judgment (Kappa index 0.71) and pilot test (Cronbach alpha reliability 0.84) was used. A data sheet was prepared in the SPSS.21 program and obtained the distribution by percentiles, classifying high level ($> P75$), regular (P25-P75) and low ($<P25$) both general medical information and its dimensions. The Kolmogorov-Smirnov normality test and chi-square test with statistical significance $p < 0.05$ were obtained.

Results: The quality of the medical information was perceived by the patients as a regular level by 45.9%, high level 28% and low level 26.1%. The quality with high level according to the dimensions in order of importance were: control and follow-up plan 70.4%, high condition 60.7%, examinations and procedures 44%, health status 46.2%, medical and treatment-related complications 39.3%, the treatment 38.1%. All dimensions were perceived as low quality by 25%.

Conclusions: The patients treated in Emergency Vitarte Hospital perceive the medical information as regular, being the dimensions of condition of discharge and control-monitoring plan those perceived with high quality. It is suggested to carry out a quality improvement plan aimed at medical personnel to optimize doctor-patient communication techniques.

Key words: quality, medical information, emergency.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

Uno de los pilares para el logro de los objetivos terapéuticos en los pacientes es una buena relación médico-paciente, en la que la comunicación sea afectiva y efectiva. Y en este punto, el informe médico brindado a los pacientes y/o sus familiares debe ser de calidad y con criterios técnicos que permitan hacer comprender sobre el estado de salud del paciente, los estudios analíticos e imagenológicos que se han realizado o por realizar, el tratamiento a seguir y sus riesgos-complicaciones, la condición de alta médica, y, finalmente, el plan de control y seguimiento posterior para completar la atención médica de calidad.

Este punto importante, no ha sido adecuadamente abordado porque no se tienen instrumentos validados que puedan medir objetivamente la calidad de la información médica dada a los pacientes, además, se reconoce que existen construcciones mentales previas del paciente sobre su enfermedad que influyen en su respuesta a la adherencia farmacológica y percepción de lograr la sanidad que está buscando, por esta razón la impresión de la calidad del servicio de los médicos tratantes es el resultado de múltiples variables, haciendo difícil separar los aspectos subjetivos del paciente respecto al acto médico.

Por ello la investigación otorga un instrumento y una primera evaluación de la virtud de los datos médicos ofrecidos a los pacientes en un hospital público peruano, además, sus conclusiones y recomendaciones van a tener impacto en la mejora de la calidad de atención y elevará la percepción de los usuarios externos.

1.1 Planteamiento del problema: formulación

Es fundamental e indiscutible que en cualquier área médica se debe sostener una comunicación fluida con los pacientes. Esto, por supuesto, también es aplicable a los servicios de emergencia, donde además existen otros factores que dificultan la comunicación entre los diferentes actores de este escenario (médico-paciente y médico-entorno familiar). Estos factores están en relación a la gravedad del cuadro de emergencia que trae el paciente, apoyo familiar, de la disposición de los recursos humanos, equipamiento y capacidad resolutiva de la institución, entre otros que determinarán la calidad de la relación médico-paciente, siendo la capacidad del médico para brindar información oportuna, detallada y veraz un indicador importante de la percepción de la calidad de la atención de la institución y del equipo médico de guardia por parte del paciente y/o su entorno familiar (Alonso, Ruiz y Ricardo, 2012)

El médico no sólo tiene que realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento, pues estos incluyen un involucramiento que va más allá de lo biológico y comprende aspectos psicológicos y sociales del individuo. Lo anterior puede hacer que la comunicación no sólo sea un vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, sino también para que el paciente encuentre en el médico un aliado y obtenga la confianza necesaria que le permita comprender la dimensión de su enfermedad, pero que a la vez le permita involucrarse en su tratamiento. Así, el profesionalismo y las exigencias de la sociedad en escenarios reales, complejos y dinámicos determinan que el médico debería tener una serie de capacidades comunicativa que hagan posible que enfrente satisfactoriamente los retos que le impone el día a día de su carrera y así lograr que el paciente y/o familiar comprendan los principales aspectos de la atención médica como son las

dificultades para el diagnóstico médico, necesidad de exámenes o procedimientos, inicio de tratamientos médicos y/o quirúrgicos, la incapacidad de solucionar problemas de salud por el nivel resolutivo de la institución, la necesidad de referencias a centros de mayor capacidad, pronóstico del paciente, dosis y frecuencia de medicamentos así como las indicaciones de alta médica o la necesidad de hospitalización, entre otras informaciones importantes que el paciente y familiares deben conocer. (Bascañán, 2005)

Es común que en países como el Perú y en general la región (América Latina), el sector público (hospitales públicos y seguridad social) tenga mayor demanda asistencial de salud que el sector privado (Fernández, 2007). Esto ocurre ya que se trata de países que se encuentran en vías de desarrollo y que presentan enormes diferencias sociales y económicas, además de elevados índices de pobreza, delincuencia y marginalidad. Lo anterior trae como consecuencia que se origine una gran diferencia entre lo que demanda la población en el ámbito de la salud y lo que se le puede ofrecer (Revilla, D. y Fuentes, D; 2007).

La enorme necesidad por la atención médica hace que la demanda por el servicio médico se vea alterado (Islas y Muñoz, 2008). El número de pacientes atendidos por un profesional de la salud que se encuentra de guardia sobrepasa su capacidad de resistencia física y obliga a ser conciso, restringiendo de esta manera el tiempo de atención al paciente y atender simultáneamente a varios, muchos de ellos, en estado de gravedad; en estas condiciones, se resquebraja el vínculo que debe construirse con el paciente ya que los médicos muestran una gran carga de frustración ante la situación que enfrentan. (Llombart, 2009)

Es en esta realidad inexorable que el personal médico inicia la relación con las personas que requieren sus servicios (pacientes). Este contexto marca el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento en el proceso de recuperación de la salud. Un resultado satisfactorio será consecuencia de la identificación, la seguridad y la consideración que muestren tanto el médico como el paciente, involucrando, por supuesto, a este último en las decisiones que puedan tomar en el proceso. (Novoa, 2013)

De modo lamentable, como se observa actualmente, en los servicios de emergencia y consulta externa es poco el tiempo que dispone el médico para dar una información de calidad al paciente y/o familiar, lo cual se complica cuando se trata de un servicio como el de emergencias, en el cual las decisiones deben ser tomadas instantáneamente porque de ello depende, muchas veces, la vida del paciente. (Girón, Bevia, Medina y Talero, 2002)

A veces, inclusive, lo ideal de que el paciente decida sobre el curso de la intervención no es factible porque el paciente se encuentra inconsciente. Ante esta situación, el médico suele consultar con los familiares más cercanos, los cuales muchas veces no poseen un criterio formado sobre lo que podría ser más conveniente para su familiar en estado de postración. Esto puede originar problemas en la percepción de los familiares. (Paoli, 2009)

En ocasiones, el médico otorga información y explicación en lenguaje que no es simple o comprensible acerca del procedimiento que se quiere realizar. Dicha información debe ofrecer los matices, los logros que desean alcanzarse, los peligros y posibles secuelas del procedimiento. También deben ofrecerse otras alternativas

lógicas. En ocasiones, en la práctica efectiva, no se dispone del tiempo necesario para cumplir con todos los protocolos. (Tsuchida, Bandres y Guevara, 2007)

En general, los médicos no son partidarios de que los pacientes se involucren en el proceso de tomar determinadas decisiones. Es que a lo largo de la formación médica que hemos tenido se fortaleció la premisa que valora el conocimiento científico que tenemos, desde una perspectiva de cuidadores y sanadores de pacientes, sin embargo, no se fortaleció la idea de observar a los pacientes conformes con las decisiones que se adoptaron y en las que ellos participaron.

Si pensamos en lo anterior, llegaremos a la conclusión que nuestras decisiones en el quehacer médico tienen repercusión directa en los pacientes, su salud y, por supuesto, su vida. Partiendo de lo anterior, en la actualidad, a pesar de que la bioética moderna ha sido muy bien recibida, todavía se aprecia una relación entre el médico y el paciente con un sentido paternalista (o al menos con rasgos), caracterizada por una comunicación y diálogo que presenta serios problemas. (Tena, 2007)

Además, los pacientes y/o familiares tienen expectativas sobre la atención médica que no siempre son satisfechas, en ocasiones, son responsables de no transmitir la información relevante de la enfermedad que aquejan, no son sinceros en preguntar si no entienden las indicaciones o si no comprenden los pasos a seguir, esperan que otros miembros del equipo de atención, enfermeros, técnicos o profesionales en entrenamiento, complementen o den las explicaciones a la familia (Díaz y Fernández, 2008). Se ha reportado también que muchas veces los familiares reaccionan con violencia a esta situación percibida como una mala atención, desencadenando agresiones al personal asistencial (Mendoza-Arana, 2017).

Se realizó la búsqueda sistematizada de estudios sobre el tema, y aunque existen estudios internacionales que evalúan la calidad de la comunicación médico-paciente desde el punto de vista médico y de formación universitaria para identificar los puntos débiles sobre los cuales implementar estrategias de mejora de la calidad y programas de capacitación para los estudiantes y los profesionales médicos, no se han encontrado estudios realizados en pacientes que evalúen o valoren la calidad de la información brindada por los médicos. En nuestro país, no se tienen ningún estudio publicado sobre el tema de investigación. (Durand, 2008)

Dado que el tema es subjetivo, será necesario tener instrumentos cualitativos que permitan medir el nivel de la calidad de la información médica brindada a los pacientes, los cuáles se basarán en los conceptos fundamentales de la comunicación médico-paciente según los lineamientos y objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (OMS, 2007)

Se observan y reciben quejas de la mala atención médica, de maltrato y negligencia médica en todos los establecimientos de salud, por lo que, evaluar la percepción de la calidad de la información brindada por los médicos a los pacientes permitirá evaluar el papel del médico en la calidad de atención en el paciente.

Ante esta realidad, es necesario que las autoridades administrativas de los establecimientos de salud, sobretodo de las oficinas de gestión de la calidad dirijan actividades o planes de mejora de la calidad profesional de sus recursos humanos, en forma particular, de los médicos. Será necesario fomentar una cultura en base a los valores de empatía y solidaridad con el prójimo, diseñar cursos de actualización y estrategias educativas para modificar actitudes respecto a la forma de brindar una

información médica de alta calidad donde el buen trato y respeto de la persona humana permita una comunicación fluida y natural, en la que los lazos de amor y amistad del médico con el paciente durante la entrevista médica permita lograr la comprensión de las indicaciones médicas.(Fernández, Miguez, Martín, Alarcón, Lázaro y Castro, 2004)

1.2 Formulación del problema

Se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

Problema general:

¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica brindada a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital Vitarte durante el año 2016?

Problemas específicos:

- a. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión información sobre estado de salud referido por los pacientes?
- b. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión información sobre complicaciones médicas asociadas al tratamiento referido por los pacientes?
- c. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión información sobre el tratamiento referido por los pacientes?
- d. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión información sobre los exámenes y procedimientos referido por los pacientes?

- e. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión información sobre condición de alta referido por los pacientes?
- f. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión información sobre plan de control y seguimiento referido por los pacientes?

1.3 Antecedentes del problema

Cehua, Matzumura, Gutiérrez y Zamudio (2017) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la calidad de la información médica brindada a las pacientes atendidas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital Categoría II-2. Participaron 387 pacientes, muestreo por conveniencia, no probabilístico. El estudio fue observacional, descriptivo, de corte transversal. En los resultados se observó una afectación mayor en la dimensión información sobre plan de control y seguimiento, reconociendo que el 72.60% (281) de los evaluados presentó un nivel regular, el 19.37% (75) un nivel bajo y 8% (31) un nivel bueno. En cuanto a la calidad de la información brindada a las pacientes, el 55.81% (216) presentó un nivel regular, el 22.22% (86) un nivel bajo y el 21.97% (85) un nivel bueno. Se concluye con que la calidad de la información médica brindada a la paciente en el presente estudio es de nivel regular.

González, Rodríguez y Ruso (2010) realizaron una investigación con el objetivo de recabar la información que el paciente puede comunicar tras haber aceptado un procedimiento quirúrgico de coordinación denominado cirugía mayor o alta cirugía. Se buscaba saber si los pacientes tenían conocimiento del diagnóstico preoperatorio, el tratamiento quirúrgico propuesto, sus complicaciones y si requerían tener mayores

datos en relación con su enfermedad o la cirugía planteada. Material y método: se eligió una muestra de conveniencia de 60 pacientes ingresados para cirugía mayor o alta. Dichos pacientes tenían la información al respecto y habían aceptado el tratamiento propuesto. Luego, se aplicó un formulario de cinco preguntas. Resultados: los seleccionados fueron 39 mujeres y 21 hombres. Edad media: 59 años y 7 meses (rango: 19-84 años). La mayoría (n=55) afirmó haber sido informada de su enfermedad. En 11, la enfermedad verbalizada no coincidió con el diagnóstico. El número de pacientes que desconocían la enfermedad y que mostraban diferencia con el diagnóstico eran pacientes oncológicos. El tratamiento consentido era desconocido por 13 pacientes. La mayoría (n=33) no tenía clara referencia de los riesgos del tratamiento. La mayoría argumentó que no deseaba preguntar ni saber más al respecto, sin embargo 10 pacientes requerían hacer más preguntas. Discusión: un número importante de los pacientes no recibió, no recordó o no pudo brindar información importante para la toma de decisiones. Esto puede entenderse por la deficiente información recibida (en cantidad y/o calidad), o por factores dependientes del paciente, como no aceptar el problema ante la preocupación que causa la enfermedad y su pronóstico. Por otro lado, se identifica un sesgo paternalista aceptado en el patrón uruguayo actual. Desconocer el tratamiento no se justifica y trae un problema ético y un riesgo médico-legal para los cirujanos. (Gonzales, Rodríguez y Ruso, 2010)

Ávila (2010) efectuó un estudio con el objetivo de conocer el proceso de consentimiento informado y ciertos aspectos relativos a la calidad y comprensión de la información, así como la voluntad mostrada por pacientes entre 18 a 60 años, a los que se les realizó una cirugía programada de Ortopedia o Cirugía General en el

Hospital Militar Central de Bogotá D.C. en el 2009. Se trató de una investigación de corte transversal. Se hicieron entrevistas telefónicas a 386 pacientes, 238 (62%) del servicio de ortopedia y 148 (38%) de cirugía general, del programa de cirugía ambulatoria. Los resultados fueron: Ante la interrogante si fue o no informado acerca del CI, el 66.6% afirmó que sí había sido informado, y un 32.6% contestó no ser informado. Al indagar sobre aquello que los pacientes recordaban de la información recibida sobre el CI, se encontraron respuestas como “el paciente asume los riesgos por si algo sale mal” un 38.3%, el 26.2% respondió “es un documento que hay que leer y firmar para autorizar la cirugía”, y el 2.3% no recuerda la información que recibió. Ante la interrogante de si le explicaron la cirugía, el 63% contestó sí ser informado y el 37% respondió que no. Con relación a si recibió información sobre las posibles complicaciones de la cirugía, el 59.9% sí fue informado y el 40.1% no fue informado. El 59.8% de los casos dijo que la información fue brindada por el especialista, el 13% no identificó quién le dio la información, el 9.6% fue informado por el residente, el 7.8% por la enfermera, 6.2% dijo “nadie”, el 2.6% por familiar y por ultimo 1% por el estudiante. La conclusión es que: los pacientes de la presente investigación, percibieron el CI como un instante en el que se firma un documento de respaldo legal para los médicos y en el cual el paciente carga con la responsabilidad completa del procedimiento. (Ávila, 2010)

No se cuentan con estudios nacionales acerca del tema de investigación.

1.4 Hipótesis

1.4.1 Hipótesis general:

Hipótesis nula: El nivel de calidad del informe médico brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis alterna: El nivel de calidad del informe médico brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.

1.4.2. Hipótesis específicas:

Hipótesis nula 1: El nivel de calidad del informe médico sobre el estado de salud brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis alterna 1: El nivel de calidad del informe médico sobre el estado de salud brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis nula 2: El nivel de calidad del informe médico sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis alterna 2: El nivel de calidad del informe médico sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis nula 3: El nivel de calidad del informe médico sobre el tratamiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis alterna 3: El nivel de calidad del informe médico sobre el tratamiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis nula 4: El nivel de calidad del informe médico sobre los exámenes y procedimientos brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis alterna 4: El nivel de calidad del informe médico sobre los exámenes y procedimientos brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis nula 5: El nivel de calidad del informe médico sobre condición de alta brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis alterna 5: El nivel de calidad del informe médico sobre condición de alta brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de

Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis nula 6: El nivel de calidad del informe médico sobre plan de control y seguimiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.

Hipótesis alterna 6: El nivel de calidad del informe médico sobre plan de control y seguimiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.

1.5 Objetivos

1.5.1 General

Determinar la calidad de la información médica brindada a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte durante el año 2016.

1.5.2 Específicos

a. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre el estado de salud percibida por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.

- b. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre complicaciones médicas asociadas al tratamiento percibida por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.
- c. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre el tratamiento percibida por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.
- d. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre los exámenes y procedimientos percibida por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.
- e. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre condición de alta percibida por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.
- f. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre plan de control y seguimiento percibida por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

La ética, desde la antigüedad, ha tenido gran influencia en el desempeño médico. Columna vertebral de ello, puede considerarse el llamado Juramento Hipocrático, que determinaba una conducta profesional marcada por un sentido paternalista en defensa del bienestar del paciente, según las concepciones morales de aquel tiempo. La actitud hipocrática concebía al paciente como un ser “minusválido”, es decir, este dependía exclusivamente de las decisiones del médico (Collazo, 2008). En una de las pruebas más antiguas, un documento que data del siglo XIII, hace referencia a una sentencia contra un médico; esta sentencia fue dada por 106 burgueses de Jerusalén, quienes acusaron al médico de haber realizado una mala práctica de su labor. La imagen dada por Hipócrates sobre el vínculo médico-paciente fue refutada por Platón en algunas de sus obras. El filósofo griego afirmaba que el “conocimiento del bien” era propio a cada persona, por lo tanto, cada paciente sabría qué es lo mejor para él, mientras que el médico, con ese conocimiento, debería ayudarlo a que tome decisiones. Platón afirmó, además, que un hombre libre debería dar su consentimiento. De este modo vinculó el consentimiento con el derecho que cada persona tenía a la autodeterminación y al libre albedrío. Esta ideología era radicalmente contraria a la hipocrática (Dalla y Lascaratos, 2010).

La jurisprudencia francesa del siglo XV castigaba las faltas intencionales de los médicos, aun cuando sean leves y las graves aun cuando no hubiese habido dolo. Las teorías éticas en la medicina tuvieron una evolución (de la mano con la evolución tecnológica de esta ciencia) y lo mismo ocurrió en los campos de la ideología política, social y económica (Rojas, 2011). Los antecedentes más lejanos del derecho a la

decisión terapéutica y el consentimiento por parte de los pacientes se encuentran en la denominada “Declaración de Filadelfia” escrita en 1773. Años más tarde, en 1803, Thomas Percival, a través de su llamada ética médica, indica que el médico debe tener la certeza de que el paciente y sus familiares cuenten con la información necesaria acerca del estado del enfermo para cuidar de esta manera sus intereses (Fernández y Sotelo, 2007).

Los derechos naturales del hombre, además del respeto por la persona, adquieren un carácter primordial desde el siglo XX. Esta nueva manera de concebir al ser humano pone en jaque las ideas absolutistas y totalitarias. En ese contexto, las democracias adquieren mayor relevancia y se produce un cambio en la mentalidad (Tamayo, Sánchez, Rivera y Hernández, 2010).

Tras la Segunda Guerra Mundial, más concretamente, después de que se dieron a conocer las atrocidades cometidas por los nazis “a favor” del mejor conocimiento médico, cuando la ética médica adopta un nuevo rumbo y se enfoca en el derecho del paciente. De esta manera surge en 1946, el denominado Código de Nüremberg, a manera de protesta ante las barbaries cometidas por las experimentaciones de los nazis. Este código brinda gran trascendencia a la decisión del paciente para participar o no de un estudio clínico. El código de Nüremberg es fundamental, pues planteó un decálogo de principios que deben ser respetados cuando se afecta la dignidad humana (experimentación médica o investigación en seres humanos). A partir de entonces, además, se estableció la documentación del Consentimiento Informado de manera libre y voluntaria como un requisito obligatorio.

Es en el año 1946, cuando la OMS planteó de manera universal el derecho a la salud. Otro hito importante se da a fines de 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la cual se indicaba el derecho de las personas a la seguridad social y a la salud. Un año después, octubre de 1949, la tercera asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Londres) plantea el código internacional de ética médica. Todas estas normas, que buscan fortalecer e impulsar la obligación moral y jurídica, recomienda su observancia y buscan el reconocimiento moderno del derecho que tiene el ser humano para disfrutar de salud en forma libre, así como de la misma dignidad y prerrogativas, otorgándole el respeto y trato fraterno entre los seres humanos. (Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2014)

Argumentada por Potter, a comienzos de los años setenta, surge la Bioética. Es desde entonces que se da conocer una nueva manera de comprender y aplicar la ética en campos vinculados con la vida y conducta humana. En los setenta, también, surge el Informe Belmont. En este se establecen los principios éticos fundamentales de la bioética y se describe el llamado consentimiento informado como una muestra de la autonomía de las personas. Dicho conocimiento debe ser libre, comprendido e informado (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979).

Todas estas contribuciones del siglo XX otorgan fundamental importancia a la toma de decisiones por parte de los pacientes. De esta manera se fortalece su autonomía. Para que lo anterior sea efectivo en la práctica médica y en la investigación clínica, nacen jurídicamente las llamadas conductas morales y éticas, las cuales deben darse

en la relación médico-paciente. Se empieza a emplear el consentimiento informado, con bases jurídicas y éticas (Simón y Concheiro, 2007).

En el Perú, la Ley General de Salud N° 26842 del año 1997, plantea de manera muy básica la necesidad y la importancia de que se efectúe el proceso de consentimiento informado. Este se visualiza como un permiso requerido para realizar cualquier intervención médica.

Calidad de información

Definición de calidad

La calidad, de modo general, es definida por la Organización Mundial de la Salud (2007) como el más adecuado conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos para lograr una atención sanitaria satisfactoria. Para ello se debe tener presente la variedad de factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, con el fin de conseguir un resultado positivo con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, así como la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Por eso mismo, la calidad de atención al paciente tiene que ver con la ejecución de la ciencia y la tecnología, de tal forma que consiga los mayores beneficios para la salud del paciente, sin aumentar riesgos. Podemos decir que el grado de calidad es el termómetro para medir la atención prestada logrando un equilibrio favorable entre peligros y bondades. (Donabedian, 2011).

Definición de información

Según Paoli (2009) la información es un conjunto de mecanismos que permiten al individuo retomar los datos de su ambiente y estructurarlos de una manera

determinada, de modo que le sirvan como guía de su acción. Se dice que dos personas poseen la misma información, pero no cuando cuentan con idénticos datos, sino cuando poseen la misma manera de direccionar su acción. De esta manera, cuando recuerdan el significado de su acción, se comunican la misma información. Se define la comunicación como el vínculo entre dos o más sujetos, a través del cual se evoca en común un significado. Existen experiencias similares y comunes entre los que interviene en el acto, al emplear significantes comunes. Para ser comunes y lograr la comunicación, los significados tienen que referirse a estructuras de la realidad, que sean comunes, tanto al emisor como al receptor, en cierto grado (Paoli, 2009).

De esta manera, para recibir información no resulta necesario evocar en común con otras personas. Sin embargo, si se desea difundir el modo de dirigir la acción diseñada, esto es, la información, a partir de los datos de un medio ambiente, es imprescindible transmitir esto en los términos de los otros, para que sea posible evocar en común y entenderse, en otras palabras, comunicar. (Paoli,2009)

Información al paciente

El objetivo de la medicina no es únicamente la prolongación de la vida, su principal tarea es la de posponer la muerte, prevenir enfermedades, reducir padecimientos, curar enfermedades, la cual se ve restringida por la obligación de respetar los deseos de las personas.

Tsuchida, Bandres y Guevara (2007) manifiestan que, en el servicio de salud, la información clínica que se entrega al paciente puede servir para alcanzar un óptimo

proceso asistencial, así como ayudar a que el vínculo entre médico y paciente mejore, lo que puede influir en la calidad del servicio.

Según Díaz y Fernández (2008) la relación médico-paciente, es importante para obtener la información que se necesita en un proceso de diagnóstico, una buena relación permite dar tranquilidad y seguridad, a la hora de la exposición de los síntomas por parte del paciente y una mayor cooperación frente a su cooperación del examen médico.

La información clínica es definida por el ordenamiento jurídico como parte del código de ética que debe ser acatada por todo profesional de la salud. Dicha información, la cual debe ser entregada al paciente (a excepción de algunas circunstancias señaladas por la norma), considera la finalidad de la intervención, los riesgos y su naturaleza. Por otro lado, esta información tiene que ser real, entendida por el destinatario y debe estar de acuerdo con sus circunstancias personales y sociales (Tamayo, Sánchez, Rivera y Hernández, 2010). Es fundamental considerar el derecho del paciente a no ser informado, que es un derecho limitado en situaciones como el interés de la salud del propio paciente, de terceros o de la colectividad.

Información sobre salud

La información oportuna sobre su salud es un derecho que tienen todas las personas, sin embargo, se comete el error de informar a los familiares como si fueran estos, así también al paciente se le debe dar todo tipo de información con respecto a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de tal manera que pueda en forma razonable entenderlo para que de esta manera pueda dar su consentimiento con conocimiento de causa al iniciar dichos procedimientos (Polaino, 2010).

Derecho a la educación en salud, toda persona debe ser informada, así como, otorgarles las herramientas con las cuales pueda manejar un aprendizaje sobre su salud (Grau, 2009).

Un punto de partida para analizar la trascendencia de la comunicación entre médico y paciente es que el primero evidencie que se encuentra atento a los requerimientos del paciente. De esta manera, el médico debe usar palabras entendibles, brindar información acerca del tratamiento, evidenciar y transmitir tranquilidad, aconsejar al paciente brindándole la confianza para que finalmente él decida, otorgarle libertad para opinar y hacerle sentir que toma en cuenta lo que dice acerca del tratamiento que deben seguir.

Tates sostiene que uno de los más importantes requerimientos del paciente es ser comprendido y conocido. En otras palabras, una de las más importantes cualidades del médico debe ser su conducta afectiva que haga evidenciar sentimientos, ser empático y preocupado por sus pacientes. El autor indica que la falta de estas cualidades se puede entender en la asimetría cultural entre el médico y el paciente. Fones señala que las cualidades humanísticas del médico son sumamente consideradas por los pacientes, siendo la comunicación parte importante de ellas. La falta de adherencia terapéutica es otro punto fundamental para estudiar la influencia de la comunicación. Con relación a ello, Britten, identificó que cuando entre el médico y paciente no existe intercambio de información, cuando no existe comprensión en el diagnóstico, además, de la incomprensión del tratamiento, se origina la adherencia terapéutica del paciente. Estos autores indicaron que no se exploraban las expectativas de los pacientes y que los errores que traen como consecuencia una falta de adherencia al tratamiento parecen estar relacionados con una serie supuestos y conjeturas, por parte de ambos, médico y paciente.

Numerosos autores señalaron, en relación con la satisfacción o insatisfacción que origina una correcta comunicación, que si el médico tiene una adecuada comunicación, se produce un elevado nivel de satisfacción de los usuarios con su manera de entrevistar y de brindar

información. Lo contrario ocurre cuando existe una mala interacción entre el paciente y su médico.

Maguirre afirma que cuando el médico consigue identificar y entender los problemas más trascendentes de sus pacientes puede lograr una mayor satisfacción con la atención que brindó y una mejor adherencia al tratamiento. El médico acrecenta su bienestar, gracias a los resultados adecuados en el manejo del paciente. También se ha observado una importante vinculación entre la satisfacción del médico con su trabajo y el proceso de comunicación con el paciente. De esta manera, se tienen evidencias de que los médicos registran un menor número de entrevistas frustrantes tras entrenarse en habilidades de comunicación a través de un programa determinado.

El vínculo entre la insatisfacción que muestra el paciente y los reclamos por una mala práctica se ha relacionado con problemas en la comunicación entre el médico y el paciente. Infante ha estudiado los puntos más importantes en la percepción de los pacientes acerca de la calidad de la atención médica y halló que las causas de los reclamos se podían agrupar en 9 categorías, siendo los problemas de comunicación los más preocupantes. Otros factores que Infante evidencia tienen que ver con la elevada incidencia de quejas por problemas de comunicación vinculados a diferencias culturales entre el médico y el paciente, además, de una posible asociación de problemas comunicativos que tienen que ver con aspectos organizacionales de la atención médica. Muy aparte de los reclamos del paciente, tanto la cultura como las dificultades administrativas de los servicios de salud, tienen que ser considerados en el estudio de las habilidades de comunicación para mejorar el vínculo entre médico-paciente.

Baile sostiene que se debe mejorar las capacidades comunicativas del médico. A pesar de que ejemplifica la situación con la habilidad que tienen los médicos para otorgar malas noticias, afirma que cerca del 90% no ha sido formalmente entrenado para tal función. De esta

manera, el médico no recibe una enseñanza para dar noticias negativas a los pacientes ni los programas de pre ni posgrado. Los médicos solo aprenden ello cuando aprecian a sus colegas, generalmente, en su práctica profesional. La comunicación debe establecerse dentro de los atributos interpersonales del médico, entendido como la expresión de aspectos de carácter profesional y personal observables en la interacción con sus pacientes. La aptitud comunicativa del médico debe formar parte de la competencia requerida por el médico para entablar una relación con el paciente.

Se debe destacar que pese a que el paciente no está en capacidad para juzgar la competencia profesional de su médico, sí hay dos áreas en las que puede ser un buen juez:

- a) El dominio de la relación médico-paciente
- b) Las habilidades interpersonales que muestre

Korsh se encuentra a favor de la idea previa cuando estudia el vínculo entre las técnicas de intervención del médico y la satisfacción del paciente. En este punto halló una relación significativa entre la mencionada satisfacción y lo empático (amigable y simpático) que pudiera ser el médico, resaltando sus habilidades de comunicación, la explicación médica acerca de la enfermedad y el correcto tratamiento de la preocupación y la ansiedad que puede evidenciar el paciente.

Si nos damos cuenta, únicamente el segundo punto hace referencia directa a la comunicación. Los demás se vinculan con temas relativos a las habilidades comunicativas, que suman para que el paciente logre la satisfacción mencionada.

Lifshitz, en México, indica que el trabajo clínico se vincula con la capacidad de sostener una relación de tipo afectiva con el paciente. Este tipo de relación ayuda para lograr información: fidedigna, completa y jerarquizada. Ello hace posible que se acceda a información complementaria. Lifshitz también cree que el espíritu humanista, que permita mostrar un

acercamiento a las necesidades de comunicación del paciente y de su familia, debe formar parte del perfil profesional del médico. Este espíritu humanista, además, debe ayudar a sumar en la disposición del médico para transmitir sus conocimientos y experiencias, no sólo a los pacientes y sus familiares, sino también a los alumnos y miembros del equipo de trabajo.

En el ensayo de García Gil se destaca lo fundamental que es la comunicación en el trabajo del médico. García Vigil describe las características de la entrevista clínica, la entrevista psicológica, la entrevista psiquiátrica, además, de la entrevista antropológica. En cada una se destaca que las necesidades comunicativas entre el médico y el paciente son primordiales. Pese a que el autor privilegia el modelo de entrevista antropológica, sus conclusiones le hacen reconocer que una adecuada orientación comunicativa permite: mejorar la comprensión del proceso salud-enfermedad, ejecutar un enfoque básicamente humano al subrayar los aspectos psicológicos, sociales y culturales del entrevistado (sin perder de vista el aspecto biológico), valora el empleo de la palabra como herramienta fundamental de comunicación intra e interpersonal, y hace una real valoración del efecto terapéutico de la palabra.

Ronald, respecto a los modelos de comunicación en la entrevista médico-paciente, sostiene que la investigación de las últimas décadas muestra la gran relación que hay entre la comunicación efectiva por parte del médico y la satisfacción del paciente, además de la satisfacción del propio médico. El punto más importante sostiene que los médicos, en su gran mayoría, no acostumbran escuchar las historias de sus pacientes; no obstante, a menudo, tales historias evidencian aspectos del sufrimiento humano, posturas corporales, expresiones faciales o cambios en la voz que no pueden ser identificados por las más modernas tecnológicas. Se dice que es deber de los médicos aprender a escuchar con ambos oídos. Esa frase implica escuchar, atentamente, con un oído la información biomédica, mientras que con el otro oído prestar atención a la información psicosocial del paciente.

Existen 4 modelos de comunicación:

1. Modelo de las tres funciones del médico: se fundamenta en recolectar información, dar una respuesta a las emociones de su paciente, además de saber educar e influenciar sobre la conducta del paciente para lograr un mejor manejo.

2. El modelo clínico centrado en el paciente: sostiene que la experiencia del enfermo se vuelve más abstracta, por ello es fundamental comprender el significado de la enfermedad para el paciente, además, implica una comprensión compartida del médico y el paciente sobre los puntos comunes del problema y su manejo. Demanda un entendimiento del médico para que brinde una respuesta a los sentimientos, los temores, las percepciones y las expectativas del paciente. Este modelo sostiene que cada paciente es único, que el médico debe tener apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, aunque algunos de dichos sentimientos puedan ser “conflictivos”; finalmente, el médico debe mostrar inteligencia y buena actitud mental al escuchar, para poder captar las expresiones verbales y no verbales del paciente.

3. El modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente: fue concebido desde la perspectiva de la terapia familiar y la teoría general de sistemas. Toma en cuenta tres principios:

a) La familia es el espacio más importante que puede influir en la salud y la enfermedad,

b) La díada en la atención médica deja de ser válida, para dar paso a un triángulo terapéutico integrado por el médico, el paciente y la familia. En este triángulo, la familia es considerada como factor fundamental para obtener buenos resultados y

c) El mayor número de los desórdenes de salud son consecuencia de una interacción compleja de múltiples factores. De esta manera, el paciente se afecta a diferentes niveles y no sólo en el biomédico.

4. El modelo del autoconocimiento del médico: se parte de la idea que el conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede darle más poder a sus encuentros clínicos; no obstante, el autoconocimiento no deberá representar un fin en sí mismo, sino servir de medio para ser empático con la experiencia del paciente.

En cada uno de los modelos se ve la importancia de interrelacionarse correctamente con el paciente. Ello demanda una adecuada capacitación del clínico en habilidades comunicativas para manejar los fenómenos identificados y los que pueden surgir en el trabajo cotidiano con sus pacientes. Una de las habilidades más importante que requiere el médico para trabajar con el método centrado en el paciente es escuchar en forma activa, esto es, saber escuchar mostrando una concentración intensa y total. No se trata de escuchar el significado literal de las palabras; se trata de escuchar el significado de las expresiones, además, tiene que ver con responder activamente descubriendo las expresiones del médico. Escuchar activamente se vuelve un requisito fundamental para sostener la comunicación en los planos verbal y no verbal. Escuchar activamente, además, permite mantener un nivel afectivo que hace posible comprender el verdadero significado de la enfermedad para el paciente, así como sus sentimientos, de modo abierto y sincero. El paciente valora significativamente la comunicación y el sentido humanístico del médico.

La comunicación que tiene como elemento principal al paciente puede conseguir que este sienta que hay puntos en común con su médico y que la experiencia que vive con su enfermedad ha sido explorada. Además, que sus molestias y preocupaciones fueron evaluadas. Esto se refleja en una mejor recuperación de la salud del paciente y ello puede ayudar a que la necesidad de realizar pruebas diagnósticas y las referencias a otros niveles de atención disminuyan. En ocasiones, se pone en duda si la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente se traduce en los resultados que promueven su salud. Así, se ha observado que la comunicación efectiva, sí influye, sobre todo en la fase de obtención de datos para la historia clínica y en la elección del plan de manejo. Los resultados suelen ser: la

salud emocional del paciente, control del dolor y mejoría en ciertas medidas fisiológicas como la presión sanguínea y niveles de glucemia. Sobre la posible influencia de los malos entendidos entre el médico y el paciente en cuanto a la prescripción médica, se identificó que esta se debe a una falta de intercambio de información correcta y a una información en conflicto, además de que el enfermo no entiende algunas implicaciones de su diagnóstico ni lo que hace el médico para preservar la relación médico-paciente. De los anteriores puntos, se subraya lo primordial que resulta explorar y permitir que el paciente muestre sus expectativas y preferencias hacia las acciones y decisiones del médico, ya que este último parece no prestar atención a la importancia de las ideas del enfermo acerca de la indicación médica para que el plan terapéutico sea un éxito.

Es común que la falta de participación del paciente en la consulta se vincule con los errores médicos. Son necesarias las intervenciones educativas para solucionar problemas como los identificados. Estas intervenciones deben fundamentarse en un modelo de abordaje que tome en cuenta ambas partes, pues existen argumentos para pensar que se puede influir positivamente en médicos y pacientes. Sin embargo, dado el desbalance de poder, la responsabilidad más importante debe ser afrontada por el médico, pues es él quien está obligado a explorar las ideas y expectativas del paciente, para así optimizar en cada consulta lo fundamental de tal información. Lamentablemente, en la investigación al respecto, se constata que los médicos no están apropiadamente formados para ejercer adecuadamente esta función (Miranda, Garmendia, Perales, Mendoza, Miano, y Calderón, 2009).

Ciertamente, no hay una clasificación concreta de las características ideales para el desenvolvimiento del médico en su práctica clínica, esto teniendo como perspectiva las habilidades comunicativas que deben desarrollar los profesionales de la salud. No obstante, Dubé describe las habilidades que considera fundamentales para el médico que labora en el primer nivel de atención médica:

- De comunicación básicas: Que tiene que ver con abrir y cerrar la entrevista. Iniciar con una pregunta abierta.
- Para obtener y cuestionar datos.
- Para organizar la entrevista. Que tiene que ver con responder a las emociones y otras habilidades de la relación.
- De comunicación intermedias: Que tiene que ver con el manejo de la violencia. Negociación para cambios de conductas indeseables.
- De comunicación avanzadas: Que tiene que ver con la habilidad para dar malas noticias. Historia espiritual del paciente. Decisiones avanzadas. Dilemas éticos. Confrontación del alcohólico con su diagnóstico.

La división propuesta por Dubé es interesante, sin embargo resulta muy general en sus enunciados y puede diferir de las necesidades prácticas y educativas del médico de nuestro medio, como se puede ver en ciertos estudios realizados en México.

Campero se planteó determinar si la acción educativa del médico hacia el paciente se favorecía al brindar información y conocimientos sobre el proceso de salud y enfermedad durante la consulta médica. En su investigación, casi la mitad de los médicos eran pasantes en servicio social, sin embargo el resto eran médicos de base; en la mayoría de ellos se pudo advertir una deficiencia en su formación comunicativa: sólo el 2.5% de los médicos saludaron al paciente cuando este ingresó al consultorio; sólo el 19% asignaba un sitio explícito al paciente y en el resto era el propio paciente quien se autoasignaba el sitio; al ingresar el enfermo al consultorio, el médico preguntaba casi inmediatamente: “¿qué tiene?, ¿qué le pasa?”. El 93.5 % de los médicos conducía la entrevista, preguntando lo que deseaba saber e interrumpía cuando el paciente daba más información de la solicitada, sólo el 6.5 % de los casos permitió hablar al paciente. Casi el 45 % de los pacientes no conocieron la

naturaleza de su enfermedad; en cuanto al tratamiento indicado, el canal más utilizado fue la receta escrita y en menor proporción lo fue la información oral; mientras que únicamente el 5% de los médicos verificó la comprensión de las indicaciones dadas. Campero halló que en el 85% de los casos no existió un cierre adecuado de consulta, la que en la mayoría de los casos terminaba con frases como “tómese los medicamentos”, o “aquí tiene la receta”. Esta investigación se realizó en una zona rural del estado de Oaxaca, sin embargo es posible que resultados como los anteriores, puedan hallarse en médicos de diversas regiones de nuestro país. En este tipo de relación no existió ninguna acción educativa para transformar al paciente en un sujeto participativo, mientras que el médico no ofreció un espíritu propicio para involucrar al enfermo en el cuidado de su salud.

Son numerosas las necesidades educativas en comunicación, a pesar de ello, una gran cantidad de médicos no aprecian dichas habilidades para sostener una relación eficaz y efectiva con sus pacientes. Si bien es cierto que los programas de especialización en medicina contemplan cierta formación en lo que respecta a la entrevista clínica, estas parecen ser muy genéricas. Por ello, se requiere una enseñanza formal y sistematizada en comunicación. Asimismo, a partir de la idea de que la comunicación puede ser enseñada y que es una función central, se debe buscar una comprensión más profunda de esta, para tratar de acompañar, de manera responsable, al paciente en cada una de las fases que buscan la recuperación y conservación de su salud. Para conseguir esta tarea educativa es posible que se necesite más que una simple capacitación técnica. Lo más probable es que se requiera toda una filosofía y abordaje desde diversos ángulos del saber humano para lograr un compromiso real y responsable del médico con su paciente.

Se requieren investigaciones para hallar las áreas de la comunicación en las que el médico debe ser competente. Estas investigaciones deben enmarcarse en la práctica de la medicina familiar y dentro de la práctica institucionalizada, pues en ese contexto se atiende a la mayor parte de la población. Sólo de esa manera se podrá reorientar, de modo satisfactorio, la

enseñanza en esta área tan importante de la formación del médico familiar. Mientras ello sucede, el médico familiar debe identificar a partir de su práctica cotidiana, sus propias dificultades y mejorarlas para favorecer el cuidado de la salud de sus pacientes.

En 1991, el *British Medical Journal* publicó la declaración de consenso (*Toronto Consensus Statement*) que afirma lo siguiente: La comunicación médico paciente efectiva es una función clínica esencial que no puede ser delegada.

Travaline indica que la comunicación médico-paciente representa lo fundamental de la práctica médica. Resulta de vital importancia la comunicación verbal y no verbal que el profesional de la salud mantiene con el paciente. Además, Travaline afirma que más allá de la información diagnóstica y terapéutica que se le brinda a los pacientes, estos buscan conexión o relación terapéutica.

El informe Kalamazoo II vincula la comunicación efectiva a:

- a) una mayor satisfacción del médico y el paciente;
- b) vinculación a los planes de tratamiento;
- c) decisiones médicas más adecuadas;
- d) mejores resultados de salud;
- e) disminución en la incidencia de demandas por mala práctica contra médicos de atención primaria;
- f) información y educación del público.

La literatura indica que las habilidades clínicas de entrevista, la relación médico-paciente y la comunicación son determinantes en los resultados de la salud del paciente. Es fundamental la empatía, que tiene como elemento principal al paciente, a quien se le debe brindar el

aliento para liberar la tensión que la propia enfermedad puede ocasionar.

La información clínica es parte de todas las actuaciones asistenciales. Esta debe ser comunicada al paciente de manera comprensible y adecuada a sus necesidades. Ello le permitirá tomar decisiones según su propia y libre voluntad:

a) Veraz: es decir, no se debe mentir al paciente, aunque es cierto que en oportunidades la información puede ser omitida por una necesidad terapéutica, por ejemplo, si conocer la dolencia perjudica de manera grave la salud del paciente.

b) Comprensible: es decir, el lenguaje tiene que tener en cuenta al destinatario, por lo que el médico deberá adaptarse al nivel intelectual y cultural del paciente. Ello no significa que no se emplee un lenguaje técnico, pero luego se debe explicar claramente al paciente lo que se dijo.

c) Adecuada: es decir, el médico debe tomar en cuenta las circunstancias personales del paciente (edad, estado de ánimo, etc.), la información disponible, la cual debe ser brindada en el momento adecuado, de manera que permita la toma de decisiones con la suficiente antelación, siempre que fuera posible (dar a conocer el estado de salud, obtener el consentimiento, conseguir la colaboración activa, planificar actuaciones futuras, etc.).

La información no busca conseguir una decisión determinada del paciente, esto es, se debe evitar cualquier tipo de manipulación.

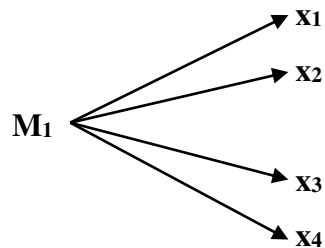
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Se realizó una investigación no experimental de tipo cuantitativo.

3.2 Diseño de investigación

El diseño será observacional, descriptivo y transversal orientado a averiguar si hay semejanzas o diferencias entre cuatro grupos de sujetos investigados de una misma población (Arnau, 2009).



Donde:

M_1 = Pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Vitarte

x_1 = Pacientes atendidos en Medicina interna

x_2 = Pacientes atendidos en Cirugía general

x_3 = Pacientes atendidos en Pediatría

x_4 = Pacientes atendidos en Ginecología

3.3 Universo y población a estudiar

3.3.1 Universo: La población estará constituida por todos los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte durante el 2016. Según la Oficina de Estadísticas se atendieron:

Nº de atenciones en el Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte. Año 2016.

	Atenciones por año	Atenciones por mes	
		N1=	
Medicina interna	3715		310
Cirugía general	9542	N2=	795
Pediatría	5387	N3=	449
Ginecología	3621	N4=	302
Total	22265		1855

Fuente: Oficina de Estadísticas del Hospital Vitarte-MINSA

3.3.2 Unidad de análisis: Un paciente encuestado luego de recibir atención médica en el Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte durante el año 2016.

3.4 Muestra de estudio o tamaño muestral

Se aplicó un muestreo en dos etapas:

Primera etapa; se aplicó un muestreo aleatorio simple, donde la muestra requerida por el estudio fue de 318 pacientes, la cual se obtuvo aplicando la fórmula estadística para población finita siguiente:

$$n = \frac{Z^2 Npq}{E^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

N = número promedio de pacientes atendidos en el mes = 1855

$Z^2 = 1.96^2 = 3.84$

p = 0.5 (no se conoce el nivel de calidad de la información médica en el

Hospital Vitarte)

$$q = 1-p = 0.50$$

$$e = \text{error} = 5\% = 0.05, e^2 = 0.0025$$

reemplazando valores en la fórmula tenemos:

$$n = \frac{(3.84)^2 (1855) (0.50) (0.50)}{(0.0025) (1855-1) + (3.84)^2 (0.50) (0.50)} \longrightarrow \boxed{n= 318 \text{ pacientes}}$$

En la segunda etapa se aplicó un muestreo estratificado, la cual ayudó la distribución por especialidades del Servicio de Emergencia:

Datos:

N =	1,855
n =	318
N1 =	310
N2 =	795
N3 =	449
N4 =	302

Población

Muestra

Estrato 1 (Medicina Interna)

Estrato 2 (Cirugía General)

Estrato 3 (Pediatria)

Estrato 4 (Ginecología)

Fórmula

Estrato 1 (Medicina Interna)

$$\boxed{n1 = (n/N)*N1} = \frac{318}{1,855} * 310 = 53.21 = \boxed{53}$$

Estrato 2 (Cirugía General)

$$\boxed{n2 = (n/N)*N2} = \frac{318}{1,855} * 795 = 136.45 = \boxed{136}$$

Estrato 3 (Pediatria)

$$\boxed{n3 = (n/N)*N3} = \frac{318}{1,855} * 449 = 77.07 = \boxed{77}$$

Estrato 4 (Ginecología)

$$\boxed{n4 = (n/N)*N4} = \frac{318}{1,855} * 302 = 51.84 = \boxed{52}$$

3.5 Criterios de inclusión

- Paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte durante los meses de agosto y octubre del 2016.
- Paciente o familiar directo que tenga un buen estado de salud mental.
- Paciente o familiar directo del paciente que acepte voluntariamente a participar en el estudio y firme el consentimiento informado.
- Paciente o familiar directo del paciente con nivel de instrucción mínimo de primaria (que sepa escribir y leer correctamente).

3.6 Criterios de exclusión

- Paciente o familiar directo que no desearon participar del estudio.

3.7 Descripción de variables

- Calidad de información médica

Dimensiones:

Información sobre el estado de salud

Información sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento

Información sobre el tratamiento

Información sobre los exámenes y procedimientos

Información sobre condición de alta

Información sobre plan de control y seguimiento

Operacionalización de variables							
Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Valores	Escala	Instrumento
Calidad de información	Cualitativa	Contenido y aspectos formales sobre la información que brinda el médico al paciente sobre aspectos de la enfermedad por la cual acude al servicio de emergencia.	Información sobre el estado de salud	1. ¿Cómo califica la explicación del médico sobre la causa de su enfermedad? 2. ¿Para Ud. el médico le hizo comprender que enfermedad tiene? 3. ¿El médico le hizo entender los resultados de los análisis? 4. ¿Cómo fue la explicación del médico sobre la recuperación de la enfermedad que Ud. tiene?	Puntuación: 0 puntos: Muy mal 1 punto: Malo 2 puntos: Regular 3 puntos: Bueno 4 puntos: Muy bueno	Calidad: Alto (>percentil 75) Regular (percentil 25-75) Bajo (< percentil 25)	Cuestionario autoaplicado
	Cualitativa		Información sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento	5. ¿Cómo califica la explicación del médico sobre las complicaciones que puede tener si no se cuida de su enfermedad? 6. ¿Cómo fue para Ud. la explicación del médico sobre las complicaciones que puede tener con algunas o todas sus medicinas? 7. ¿Para Ud. como fue la explicación del médico sobre lo que le pasaría si no se opera o no toma sus medicamentos? 8. La explicación del médico sobre los cuidados que debe tener para no tener más problemas de salud fue:	Puntuación: 0 puntos: Muy mal 1 punto: Malo 2 puntos: Regular 3 puntos: Bueno 4 puntos: Muy bueno	Calidad: Alto (>percentil 75) Regular (percentil 25-75) Bajo (< percentil 25)	
	Cualitativa		Información sobre el tratamiento	9. ¿Cómo califica la explicación del médico sobre el tratamiento que debe hacer para que recupere su salud? 10. Para Ud. ¿Cómo fue la explicación del médico sobre la dosis y los horarios para tomar sus medicamentos? 11. Para Ud. la explicación del médico sobre la alimentación sana que debería seguir fue:	Puntuación: 0 puntos: Muy mal 1 punto: Malo 2 puntos: Regular 3 puntos: Bueno 4 puntos: Muy bueno	Calidad: Alto (>percentil 75) Regular (percentil 25-75) Bajo (< percentil 25)	

				12. Cómo considera que fueron las explicaciones del médico sobre la actividad física, hábito de fumar, consumo de alcohol y otros cuidados de su salud.			
	Cualitativa		Información sobre los exámenes y procedimientos	13. Para Ud. ¿cómo fue la explicación del médico sobre la urgencia de recibir un medicamento o un procedimiento que requiere su aprobación? 14. ¿El médico le hizo entender los resultados de los exámenes o de los procedimientos realizados? 15. ¿Cómo fue para Ud. la explicación del médico de que algunos exámenes se deben hacer en otro lugar? 16. ¿Comprendió la explicación del médico sobre los riesgos y beneficios de los exámenes invasivos que requiere para aclarar el diagnóstico de la enfermedad?	Puntuación: 0 puntos: Muy mal 1 punto: Malo 2 puntos: Regular 3 puntos: Bueno 4 puntos: Muy bueno	Calidad: Alto (>percentil 75) Regular (percentil 25-75) Bajo (< percentil 25)	
	Cualitativa		Información sobre condición de alta	17. ¿Comprendió al médico las razones del alta? 18. ¿Le pareció completa la información que le ha dado el médico cuando le dio el alta del hospital?	Puntuación: 0 puntos: Muy mal 1 punto: Malo 2 puntos: Regular 3 puntos: Bueno 4 puntos: Muy bueno	Calidad: Alto (>percentil 75) Regular (percentil 25-75) Bajo (< percentil 25)	
	Cualitativa		Información sobre plan de control y seguimiento	19. ¿Para Ud. la información que le dio el médico sobre los medicamentos y cuidados que debe seguir fue? 20. ¿Comprendió al médico cómo va hacer para el control cuando salga del hospital?	Puntuación: 0 puntos: Muy mal 1 punto: Malo 2 puntos: Regular 3 puntos: Bueno 4 puntos: Muy bueno	Calidad: Alto (>percentil 75) Regular (percentil 25-75) Bajo (< percentil 25)	

3.8 Técnica y método del trabajo

La técnica para la recolección de datos fue la encuesta, la cual, fue autoaplicada por el mismo sujeto de estudio.

El instrumento fue un cuestionario elaborado por el autor del estudio, el mismo que fue validado y estuvo conformado por: parte introductoria (presentación del investigador y motivo del estudio), datos personales del paciente (edad, sexo, servicio de atención, nivel de instrucción, procedencia, diagnóstico de consulta) y un cuestionario de 20 ítems tipo escala de Lickert modificado (anexo 2). El instrumento pudo ser desarrollado en promedio durante 15 minutos.

Validación del instrumento:

- a) Los instrumentos de medición deben ser plenamente válidos y confiables. La confiabilidad hace referencia al hecho de medir una variable de manera constante y la validez a que el instrumento mide lo que quiere medir. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010)

Validez del instrumento: La validez de contenido es el grado en que la medición representa al concepto o variable medida. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). La validez de contenido generalmente se evalúa a través de un panel o un juicio de expertos. Autores como Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) sugieren un rango de dos hasta 20 expertos para la validación de contenido (McGartland et al., 2003), considerando otros autores como recomendable, un mínimo de 5 jueces (Escobar & Cuervo, 2008).

Se realizó el Juicio de Expertos, entrevistando a 6 profesionales considerados como expertos en el tema motivo de investigación, a cada uno de los cuales se le presentó un resumen del Proyecto, el instrumento propuesto por el investigador, y una Guía para la validez que consta de 13 preguntas, para emitir su juicio de manera individual.

Los juicios emitidos permitieron determinar la consistencia interna del instrumento mediante el estadístico Kappa. El Índice Kappa (κ) corresponde a la proporción de concordancias observadas sobre el total de observaciones, habiendo excluido las concordancias atribuibles al azar. El coeficiente kappa (κ) toma valores entre -1 y +1; mientras más cercano a +1, mayor es el grado de concordancia inter-observador. (Cerde & Villarroel, 2008).

Se obtuvo un Índice de Kappa de 0,71 el cual representa un Grado de Concordancia Sustancial o Bueno. (Anexo 3)

- b) Confiabilidad: a través de la prueba de confiabilidad α de Cronbach, considerando como instrumento altamente confiable si $p > 0.81$. Tras la aplicación de un piloto en 24 pacientes (6 de cada especialidad), se obtuvo un $\alpha = 0.84$, por lo tanto, el instrumento es confiable. (anexo 4)

Se siguieron los siguientes pasos:

1. Se consiguió la aprobación del proyecto de investigación en la Escuela de Postgrado y de las autoridades administrativas del Hospital Vitarte (Director y Jefe del Servicio de Emergencia) para la ejecución del estudio en sus instalaciones. (Anexo N° 03).
2. Se consiguió el consentimiento informado del paciente y se verificaron los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Se le brindó información de los objetivos y métodos del estudio para lograr su aceptación y la firma del consentimiento informado (anexo 5), se le explicó hasta tener la seguridad que entendió el uso anónimo y confidencial de los datos que otorgaron.
3. Se realizó la encuesta, entregando el cuestionario a cada paciente y/o familiar inmediatamente después de indicado el alta médica y antes de que abandone las instalaciones del Hospital Vitarte, los que fueron resueltos entre 15-20 minutos, absolviéndose sus dudas y preguntas en caso sea necesario. Se verificó que no

dejen un ítem sin responder.

4. Se construyó una base de datos en el programa estadístico SPSS.21 para realizar el análisis estadístico descriptivo correspondiente.

5. Se redactó el informe final del trabajo de investigación siguiendo las pautas del protocolo de tesis de la Escuela de Post-grado

3.9 Tareas específicas para el logro de resultados, recolección de datos u otros

- Coordinación con la Dirección y Jefatura de Emergencia del hospital donde se desarrolló la investigación.
- Recolección de datos a través de encuestas durante 3 meses.
- Procesamiento y análisis de los datos obtenidos luego de concluir la recolección de la información.

3.10 Procesamiento de datos

Los datos serán codificados y procesados en una hoja de datos en el software estadístico SPSS.21 para su respectivo estudio descriptivo.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo: distribución porcentual de las variables cualitativas y las medidas de tendencia central (percentiles) en las variables numéricas.

Cada pregunta del cuestionario se calificó según la respuesta de la siguiente manera:

0 puntos:	Muy malo
1 punto:	Malo
2 puntos:	Regular
3 puntos:	Bueno
4 puntos:	Muy bueno

De esta forma, la puntuación mínima fue 0 y la máxima 80 puntos. Se obtuvo la puntuación total obtenida por cada paciente, procediéndose a ordenarlos de menor a mayor para obtener la siguiente tabla de posición acumulada:

Puntaje	Frecuencia	Posición acumulada
0	A	0
1	B	1 x B
2	C	1 x B + 2 x C
3	D	1 x B + 2 x C + 3 x D
4	...	.....
5	...	.....
...
...
...
75	...	.....
76	...	.....
77	...	.....
78	...	.....
79	...	.....
80	...	.....
Total	A + B+ C+ D + ...	

Luego se obtuvo la distribución de percentiles de toda la población encuestada, y se consideraron los siguientes niveles de la calidad de la información de los pacientes:

- Nivel alto de la calidad de la información médica: Pacientes con puntaje > al percentil 75.

Para ubicar el percentil 75 se aplicó la fórmula:

$$\text{Percentil 75} = 75 \times 360 / 100 = 270$$

Así, Este nivel estará conformado por todos los pacientes que tuvieron puntaje superior a la posición 270.

- Nivel regular de la calidad de la información médica: Pacientes con puntaje entre los percentiles 25 y 75. (La mayoría de estudios establecen como rango referencial interpercentil entre el 25 y 75 percentil o percentil 50 ± 25), así, para efectos del estudio, este nivel estuvo conformado por los pacientes con puntaje comprendido entre la posición 90 y 270

- Nivel Bajo de la calidad de la información médica: Pacientes con puntaje < al percentil 25. Se aplicó la fórmula:

$$\text{Percentil 25} = 25 \times 360 / 100 = 90$$

Así, Este nivel estuvo conformado por todos los pacientes que tengan puntaje inferior a la posición 90.

Se realizó lo mismo para cada dimensión, obteniéndose puntajes parciales obtenidos con las respuestas a los ítems respectivos de la siguiente manera:

- Información sobre el estado de salud: ítems 1, 2, 3 y 4
- Información sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento: ítems 5, 6, 7 y 8
- Información sobre el tratamiento: ítems 9, 10, 11 y 12
- Información sobre los exámenes y procedimientos complementarios: ítems 13, 14, 15 y 16
- Información sobre condición de alta: ítems 17 y 18
- Información sobre plan de control y seguimiento del paciente: ítems 19 y 20

Así, se obtuvieron los niveles de calidad alta, regular y baja para cada dimensión.

La normalidad de las puntuaciones generales y generales se obtuvieron con la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, obteniéndose lo siguiente:

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Información médica	Dimensión					
			Estado de salud	Complicaciones	Tratamiento	Exámenes/procedimientos	Condición de alta	Plan de control
N		318	318	318	318	318	318	318
Parámetros normales ^{a,b}	Media	52,2484	10,54	10,1132	10,1289	10,4560	5,2830	5,7264
	Desviación estándar	7,92500	2,010	2,19112	2,34401	2,15992	1,29367	1,13615
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0,082	0,225	0,202	0,168	0,203	0,317	0,309
	Positivo	0,082	0,187	0,163	0,146	0,165	0,230	0,298
	Negativo	-0,082	-0,225	-0,202	-0,168	-0,203	-0,317	-0,309
Estadístico de prueba		0,082	0,225	0,202	0,168	0,203	0,317	0,309
Sig. asintótica (bilateral)		0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

La contrastación de hipótesis se realizó mediante la prueba del chi cuadrado considerándose estadísticamente significativo con un valor de $p < 0.05$.

Para evitar los sesgos de información se procedió a incluir los casos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión del estudio, y para darle validez posteriormente se realizó un cuidadoso proceso en la construcción de la base de datos, el cual se supervisó y revisó en dos oportunidades.

Aspectos éticos

Se obtuvo la firma del consentimiento informado antes de realizar las encuestas aplicadas en el estudio. (Anexo N° 01). La información fue procesada salvaguardando la identidad de los pacientes y procesando los datos en absoluto anonimato.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

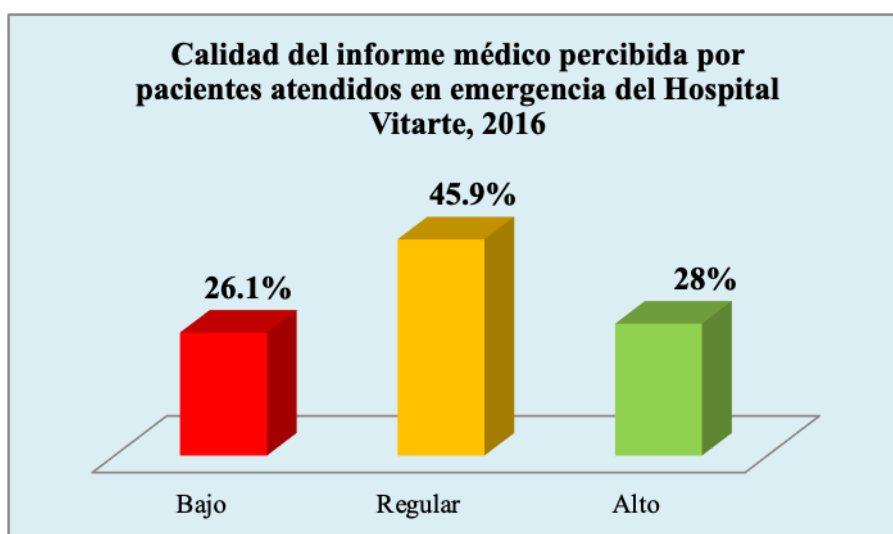
Se encuestó a 318 pacientes y/o familiares atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte, encontrándose que la calidad del informe médico fue percibida como nivel regular por el 45.9%, nivel alto por 28% y nivel bajo por 26.1%. Resultados estadísticamente significativos con $p < 0.05$ (Cuadro 01 y Figura 01)

Cuadro 01. Nivel de Calidad de la información médica percibida por los pacientes en el Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte, 2016

Calidad de la información médica	N°	%
Bajo (<percentil 25)	83	26.1
Regular (entre percentil 25-75)	146	45.9
Alto (> percentil 75)	89	28.0
Total	318	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 01. Nivel de la calidad del informe médico



La calidad de la información médica sobre el estado de salud fue percibida por los pacientes de nivel alto por el 46.2%, bajo por 27.4% y regular por el 26.4%. Resultados estadísticamente significativos con $p < 0.05$ (Cuadro 02 y Figura 02)

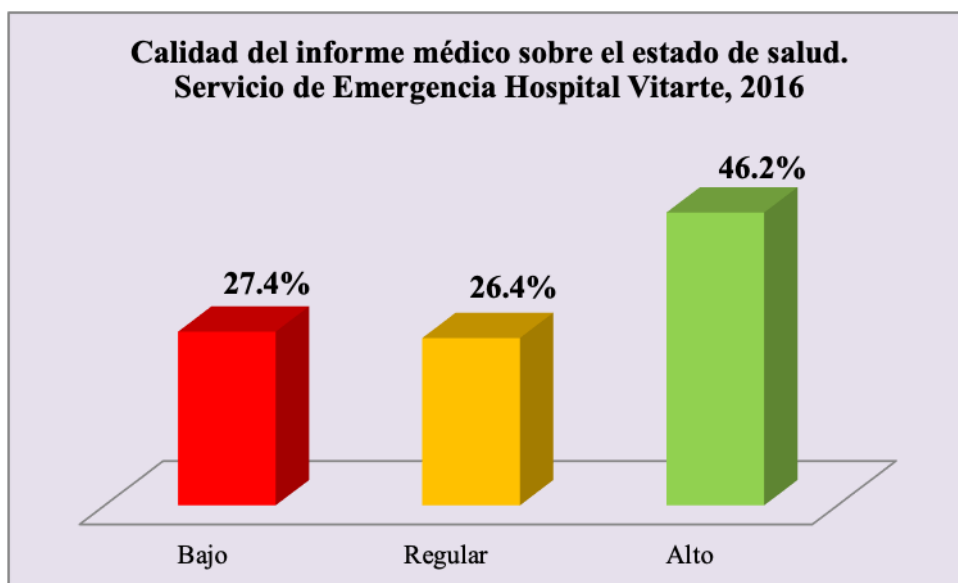
Cuadro 02. Nivel de Calidad de la información médica sobre el estado de salud.

Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte, 2016

Calidad de información sobre estado salud	N°	%
Bajo (<percentil 25)	87	27.4
Regular (entre percentil 25-75)	84	26.4
Alto (> percentil 75)	147	46.2
Total	318	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 02. Nivel de la calidad del informe médico sobre estado de salud



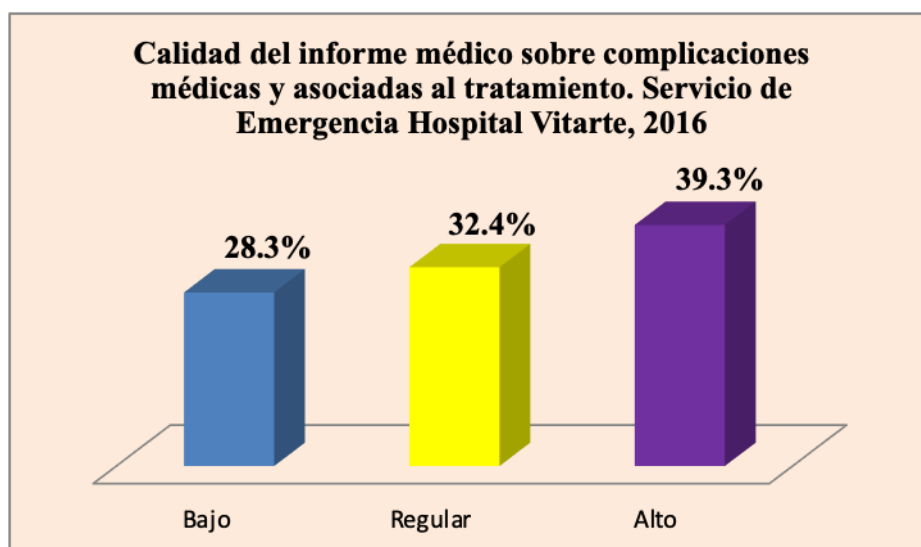
La calidad de la información médica sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento fue de nivel alto 39.3%, regular 32.4% y bajo 28.3%. Resultados estadísticamente significativos con $p < 0.05$ (Cuadro 03 y Figura 03)

Cuadro 03. Nivel de Calidad de la información médica sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento. Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte, 2016

Calidad de Información sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento	N°	%
Bajo (<percentil 25)	90	28.3
Regular (entre percentil 25-75)	103	32.4
Alto (> percentil 75)	125	39.3
Total	318	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 03. Nivel de la calidad del informe médico sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento estado de salud



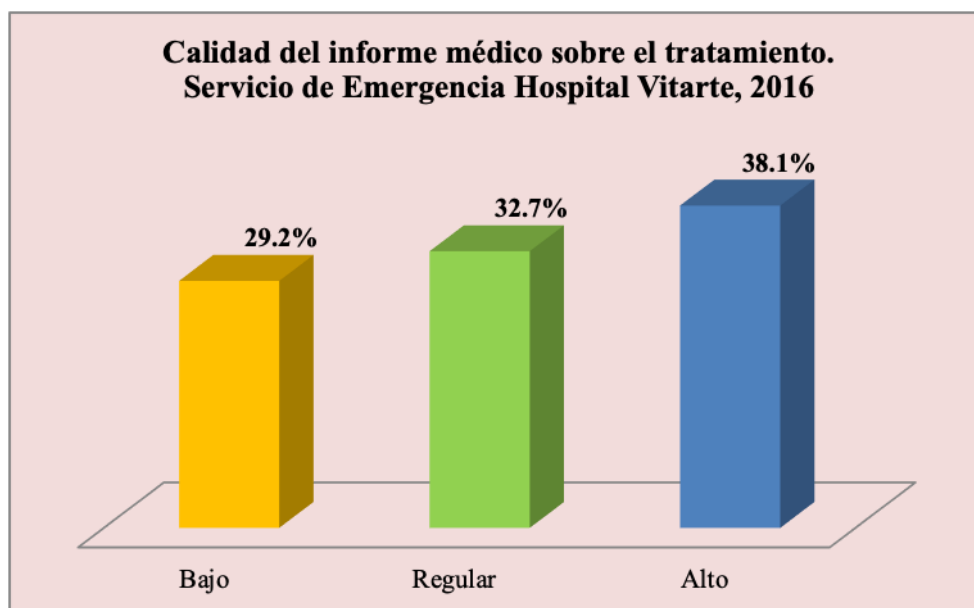
La calidad de la información médica sobre el tratamiento fue de nivel alto 38.1%, regular 32.7% y bajo 29.2%. Resultados estadísticamente significativos con $p < 0.05$ (Cuadro 04 y Figura 04)

Cuadro 04. Nivel de Calidad de la información médica sobre el tratamiento. Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte, 2016

Calidad de Información sobre el tratamiento	N°	%
Bajo (<percentil 25)	93	29.2
Regular (entre percentil 25-75)	104	32.7
Alto (> percentil 75)	121	38.1
Total	318	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 04. Nivel de la calidad del informe médico sobre el tratamiento



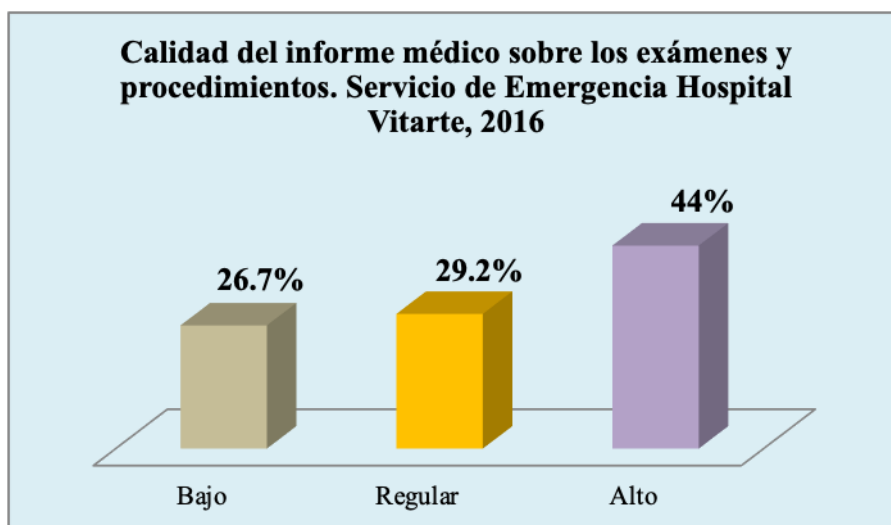
La calidad de la información médica sobre los exámenes y procedimientos fue de nivel alto 44%, regular 29.2% y bajo 26.7%. Resultados estadísticamente significativos con $p < 0.05$ (Cuadro 05 y Figura 05)

Cuadro 05. Nivel de Calidad de la información médica sobre los exámenes y procedimientos. Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte, 2016

Calidad de Información sobre los exámenes y procedimientos	N°	%
Bajo (<percentil 25)	85	26.7
Regular (entre percentil 25-75)	93	29.2
Alto (> percentil 75)	140	44.0
Total	318	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 05. Nivel de Calidad de la información médica sobre los exámenes y procedimientos



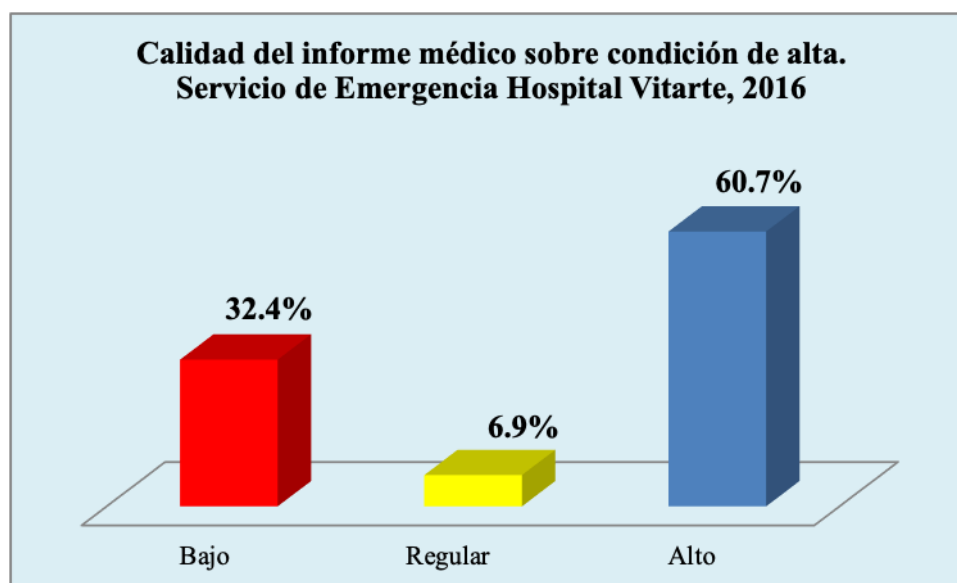
La calidad de la información médica sobre la condición de alta fue de nivel alto 60.7%, bajo 32.4% y regular 6.9%. Resultados estadísticamente significativos con $p < 0.05$ (Cuadro 06 y Figura 06)

**Cuadro 06. Nivel de Calidad de la información médica sobre la condición de alta.
Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte, 2016**

Calidad de Información sobre condición de alta	N°	%
Bajo (<percentil 25)	103	32.4
Regular (entre percentil 25-75)	22	6.9
Alto (> percentil 75)	193	60.7
Total	318	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 06. Nivel de Calidad de información médica sobre condición de alta



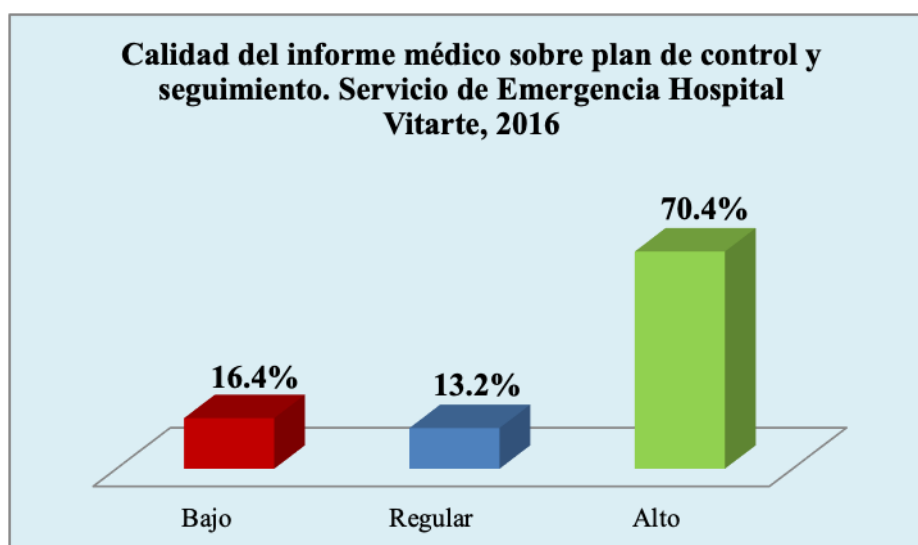
La calidad de la información médica sobre el plan de control y seguimiento fue de nivel alto 70.4%, bajo 16.4% y regular 13.2%. Resultados estadísticamente significativos con $p < 0.05$ (Cuadro 07 y Figura 07)

Cuadro 07. Nivel de Calidad de la información médica sobre plan de control y seguimiento. Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte, 2016

Calidad de Información sobre plan de control y seguimiento	N°	%
Bajo (<percentil 25)	52	16.4
Regular (entre percentil 25-75)	42	13.2
Alto (> percentil 75)	224	70.4
Total	318	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 07. Nivel de Calidad de información médica sobre plan de control y seguimiento

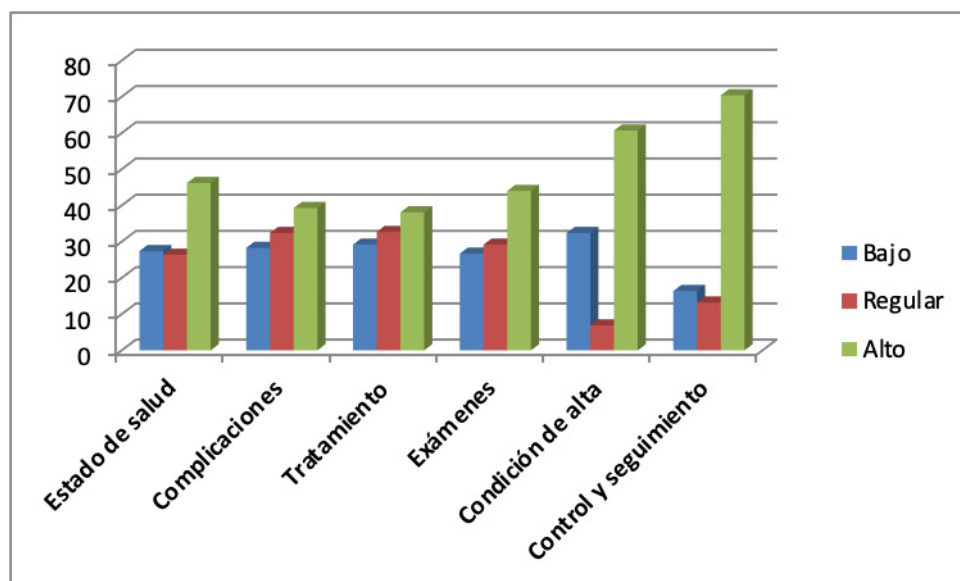


Las dimensiones control y seguimiento, condición de alta y estado de salud fueron los que presentaron mayor nivel de alta calidad en la información médica. En tanto que, en todas las dimensiones existe una percepción de baja calidad en la cuarta parte de los pacientes encuestados (Cuadro 08 y Figura 08).

Cuadro 08. Nivel de Calidad de las dimensiones de la información médica. Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte, 2016

Calidad de información médica	Calidad de información médica (dimensiones)					
	Estado de salud	Complicaciones	Tratamiento	Exámenes	Condición de alta	Control y seguimiento
Bajo	26.1	27.4	28.3	29.2	26.7	16.4
Regular	45.9	26.4	32.4	32.7	29.2	13.2
Alto	28.0	46.2	39.3	38.1	44.0	70.4
Total	100.0					

Figura 08. Dimensiones de la calidad de información médica. Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte, 2016



En cuanto al contraste de hipótesis, la significancia estadística fue $p < 0.05$ tanto para la hipótesis general como para las hipótesis específicas, por lo tanto, se aceptan las hipótesis alternas (Cuadro 09).

Cuadro 09. Contrastación de hipótesis con prueba chi cuadrado de la calidad del informe médico y sus dimensiones. Servicio de Emergencias del Hospital Vitarte, 2016

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
Hipótesis general El nivel de calidad del informe médico brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.	Chi cuadrado	0.000	Rechace la hipótesis nula
Hipótesis específicas Hipótesis nula 1: El nivel de calidad del informe médico sobre el estado de salud brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.	Chi cuadrado	0.000	Rechace la hipótesis nula
Hipótesis nula 2: El nivel de calidad del informe médico sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.	Chi cuadrado	0.000	Rechace la hipótesis nula
Hipótesis nula 3: El nivel de calidad del informe médico sobre el tratamiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad	Chi cuadrado	0.000	Rechace la hipótesis nula
Hipótesis nula 4: El nivel de calidad del informe médico sobre los exámenes y procedimientos brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad	Chi cuadrado	0.000	Rechace la hipótesis nula
Hipótesis nula 5: El nivel de calidad del informe médico sobre condición de alta brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad	Chi cuadrado	0.000	Rechace la hipótesis nula
Hipótesis nula 6: El nivel de calidad del informe médico sobre plan de control y seguimiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad	Chi cuadrado	0.000	Rechace la hipótesis nula

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La calidad de la comunicación entre el médico y el paciente/familiar respecto al motivo de consulta médica en la emergencia va depender de múltiples factores, desde los mecanismos usados por cada médico tratante para transmitir de manera sencilla o fácil de entender para el individuo de tal manera que le permita obtener datos de su ambiente y estructurarlos para que le sirva como guía de su accionar, pasando por los estados de ánimo del paciente, expectativas del mismo y/o sus familiares, las condiciones laborales y la calidad del servicio médico como tal.

La comunicación es el acto de relación entre dos o más sujetos, mediante el cual se evoca en común un significado. Los significados para poder ser comunes, y con ello lograr la comunicación, tienen que estar referidos a estructuras de la realidad, que en algún grado sean comunes a emisor y receptor (Paoli, 2009). Y esto sucede en la relación médico-paciente, siendo muy importante cuando se desarrolla en el servicio de Emergencia, donde, por teoría los pacientes están con patologías de prioridad I y II, es decir, su vida corre peligro y la atención médica oportuna y eficiente tiene repercusión en la supervivencia y la calidad de vida del paciente.

La información médica, es la información clínica que el médico entrega al paciente y/o su familiar sobre el estado de salud del paciente, métodos de ayuda diagnóstica, esquemas de tratamiento y riesgo de posibles complicaciones, pronóstico y terapia alternativa que serán necesarias para la recuperación de la salud del enfermo. Esta información puede servir para lograr un mejor proceso asistencial, así como para fortalecer el vínculo entre médico y paciente, lo que puede influir en la calidad del servicio (Tsuchida, Bandres y Guevara, 2007). Además, debe ser real, entendible para el destinatario y pertinente a aspectos

personales y sociales (Tamayo, Sánchez, Rivera y Hernández, 2010). Y en este punto, la formación académica puede jugar en contra de los médicos dado que deben adaptar su lenguaje técnico a un lenguaje común, sencillo y fácil de interpretar para el interlocutor que además tiene expectativas a veces muy superiores a lo que la institución puede ofertar.

Asimismo, la calidad del servicio médico como tal podría ser otro factor que influya en la percepción del paciente y/o familiar en relación a la información médica, especialmente en las unidades de emergencia. En ese sentido, el médico podría estar comunicando de manera precisa, ética y clara información médica. Empero, si dentro de esta información se incluye una infección intrahospitalaria, entonces el paciente inmediatamente percibirá el proceso informativo como “malo”, cuando en realidad es el adecuado, pero la indignación del paciente por tal suceso generaría un sesgo perceptivo a tal punto de estar infravalorando la información médica del profesional de salud. Las infecciones intrahospitalarias presentan en Lima una tasa de prevalencia cercanas a 2% (Matzumura, Apolaya, Gutiérrez, Kiyamu & Sotomayor, 2012). Estas infecciones intrahospitalarias representan claros indicadores de la calidad médica, una variable bastante cercana a la información médica, motivo por el cual el sesgo perceptivo podría aumentar significativamente.

En ese sentido, la investigación encuestó a 318 pacientes y/o familiares atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte, un establecimiento de salud administrado por el Ministerio de Salud del Perú. La mayoría de los pacientes encuestados señalaron que la calidad de la información médica fue percibida como de nivel regular (45.9% de la serie), en tanto que los extremos, calidad alta y calidad baja prácticamente fueron similares (28% y 26.1% respectivamente). En sentido más amplio, podemos señalar que la información médica de buena calidad sólo fue percibida por la tercera parte de los pacientes, existiendo

un amplio margen de pacientes que señalan una calidad regular o baja, los que finalmente, hacen la mayoría y representan un indicador deficiente de la calidad de atención en salud.

Estos resultados no son muy alentadores, pues los pacientes necesitan una adecuada información al margen de la unidad médica que la que se encuentren (emergencia o no emergencia). Una posible explicación a estos resultados se ubica en el tiempo de atención, dado que el servicio de emergencia conlleva un ritmo acelerado del quehacer médico, por lo que, probablemente, los médicos no se den el tiempo suficiente para comunicar debidamente todos los alcances necesarios a los pacientes y/o familiares respecto al estado de salud del intervenido. Esta tentativa explicación es respaldada por el estudio de Matzumura, Gutiérrez y Zamudio (2018), quienes hallaron una insatisfacción de 61.4% (porcentaje muy similar a la percepción regular y baja de la calidad de comunicación en la presente tesis) al tiempo que brinda el médico para responder las dudas o preguntas sobre su problema de salud o dudas.

De esta forma, constituye una oportunidad para plantear y desarrollar acciones de mejora de la calidad que incluirían aspectos relacionados al desarrollo de técnicas de comunicación, lenguaje corporal, dominio de la situación, capacidad de resolución con las limitaciones del establecimiento, entre otros lineamientos dentro de estrategias educativas y la aplicación de estímulos positivos y negativos que fortalezcan los puntos deficientes de la comunicación entre el médico-paciente/familiar durante una situación apremiante o bajo presión.

Es común que en países como el Perú y en general la región (América Latina), el sector público (hospitales públicos y seguridad social) tenga mayor demanda asistencial de salud que el sector privado. Esto ocurre ya que se trata de países que se encuentran en vías de desarrollo y que presentan enormes diferencias sociales y económicas, además de elevados

índices de pobreza, delincuencia y marginalidad. Lo anterior trae como consecuencia que se origine una gran diferencia entre lo que demanda la población en el ámbito de la salud y lo que se le puede ofrecer (Revilla, D. y Fuentes, D; 2007). Sin embargo, es responsabilidad de la administración de las instituciones de salud realizar la gestión de calidad para optimizar los servicios brindados, siendo importante intervenir en la calidad del recurso humano. (Fernández, 2007)

Y los problemas suscitados por la alta demanda de pacientes que son atendidos por un médico de guardia, sobrepasa su capacidad de resistencia física y obliga a ser conciso, restringiendo de esta manera el tiempo de atención al paciente. Además, atender simultáneamente a pacientes en estado de gravedad, con limitaciones operativas para la atención médica por el nivel de categorización de la institución, son factores modificables que está en manos de las autoridades ser resueltas, las que van a mejorar el ambiente laboral y su capacidad resolutive. De no existir mejoras en estas condiciones, el vínculo que debe construirse con el paciente se ve debilitado como consecuencia del estrés, la insatisfacción y la desilusión del médico con respecto a su carrera profesional. (Llombart, 2009)

La información médica sobre el estado de salud del paciente en situación de emergencia fue percibida casi por la mitad de los pacientes como nivel alto (46.2%), mientras que la cuarta parte señalaba un bajo nivel (27.4%). En esta dimensión, el paciente calificó la explicación del médico sobre que enfermedad tiene, la causa de la misma, los resultados de los análisis y aspectos de la recuperación de la enfermedad de fondo. En general, más de la mitad de los casos, califica estos ítems como regular o de baja calidad, representando una oportunidad de mejora respecto a los mecanismos de comunicación y el lenguaje a emplear para que los pacientes entiendan estos puntos vitales para alcanzar la colaboración del

paciente o familiar para realizar nuevos estudios o complementarios a los que se han realizado, la aceptación del tratamiento, lograr buena tolerancia y adherencia farmacológica. Es posible que las noticias negativas no sean aceptadas por el mecanismo de negación que generalmente se dan en el paciente o sus familiares cuando se trata de enfermedades crónicas con complicaciones importantes que van a tener impacto en la calidad de vida y la supervivencia del paciente, por lo que, la subjetividad y los mecanismos psicológicos en juego podrían estar introduciendo sesgos en la valoración del desempeño educativo del médico informante. Respecto al médico, su empatía, buen trato y disponibilidad para brindar información va impactar en la percepción de la calidad del informe médico, y en este punto, la mayoría de médicos que están bajo presión para dar el diagnóstico precoz y el plan de tratamiento en un tiempo muy corto, así como, la concurrencia simultánea de varios pacientes puede jugar en contra de su capacidad informativa, en especial cuando no tiene certeza del diagnóstico, cuando tiene que realizar la referencia a centros de mayor complejidad o cuando debe dar noticias de pronósticos desfavorables o fatales.

La información médica sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento fue percibida por los pacientes/familiares como de alto nivel por el 39.3%, porcentaje que influye negativamente en la percepción general de la calidad de la atención médica. En esta dimensión los pacientes valoraron lo que sostiene el médico acerca de los problemas que puede tener si no controla la enfermedad de fondo, si no tiene buena adherencia farmacológica, los efectos adversos de los fármacos indicados o si no acepta ser operado oportunamente. El nivel de regular o baja calidad de esta dimensión tiene impacto en el éxito terapéutico, por lo que, es importante planificar estrategias de mejora de calidad como capacitación del personal médico para dar informes con lenguaje sencillo y en el

momento indicado, aunque, se va lidiar con la impaciencia del paciente o familiar que puede generar conflictos en especial cuando hay cambios rotativos del médico de turno o cuando hay informaciones contradictorias, en especial, cuando se tiene la conducta expectante en determinados cuadros quirúrgicos o si hay demora en la programación de sala de operaciones.

La información médica sobre el tratamiento fue de nivel alto para el 38.1%, mientras que los restantes la calificaron como regular-baja. En esta dimensión se calificó la explicación del médico sobre la necesidad de los fármacos necesarios para el tratamiento, las dosis y los horarios de toma de medicinas, la dieta a seguir y otros estilos de vida saludable como actividad física, dejar de fumar, no consumir bebidas alcohólicas y otros autocuidados que debe realizar el paciente. En este punto, la falta de tiempo del médico informante para brindar detalles del tratamiento farmacológico, así como, la falta de adaptación del conocimiento técnico a la trasmisión del mensaje en un lenguaje sencillo, son los puntos claves para mejorar la percepción de los pacientes. De igual forma, la capacidad de comprensión y retención de los pacientes, así como, su falta de sinceridad para solicitar una explicación más sencilla, dando la impresión que entendió la explicación, son puntos a tener en cuenta y que deberán ser identificados para corregir las deficiencias en esta dimensión.

La información médica sobre los exámenes y procedimientos fue de nivel alto para el 44%, y más de la mitad de los pacientes señalan que fue regular-baja. En esta dimensión se valoró la información médica sobre los exámenes que serán necesarios hacerlos en otro lugar, la necesidad de procedimientos invasivos para llegar al diagnóstico y la explicación de los resultados o hallazgos en los exámenes o procedimientos ya realizados. Estos puntos deben ser considerados en las estrategias de mejora de calidad porque tienen impacto en la

aceptación y por ende, la firma del consentimiento informado por parte del paciente y/o familiar para realizar estudios o procedimientos médicos previa a la explicación de los beneficios y sobretodo la potencialidad de complicaciones, lo que va reducir los reclamos por mala praxis o iatrogenia médica.

Cuando el médico no brinda una explicación en lenguaje simple o comprensible acerca del procedimiento que se quiere realizar, las quejas de los pacientes o familiares se van incrementar. Por ello, la información debe ofrecer los matices, los logros que desean alcanzarse, los peligros y las posibles secuelas del procedimiento. También deben ofrecerse otras alternativas lógicas. En ocasiones, en la práctica efectiva, no se dispone del tiempo necesario para cumplir con todos los protocolos. (Tsuchida, Bandres y Guevara, 2007)

La información médica sobre la condición de alta fue percibida de nivel alto por el 60.7% de los pacientes-familiares. En esta dimensión se calificó la explicación del médico sobre las razones del alta médica y si le pareció que recibió una información completa. A pesar de tener un porcentaje superior a la mitad de los pacientes que han logrado entender y aceptar las indicaciones del alta médica, se deben mejorar estos aspectos con las estrategias de intervención para mejora de la calidad de la atención en salud.

La calidad de la información médica sobre el plan de control y seguimiento fue alto para el 70.4% de los pacientes. En esta dimensión se calificó la última explicación de los médicos sobre los medicamentos y cuidados a seguir luego del alta, así como, la explicación del plan de controles cuando salga del hospital.

Es importante hacer conocer al médico que no sólo debe realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento, sino que, debe tener en cuenta el aspecto biológico del individuo, ser

empático e internarse en las dimensiones psicológica y social del paciente, para condicionar que la comunicación no sólo sea vehículo para obtener información sino también para que el paciente encuentre en el médico un aliado para sentirse escuchado, pueda comprender el significado de su enfermedad y se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad. Así, el profesionalismo y las exigencias de una sociedad compleja y dinámica obligan al médico tener habilidades comunicativas que le permitan ser más eficiente en hacer comprender al paciente y/o familiar de los principales aspectos de la atención médica como son las dificultades para el diagnóstico médico, necesidad de exámenes o procedimientos, inicio de tratamientos médicos y/o quirúrgicos, la incapacidad de solucionar problemas de salud por el nivel resolutivo de la institución, la necesidad de referencias a centros de mayor capacidad, pronóstico del paciente, dosis y frecuencia de medicamentos así como las indicaciones de alta médica o la necesidad de hospitalización, entre otras informaciones importantes que el paciente y familiares deben conocer. (Bascuñán, 2005)

Es en esta realidad, cuando el médico inicia la relación con el paciente, la cual determinará todo el proceso diagnóstico, tratamiento y posterior seguimiento en el proceso de recuperación de la salud. El logro de indicadores de calidad va ser resultado dependerá de la empatía, la confianza y el respeto que existan entre las dos partes, en especial, si se logra involucrar al paciente en la toma de decisiones. (Novoa, 2013)

Además, los pacientes y/o familiares tienen expectativas sobre la atención médica que no siempre son satisfechas, en ocasiones, son responsables de no transmitir la información relevante de la enfermedad que aquejan, no son sinceros en preguntas si no entienden las indicaciones o si no comprenden los pasos a seguir, esperan que otros miembros del equipo

médico complementen la información médica (enfermeros o técnicos). (Díaz y Fernández, 2008)

A pesar de que se realizó una amplia búsqueda sistematizada de estudios sobre el tema, son pocos los estudios internacionales que evalúan la calidad de la comunicación médico-paciente desde el punto de vista médico, por lo que, la investigación no sólo es original sino que aporta conocimientos en esta materia para identificar los puntos débiles sobre los cuales implementar estrategias de mejora de la calidad y programas de capacitación para los estudiantes y los profesionales médicos. En nuestro país, es el primer estudio que se publica sobre el tema de investigación.

Dado que el tema es subjetivo, a pesar de haber validado el instrumento del estudio, va ser necesario la revisión del mismo en nuevos estudios que permitan perfeccionarlo y de esta forma contar con instrumentos confiables para medir el nivel de la calidad de la información médica brindada a los pacientes, los que podrán ser generalizados y usados también en otros establecimientos de salud del MINSA.

Se observan y reciben quejas de la mala atención médica, de maltrato y negligencia médica en todos los establecimientos de salud, por lo que, evaluar la percepción de la calidad de la información brindada por los médicos a los pacientes permitirá evaluar el papel del médico en la calidad de atención en el paciente.

Ante esta realidad, es necesario que las autoridades administrativas de los establecimientos de salud, sobretodo de las oficinas de gestión de la calidad dirijan actividades o planes de mejora de la calidad profesional de sus recursos humanos, en forma particular, de los médicos. Será necesario fomentar una cultura en base a los valores de empatía y solidaridad con el prójimo; asimismo, diseñar cursos de actualización y estrategias

educativas para modificar actitudes respecto a la forma de brindar una información médica de alta calidad donde el buen trato y respeto de la persona humana permita una comunicación fluida y natural, en la que los lazos de amor y amistad del médico con el paciente durante la entrevista médica permita lograr la comprensión de las indicaciones médicas.(Fernández, Miguez, Martín, Alarcón, Lázaro y Castro, 2004; Garmendia, Perales, Miranda, Mendoza, Calderón y Miano, 2010).

En conclusión, la información médica tuvo una percepción de alta calidad en las dimensiones control y seguimiento, condición de alta y estado de salud, las que constituyen fortalezas para una buena comunicación y buena relación médico-paciente/familiar. Pese a ello, todas las tienen una percepción de baja calidad en más de la cuarta parte de los pacientes encuestados. Esto conlleva a la necesidad de mejora de la calidad de la información médica, la que va tener impacto en la gestión de la institución, porque son indicadores que podrán ser medidas en futuras revisiones, permitirá valorar las ventajas de las estrategias de mejora que puedan ser implementadas y aplicadas en el personal médico.

Las estrategias a seguir para mejorar la calidad de la información médica deben tener en cuenta los factores para lograr una mejor comunicación de la gravedad del cuadro de emergencia que trae el paciente, lograr el apoyo familiar, la optimización en el uso de los recursos humanos, equipamiento y capacidad resolutive de la institución, entre otros aspectos que determinarán la calidad de la relación médico-paciente, siendo la capacidad del médico para brindar información oportuna, detallada y veraz un indicador importante de la percepción de la calidad de la atención de la institución y del equipo médico de guardia por parte del paciente y/o su entorno familiar.(Alonso, Ruiz y Ricardo, 2012).

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

PRIMERO:

Los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte-MINSA durante el periodo de estudio tienen una percepción regular de la calidad de la información médica que reciben luego del alta médica. Se demuestra que aproximadamente la tercera parte de los encuestados tienen una mala percepción de la calidad que podrían estar relacionados a deficiencias en la comunicación entre los médicos tratantes y los pacientes/familiares durante su permanencia hospitalaria, esto porque, se evidencia que hay buena percepción de la información al alta médica y con el plan de control-seguimiento.

SEGUNDO:

La calidad de la información médica en la dimensión estado de salud del paciente en situación de emergencia fue percibida por cerca de la mitad de los pacientes como de alto nivel.

TERCERO:

La calidad de la información médica en la dimensión complicaciones médicas y asociadas al tratamiento fue percibida por menos de la mitad de los pacientes como de alto nivel.

CUARTO:

La calidad de la información médica en la dimensión tratamiento fue percibida por menos de la mitad de los pacientes como de alto nivel.

QUINTO:

La calidad de la información médica en la dimensión sobre los exámenes y procedimientos fue percibida por menos de la mitad de los pacientes como de alto nivel.

SEXTO:

La calidad de la información médica en la dimensión sobre la condición de alta fue percibida por más de la mitad de los pacientes como de alto nivel.

SÉPTIMO:

La calidad de la información médica en la dimensión sobre el plan de control y seguimiento fue percibida por más de la mitad de los pacientes como de alto nivel.

6.2 RECOMENDACIONES

1. Las autoridades del Hospital Vitarte-MINSA deben realizar la gestión de mejora de la calidad en la atención de salud, particularmente, planificar y ejecutar estrategias de intervención educativa para mejorar aspectos de la capacidad comunicativa de los médicos de emergencia que permitan superar la baja calidad de la información médica percibida por los pacientes/familiares de los pacientes.
2. Las autoridades del Hospital Vitarte-MINSA deben realizar estudios periódicos para valorar los cambios en el nivel de percepción de los pacientes respecto a la calidad de la información médica, tomando como base, los resultados y conclusiones de la actual investigación, la cual es la primera realizada en el centro y en el país.
3. El MINSA debe formular instrumentos validados y adaptados para la complejidad de los establecimientos de salud que permitan valorar la calidad de la información médica que estos brindan. Estos instrumentos deben ser fáciles de aplicar y de bajo costo para que se extiendan en todos los establecimientos de salud que están bajo su administración, lo que le permitirá monitorizar estos indicadores de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso González, M., & Kraftchenko Beoto, O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Educación Médica Superior, 17*(1), 39-46.

Alonso González, M., Ruiz Hernández, I., & Ricardo Alonso, O. (2012). Habilidades comunicativas para la relación médico paciente en estudiantes de Medicina desde la percepción de profesores. *Educación Médica Superior, 26*(1), 74-82.

Bascuñán, R., & Luz, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile, 133*(1), 11-16.

Carvalho, A. (2005). Médicos y profesionalismo: pacientes e información. *Revista médica de Chile, 133*(2), 253-258.

Cehua, E., Matzumura, J., Gutiérrez, H., & Eslava, L. A. (2017). Calidad De La Información Médica Brindada a Las Pacientes Atendidas En El Servicio De Emergencia De Ginecología Y Obstetricia De Un Hospital Categoría II-2 En Lima, Perú. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, 22*(2), 31-37.

Díaz, J. y Fernández, J. (2008). *El diagnóstico en la atención primaria*. La Habana: Ciencias Médicas.

Donabedian, A. (2011). Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica.

Durand, T. (2008). *Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. Lima.

Fernández, I. B., Miguez, R. P., Martín, P. G., Alarcón, F. F., Lázaro, G. A., & de Castro, F. L. (2004). La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención primaria*, 33(7), 361-365.

Garmendia, F., Perales, A., Miranda, E., Mendoza-Arana, P.J., Calderón, W., & Miano, J. (2010). Experiencias para la capacitación de recursos humanos en salud para la atención integral de víctimas de violencia en una zona urbano marginal de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(4). doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2010.274.1538>.

Girón, M., Beviá, B., Medina, E., & Simón Talero, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 561-575.

Grau, C. (2009). Necesidades educativas especiales derivadas de problemas crónicos de salud, en Gallego, J. L.; Fernández, E. (coords.). *Enciclopedia de educación infantil*. Archidona, Aljibe.

Hernández, L.; Fernández, H. y Baptista, F. (2010). *Metodología de la Investigación científica*. México D.F.: Manual Moderno.

Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M. A., Irigoyen-Coria, A., & Hernández-Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch Med Fam*, 8(2), 137-144.

Herrera Medina, N. E., Gutierrez-Malaver, M. E., Ballesteros-Cabrera, M., Izzedin-Bouquet, R., Gómez-Sotelo, A. P., & Sánchez-Martínez, L. M. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 343-355.

Hospital Nacional Arzobispo Loayza, (2014). *Manual de Derechos de los pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Lima: Oficina de Gestión de la Calidad- Ministerio de salud.

Islas-Saucillo M, Muñoz Cuevas H. (2008). El Consentimiento Informado. Aspectos Bioéticos. *Revista Médica del Hospital General de México*; 63 (4):267-273

Kerlinger, F. (2011). *Metodología de la investigación*. México: Interamericana.

Llombart, M. (2009). Medición y análisis de la eficiencia en la gestión de los sistemas sanitarios: aplicación al caso de los hospitales generales con personal facultativo propio. *Tesis de doctorado. Universidad de Valencia – Estudio General*.

Lugones Botell, M. (2002). La información al paciente grave y en estado terminal en la educación médica. *Educación Médica Superior*, 16(3), 189-195.

Ministerio de Salud. (2007). *Ley General de Salud del Perú* N°26842.

Matzumura, J., Apolaya, M., Gutiérrez. H., Kiyamu, S. & Sotomayor, J. (2012). Perfil Epidemiológico de las Infecciones Intrahospitalarias en la Clínica Centenario Peruano Japonesa durante el 2011. *Horizonte Médico*, 12(4), 17-22.

Matzumura, J., Gutiérrez, H. & Zamudio, L. (2018). Satisfacción de la atención en el servicio de emergencia de una institución privada de salud. *Qhalikay. Revista de Ciencias de la Salud*, 2(1), 1-11.

Mendoza-Arana, PJ (2017). Derechos y deberes de los ciudadanos: de los usuarios y de los trabajadores de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*; 34(4):754. doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.3132.

Miranda, E., Garmendia, F., Perales, A., Mendoza-Arana, PJ., Miano, J., & Calderón, W. (2009). Evaluación de los planes curriculares y sílabos de las asignaturas de la Facultad de

Medicina de la UNMSM, sobre la atención integral de salud a personas afectadas por la violencia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 273-276.

Moore, P., Gómez, G., & Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria*, 44(6), 358-365.

Novoa, R. (2013). Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013. *Para optar el Título de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima.

Organización Mundial de la Salud (2007). Informe sobre la salud en el mundo- 2003, forjemos el futuro. Recuperado el 12 de enero del 2015 en: <http://www.who.int/whr/2003/es/>

Organización Mundial de la Salud (2008). Glosario de promoción de la salud. Ginebra.

Pagano, R. (2011). *Estadística para la ciencia del comportamiento*. México, D.F.: Thomson.

Paoli, A. (2009). *Comunicación e información. Perspectivas teóricas*. Trillas: México.

Polaino-Lorente, A. (2010). La pedagogía hospitalaria desde la perspectiva médica. En González-Simancas, J. L.; Polaino-Lorente, A. (eds.). *Pedagogía Hospitalaria*. Madrid, Narcea.

Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, M., & Salcedo, C. (2006). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 67, No. 1, pp. 30-37). UNMSM. Facultad de Medicina.

Tamayo, C., Sánchez, J., Rivera, A. y Hernández, L. (2010). La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. *Revista Médica IMSS*; 41(5): p. 407 – 413.

Tena T, C., & Francisco, H. O. (2007). *La comunicación humana en la relación médico-paciente*. Prado.

Torío D, J., & García T, M. C. (1997). Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Atención primaria*,20(1), 17-24.

Tsuchida F, M. B., Bandres S, M. P., & Guevara L, X. (2007). Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Revista Medica Herediana* , 14 (4).

GLOSARIO

IM:	Información médica
EMG:	Emergencia
MINSA:	Ministerio de Salud del Perú

ANEXOS

ANEXO N° 01. Matriz de consistencia

Problema general	Objetivo General	Hipótesis General	Operacionalización de las variables	Metodología	Población y muestra	Técnica e instrumento
¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica brindada a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital Vitarte durante el año 2016?	Determinar la calidad de la información médica brindada a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte durante el año 2016.	Hipótesis nula: El nivel de calidad del informe médico brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad. Hipótesis alterna: El nivel de calidad del informe médico brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.	Variable de estudio: Calidad de la información médica Dimensiones: - Información sobre el estado de salud - Información sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento - Información sobre el tratamiento. - Información sobre los exámenes y procedimientos complementarios. - Información sobre condición de alta. - Información sobre plan de control y seguimiento del paciente. Indicadores: - Muy bueno - Bueno - Regular - Malo - Muy malo	1 Tipo de investigación: No experimental Cuantitativa 2. Diseño de investigación: Observacional, descriptivo y Transversal	1. Población. Pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Vitarte durante los meses de agosto a octubre del 2016. 2. Muestra. 318 pacientes atendidos en emergencia	Técnica: Encuesta autoaplicada Instrumento: Cuestionario Validado en su contenido por juicio de expertos y confiabilidad con prueba de confiabilidad alfa de Cronbach
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas				
a. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión información sobre estado de salud referido por los pacientes?	a. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre el estado de salud percibida por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.	Hipótesis nula 1: El nivel de calidad del informe médico sobre el estado de salud brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad. Hipótesis alterna 1: El nivel de calidad del informe médico sobre el estado de salud brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.				
b. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión	b. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre complicaciones médicas asociadas al tratamiento percibida por los pacientes atendidos en el	Hipótesis nula 2: El nivel de calidad del informe médico sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de				

<p>información sobre complicaciones médicas asociadas al tratamiento referido por los pacientes?</p> <p>c. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión información sobre el tratamiento referido por los pacientes?</p> <p>d. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión información sobre los exámenes y procedimientos referido por los pacientes?</p>	<p>Servicio de Emergencia.</p> <p>c. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre el tratamiento percibida por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.</p> <p>d. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre los exámenes y procedimientos percibida por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.</p>	<p>Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.</p> <p>Hipótesis alterna 2: El nivel de calidad del informe médico sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.</p> <p>Hipótesis nula 3: El nivel de calidad del informe médico sobre el tratamiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.</p> <p>Hipótesis alterna 3: El nivel de calidad del informe médico sobre el tratamiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.</p> <p>Hipótesis nula 4: El nivel de calidad del informe médico sobre los exámenes y procedimientos brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad.</p> <p>Hipótesis alterna 4: El nivel de calidad del informe médico sobre los exámenes y procedimientos brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.</p>				
---	---	---	--	--	--	--

<p>e. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión información sobre condición de alta referido por los pacientes?</p>	<p>e. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre condición de alta percibida por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.</p>	<p>Hipótesis nula 5: El nivel de calidad del informe médico sobre condición de alta brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad. Hipótesis alterna 5: El nivel de calidad del informe médico sobre condición de alta brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.</p>				
<p>f. ¿Cuál es el nivel de la calidad de la información médica en la dimensión información sobre plan de control y seguimiento referido por los pacientes?</p>	<p>f. Determinar el nivel de la calidad de la información médica sobre plan de control y seguimiento percibida por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.</p>	<p>Hipótesis nula 6: El nivel de calidad del informe médico sobre plan de control y seguimiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte se produce con probabilidades de igualdad. Hipótesis alterna 6: El nivel de calidad del informe médico sobre plan de control y seguimiento brindado a los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte no se produce con probabilidades de igualdad.</p>				

ANEXO N° 02
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

**ESCALA SOBRE CALIDAD DE INFORMACIÓN MÉDICA A PACIENTES
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL VITARTE**

1. Introducción:

Responda o marque con un X según corresponda las siguientes preguntas. No coloque ningún dato que permita identificarlo.

2. Datos personales del paciente:

Edad: ____ años

Sexo: 1. Masculino () 2. Femenino ()

Servicio de atención de la emergencia: 1. Medicina () 2. Cirugía ()
 3. Pediatría () 4. Ginecología ()

Diagnóstico principal de consulta de la emergencia: _____

3. Cuestionario.

Instrucciones: A continuación hay una serie de preguntas sobre la información que le brindó el médico durante su atención en emergencia. Responda de manera sincera mediante una equis (X) donde considere su respuesta siguiendo la codificación:

Muy malo (MM), Malo (M), Regular (R), Bueno (B) y Muy bueno (MB).

Ítems		MM	M	R	B	MB
Puntuación		0	1	2	3	4
Información sobre el estado de salud	1. ¿Cómo califica la explicación del médico sobre la causa de su enfermedad?					
	2. ¿Para Ud. el médico le hizo comprender que enfermedad tiene?					
	3. ¿El médico le hizo entender los resultados de los análisis?					
	4. ¿Cómo fue la explicación del médico sobre la recuperación de la enfermedad que Ud. tiene?					
Información sobre complicaciones médicas asociadas al tratamiento	5. ¿Cómo califica la explicación del médico sobre las complicaciones que puede tener si no se cuida de su enfermedad?					
	6. ¿Cómo fue para Ud. la explicación del médico sobre las complicaciones que puede tener con algunas o todas sus medicinas?					
	7. ¿Para Ud. como fue la explicación del médico sobre lo que le pasaría si no se opera o no toma sus medicamentos?					
	8. La explicación del médico sobre los cuidados que debe tener para no tener más problemas de salud fue:					
Información sobre el tratamiento	9. ¿Cómo califica la explicación del médico sobre el tratamiento que debe hacer para que recupere su salud?					
	10. Para Ud. ¿Cómo fue la explicación del médico sobre la dosis y los horarios para tomar sus medicamentos?					
	11. Para Ud. la explicación del médico sobre la alimentación sana que debería seguir fue:					
	12. Cómo considera que fueron las explicaciones del médico sobre la actividad física, hábito de fumar, consumo de alcohol y otros cuidados de su salud.					
Información sobre los exámenes y procedimientos	13. Para Ud. ¿cómo fue la explicación del médico sobre la urgencia de recibir un medicamento o un procedimiento que requiere su aprobación?					
	14. ¿El médico le hizo entender los resultados de los exámenes o de los procedimientos realizados?					
	15. Cómo fue para Ud. la explicación del médico de que algunos exámenes se deben hacer en otro lugar?					
	16. ¿Comprendió la explicación del médico sobre los riesgos y beneficios de los exámenes invasivos que requiere para aclarar el diagnóstico de la enfermedad?					
Información sobre condición de alta	17. ¿Comprendió al médico las razones del alta?					
	18. ¿Le pareció completa la información que le ha dado el médico cuando le dio el alta del hospital?					
Información sobre plan de control y seguimiento	19. ¿Para Ud. la información que le dio el médico sobre los medicamentos y cuidados que debe seguir fue?					
	20. ¿Comprendió al médico cómo va hacer para el control cuando salga del hospital?					

Gracias por su colaboración.

ANEXO N° 03

**CALIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA BRINDADA AL PACIENTE EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL VITARTE-MINSA, 2016**

GUIA PARA EL EXPERTO PARA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

JUEZ DE EXPERTO:

Instructivo: Marque con un aspa (X) en el recuadro que corresponda a su respuesta y escriba en los espacios en blanco sus observaciones y sugerencias con relación a los items propuestos. Emplee los siguientes criterios:

A: De acuerdo D: En desacuerdo

N°	CRITERIOS	A	D
1	¿Las preguntas responden a los objetivos de la investigación?		
2	¿Las preguntas realmente miden las variables?		
3	¿El instrumento persigue el fin del objetivo general?		
4	¿El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos?		
5	¿Las ideas planteadas son representativos del tema?		
6	¿Hay claridad en los Items?		
7	¿Los items despiertan ambigüedad en sus respuestas?		
8	¿Las preguntas responden a un orden lógico?		
9	¿El número de items por dimensiones es adecuado?		
10	¿El número de items por indicador es adecuado?		
11	¿La secuencia planteada es adecuada?		
12	¿Las preguntas deben ser reformuladas?		
13	¿Deben considerarse otros items?		

Observaciones y Sugerencias:

FECHA:

Firma y Sello del Juez Experto

JUICIO DE EXPERTOS

PROYECTO:

“CALIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA BRINDADA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL VITARTE-MINSA, 2016”

N° DE EXPERTO	PREGUNTAS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Experto 1	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	D
Experto 2	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	D
Experto 3	A	A	A	A	A	A	D	A	A	D	A	D	A
Experto 4	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	D	D
Experto 5	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	D	D
Experto 6	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	D	D

A= Acuerdo

D= Desacuerdo

Experto 1		Experto 2	
<p>José Carlos Del Carmen Sara Ex Viceministro de Salud. Ex jefe Institucional del Seguro Integral de Salud. Docente principal de Post Grado de la UNMSM</p>		<p>Pascual Castillo Olórtegui Coordinador de la oficina de auditoria médica de la Clínica Centenario Peruano japonés. Jefe de la oficina de seguros del Instituto Nacional de Oftalmología</p>	
Experto 3		Experto 4	
<p>Rosa Nomura Kamei Jefa del área de atención ambulatoria de la Clínica Centenario Peruano japonés. Gerente administrativa en la Asociación Peruano Japonés – Dpto. Policlínico. Jefa de consultorios externos de la Clínica Angloamericana.</p>		<p>Eduardo Zeppilli Diaz Gerente de Centros Médicos Sanna. Director médico corporativo del área ambulatoria. Gerente de asistencia en Pacifico seguros. Docente principal de Pre y Post Grado de la UPSJB.</p>	
Experto 5		Experto 6	
<p>Danny A. Vergel Moncada Ex Director Médico del Hospital Vitarte. Ex Jefe del Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte</p>		<p>Liliana Elizabeth Aguinaga Zapata Director Médico del Centro Clínico Sanna La Molina. Sub Gerente de Centros Clínicos Sanna.</p>	

VALIDEZ DE CONTENIDO: INDICE KAPPA

J: 6 (Nro. de observadores) N: 13 (Categorías de observación)

X_{ik} : Número de observadores que clasifican la observación "i" en la categoría "k"

Se la matriz $X_{ik} =$

6	0
6	0
6	0
6	0
6	0
6	0
0	6
6	0
6	0
5	1
6	0
2	4
1	5

* Primera columna: número de respuestas "ACUERDO" en cada pregunta.

* Segunda columna: número de respuestas "DESACUERDO" en cada pregunta

Suma de cuadrados de $X_{ik} = 432$

$P_o =$ Proporción de concordancia observada realmente.

$$P_o = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \frac{\sum_{k=1}^K X_{ik}(X_{ik} - 1)}{J(J-1)} = \frac{\sum_{i=1}^N \sum_{k=1}^K X_{ik}(X_{ik} - 1)}{NJ(J-1)} = \frac{1}{NJ(J-1)} \left[\sum_{i=1}^N \sum_{k=1}^K X_{ik}^2 - NJ \right]$$

$P_o = 0.91$

$P_e =$ Proporción de concordancia esperada por azar.

$$P_e = \frac{2}{J(J-1)} \sum_{m>l}^J \sum_{l=1}^J \sum_{k=1}^K P_j(k)P_m(k)$$

$P_e = 0.67$

❖ INDICE KAPPA:

$$K = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e}$$

$$K = 71,739\% = 0,71$$

Concordancia Sustancial

Escala de valoración del Índice Kappa (Landis y Koch, 1977)

Kappa (κ)	Grado de acuerdo
< 0,00	Sin acuerdo
0,00-0,20	Insignificante
0,21-0,40	Mediano
0,41-0,60	Moderado
0,61-0,80	Sustancial
0,81-1,00	Casi perfecto

ANEXO N° 04

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la prueba estadística Alfa de Cronbach (α):

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

$\sum Si^2$: Sumatoria de las varianzas de cada ítem

S_t^2 : Varianza de los totales

K: Numero de ítems (válidos)

Reemplazando valores:

$$\alpha = \frac{20}{20 - 1} \left[1 - \frac{4.74}{23.8} \right]$$

$$\alpha = 0.84$$

Para que exista confiabilidad $\alpha > 0.8$ por lo tanto el instrumento es confiable

ANEXO N° 05

MATRIZ GENERAL DE DATOS DE PRUEBA PILOTO

N° encuestados	ITEMS																				Puntaje total
	DIMENSIÓN información sobre estado de salud				DIMENSIÓN Información sobre complicaciones médicas asociadas al tratamiento				DIMENSIÓN Información sobre el tratamiento				DIMENSIÓN Información sobre los exámenes y procedimientos				DIMENSIÓN Información sobre condición de alta		DIMENSIÓN Información sobre plan de control y seguimiento		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	45
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	54
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	56
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	58
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
6	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	48
7	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	49
8	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58
9	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	59
10	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	55
11	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	2	46
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	50
13	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	46
14	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	49
15	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	50

16	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	52
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	58
18	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	53
19	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	50
20	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	46
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	56
22	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	46
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	58
24	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	55
Varianza	0.3	0.23	0.22	0.2	0.23	0.25	0.2	0.23	0.254	0.26	0.26	0.25	0.22	0.19	0.25	0.19	0.23	0.24	0.26	0.26	23.81

ANEXO N° 06

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“CALIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA BRINDADA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL VITARTE-MINSA, 2016”**. Habiendo sido informada (o) del propósito de la misma, así como, de los objetivos y teniendo la confianza plena de que información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención: además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

El investigador del proyecto para el cual Ud., ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información; así como también asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atentamente

.....
Dr. Efraín Antonio Cehua Alvarez
(investigador)

.....
Nombre y Firma paciente o familiar:
N° DNI:

ANEXO N° 07
TABLA DE PERCENTILES

Percentiles de la encuesta sobre calidad de la información médica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	29,00	4	1,3	1,3	1,3
	35,00	1	0,3	0,3	1,6
	36,00	4	1,3	1,3	2,8
	37,00	4	1,3	1,3	4,1
	38,00	4	1,3	1,3	5,3
	39,00	7	2,2	2,2	7,5
	41,00	3	0,9	0,9	8,5
	42,00	6	1,9	1,9	10,4
	43,00	7	2,2	2,2	12,6
	44,00	8	2,5	2,5	15,1
	45,00	19	6,0	6,0	21,1
	46,00	7	2,2	2,2	23,3
	47,00	9	2,8	2,8	26,1
	48,00	22	6,9	6,9	33,0
	49,00	7	2,2	2,2	35,2
	50,00	12	3,8	3,8	39,0
	51,00	17	5,3	5,3	44,3
	52,00	15	4,7	4,7	49,1
53,00	6	1,9	1,9	50,9	

54,00	14	4,4	4,4	55,3
55,00	20	6,3	6,3	61,6
56,00	24	7,5	7,5	69,2
57,00	9	2,8	2,8	72,0
58,00	19	6,0	6,0	78,0
59,00	13	4,1	4,1	82,1
60,00	31	9,7	9,7	91,8
61,00	5	1,6	1,6	93,4
62,00	3	0,9	0,9	94,3
63,00	2	0,6	0,6	95,0
64,00	3	0,9	0,9	95,9
65,00	3	0,9	0,9	96,9
66,00	1	0,3	0,3	97,2
68,00	1	0,3	0,3	97,5
69,00	2	0,6	0,6	98,1
70,00	1	0,3	0,3	98,4
71,00	1	0,3	0,3	98,7
72,00	1	0,3	0,3	99,1
73,00	1	0,3	0,3	99,4
75,00	1	0,3	0,3	99,7
76,00	1	0,3	0,3	100,0
Total	318	100,0	100,0	

Percentiles y Valores críticos para niveles de calidad de la información médica general y sus dimensiones

Percentiles	Calidad de la información médica	Dimensiones de la información médica					
		Estado de salud	Complicaciones médicas y asociadas al tratamiento	Tratamiento	Exámenes y procedimientos	Condición de alta	Plan de control y seguimiento
P25	47	9	8	8	8	4	4
P75	58	12	12	12	12	6	6
Niveles de calidad							
Bajo	≤47	≤9	≤8	≤8	≤8	≤4	≤4
Regular	48-57	10-11	9-11	9-11	9-11	5	5
Alto	≥58	≥12	≥12	≥12	≥12	≥6	≥6