

Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá

Satisfaction of patients accessing the primary level of care (outpatient) in Bogotá

Juan C. González-Quiñones, Guillermo Restrepo-Chavarriaga, Astrid D. Hernández-Rojas, Diana C. Ternera-Saavedra, Camilo A. Galvis-Gómez y Jenny A. Pinzón-Ramírez

Facultad de Medicina. Fundación Universitaria Juan N Corpas. Bogotá, Colombia. juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co; guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co; astrid.hernandez@juanncorpas.edu.co; diana.ternera@juanncorpas.edu.co; camilo-galvis@juanncorpas.edu.co; jenny.pinzon@juanncorpas.edu.co

Recibido 20 Julio 2013//Enviado para Modificación 22 Enero 2014/Aprobado 12 Marzo 2014

RESUMEN

Objetivo Estimar la percepción de los pacientes sobre la atención médica en el primer nivel de atención.

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

Resultados Se encuestaron 804 pacientes. El tiempo promedio de acceso a la atención fue de 9,6 días. El 78 % refiere haber podido contar todo lo que sentía al médico, el 60 % que el médico le explicó lo que tenía y, uno de cuatro, que indagó por su familia. El 30 % sintió alivio completo luego de la atención médica. La calificación promedio de la atención médica fue de 7,9 (DE \pm 1,7). Las variables relacionadas con las calificaciones más altas fueron: Poder contarle todo al médico (OR 7,5 IC 95 % 1,8-31), ser examinado (OR 7,5 IC 95 % 1,5-38,5, explicarle qué tiene (OR 5,2 IC 95 % 1,8-15), preguntar por la familia (OR 5,8 IC 95 % 2,1-16,1) y haberlo atendido antes (OR 3,5 IC 95 % 1,4-8,6).

Conclusiones La comunicación extensa con el paciente es tan importante como el enfrentar la enfermedad en el acto médico.

Palabras Clave: Satisfacción del paciente, relaciones médico-paciente, atención primaria de salud, continuidad de la atención al paciente, atención dirigida al paciente, servicios de salud, comunicación en salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To assess outpatients' perceptions of medical care.

Methodology A telephone survey was administered to patients treated in two different months in 2012 with a focus on socio-demographic variables, access to

care, physician-patient relationships, and on the process of medical care.

Results 804 patients were surveyed. The average time of access to care was 9.6 days. 78 % reported having been able to tell the doctor everything that they felt, 60 % reported that the doctor explained what they had, and one in four patients said that the doctor asked about their families. 30 % felt complete relief after medical care. The average rating of care was 7.9 (SD \pm 1.7). Variables related to the highest ratings were: having been able to tell that doctor everything that they felt (OR 7.5 CI 95 % 1.8-31), having been examined (OR 7.5 CI 95 % 1.5-38.5), that the doctor explained what they had (OR 5.2 CI 95 % 1.8-15), that the doctor asked about the family (OR 5.8 CI 95 % 2.1-16.1), and if doctor had treated them formerly (OR 3.5 CI 95 % 1.4-8.6).

Conclusions Extensive communication with the patient is as important as dealing with the disease in the medical act.

Key Words: Patient satisfaction, physician-patient relations, primary health care, continuity of patient care, patient-centered care, health services, health communication (*source: MeSH, NLM*).

¿Qué espera un paciente cuando es atendido por el médico? Existe un ideal (1) que concibe a un médico comprometido con su paciente, que lo conozca y que sea un gran clínico capaz de resolverle cualquier problema. Incluso la imagen de un médico “amigo” (2), al cual se le delega la atención no solo del individuo sino de su familia y la comunidad, convirtiéndose en un consejero en salud (3). Tal imaginario no es nuevo ni propio del mundo occidental, como lo atestigua The Carakaa Samhita, texto de la India, que declara que un buen médico debe atender como “sirviendo a un rey con la capacidad de identificar la causa, curar los síntomas e impedir la recurrencia”. ¿Qué siente un paciente cuando acude al médico? Aparte de la incomodidad de los síntomas (dolor y ansiedad), un temor lo invade (4): la cercanía con la muerte que se expresa con ideas de que lo que siente sea grave (5). Poderlo expresar (6), resulta clave para enfrentar el miedo, y esa mezcla de humanidad y pericia técnica (7), se convierte en ese ideal de profesional. Este supuesto del profesional médico (7) no se refleja en la realidad con la frecuencia debida, al menos en el actual caso colombiano, donde por la crisis del sistema de salud (8), la relación médico-paciente está seriamente comprometida.

Existe una forma de ejercer la medicina en algunos países, centrada en la enfermedad, donde el paciente poco puede expresar distinto a lo referido a su enfermedad (9), enfoque particularmente desarrollado bajo un modelo de educación en la medicina (10) y que domina la forma de relaciones médico paciente. Existe otra, donde se promueve que sea la

persona, y no la enfermedad, la que establezca las bases de las relaciones médico-paciente (11) y conocer a la persona y su entorno (12) sea tan importante como conocer las manifestaciones. Incluso ha resurgido la concepción donde el médico (como parte de un equipo) asume de forma integral al paciente y su familia no solo en lo biológico sino también en lo social (13). Esto se ha reconocido bajo el nombre de la renovación de la Atención Primaria en Salud (14) y, si bien no es nuevo (3), se ha retomado con fuerza.

Un elemento determinante de la atención médica es el sistema de salud del país en cuestión (15). Berro (16) describe en un completo ensayo las diversas modalidades de relación, donde, por ejemplo, esa visión de usuario paciente con derechos (“yo pago, yo exijo”), lo convierte en un demandante de servicios, creando un distanciamiento con el médico, incluso promoviendo una relación defensiva por parte del profesional (17), resultando el conflicto de las demandas jurídicas del paciente.

Colombia está padeciendo justo en estos momentos una profunda crisis en torno al sistema de salud (8). Quejas frecuentes, falta de atención, problemas de trato y de acceso, que ya se habían identificado, se han acentuado (18) y ocupan casi a diario titulares o editoriales en los medios de comunicación (8). Atenciones donde no existe continuidad en la relación médico-paciente y donde los procesos de comunicación efectiva son casi nulos, han distanciado a la población de ese médico ideal y necesario (1,2,7). Bajo este panorama la relación médico-paciente esté seriamente afectada y se hace necesario analizarla, para hacer propuestas que le devuelvan a la atención médica una percepción más de compromiso (19), que la acerque a la concepción de salud de derecho (1,2,7) más que a la de un producto de consumo con una pobre relación humana.

Sosteniendo que la relación médico-paciente es clave en los procesos de atención (19), la presente investigación quiso estimar cuál es la percepción sobre la atención médica que tienen los pacientes en una Institución Prestadora de Servicios de Salud del primer nivel de atención del Régimen Contributivo, donde se preparan estudiantes de medicina. Se busca que a través de esta estimación se puedan hacer propuestas para fortalecer las relaciones médico-paciente (1,2,7) y estimular un modelo de Atención Primaria en Salud con la convicción de que puede ser la respuesta a la crisis del actual sistema de salud (20).

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Descriptivo de tipo corte transversal.

Población

Pacientes capitados del régimen contributivo que asistieron en los meses de enero y marzo del 2012 a cita médica en una IPS de la ciudad de Bogotá.

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 15 años, que asistieron a la consulta médica, y que al llamar aceptaron contestar las preguntas. En el caso de los pacientes de 14 años o menos, la información la suministró el padre con el que acudió.

Variables de estudio

Se indagó por características demográficas: sexo, edad y lugar que ocupa en el hogar; de acceso (21) a la consulta (22): qué mecanismo usó para pedir la cita, percepción del tiempo transcurrido entre solicitarla y que se la dieran, promedio de días que transcurrieron hasta ser atendido, lo han llamado para ser atendido y, si lo han llamado, para qué. Variables acerca de la relación médico-paciente sobre el proceso de comunicación (1,2,7): pudo contarle todo al médico, (2,7), el médico indagó por su entorno familiar (7); comunicación de manejo médico, con preguntas como: el médico le explicó lo que tenía, le explicó la fórmula y averiguó si mejoró. En torno al proceso de atención médica se indagó por continuidad en la atención (1,2,7) con variables como: el médico ya lo había atendido antes (longitudinalidad) y, si es así, cuántas veces, y si atiende a otros miembros de familia. En cuanto a la percepción del acto médico se indagó por: el médico lo examinó, le prescribió medicamentos, solicitó laboratorios, si mejoró y si fue remitido (23). Se pidió una calificación del acto médico recibido de 0 (pésimo) a 10 (excelente). Se permitió que aquellos que quisieran pudieran mencionar aspectos para mejorar la atención médica.

Prueba piloto: Se efectuó haciendo 180 llamadas a personas conocidas por los encuestadores, modificando el cuestionario y la forma de invitar a la participación.

Recolección de la información: Se obtuvo permiso de la dirección científica de la IPS con el compromiso de entregar los resultados. Se

realizó una encuesta telefónica pasado un mes de la atención. Al contestar el paciente, el encuestador se presentaba y explicaba el objetivo de la encuesta y el tiempo que requería (seis minutos en promedio), así como la libertad para contestarla, la confidencialidad y el uso que se le daría. Posteriormente se consolidaron en una sola tabla los datos obtenidos por cada encuestador. Se pudo constatar que muchos números telefónicos no estaban bien registrados, con una razón de cinco llamadas por una efectiva.

Manejo estadístico: Se tabularon los resultados en el programa Excel y a través del programa Epi Info se obtuvieron las frecuencias. De cada pregunta se obtuvo el porcentaje del total contestado. Se calcularon el promedio de calificación y su desviación estándar. Se obtuvieron los cuartiles en la curva de distribución y se usaron para comparar el cuartil superior (excelente atención) con el inferior (mala). Con ello se obtuvieron los odds ratio de las variables relacionadas con las calificaciones más altas (excelente) y más bajas. Se obtuvieron los intervalos de confianza, la prueba p y las regresiones, excluyendo para estas últimas la variable 'percepción del tiempo transcurrido para ser atendido', ya que el programa no permitió calcularla.

RESULTADOS

El total de población participante fue de 804 encuestados. La edad promedio fue de 37 años (DE ± 20) (Tabla 1).

Tabla 1. Características de población y acceso a la consulta de pacientes atendidos en una IPS privada en enero y marzo del 2012

Variable	N°	%
Sexo		
Hombres	254	32
Edad de las personas atendidas		
De 0 a 9 años	71	9
De 10 a 19 años	108	13
De 20 a 44 años	316	39
De 45 a 59 años	177	22
De 60 a 74 años	107	13
De 75 a más años	25	3
Miembros de la familia encuestados		
Madre	340	43
Padre	133	17
Hijo	255	32
Otro	62	8
Mes de encuesta		
Pacientes de enero del 2012	474	59
Pacientes de marzo del 2012	329	41
Acceso a la consulta		
Acceso a través del call center	652	84

Variable	N°	%
Percepción del tiempo transcurrido entre solicitar la cita y la asignación		
Muy largo	275	35
Normal	391	49
Rapidísimo	124	16
Rangos de días entre solicitar la cita y la asignación		
De 0 a 3 días	168	22
De 4 a 6 días	219	29
De 7 a 10 días	191	25
Más de 10 días	181	24
Promedio días de espera	9,6	

Un total de 42 personas utilizaron internet para solicitar consulta y 76 (10 %) acudieron al centro a pedirla. De acuerdo a la medición realizada por un encuestador, el tiempo que toma obtener la cita a través del call center es de 14 minutos. (Tabla 2).

Tabla 2. Características de la percepción de pacientes atendidos en torno a tipo de relación médico paciente y acto médico en una IPS privada en enero y marzo del 2012

Relación médico paciente	N°	%
Comunicación		
Pudo contarle todo lo que siente al médico	609	78
El médico le explicó qué tenía y entendió	441	60
Averiguó por su entorno familiar	196	25
El médico le explicó la fórmula y entendió	485	76
El médico sabe si se mejoró	218	28
Continuidad		
El médico ya lo había atendido antes	489	62
El médico atiende otro miembro de su familia	186	24
Acto médico		
Lo examinó completo	601	77
Le prescribió medicamentos	551	78
Solicitó laboratorios	393	52
Ha sentido alivio completo	212	30
Remitido a otro médico	498	66
Calificación de la percepción de la atención médica		
De 0 a 4	33	4
De 5 a 7	213	27
De 8 a 10	540	69
Promedio calificación	7,95	

El 13 % (n=97) dice que el médico no le explicó lo que tenía y 203 (27 %) dicen que lo hizo pero que no entendieron. El 9 % (n=60) dice que el médico no le explicó la fórmula y a 37 (6 %) le explicaron pero no entendieron adecuadamente. 128 (18 %) pacientes refieren no tener mejoría al mes del motivo por el que fueron y 365 (52 %) alivio parcial. El promedio de la calificación fue de 7,9 (calificación de 0 a 10) con DE $\pm 1,7$ (Tabla 3).

Se obtuvieron razones de riesgo significativas de las siguientes variables: el médico averiguó por mejoría, explicación de la fórmula, si accedió pronto a la consulta, si atiende a otro familiar, grado de mejoría (alivio completo versus no ha mejorado) y prescripción de laboratorio, las que desaparecieron al aplicar el proceso de regresiones, quedando significativas las que se observan en la Tabla 3. Variables como diferencias de sexo, diferencias de edad, ser remitido (versus no), formular medicamentos (versus no hacerlo) no resultaron significativas. Tampoco hubo diferencia estadística en las calificaciones perceptivas hacia la atención médica entre el mes de enero y marzo.

Tabla 3. Regresiones de las razones de riesgo de la percepción de excelente atención versus mala, de pacientes atendidos en IPS privada, enero y marzo del 2012

calificación de la atención médica	Excelente		Mala		OR	LI	LS	Valor p
	Nº	%	Nº	%				
Examinarlo								
Sí	151	53,9	129	46,1	22,2	9,5	52,2	0,0000000
No	6	5,0	114	95				
Pudo contarle todo al médico					16,6	7,5	36,9	0,0000000
Sí	150	52,3	137	47,7				
No	7	6,2	106	93,8				
Médico preguntó por relaciones familiares					10,1	5,8	17,6	0,0000000
Sí	75	79,0	20	21,1				
No	82	27,1	221	72,9				
Médico ya lo había atendido antes					5,4	3,5	8,3	0,0000000
Sí	101	62,4	61	37,7				
No	57	23,6	185	76,5				
Médico sabe si mejoró					5,3	3,3	8,5	0,0000000
Sí	76	67,3	37	32,7				
No	80	28,0	206	72				
Médico le explicó la fórmula					5,2	2,4	11,1	0,0000064
Le explicó y entendió	111	49,8	112	50,2				
Le explicó pero no entendió bien	9	16,1	47	83,9				
Explicar qué tiene					4,6	2,3	9,1	0,0000064
Sí y entendió muy bien	113	53,8	97	46,2				
No le explicó	12	20,3	47	79,7				
Tiempo transcurrido					4,4	2,3	8,3	0,0000042
Rapidísimo	37	63,8	21	36,2				
Muy largo	43	28,7	107	71,3				
Médico atiende otro familiar					4,2	2,6	6,8	0,0000000
Sí	61	65,6	32	34,4				
No	96	31,4	210	68,6				
Médico le explicó la fórmula					4,0	1,7	9	0,0004953
Le explicó y entendió	111	49,8	112	50,2				
No le explicó	8	20,0	32	80				
Grado de mejoría					2,8	1,5	5,3	0,0011023
Alivio completo	56	53,9	48	46,2				
No ha mejorado	22	29,3	53	70,7				
Médico solicitó laboratorio					0,6	0,4	1	0,0297785
Sí	70	34,7	132	65,4				
No	82	45,6	98	54,4				

El 92 % de los pacientes (n=741) entrevistados hizo algún comentario al final de la llamada. Se clasificaron 500 comentarios, mencionado 200 (41 %) la necesidad de mejorar la asignación de citas por el call center (acceso). Uno de cada cinco pacientes atendidos hizo comentarios favorables (n=104) y el 27 % (n=135) dio sugerencias para la atención médica: que se le interese más por el paciente el 36 % (n=49) al momento de la consulta, 19 que se les formule (12 %), 16 (14 %) que le expliquen la fórmula y 8 (6 %) pidieron que el médico los examine mejor.

Tabla 4. Regresiones de las razones de riesgo de la percepción de Excelente atención versus Mala de pacientes atendidos en IPS privada, enero y marzo del 2012

calificación de la atención médica	Excelente		Mala		OR	LI	LS	Valor p
	Nº	%	Nº	%				
Pudo contarle todo al médico								
Sí	150	52	137	48	7,5	1,8	31,4	0,0054
No	7	6	106	94				
Examinarlo								
Sí	151	54	129	46	7,5	1,5	38,5	0,0151
No	6	5	114	95				
Explicar qué tiene								
Sí y entendió muy bien	113	54	97	46	5,2	1,8	15,0	0,0025
No le explicó	12	20	47	80				
Preguntó por relaciones familiares								
Sí	75	79	20	21	5,8	2,1	16,1	0,0008
No	82	27	221	73				
Médico ya lo había atendido antes								
Sí	101	62	61	38	3,5	1,4	8,6	0,0081
No	57	24	185	76				

DISCUSIÓN

La presente investigación está sujeta a la limitación de veracidad, propia de las encuestas. Sin embargo, tal limitación se enfrentó a través de la insistencia en la voluntariedad y en la similitud de los resultados obtenidos en dos meses diferentes, lo que hace suponer que se superó suficientemente para darle validez. Además, dado que las encuestas se realizaron un mes después de que el paciente fue atendido, están sujetas al sesgo del recuerdo, y en caso de que el motivo por el cual asistió no se haya resuelto, bien puede calificarla ahora como mala atención a pesar de que haya sido buena en su momento o viceversa. Sin haber usado una muestra representativa (se llamó a todos y contestaron los que se ubicaron), una vez más la similitud de las respuestas entre los meses de enero y marzo sirve para enfrentar tal limitación.

Cuando una persona se siente enferma, ¿en cuánto tiempo se le debe dar la atención? Idealmente lo antes posible (el Ministerio de Salud y

Protección Social ha propuesto que sea en tres días máximo), pues aparte de ser a los ojos de los pacientes un aspecto de máxima calidad (22), la atención oportuna del primer nivel evita el desplazamiento a los servicios de urgencias con su congestión (24) e incrementa la posibilidad de resolver situaciones médicas. En el estudio de calidad del 2012 (25), al 58 % de los pacientes se les asignó las citas médicas hasta tres días luego de pedir las y tan solo un 12 % recibió la atención entre seis y nueve días, como en esta investigación (Tabla 1). Cuando la solicitud de una consulta se resuelve tarde, la posibilidad de hacerlo por fuera del sistema se incrementa y, con ello, el gasto de bolsillo (18). El acceso oportuno definitivamente es uno de los indicadores de calidad en la percepción de los pacientes casi en todas partes (21). Sin embargo, en esta investigación el acceso (asignación rapidísima versus muy lenta) no obtuvo significancia en las regresiones pero sí en los comentarios voluntarios.

Si bien para entender mejor la salud y la enfermedad se ha dividido al ser humano en partes, la realidad compleja es que es una unidad, y esa separación en la realidad no existe; la enfermedad no existe, existe el enfermo (el ser humano), situación confirmada ante el hecho evidente de que son los humanos los que han definido las enfermedades en los textos (26). Con esto se expresa que el acto médico va más allá de la enfermedad. Entender al ser humano es una parte clave que siempre ha estado en el imaginario de la atención médica y cada vez se estudia más (27). Para ello, dejarlo hablar (no interrumpirlo) resulta importante. Beckman (28), hace ya 30 años, había identificado cómo se interrumpe a los pacientes con el fin de precisar sobre la “enfermedad”, pero impidiendo la posibilidad de conocerlo. ¿Qué significa poder contarle todo al médico? Este trabajo no lo identifica, pero se propone hipotéticamente que sea el poderse “desahogar”. En Atención Primaria en Salud se espera que el médico sepa lo máximo de su paciente (enfoque biopsicosocial) donde preguntar por su familia (29) y su entorno social es importante (12). Cuando un paciente afirma que pudo contarle todo al médico, de seguro es porque el proceso de comunicación con el médico fue óptimo (30) y con ello se potencializa el acto médico. Charon (31) describe lo que debe ser una forma de ejercer la medicina en donde aprender a escuchar resulta importante. En este estudio (Tabla 3), ‘poder hablar’ fue la variable más relacionada con la buena percepción de la atención médica.

Llama la atención que un 23 % de los pacientes no percibió que el médico los examinó (Tabla 2). Reconociendo la importancia de la tecnología en muchos países (32), es probable que su uso esté disminuyendo el valor

del examen médico, así como la atención en “escala productiva” que se presenta, por ejemplo, a través de asistentes médicos donde el profesional poco habla o examina a sus pacientes (33) y usa distintos recursos para sustituir el clave proceso de comunicación (2). Reflejo de lo anterior, es que en algunas revisiones acerca de lo que los pacientes perciben como lo mejor, el examen físico no figura (34). Según este trabajo, todas las atenciones deberían ir acompañadas del examen físico. ¿Será que en el tiempo destinado no se alcanza a examinar bien a los pacientes? ¿O será solamente un reflejo de una atención médica de mala calidad? Se plantea que en nuestro medio el ser examinado por el médico sigue siendo uno de los símbolos del acto médico, de ahí su importancia en las expectativas de los pacientes (Tabla 3).

Resulta muy evidente la importancia de que el médico explique, pero además, que el paciente le entienda. Las prevalencias halladas deberían ser más altas (Tabla 2 y 4). Pacientes que no entienden lo que el médico les dice incrementan la posibilidad de complicarse (Health Literacy) y existe clara relación entre entender y la satisfacción de los pacientes (7). Además, que el paciente entienda es clave para la toma de decisiones y con ello es posible acercarse más a la calidad a través de la autonomía de los pacientes (2,7), situación cada vez más necesaria por la incertidumbre de muchas de las intervenciones médicas, con lo que ese médico paternalista (35) que decide por el paciente va desapareciendo por otro que comparte con el paciente (7). En las enfermedades crónicas donde la curación es poco probable, el compartir el manejo con los pacientes con información y autonomía, se percibe como un indicador de calidad (22) y como resultado de ello, una mejor evolución del paciente (36).

La familia en Colombia tiene un alto valor perceptivo en la calidad de vida, en la felicidad y en el apoyo en la enfermedad (37). Bajo la concepción de la Atención Primaria en Salud, el médico (y un equipo) deberá asumir el cuidado del paciente y su familia (3,13,14,27), situación que prácticamente solo se hace en uno de cuatros casos en esta IPS (Tabla 2). La continuidad de la atención está fuertemente sustentada en numerosos trabajos como una variable de calidad y de eficiencia en los servicios de salud (1,2,7,13,20, 21). La Tabla 3 pone de manifiesto el alto valor perceptivo de indagar por la familia y, así mismo, el de la continuidad de la atención.

El acto médico está conformado por recibir la información, constatarla a través de preguntas específicas, sospechar un diagnóstico, pedir pruebas

que ayuden a precisar y prescribir un tratamiento o remitir (26). Sin embargo, esta investigación permite intuir que el dejar hablar al paciente (desahogarse) (5) es esencial en la concepción de calidad de la atención, máxime al reconocer que la precisión diagnóstica no es la norma en las atenciones del primer nivel, como lo es en la medicina hospitalaria. Motivos de consulta sintomáticos o mezclados con alteraciones psicosociales son responsables de buena parte de las consultas, a tal punto que existe un sistema de clasificación de enfermedades especial para los ambientes extra hospitalarios (Clasificación Internacional de Enfermedades en Atención Primaria). El asunto es que es que es en el ámbito hospitalario donde el futuro médico se prepara de manera dominante en Colombia, graduándose con la obsesión de la precisión diagnóstica. Probablemente esto puede ser responsable de la solicitud innecesaria de muchas pruebas diagnósticas o de remisiones innecesarias (Tabla 2). En la misma Tabla se observa cómo dos de tres son remitidos y tan solo aproximadamente uno de tres siente alivio completo mostrando una pobre capacidad resolutive. Es probable que el 70 % de los médicos que egresan en Colombia ejerzan en el primer nivel; por ende, se hace indispensable plantear cómo mejorar su capacidad resolutive. Se debe replantear cómo y dónde se preparan los futuros médicos (10,38). Se propone la preparación en ambientes comunitarios similares a donde van ejercer, donde conozcan al ser humano que van a atender y a su familia (27), donde aprendan de la epidemiología del primer nivel (20), con la capacidad de escuchar (7), convirtiéndose en una parte de la respuesta que requiere el momento actual que vive el sistema de salud colombiano (8). Esta investigación muestra cómo no se incrementa la percepción que tienen los pacientes sobre la calidad de la atención por ser formulados o remitidos, apreciación que sostienen probablemente de forma equivocada algunos profesionales.

En conclusión esta investigación pone de manifiesto que lo que un paciente quiere cuando es atendido por el médico es ser escuchado (1,2,7,28), rescatando esa parte de relaciones humanas (27,29,31) que le permite al paciente percibir el compromiso por parte del profesional (29), sin descuidar la parte científica de enfrentarse a las enfermedades, siendo el ser examinado un indicador de alto valor para los pacientes, y a través de la habilidad de comunicación del médico (30), ser capaz de permitirle decidir (7), logrando conocer a su paciente a través de un enfoque biopsicosocial (39) y con la posibilidad de mantener esa relación a lo largo del tiempo (3,7,21), condiciones todas que promueve la Atención Primaria en Salud (13,14,15,20). Esta investigación, además, muestra en esta población

cómo cualquier análisis de la prestación (15,40) debe contemplar la parte relacional humana (32,34,36,40), la que debe indagarse con la misma insistencia que otros aspectos. Será deber de aquellas Facultades comprometidas con la proyección social del país formar a sus estudiantes para ejercer en comunidad (39-42) •

Conflictos de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Schattner A, Rudin D, Jellin N. Good physicians from the perspective of their patients. *BMC Health Services Research*. 2004; 4(26):1472-6963.
2. Rizo CA, Jadad AR, Enkin M, Parmar MS, Sotelo J, Gorin GS, et al. What's a good doctor and how do you make one? *BMJ*. 2002; 325:711-15.
3. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*. 2007; 21(2/3):177-184.
4. Saltini A, Mazzi MA, Del Piccolo L, Zimmermann C. Decisional strategies for the attribution of emotional distress in primary care. *Psychol Med*. 2004; 134:729-39.
5. Louis M, Mauron A. He found me very well; for me, I was still feeling sick: The strange worlds of physicians and patients in the 18th and 21 centuries. *J Med Ethics: Medical Humanities*. 2002; 28:9-13.
6. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients and general practitioners evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11: 315-19.
7. Coulter A. Patients views of the good doctor. *Bio Med Journal*. 2002; 325:668-9.
8. Semana. Remedios para el sistema de salud [actualizado 2012 Jul 14]. [Internet]. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/remedios-para-sistema-salud/261174-3>. Consultado mayo de 2013.
9. Ruiz R, Pérez E, Pérula LA, de la Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. 2006 Dec; 64(1-3):242-8.
10. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2) Washington D.C: OPS, c 2008. [Internet]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf. Consultado mayo de 2013.
11. Stewart M. Towards a global definition of patient centered care *BMJ*. 2001 February 24; 322(7284):444-445.
12. World Health Organization. Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition/ edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot; 2003.
13. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS, 2008. [Internet]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf. Consultado mayo de 2013.
14. Organización Panamericana de la Salud. Renewing Primary Health Care in the Americas. Washington 2007. Documento de Posición de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). [Internet]. Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf>. Consultado mayo de 2013.

15. Torres R. Las dimensiones éticas de la relación Médico-Paciente frente a los esquemas de aseguramiento. XIII cuso OPS/OMS-CIESS Legislación de salud: La regulación de la práctica profesional en salud. México D.F.; 4-8 sept de 2006.
16. Berro G. La relación médico-paciente (RMP) y su actual encuadre legal. *Rev Biomedicina*. 2009; 4(1):16-23.
17. McManus IC, Gordon D, Winder BC. *Qual Health Care*. Duties of a doctor: UK doctors and good medical practice. 2000 Mar; 9(1):14-22.
18. Hernandez A, Vega R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Noviembre del 2001. 1:48-73.
19. Murphy J, Hong Ch, Montgomery J, Rogers W, Gleb D. The Quality of Physician-Patient Relationships. *J Fam Pract*. 2001; 50:123-129.
20. Organización Mundial de la Salud. El nuevo Informe sobre la salud en el mundo pide un regreso a la atención primaria de salud [actualizado 2008 Oct 14]. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr38/es/>. Consultado: mayo 9, 2013.
21. Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners and patients perceptions of when and how they matter. *BMC Famili Practice* 2006; 7:11.
22. Nørgaard H, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Services Research*. 2008, 8:178.
23. Herndon MB, Schwartz LM, Woloship S, Anthony D, Gallagher P, Flower F, et al. Older patients perceptions of "unnecessary" tests and referrals. A National Survey of Medicare Beneficiaries. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(10):1547-54.
24. Lopera M, García ML, Madrigal MC, Forero C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín. Marzo 2010; 28(1):64-72.
25. MinSalud. Evaluación de la Percepción Social del Sistema de Salud y Ordenamiento de las Entidades. Promotoras de Salud (EPS). Oficina de Calidad [actualizado 2012 Oct]. [Internet]. Disponible en http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2012/Evaluacion_de_la_Percepcion_Social_del_Sistema_de_Salud_2012.pdf. Consultado mayo de 2013.
26. Ardila E, Sánchez R, Echeverry J. Estrategias de investigación en medicina clínica. Colombia: Editorial el manual moderno; 2001.
27. Ventegodt S, Morad M, Merrick J. Clinical holistic medicine: the "new medicine", the multiparadigmatic physician, and the medical record. *The Scientific World Journal*. 2004; 4, 273–285.
28. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984 Nov;101(5):692-6.
29. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care *BMJ*. 2001 February 24; 322(7284):444–445.
30. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación Médico Paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile*. Ago 2010; 138(8):1047-1054.
31. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*. 2001; 286(15):1897-1902.
32. Ali NS, Khuwaja AK, Kausar S, Nanji K. Patients' evaluations of family practice care and attributes of a good family physician. *Qual Prim Care*. 2012;20(5):375-83.
33. Hubler RS. Your assistant wouldn't let me speak to you, doctor. *J Am Optom Assoc*. 1978 Nov;49(11):1257-8.
34. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, Howe A, Francis SA. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess*. 2012 Jul;16(30): i-xii.

35. Loignon C, Boudreault-Fournier A. From paternalism to benevolent coaching: new model of care. *Can Fam Physician*. 2012 Nov; 58(11):1194-5.
36. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*. 2012; 21:1255–1264.
37. González JC, Restrepo G. Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Rev. Salud pública (Bogotá)*. 2010; 12 (2):228-238.
38. Littlewood S, Ypinazar V, Margolis S, Scherpbier A, Spencer J, Dorna T. Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. *BMJ*. 2005; 331:387-391.
39. BMA. Social Determinants of Health – What Doctors Can Do? [actualizado 2011 Oct]. [Internet]. Disponible en: <http://bma.org.uk/working-for-change/improving-and-protecting-health>. Consultado: Mayo 2, 2013.
40. Gorbaneff Y, Torres S, Contreras N. Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo. *innovar* 14(23):168-181. 2004. [Internet]. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/viewFile/25128/25654>. Consultado mayo de 2013.