

LA ENTREVISTA MÉDICA: UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL
PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DESDE LA INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA

Autores:

**LISBETH JOSEFINA REALES CHACÓN
DOMÉNICO ANDRÉS CHIURILLO REALES
MARÍA ELENA GUEVARA LLERENA
ANDREA CAROLINA PEÑAFIEL LUNA**





Primera Edición 2023

ISBN: 978-9942-7194-0-9

2023, ALEMA Casa Editora-Editorial Internacional S.A.S.D

Calle Simón Bolívar. A 200 metros del Parque Central de Jipijapa. Jipijapa, Ecuador.

<https://editorialalema.org/libros/index.php/alema>

Diseño y diagramación:

Ing. Wilter Leonel Solórzano Álava, Mg.

Corrección de contenidos:

Dr. C. Omar Mar Cornelio, PhD.

Diseño, montaje y producción editorial:

ALEMA Casa Editora-Editorial Internacional S.A.S.D, Ecuador

Hecho en Ecuador, Made in Ecuador

Este texto ha sido sometido a un proceso de evaluación por pares externos.

Advertencia: Quedan todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier sistema de recuperación de información existente o por existir, sin el permiso previo por escrito del titular de los derechos correspondientes.

ISBN: 978-9942-7194-0-9



LA ENTREVISTA MÉDICA: UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DESDE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

AUTORES:

Lisbeth Josefina Reales Chacón

Doctor en Educación. Magíster en Educación Mención Educación Superior. Especialista en Medicina interna. Médico Cirujano. Universidad Técnica de Ambato-Ecuador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4242-3429>

Correo: lj.reales@uta.edu.ec

María Elena Guevara Llerena

Magíster en Pedagogía en Ciencias de la Salud. Magíster en Ciencias de la Educación. Mención en Gestión Educativa y Desarrollo Social. Licenciada en Ciencias de la Educación. Profesora de Enseñanza Secundaria en la Especialización de Biología y Química. Universidad Técnica de Ambato-Ecuador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9060-0808>

Correo: mariaeguevara@uta.edu.ec

Doménico Andrés Chiurillo Reales

Estudiante de la Universidad San Francisco de Quito-Ecuador.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9565-2513>

Correo: dchiurilo@estud.usfq.edu.ec

Andrea Carolina Peñafiel Luna

Magíster en Terapia Manual Ortopédica. Licenciada en Terapia Física. Universidad Técnica de Ambato-Ecuador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3360-4030>

Correo: ac.penafiel@uta.edu.ec

Resumen

La presente investigación explora la importancia de la entrevista médica en el contexto de la atención sanitaria. El libro se divide en cinco capítulos, comenzando con una reflexión sobre el objeto de estudio y un análisis del contexto teórico que orienta la temática. A continuación, se presenta una aproximación ontoepistémica a la metodología de investigación, seguida de una interpretación del pensamiento en el grupo focal, los testimonios focalizados escritos y las entrevistas a los actores sociales. Este análisis proporciona un camino hacia la construcción de teoría. Finalmente, el libro concluye con una teorización sobre la entrevista médica como referente de calidad en la organización de salud hospitalaria. En conjunto, este libro ofrece una visión integral de la entrevista médica desde una perspectiva de investigación cualitativa.

Palabras clave: entrevista médica; investigación cualitativa; ontoepistemología; salud hospitalaria; testimonios focalizados.

Abstract

This research explores the importance of the medical interview in the context of healthcare. The book is divided into five chapters, beginning with a reflection on the object of study and an analysis of the theoretical context that guides the topic. Next, an ontoepistemological approach to research methodology is presented, followed by an interpretation of thought in the focus group, the focused written testimonies, and interviews with social actors. This analysis provides a path towards theory construction. Finally, the book concludes with a theorization about the medical interview as a benchmark of quality in hospital health organization. Altogether, this book offers a comprehensive view of the medical interview from a qualitative research perspective.

Keywords: *focused testimonies; medical interview; ontoepistemology; hospital health; qualitative research.*

Tabla de contenido

Introducción	1
Capítulo I. Reflexiones sobre el objeto de estudio.....	3
Objetivos de la investigación	11
Justificación.....	11
Capítulo II. Contexto teórico que orienta la temática de estudio.....	14
Antecedentes	14
Referentes teóricos	18
La calidad y las organizaciones hospitalarias	18
La calidad: un reto para las organizaciones de salud	22
Modelo médico o de la atención a la salud	29
Modelo de evaluación por indicadores	29
La relación médico-paciente en las organizaciones de salud.....	30
La entrevista médica	33
Capítulo III. Aproximación ontoepistémica a la metodología de investigación.....	37
Orientación ontoepistemológica.....	37
Orientación metodológica de la investigación	42
Método y técnicas de investigación	42
Técnicas de recolección de la información	43
Diseño de la investigación	45
Fase I. Orientación y descripción del panorama general	46
Fase II. Exploración concentrada.....	46
Fase III. Confirmación y cierre	46
Actores sociales.....	46
Técnica de análisis de la información	47
Criterios de calidad de la investigación	50
Capítulo IV. Develación e interpretación del pensamiento en el grupo focal, de los testimonios focalizados escritos y entrevistas a los actores sociales: un camino hacia la construcción de teoría	52
Análisis de información del grupo focal	52
SIMBOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	54
Categoría 1. Acto profesional médico de aprendizaje integral	54
Subcategoría A: Experiencia transformadora	55
Subcategoría B: Herramienta de interacción.....	58

Subcategoría C: Relación de oportunidad y crecimiento	60
Subcategoría D: Claves ideales de una entrevista médica exitosa	62
Categoría 2. Hospital como organización social	63
Subcategoría A: Recurso institucional	63
Subcategoría B: El residente de Medicina Interna, conocedor de la institución y del contexto.....	66
Subcategoría C: Indicadores de calidad de servicio.....	68
Subcategoría D: Proyección del hospital a través de la entrevista médica	70
Categoría 3: Calidad asistencial	72
Subcategoría A: Organización de servicio	72
Subcategoría B: Evaluación institucional	74
Subcategoría C: Competencias del médico para desarrollar la entrevista médica.....	75
Análisis de información de los testimonios focalizados	77
Categoría 1: Herramienta comunicacional	77
Subcategoría A: Relación humana	77
Subcategoría B: Obtención de información	78
Subcategoría C: Interrelación horizontal	78
Categoría 2: Instrumento de transformación, crecimiento profesional y humano	79
Subcategoría A: Visión integral del paciente.....	79
Subcategoría B: Investigación de la historia personal	79
Subcategoría C: Reto para el cambio	80
Categoría 3: Interacción para el logro de un servicio de referencia.....	81
Subcategoría A: Dar respuesta oportuna y adecuada.....	81
Subcategoría B: Aportar soluciones.....	82
Subcategoría C: Resolver la necesidad sentida del usuario	82
Categoría 4: Estrategia del médico para prestar servicio en la organización de salud	82
Subcategoría A: Satisfacción de la necesidad sentida del paciente.	82
Subcategoría B: Algo más que aliviar síntomas	83
Categoría 5: Potencialidades de la entrevista médica.	84
Subcategoría A: hecho de oportunidades	84
Análisis de la información de las entrevistas abiertas a los pacientes	85
Categoría 1: Disposición actitudinal del médico y el paciente en la organización hospitalaria.....	86
Subcategoría A: Posición del paciente ante la atención médica	86

Subcategoría B: Anhelos del paciente sobre la actitud del médico durante la atención en el hospital.....	87
Categoría 2: Comunicación: un desafío profesional para reflexionar y practicar.....	88
Subcategoría A: Cualidades en la comunicación de la entrevista médica que debería ejercitar el médico.....	89
Subcategoría B: Entender las necesidades mutuas que se establecen durante la entrevista médica.....	90
Subcategoría C: Debilidades en la interacción humana del médico durante la entrevista médica.....	91
Subcategoría D: Propiedades a desarrollar en la comunicación por parte del médico	92
Subcategoría E: Atributos a mejorar durante el contacto humano médico-paciente en el hospital.....	93
Categoría 3: Acciones del médico para mejorar la calidad de atención en el hospital	94
Subcategoría A: Praxis médica y su alcance	94
Categoría 4: Finalidad de la entrevista médica en la organización hospitalaria	95
Subcategoría A. Utilidad de la entrevista médica en la organización hospitalaria	95
Categoría 5: Debilidades de la atención hospitalaria	96
Subcategoría A. Habilidades médicas	96
Categoría 6: Consideraciones que expresan la dimensión humana durante la entrevista médica.....	98
Subcategoría A. Valores que revelan atención de calidad médica.....	98
Subcategoría B: Disposición actitudinal del médico en el hospital	99
Categoría 7. Significado de la atención médica en la organización hospitalaria	100
Subcategoría A. Representación del recurso humano en la atención hospitalaria ...	100
Triangulación de las técnicas de recolección de la información.....	103
Categoría 1. Interacción médico-paciente organizada	109
Subcategoría A: Interrogantes básicas	109
Subcategoría B: Etapas de la entrevista médica.....	109
Categoría 2: Acto de organización con un propósito: referenciar calidad de atención	110
Subcategoría A: La intención es satisfacer al paciente	110
Capítulo V. Teorización sobre la entrevista médica como referente de calidad en la organización de salud hospitalaria.....	112
Construcción reflexiva a partir de la teorización	116
Conclusiones	118

Referencias bibliográficas	121
ANEXOS.....	127

Índice de Figuras

Figura 1 Fases para el análisis de la información.	53
Figura 2 Categoría y subcategorías del grupo focal.....	77
Figura 3 Categoría y subcategorías de testimonios focalizados escritos a médicos residentes de Medicina interna (R.M.I).	85
Figura 4 Categoría y subcategorías de las entrevistas abiertas a los pacientes.....	102
Figura 5 Categorías del grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas.	103
Figura 6 Hexágono de la entrevista médica como referente de calidad en la organización hospitalaria.	113
Figura 7 Perspectivas de la entrevista médica.	114
Figura 8 La entrevista médica como un proceso.	116

Índice de tablas

Tabla 1 Triangulación de técnicas de recolección: grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas.....	106
Tabla 2 Triangulación de técnicas de recolección: grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas (continuación)	106
Tabla 3 Triangulación de técnicas de recolección: grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas (continuación)	107
Tabla 4 Triangulación de técnicas de recolección: grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas (continuación)	108

Introducción

La relación médico-paciente, a través del tiempo, ha tenido en las diferentes culturas y épocas distintas modalidades, pero solo un rasgo esencial se ha mantenido incólume: el encuentro entre el que busca ayuda y el que puede proporcionársela, e incluye todo lo que acontece antes y después de esa reunión y su efecto sobre los actores de la relación y el curso de la enfermedad.

Es por ello por lo que la interrelación entre el médico y el paciente es un fenómeno complejo y del cual depende en gran parte el logro del éxito médico y el bienestar del enfermo; desde sus orígenes han estado estrechamente vinculados a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas en la entrevista médica.

En este orden de ideas, la entrevista médica es la herramienta fundamental del médico para dar servicio eficiente al paciente en la organización de salud. Este encuentro ha sido versionado por numerosos autores tratando de destacar a lo largo del tiempo los cambios significativos en la relación médico-paciente, que han ocurrido en sus concepciones, como criterio del acto asistencial, reflejo de satisfacción, calidad del servicio dado y su consecuente repercusión en la práctica clínica de los médicos especialistas y en la formación de estas organizaciones.

Por lo tanto, la medicina y los servicios de salud no solo son una disciplina científica y tecnificada, sino que tiene un componente humanista y social fundamental, enfocado en los pacientes, en donde lo esencial en la organización de salud es el encuentro del médico con el paciente, como piedra angular de la gestión médica asistencial.

Corresponde, entonces, a las organizaciones de salud con sus servicios clínicos y de apoyo, innovar; y al equipo de salud, tomar conciencia de la necesidad de comprender que la calidad asistencial converge en cuatro aspectos fundamentales: la calidad científico-técnica de los profesionales, el uso racional de la tecnología sanitaria, la prevención de las enfermedades y la satisfacción de los usuarios con los servicios otorgados o la calidad percibida. Esta calidad, aplicada a la atención médica, es la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia hospitalaria, para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud.

La calidad asistencial es conseguir una atención sanitaria óptima, lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénico y la máxima satisfacción del cliente en el proceso. Trabajar con calidad significa adaptarse al cambio, desarrollar un clima organizativo de satisfacción, generar mayor autonomía y promover una creciente capacitación de las personas que apunta al desarrollo de procesos asistenciales.

Resulta indudable que las nuevas tendencias epidemiológicas, demográficas, conductuales y tecnológicas de la sociedad han aportado un mayor conocimiento de las enfermedades y representan medios eficientes de diagnóstico y tratamiento de órganos y sistemas disfuncionales del cuerpo humano. Así también, su inclusión masiva en la vida cotidiana del médico ha propiciado una distorsión preocupante del ejercicio de la Medicina. El notable avance de la Medicina contrasta con el retroceso sistemático observado en la entrevista médica que ejecutan los galenos, en las consideraciones sobre la vida emocional del enfermo y en las

obligaciones éticas que implica el ejercicio humanitario basado en una concepción integral del ser humano.

Al respecto, Kelley (1990) plantea que la entrevista médica es una de las técnicas más importantes de la historia clínica, pues con ella el entrevistador logra el inicio de la relación médico-paciente, la caracterización de los síntomas, genera confianza, estimula la confianza y finalmente, pone a prueba la hipótesis que se elabora durante su realización.

En consecuencia, este estudio se propone construir aproximaciones teóricas emergentes sobre el significado de la entrevista médica, como referente de calidad de servicio de la organización de salud hospitalaria, a través de la reflexión compartida con los médicos residentes de Medicina interna y los pacientes. Para ello se asumió el paradigma fenomenológico-hermenéutico, dado que este se centra en el estudio de los significados y sentidos de las acciones humanas y de la vida social. Como método de estudio, se recurrirá a la etnografía; de esta manera, se podrá hacer un análisis descriptivo e interpretativo de los significados y sentidos que asignan los médicos residentes del postgrado de Medicina interna y los pacientes a la entrevista médica, a partir de las reflexiones compartidas de los informantes clave.

Como técnica de recolección de información se utilizará la observación participante para conocer de primera mano los fenómenos, tal como se dan en los escenarios del mundo real. Así mismo, se usó la discusión grupal, testimonio focalizado escrito y la entrevista abierta, las cuales permitieron obtener información sobre el punto de vista y la experiencia de las personas y del grupo para interpretar sus significados y sentidos.

Las construcciones teóricas fortalecerán la aplicación de técnicas y procedimientos en los médicos internistas, tendentes a adquirir y desarrollar habilidades comunicacionales que perfeccionen su praxis médica y reporten beneficios a los pacientes, a la organización hospitalaria y a la sociedad en general.

El presente trabajo está organizado en capítulos, presentados de la siguiente forma: el primero presenta reflexiones sobre el objeto de estudio, donde se muestra la descripción del tema a investigar, los objetivos y la justificación e importancia; el segundo capítulo aborda el contexto teórico que orienta la temática de estudio, se expresan en esta parte las teorías en las que los autores sustentan su trabajo; así mismo, los antecedentes que se relacionan con él aportan información relevante a esta investigación; el tercer capítulo expone la aproximación ontoepistémica a la metodología que los autores ejecutarán en esta investigación. El cuarto capítulo contiene la develación del pensamiento en los grupos focales, de los testimonios focalizados escritos y las entrevistas a los actores sociales, un camino hacia la construcción de teoría; el quinto capítulo presenta la teorización sobre la entrevista médica como referente de calidad en la organización de salud hospitalaria y, finalmente, las aproximaciones concluyentes. Por último, se detalla la bibliografía consultada.

Capítulo I. Reflexiones sobre el objeto de estudio

Las organizaciones - como entidades sociales - requieren recursos materiales, técnicos y el talento humano para hacer posibles las metas. En la actualidad, las organizaciones consideran al individuo su capital, no un instrumento; de allí la denominación de *talento o capital humanos*, aceptando que este posee habilidades y características que le dan vida, movimiento y acción a toda la organización; precisamente es el individuo, expresado en talento humano, el eje fundamental y la razón de ser de la organización.

En este orden de ideas, particularmente, las organizaciones de salud movilizan la capacidad y el esfuerzo de una amplia variedad de grupos de personal profesional, profesional medio y no profesional, con el objetivo de proporcionar un servicio altamente personalizado a cada paciente, para alcanzar ciertos objetivos mediante una actividad desarrollada sobre la base de la colaboración. Obviamente, la meta principal es prestar a sus pacientes atención, tratamiento adecuado, acorde con el conocimiento médico-técnico actual; organizar efectivamente la actividad humana, para facilitar al paciente servicios médicos, quirúrgicos, de enfermería; y su primordial meta es la vida y salud del paciente.

Desde luego, la organización de salud tiene objetivos adicionales, incluyendo su propio mantenimiento y sobrevivencia, la estabilidad en sus funciones, el desarrollo, la solvencia económica, la investigación, la educación médica y de enfermería y otros objetivos relacionados con los empleados; todos ellos son factores de apoyo para su objetivo principal, que es servir al paciente. Esto constituye el principio institucional fundamental que forma la base de todas las actividades de la organización de salud.

El pilar fundamental de estas organizaciones para alcanzar objetivos y mantener sus servicios de atención es su personal; entre ese personal está inserto el médico, cuya práctica forma parte del complejo sistema de relaciones humanas y le corresponde en esencia relacionarse con seres humanos para restablecer, mantener o incrementar su calidad de vida, su bienestar físico, biológico, psicológico y social, por lo que no es suficiente actuar solo con elevado profesionalismo científico-técnico, sino que hay que tener en cuenta la esencia de ese ser humano; es decir, su mundo interno, subjetivo. De allí que la Medicina no solo es una disciplina científica, sino que tiene un componente humanista y social fundamental enfocado a los pacientes, porque lo primordial en la organización de salud es el encuentro del médico con el paciente.

Es por ello por lo que, en la organización de salud, aunque pueda poseer una gran variedad de recursos físicos y materiales, no existen procesos físico-mecánicos integrados para manejar y procesar la calidad del trabajo médico, sino que el componente humano es determinante. En cada etapa de su estancia en el hospital el paciente depende y confía principalmente en la capacidad de acción e interacción de los miembros que coordinan las actividades, sobre una base voluntaria, expedita y humana, en cuyas manos está el cuidado de su salud.

Dentro de las organizaciones de salud, emerge el hospital como una institución compleja constituida por una plantilla médica y de enfermería organizada y con instalaciones permanentes, que ofrece gran variedad de servicios terapéuticos, incluyendo cirugía e

instalaciones para atender las urgencias, donde se realizan curas y atenciones sin hospitalización permanente del paciente. Es importante dejar sentada la definición en el contexto de esta investigación de que un hospital no es una industria de producción y que su producto no es fácil de medir. Sin embargo, sí se puede considerar una empresa de servicios y su producto es la asistencia hospitalaria; tiene aspectos medibles y comparables que determinan la calidad de su servicio. En este sentido, Donabedian (1995) señala como dimensiones de calidad para el sector de salud las siguientes:

DIMENSIONES DE CALIDAD PARA EL SECTOR DE SALUD

1. Satisfacción usuario externo: significa cumplir o no con las expectativas de las personas y constituye en sí misma un indicador de calidad.
2. Seguridad: representa reducir o eliminar los riesgos vinculados a la prestación de servicio, tanto para el usuario externo como para el interno.
3. Competencia profesional o calidad científico-técnica: es la capacidad de los miembros del equipo de salud para utilizar los más avanzados conocimientos y recursos disponibles para resolver la problemática del usuario y producir satisfacción de este.
4. Satisfacción usuario interno: implica que la institución trabaje en pro del logro de climas laborales libres de estrés y entornos laborales adecuados, para apoyar activamente la participación de los funcionarios en los procesos en curso, con el fin de contar con un equipo humano informado, colaborativo, comprometido y motivado en mejorar y lograr los cambios necesarios que persigan objetivos institucionales comunes y compartidos. Esta dimensión se logra con un trabajo mancomunado, interdisciplinario, de toda la comunidad hospitalaria.

Estas dimensiones se utilizan para evaluar la comparación a un estándar o logros de metas de calidad y se definen como valores cuantificables que pueden usarse en la evaluación de elementos de estructura, de proceso y de resultado de la atención de salud, lo cual proporciona una imagen del estado de calidad de una organización.

En ese orden de ideas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994) concibe la calidad en salud como: un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos al paciente (seguridad) y un alto grado de satisfacción por parte del paciente. Es importante señalar que, cuando se trata de calidad de servicio en salud, la Organización Mundial de la Salud (1980) establece como parámetros: asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente, del servicio médico, en virtud de lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Así mismo, la Organización Panamericana de Salud (1999) se refiere a la calidad de servicios en salud como: el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer necesidades y expectativas del usuario o cliente.

Estas definiciones en el área organizacional de la salud están en las dimensiones descritas por Donabedian (1990), autor que acuña el término *satisfacción del paciente* como: el grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y sus resultados. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de calidad en el servicio de la institución de salud.

Para lograr un servicio de calidad, la atención debería concluir invariablemente con la satisfacción de los usuarios (pacientes y familiares), por la calidad de los servicios recibidos, así que debe tenerse en cuenta la accesibilidad de los servicios, la oportunidad de la atención, el tiempo de espera y diferimientos; la congruencia de las instalaciones con los servicios que se prestan; la disposición y capacidad profesional del personal, con el nivel de atención que se requiere otorgar y la suficiencia de los recursos materiales para concederla. El usuario espera que la atención no sea interrumpida, que el trato sea personalizado, amable, el mobiliario cómodo y, sobre todo, que se satisfagan sus necesidades de salud.

Conforme a lo expuesto, existen opiniones que ratifican la necesidad de que los médicos retomen la responsabilidad de evaluar y mejorar una atención de calidad centrada en el paciente, que tenga en cuenta la oportunidad de la atención, la satisfacción de sus necesidades de salud, en función de la competencia profesional del personal, de la aplicación de los conocimientos médicos vigentes, de la seguridad durante el proceso de atención, el respeto a los principios éticos de la práctica médica y la satisfacción de sus expectativas con la atención recibida.

Cuando el producto de la organización es un servicio, la calidad no puede medirse con pruebas efectuadas en el laboratorio, y de resistencia, o por el cumplimiento de unas especificaciones requeridas; son los trabajadores quienes los proporcionan y su calidad depende básicamente de su interacción con el cliente y/o usuario. En el caso de la prestación del servicio de salud, es importante que el usuario sienta la confianza de que está colocando su salud en manos de quienes le van a resolver la situación en ese momento; que el diagnóstico efectuado sea acertado, el tratamiento sea aplicado en la forma indicada. Para esto, es necesario comprender que la calidad asistencial está inmersa en un período de grandes cambios en la cultura sanitaria, caracterizados por nuevas tendencias epidemiológicas, demográficas y conductuales de la sociedad.

Este último término - *calidad de servicio en la institución de salud* - está siendo abordado en diferentes escenarios en el mundo y, probablemente, se deba a que la calidad de servicio está presente en lo esencial de toda actividad humana; es por ello que autores como Molina (2004) establece que los profesionales de salud tienen un desafío prioritario para el nuevo milenio, como lo es la búsqueda estratégica de lograr la calidad del servicio en las organizaciones de salud y esta se basa en la calidad de la atención, al ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente, más allá de lo que este puede o espera. Es en este servicio donde las relaciones interpersonales juegan un rol básico, porque en el acto asistencial entre el médico y el paciente reflejan la satisfacción y, por lo tanto, la calidad del servicio dado. Desde esta perspectiva, las relaciones interpersonales deben constituirse en objeto de estudio del área de la salud en el contexto de la entrevista médica.

Trabajar con calidad significa adaptarse al cambio, desarrollar un clima organizativo de satisfacción, generar mayor autonomía y promover una creciente capacitación de las personas que atienden el desarrollo de procesos asistenciales. En estos procesos, el médico de una organización hospitalaria asume el rol fundamental, al protagonizar en esa relación médico-paciente el desarrollo de la entrevista médica, cuyo producto es la historia clínica y la atención integral del ser humano que solicita ayuda; en esta relación se demuestra la relevancia que tiene la entrevista médica como base de la práctica clínica.

En relación con las ideas anteriores, varios autores e instituciones han definido la *entrevista médica*. Entre estos se destaca la Organización Mundial de la Salud (1994), que la describe como:

El desarrollo de habilidades y destrezas comunicacionales que genera una serie de beneficios entre los cuales se encuentran: facilitar la formulación de un diagnóstico clínico en un tiempo determinado, mejorar la calidad de la relación médico-paciente, mejorar el uso de los recursos disponibles, mejorar la adherencia a tratamientos, abordar los factores psicosociales involucrados en la patología y lograr una mayor satisfacción del paciente con la atención recibida. (p.65)

Estos elementos atribuidos a la entrevista médica son determinantes en la relación médico-paciente y vinculantes a la calidad de la atención prestada. De modo que el éxito o el fracaso en la prestación del servicio va a depender básicamente de si la persona que lo presta está atento a la exposición del paciente, concentra su atención en los elementos importantes de este momento y los maneja de tal forma que maximiza el impacto positivo sobre el paciente o minimiza el negativo, dado que como lo expresa Albrecht (1998), un cliente (paciente) que ingresa en una institución hospitalaria, pasa por un “acontecimiento psicológico” importante, impregnado de mucha incertidumbre sobre la calificación de la persona que lo va a atender, los tratamientos que le van a ser suministrados y los equipos con que se cuenta para ser atendido.

La entrevista médica y la relación médico-paciente (RMP), aun cuando no son términos idénticos, sí conforman los procesos necesarios que se materializan en la historia clínica y en la dimensión terapéutica; además, la relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre el funcionamiento, la salud y la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención en las organizaciones de salud.

En relación con lo expuesto, se le agrega a la entrevista médica, en las diferentes épocas, otras connotaciones, como lo es para González (2000), un encuentro con objetivos profesionales, del facultativo con el enfermo y el marco temporal, espacial y metodológico, donde se desarrolla la mayor parte del ejercicio asistencial en el ámbito de la salud.

Por otro lado, My Marino (2003) refiere nuevas cualidades a la entrevista médica, como son: la de constituir una herramienta diagnóstica poderosa con la que cuenta el médico; fuente importante de la obtención de datos primarios y el vehículo central de la atención médica, en tanto determina la exactitud de los datos recolectados y la calidad de la relación con el paciente:

En esta evolución de la entrevista médica versionada por numerosos autores, destacan los cambios significativos de las concepciones en la relación médico-paciente y su consecuente repercusión en la práctica clínica de los médicos en las organizaciones de salud. De tal modo, la relación médico-paciente ha protagonizado hasta la actualidad innumerables análisis, reflexiones y controversias entre el encuentro del médico y el paciente, bajo la mirada de psicólogos, filósofos, sociólogos, antropólogos, entre otros. En este orden de ideas, se destaca la visión de la humanización aplicada a la esfera de la salud, referida por Schiappacasse (1999); significa hacer referencia al hombre en todo cuanto se cumple para fomentar y proteger la salud, cuidar las enfermedades, asegurar un ambiente que favorezca la vida sana y armónica a nivel físico, emocional, social y espiritual. (p.12)

La humanización en Medicina se refiere a los valores más trascendentes que surgen en la relación médico-paciente. Para el logro de una RMP humana se considera que esta debe incluir al menos: libertad de elección (autonomía), competencia profesional (idoneidad), buena comunicación (diálogo), compasión (empatía), estabilidad de la relación (continuidad) y ausencia de conflictos de interés, especialmente económicos. Estas cualidades son evidenciables a través de las actitudes y conductas del médico hacia el paciente en la comunicación que establece con él; frecuentemente los códigos de ética médica se han preocupado de definirlos y regularlos. La comunicación es un componente fundamental de la humanización de la RMP.

Estas actitudes y acciones del médico que demuestra interés por su paciente, direccionadas hacia los intereses, inquietudes y valores de los enfermos, generalmente relacionados a los aspectos espirituales, psicológicos, sociales y que ubica al ser humano como su preocupación esencial, en el centro de la reflexión y como eje de su hacer médico, es lo que redefine el humanismo en la Medicina. Es otra forma de pensar y actuar en beneficio del ser humano, rescatando sus valores fundamentales, sus intereses vitales y su dignidad.

La práctica médica, según Vera (2004), combina necesariamente las ciencias de la vida con el humanismo; es ciencia y es arte y hemos sido poco asertivos en la responsabilidad de entregarle a los jóvenes médicos instrumentos válidos para su correcta formación académica, con una dimensión humanística.

El médico humanista disfruta del conocimiento científico más actualizado, pero además asume una actitud proactiva y eminentemente ética frente a los fenómenos vitales del ser humano, como son: el dolor, la enfermedad, la discapacidad orgánica o funcional de su paciente, su deterioro emocional-afectivo y, finalmente, su muerte.

Lo importante es contar en el tiempo venidero con médicos ocupados en transmitir ciencia y arte, humanismo y medicina en vigorosa simbiosis, que le permita al paciente disfrutar de la aplicación del conocimiento científico, pero también de la generosa disposición anímica, comprometidos con la vida y el rescate de los valores fundamentales del ser humano.

Así pues, el médico es un ser social que debe compartir necesariamente con los que integran el grupo familiar al que pertenece el paciente a través de la entrevista médica, en la búsqueda de

finés comunes que favorezcan la salud del paciente y el logro exitoso del trabajo médico; conseguir que el paciente se sienta atendido como ser humano, que el médico logre curar y favorecer de manera integral la vida del paciente, así como que la organización de salud salga favorecida al prestar servicios de calidad, con el logro de metas institucionales de salud para la organización y su entorno.

La contextualización previa realizada, referente a la importancia de la entrevista médica como pilar fundamental en la relación interpersonal entre el médico y el paciente, constituye el objeto de estudio de esta investigación.

La relación laboral de la investigadora principal - como coordinadora y docente del postgrado de Medicina interna - conlleva al intercambio cotidiano con participantes de postgrado que utilizan la entrevista médica (EM) como instrumento básico de hacer clínico; en este sentido, es común escuchar expresiones de incertidumbre o duda en los estudiantes de postgrado de Medicina interna sobre su desempeño en la entrevista en esta especialidad, que requiere la capacidad de escuchar atentamente, mantener una relación de empatía, percibir la satisfacción y comprensión del paciente del acto médico, competencias estas que tienen igual importancia como la habilidad clínica básica y los conocimientos científicos.

Los factores inherentes a las habilidades requeridas para la entrevista y el significado de esta para los participantes de postgrado representan preocupación y, en consecuencia, ocupación para garantizar la calidad de la relación médico-paciente como un referente de calidad de la institución de salud. Desde esta perspectiva, la entrevista - como parte esencial del desempeño médico - conforma la problemática de estudio de esta investigación.

Estas reflexiones preliminares condujeron al planteamiento de las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el significado de la entrevista médica para el residente de Medicina interna y para el paciente? ¿Cómo puede la entrevista médica constituirse en un referente de calidad de la organización hospitalaria?

Por la descripción de la situación planteada anteriormente, surge la necesidad de caracterizar la situación a través del testimonio de informantes clave, profesores del postgrado, por su vinculación con la entrevista médica como proceso fundamental en la formación del médico, para que contribuyan a la contextualización de esta problemática, dado que pueden ayudar a dimensionar los supuestos de esta investigación.

En ese sentido, se estableció comunicación con la Dra. Marlene Balza (correo-e, agosto 5, 2010), docente de Propedéutica Clínica I (asignatura que capacita para el desempeño en la entrevista médica), en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad centro-occidental Lisandro Alvarado (UCLA), en cuanto a la entrevista y su importancia en la calidad del servicio, quien comentó:

Las organizaciones de salud hospitalaria son entidades con fines bien establecidos, cuya misión es brindar ayuda al paciente, resolviendo sus problemas de salud y los de su comunidad; por tal motivo, si no se realiza una adecuada entrevista médica y una efectiva relación médico-paciente, no se podrá brindar tal ayuda; de allí se deriva la relevancia y pertinencia de la entrevista médica.

De acuerdo con el testimonio anterior, se reafirma que la calidad de la entrevista médica es importante para brindar ayuda al paciente en la solución de sus problemas de salud. Igualmente, los hospitales son organizaciones que tienen objetivos precisos en cuanto a ofrecer salud a la población que atienden; dentro de esa atención, la entrevista es un proceso fundamental.

La Dra. Olga Tovar (correo-e, julio 10, 2010):

Concibe a la entrevista médica como instrumento primordial para establecer una buena relación médico-paciente, porque de ella dependerá el éxito de extraer toda la información necesaria para la construcción del diagnóstico; además, el paciente se sentirá bien atendido y bajará el nivel de estrés que genera el estar enfermo, la hospitalización y la incertidumbre del pronóstico acorde al diagnóstico; por otra parte, la confianza del paciente hacia el médico augura buen desarrollo del proceso salud- enfermedad.

Esta informante clave introduce para la caracterización de la problemática la necesidad de una visión protagónica en el proceso salud-enfermedad a beneficio del paciente y su pronta recuperación.

Así también, la Dra. González (correo-e, agosto 14, 2010), experta en Propedéutica Clínica y realizadora de módulo de Historia Clínica, señala que:

La efectividad de la entrevista médica estará comprometida si no es concebida como instrumento para el personal de salud mediante el cual se implementa el proceso de razonamiento clínico; de allí que merece dedicación y respeto para así lograr una comunicación con los pacientes y pares.

La opinión de la Dra. González expresa el requerimiento del respeto y la dedicación como factores que deberían ser valorados. Por su parte, Firelay Santander (correo-e, agosto 8, 2010), docente de Propedéutica Clínica, jubilada y estudiosa en el campo de bioética y la historia clínica, manifiesta que:

Los logros de la entrevista médica serán escasos si no lleva implícita una función comunicativa asertiva en la relación médico-paciente y un desarrollo del razonamiento clínico que involucra a la organización hospitalaria.

Las anteriores opiniones enriquecen la caracterización del problema desde otras miradas, que son apreciables por su rol de docentes en áreas altamente vinculadas con la relación médico-paciente, como la esencia de la entrevista médica.

Otro planteamiento manejado por los informantes clave estuvo referido a las limitaciones para el desarrollo de la entrevista médica con calidad. Al respecto, manifestaron que la entrevista médica realizada en el hospital no es la más idónea, por cuanto influyen diversos factores, entre estos: la masificación de los usuarios en contra del escaso recurso humano médico y paramédico; el tiempo contra reloj para realizar la entrevista con el paciente; el área no adecuada en las salas que permita la fluidez del paciente para dar la información; la pérdida de

valores de algunos médicos y paramédicos que “atropellan” verbalmente a los pacientes, sin recordar la parte humanística de la Medicina.

En efecto, otra de las informantes clave agregó que la entrevista médica en el área hospitalaria es de tipo impersonal, apresurada, fría, distante, con el único fin de llenar el formato de la historia y recoger una mínima información que asome un diagnóstico presuntivo o que justifique el ingreso de un paciente con un problema que no se ha solucionado ambulatoriamente.

Contrastadas las diferentes opiniones de los cuatro informantes, se concluye que la calidad de la RMP en la entrevista médica está deteriorada, puesto que las actitudes y conductas comunicacionales que aportan la humanización en la atención médica son deficientes, aunado a la comparación de estas opiniones con las evidencias internacionales y nacionales de análisis sobre el detrimento en la relación médico-paciente. Canelles (2003) concluye que el producto del deterioro en la relación médico-paciente es una historia clínica deficitaria, resultado de una entrevista médica mediocre.

En este sentido, Vera (2004) afirma que a la teórica falta de tiempo para desarrollar razonablemente una entrevista médica rutinaria nos habituamos, y así enseñamos a las nuevas generaciones a ignorar olímpicamente el entorno afectivo, emocional y laboral de nuestros enfermos, en aras de una falsa eficiencia del recurso médico y en una mezquina evaluación de la ecuación costo-beneficio, desdibujando la percepción de valiosos elementos de juicio y pervirtiendo el resultado final de una intervención terapéutica.

Así mismo, el facilismo para obtener información clínica a partir de datos numéricos, cuantificando cifras y valores para algoritmos o flujogramas en la sala de juntas y lo más lejano posible del enfermo, desvirtúa la razón de ser de un encuentro personal interactivo, para convertirse en un fenómeno probablemente práctico y recursivo pero muy poco presencial y cálido.

Esta problemática puede ser atribuida a diferentes causas, entre ellas, el insuficiente significado que le asignan algunos médicos a la entrevista; del mismo modo, se puede señalar como otro factor de esta situación la falta de recursos logísticos de ambiente, limitado espacio físico con privacidad y herramientas comunicacionales utilizadas en la entrevista y manejadas con flexibilidad para que no se transformen en esquemas rígidos; igualmente, otro elemento que incide en la calidad de la entrevista puede ser la falta de observación y estudio de estas por parte de los expertos.

El análisis de estas debilidades conlleva a reflexionar que, de no ser atendida en el postgrado de Medicina interna como aspecto transcendental, incidirá en la calidad de la formación de los futuros especialistas y en la calidad del servicio prestado en las organizaciones de salud, puesto que se observa claramente que los testimonios refuerzan lo expresado por los investigadores, al estar de acuerdo con que la entrevista médica trasciende más allá de una mera recolección de información, pues lleva consigo logros para la organización hospitalaria cuando esta comunicación y relación médico-paciente es exitosa.

Este escenario apunta a la necesidad de descubrir, proponer y practicar nuevas alternativas para hacer de la entrevista médica un encuentro verdaderamente humano, donde se convierta en

conversaciones útiles y con alto grado de información, que permita darles servicio de calidad, tanto en el aspecto científico como en lo humano, a los pacientes que acuden al hospital; alternativas que serán producto de la reflexión conjunta de los residentes de postgrado de Medicina interna y los pacientes - ambos actores claves de este estudio - y así brindar un espacio que sirva para sensibilizar sobre el significado y papel de la entrevista, como parte esencial de su formación como médico internista, cuyo objetivo primordial es preservar y respetar la condición integral del enfermo, a través del manejo asertivo de la comunicación con el paciente.

Además de los actores sociales consultados y los planteamientos teóricos que sostienen algunos autores con respecto a los cambios que se deben propiciar en la entrevista médica, como referente de calidad de las organizaciones de salud, aunado a la experiencia de la investigadora principal a lo largo de la trayectoria como docente de Propedéutica Clínica, médico internista y coordinadora del postgrado de Medicina interna de la Universidad Lisandro Alvarado, constituyeron fuente de inspiración y motivación que indujeron a descubrir esta temática de estudio, para ahondar en experiencias que fortalezcan el hacer médico y su relación con el paciente en las organizaciones de salud hospitalarias.

Objetivos de la investigación

El objetivo general de la presente investigación es construir aproximaciones teóricas sobre el significado de la entrevista médica como referente de calidad de servicio en la organización de salud hospitalaria, a través de la reflexión compartida con los residentes de Medicina interna y los pacientes. Se plantean, además, como objetivos específicos:

- Interpretar el significado de la entrevista médica como referente de calidad, mediante la reflexión de los residentes de Medicina interna y de los pacientes.
- Valorar las etapas de la entrevista médica que la constituyen en un referente de calidad en la organización hospitalaria.
- Generar, a través de la intersubjetividad, elementos consensuados que fundamenten aproximaciones teóricas sobre la entrevista médica como referente de calidad en la organización hospitalaria.

Justificación

La visión de las organizaciones hospitalarias de salud exige que los recursos humanos médicos desarrollen todo su potencial para responder con efectividad los retos emergentes; de allí la pertinencia de esta investigación, centrada en la reflexión de todas aquellas conductas que el residente del postgrado de Medicina interna utiliza para realizar acciones exitosas y de calidad, en el entendido de que, al conocer el significado que ellos les otorgan a su labor en la entrevista médica, podrán mantener y mejorar cada día sus patrones de trabajo, mediante cambios pequeños y graduales, lo cual aumenta las posibilidades de éxito en cualquier acción emprendida, por ende, en la organización hospitalaria donde laboran.

Lo esencial de esta reflexión con los actores sociales del postgrado es conocer los significados que asignan los residentes a la entrevista médica, para convertir esta acción conversacional en un referente de calidad de la institución, si se toma en cuenta que la calidad ante los desafíos

que se les presentan a las organizaciones en la era de la globalización y las exigencias de cambio de la sociedad actual, convierte al estudio de la entrevista médica, como primer contacto con el usuario, en una necesidad imperante.

En este sentido, es importante la interpretación del significado de la entrevista médica por el residente del postgrado, en tanto le permita articular su comportamiento en la entrevista como elemento fundamental de la calidad en la organización hospitalaria, al analizar su desempeño dentro de la institución y, sobre la base de este razonamiento, atender sus necesidades a través del entrenamiento y la actualización, fundamentados en la filosofía de la calidad; y la explicación del paciente, como usuario protagónico del hospital, acerca de la calidad de la entrevista médica que le realizaron en la organización de salud.

Igualmente, es un estudio innovador por su metodología cualitativa, porque se fundamenta en la participación efectiva de estos actores protagónicos de la relación médico-paciente, para conjugar las acciones clínicas y humanas que se desarrollan en este encuentro, en tanto no son comunes los estudios cualitativos sobre la entrevista médica como referente de calidad.

De ahí la necesidad de develar, desde las voces de los miembros de la organización de salud hospitalaria, los pensamientos y significados que tienen sobre la entrevista médica, como una herramienta para apuntalar el desarrollo profesional de los médicos residentes, mejorar la calidad en la organización y superar los retos que plantea el nuevo milenio, sin perder la esencia comunicativa, científica y humana de la relación médico-paciente.

Desde la mirada educativa, en la actualidad los estudios de especialidad en educación universitaria en el área de las Ciencias de la Salud demandan profesionales con alto desempeño, para una sociedad en transformación permanente; en este sentido, tanto los autores como la universidad tienen interés en esta investigación, para fortalecer la formación de los médicos mediante la reflexión sobre su cotidianidad.

En este orden de ideas, el estudio tiene pertinencia interna por cuanto el plan de estudio de Medicina interna exige el rescate de la comunicación con calidad humana en la relación médico-paciente, sin descuidar el desarrollo científico en las áreas tecnológicas, académicas y comunitarias.

Cabe destacar que en estudios consultados - nacionales e internacionales - se plantea de manera cuantitativa la revisión de la entrevista médica, e inclusive autores como Cabello (2009) señala la inquietud de establecer en pregrado la enseñanza de habilidades comunicacionales para lograr con éxito una entrevista médica de calidad. Es por ello por lo que se justifica, entre otros hechos, centrar investigaciones en la entrevista médica, en el entendido que los residentes de Medicina interna buscan mantener y mejorar cada día su hacer clínico con el paciente, sus familiares y equipo de salud.

La conversación entre el médico y el paciente se desarrolla para buscar acciones exitosas y de calidad para el paciente y para la organización hospitalaria. En consecuencia, esta investigación facilita el conocimiento desde los actores sociales del significado que le otorgan a la entrevista médica, y así entonces buscar caminos para lograr en la práctica una comunicación adecuada y efectiva entre el médico y el paciente, tomando en consideración que una necesidad sentida en cualquier organización de salud será la de un paciente satisfecho integralmente, un

profesional con logros clínicos y una institución de salud con metas cumplidas en los cánones de calidad establecidos.

Con referencia a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (1980) insta a promover organismos y grupos de aseguramiento de la calidad en la atención, dentro del marco de sus sistemas sanitarios, a través de métodos sistemáticos de vigilancia continua, para determinar la calidad, no limitándose a la dimensión científico-técnica, sino creando la necesidad de ampliar dimensiones en las relaciones interpersonales y el entorno, que pudieran ser referentes de calidad en las organizaciones de salud, capaces de transformar la educación en el postgrado. Esta situación atañe particularmente a los estudios de Medicina interna, donde el encuentro médico-paciente es determinante en la calidad del servicio.

Es evidente entonces que el presente estudio se justifica y cobra importancia al analizar, mediante las vivencias de los actores sociales, desde una perspectiva real, el desempeño en la entrevista médica; de modo que este puede ser el punto de partida para diseñar, planificar y ejecutar diversas acciones que promuevan la actualización y capacitación de los estudiantes de postgrado de Medicina interna en la aplicación de técnicas y procedimientos tendentes a desarrollar habilidades comunicacionales que perfeccionen su praxis y reporten beneficios a los pacientes, a la organización hospitalaria y a la sociedad en general.

Esta investigación es relevante, por cuanto contribuirá al desarrollo de la línea de investigación Comportamiento Organizacional y Productividad, a la cual está adscrita, dado que su propósito es generar una aproximación teórica sobre los significados emergentes de la entrevista médica, como referente de calidad en las organizaciones de salud.

Los aportes teóricos pueden beneficiar a otros actores sociales del postgrado de Medicina interna de la UCLA, a través de la unión de esfuerzos que conlleven a redimensionar el programa curricular, adaptándolo a las necesidades y exigencias de la sociedad; así mismo, a los gerentes y administradores de las organizaciones hospitalarias, al visualizar la dimensión humana de la entrevista médica en la actividad institucional, como una variable transformadora en la calidad de los servicios ofertados a la comunidad.

Capítulo II. Contexto teórico que orienta la temática de estudio

Antecedentes

De acuerdo con los razonamientos realizados en este trabajo, se encontraron estudios en las áreas de postgrado de Medicina interna, entrevista médica y relación médico-paciente; sin embargo, ninguno con la visión planteada en los objetivos de esta investigación.

Dentro de esta perspectiva, Moreno (2000) afirma que el interrogatorio médico es parte de la primera fase de la aplicación del método y se considera la más importante, pues garantiza la posibilidad de plantear una impresión diagnóstica correcta entre el 56 y el 75 % de los casos atendidos; además, permite establecer una relación médico-paciente que propicie el buen curso del proceso de atención médica y, de esa manera, garantizar calidad prestada por la organización de salud. Sin embargo, son frecuentes los errores cometidos durante la entrevista que dificultan la satisfacción de los dos objetivos mencionados. De allí que la entrevista médica es la herramienta diagnóstica más poderosa con que cuenta el médico y constituye la fuente más importante de la obtención de datos primarios por el paciente en la atención médica.

Siendo así, resulta conveniente hacer una revisión de trabajos en el área de la entrevista médica y la relación médico-paciente, en búsqueda de aportes sustanciales a esta investigación, como se relata a continuación:

En cuanto a deficiencias en la entrevista médica, Metz, Patricio y Peinodo (1999), con la finalidad de evaluar el desempeño del estudiante de Medicina en este proceso del diagnóstico, realizaron un estudio de campo, descriptivo; seleccionaron noventa y nueve (99) alumnos del tercer año de la carrera de Medicina, de los cuales a cincuenta (50) se les grabó su entrevista; para la recolección de la información se aplicó la observación no participante y como instrumento, el registro de observación; posteriormente, se compararon los datos recogidos con lo transcrito en la historia de la enfermedad actual.

Este estudio presentó como resultados, deficiencias tanto en el dominio de las habilidades semiológicas como en las de comunicación interpersonal durante el interrogatorio médico realizado a pacientes por los alumnos de Medicina. El aporte a este trabajo es que referencia errores en la entrevista médica y se visualiza la necesidad de no solo conocer las deficiencias, sino el significado que los médicos otorgan a la entrevista médica.

En la misma forma, Moreno (2000) identifica en su investigación: “Deficiencias de la entrevista médica: un aspecto del método clínico”, con la observación directa de las entrevistas médicas que cuarenta y ocho (48) internos realizaron a noventa y seis (96) pacientes hospitalizados; utilizó un modelo de encuesta de cuarenta y cuatro (44) deficiencias en una lista que incluyó: dieciséis (16), en relación con la historia de la enfermedad actual (HEA); siete (7), con los tipos de preguntas hechas por el alumno; y veintiuno (21), con el desarrollo general de la entrevista.

Se presentaron setecientos ochenta y tres (783) deficiencias, para una media de 8,1 por entrevista; 29,6 % correspondieron a la HEA (no define parte de la semiografía, deja de investigar problemas importantes; no insiste en datos relevantes; no establece cronopatograma;

no define nada de la semiografía; interrogatorio desorganizado; preferencia por información secundaria y terciaria; no precisa información confusa; no establece condiciones de aparición; insiste en datos irrelevantes; no identifica claramente la queja principal; interpreta erróneamente un dato; acepta información sin cuestionamientos; no capta lo que dice el enfermo; investiga un problema que no hay); 20 % a los tipos de preguntas (que inducen respuestas; intrascendentes; mal formuladas; repetidas, inseguras; incomprensibles; automáticas); y 50,4 % a los aspectos generales de la entrevista (no se identifica; no toma notas; tuteo; interrumpe al enfermo; controla demasiado la entrevista; cambia de tema antes de concluirlo; demasiado rápido; habla más que el paciente; habla simultáneamente que el paciente; no atiende al enfermo por tomar notas; el paciente controla la entrevista; entrevista monótona; no atiende a lo que se le dice; discute con el paciente; permanece distante; demasiado lento; lenguaje chabacano; no mira al enfermo; se ríe inapropiadamente; quiere coger al dictado; irritable).

Se concluyó que existe una necesidad de incrementar la observación directa de los alumnos al hacer historias clínicas, como medida fundamental para mejorar sus habilidades clínicas. La contribución de esta investigación es que se corroboran las deficiencias que se han evaluado en la entrevista médica desde el estudiante de Medicina y se revela la importancia de seguir en la enseñanza e investigación de la entrevista médica, para lograr una historia clínica realizada con calidad, que brinde atención satisfactoria a los pacientes y logre con todos los pasos cubrir las dimensiones, no solo cognitivas sino también afectivas y actitudinales, que ofrezcan un servicio de atención médica óptima en cualquier organización de salud.

Sobre la base de los hallazgos anteriores, se reporta la investigación de Blanco (2002) bajo un estudio descriptivo con la intención de identificar los errores más frecuentes cometidos por residentes de Medicina interna en la entrevista médica y determinar el valor diagnóstico del interrogatorio, así como para exponer algunas consideraciones orientadas a la docencia en estos aspectos. Moreno y Blanco utilizaron la observación directa de 60 entrevistas médicas realizadas por 30 residentes de Medicina interna del curso académico 1998-1999, del Hospital Militar Central Dr. Carlos J. Finlay; se comparó la impresión diagnóstica de estos al terminar el interrogatorio con el diagnóstico final.

En esta oportunidad, se detectaron un promedio de 10,5 errores por entrevista; los más frecuentes relacionados con el completamiento de la información a recoger y otros de carácter técnico, con influencia en la relación médico-paciente. No obstante, el interrogatorio permitió ofrecer una hipótesis diagnóstica correcta en el 78,3 % de los casos. El aporte de esta investigación a la actual es que esta información fue obtenida de residentes de Medicina interna, los cuales constituyeron nuestros actores sociales a estudiar; por otro lado, expresan cuantitativamente errores en la entrevista médica y aciertos diagnósticos altos, mas refleja un porcentaje significativo de desaciertos. Por ello, es necesario reflexionar sobre la necesidad de que los médicos complementen cualitativamente su postura ante la entrevista médica.

Del mismo modo, Sogi (2006) estudió 917 postulantes a plazas de residente de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para el año 2005, cuyo objetivo fue la autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico-paciente y comunicación en médicos graduados, a través de un cuestionario; los resultados obtenidos fueron: el 85 % respondió

haber tenido formación en habilidades clínicas básicas; se identificaron deficiencias en el dominio de: a) el método clínico; b) la obtención de información psicosocial; c) la evaluación de la comprensión del paciente; d) el manejo de emociones; e) la comunicación no verbal. En comentarios de los participantes, se registró el factor tiempo como limitante para la adecuada relación/comunicación con el paciente.

Este trabajo permitió documentar la percepción que poseen los médicos con respecto al dominio en las habilidades de entrevista, relación médico-paciente y comunicación, y para sustentar la necesidad de revelar cómo las habilidades clínicas esenciales de todo médico - como son la entrevista, la relación médico-paciente y la comunicación - están imbricadas; precisamente, constituyen estas habilidades el objeto de estudio de la presente investigación.

Es conveniente también conocer el valor que los médicos dan a estas habilidades clínicas. A tal efecto, Suárez y Blanco (2007) diseñaron un estudio descriptivo, entre los meses de enero a septiembre de 2004, mediante el cual se determinó el valor conferido por los especialistas en Medicina General Integral, al interrogatorio, el examen físico y los complementarios en el diagnóstico. Se exploraron estos criterios en diez enfermedades o síndromes y en la práctica médica en general. Paralelamente, se establecieron las preferencias de los enfermos a la hora de ser atendidos, en relación con los citados elementos del método clínico.

Para el estudio de referencia, se utilizó una escala cualitativa ordinal como instrumento de evaluación. De un total de 492 especialistas evaluados, los de menos de seis años de graduados le confirieron más de 55% de valor al interrogatorio en su práctica habitual, cifra que ascendió a 85% cuando consideraron los exámenes complementarios como el elemento más importante, para el que se le añadió el examen físico. En todas las enfermedades o síndromes explorados, se consideró que alrededor de 60 – 70 % de los diagnósticos se realizan por el interrogatorio y el examen físico. La participación de estos hallazgos permite fortalecer la metodología que se empleará en esta investigación y constatar las opiniones que se obtendrán de los actores sociales de esta investigación.

Resulta oportuno referirse a la investigación de Cabello (2009), cuyo objetivo fue revelar las habilidades comunicacionales de los actores sociales de propedéutica clínica I de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado durante el desarrollo de la entrevista médica. Esta investigación tuvo una orientación cualitativa, bajo la metodología etnográfica; en ella se evidenció que existen debilidades en la utilización de las habilidades comunicacionales por parte de los estudiantes durante la realización de las entrevistas médicas. También descubrió que las emociones (principalmente el temor) van a estar presentes en el estudiante de Medicina al realizar la entrevista médica; finalmente, se reveló que el estudiante de Medicina requiere de la práctica permanente de la entrevista médica y, por ende, de las habilidades comunicacionales. Además, se pudo apreciar que el ambiente hospitalario presenta múltiples factores externos, como el ruido, la falta de privacidad y la temperatura, que influyen en el proceso comunicativo durante la realización de la entrevista médica.

Esta investigación es pertinente como antecedente único en nuestro medio, puesto que este estudio utilizó el mismo escenario organizacional en el que se desarrollan nuestros actores sociales y donde el objeto de estudio involucró a la entrevista médica, con la utilización de la metodología etnográfica, la cual también se empleará en la presente investigación.

Con respecto al objeto de estudio en esta investigación - la entrevista médica -, cabe considerar a Blanco (2003), quien expone resultados del análisis y la experiencia de los autores en un modelo teórico sobre el enfoque de la evaluación de la entrevista médica en la calidad de cómo un residente de Medicina interna interroga a un paciente en la sala de hospitalización. Esta evaluación debe partir de la visión general expuesta, que integra todo el proceso de atención médica. Por lo tanto, si se pretende evaluar la calidad del interrogatorio y crear un instrumento evaluativo, deben considerarse tres aspectos o componentes (completamiento, afectivo, psicomotor o conativo); estos componentes tienen en cuenta algunas situaciones consideradas difíciles, por constituir barreras en la comunicación informativa y afectiva entre médico y paciente; ello implica una aptitud creativa en el desempeño de los residentes al entrevistar.

Estos aspectos son expresados por este autor en objetivos a cumplir por los residentes de Medicina interna y corresponde al primer aspecto, el de completamiento, la recolección de toda la información biopsicosocial posible; el segundo aspecto, el afectivo, busca lograr el acercamiento afectivo con el enfermo, aumentar la empatía y la compasión en la interacción con los pacientes, evidencia la calidad de la atención; mientras que el tercer aspecto, el psicomotor o conativo, procura comunicarse de forma clara y organizada.

Por otra parte, los autores sostienen el criterio de que el análisis de la calidad de la entrevista médica debe integrar diferentes métodos, a saber: análisis de la calidad de los medios o de la estructura: características temporales y permanentes, específicas y generales que influyen en la entrevista médica; análisis de la calidad de los métodos o del proceso: técnica para entrevistar que evidencia el residente; análisis de la calidad de los resultados: información recogida (biomédica y psicosocial).

Entre las conclusiones de Blanco (2002) resalta que la observación directa puede proporcionar información confiable sobre sus conocimientos y habilidades, pero en el caso de sus actitudes lo que puede esperarse, seguramente, es que lo observado refleje su conocimiento de la importancia de manifestar en su conducta dichas actitudes en ese momento; esta deducción es compartida por los autores de la presente investigación.

La observación directa para evaluar la entrevista médica condiciona la conducta del residente; en tanto que los conocimientos, habilidades y actitudes forman parte de los aspectos a evaluar en la calidad de la entrevista médica; sin embargo, las actitudes son menos objetivables que los conocimientos y habilidades; por esta razón, este es un aspecto que merece un análisis conjunto más profundo entre médicos, pedagogos y psicólogos.

El aporte teórico de los autores contribuye a esta investigación al apoyar la importancia de conocer las actitudes que los residentes de Medicina interna pudieran señalar y, de esta forma, las dimensiones de la entrevista médica se complementarían aportando aspectos a instrumentar en la evaluación, basados en los significados que el residente le da a este aspecto para que la calidad de la entrevista médica se logre.

Otras investigaciones relacionadas con la entrevista médica se mencionan en el trabajo de Girón (2002), en las cuales exploran la calidad de la relación médico-paciente y los desenlaces de los encuentros clínicos en atención primaria; utilizaron el método de grupos focales de médicos y enfermos y, como técnica, las entrevistas grupales. La contribución de los grupos

focales en esta investigación proporcionó un contexto para explorar de forma abierta opiniones y actitudes a partir de la interacción entre sus integrantes, la calidad de la relación médico-paciente en los encuentros clínicos. En los grupos de médicos se exploraron sus percepciones en relación con la calidad de los encuentros clínicos; estos tuvieron lugar en el centro de salud.

Participaron 24 profesionales y 22 enfermos. Los médicos percibieron una relación entre la pobreza de recursos sanitarios (escaso tiempo de consulta, exceso de carga asistencial, ausencia de recursos específicos, ausencia de formación), el conflicto con pacientes "difíciles" y la influencia de los factores psicosociales en el encuentro clínico, con el error, el desgaste, la medicina defensiva y la baja calidad de los servicios.

Esta relación estuvo mediada por problemas de comunicación/exploración en la entrevista clínica y por sentimientos negativos. Los pacientes percibieron una relación entre un funcionamiento caracterizado por consultas masificadas y de breve duración, dificultades de comunicación entre médico-paciente, con el error y el conflicto en el encuentro clínico; también una relación entre la actitud humanista del médico y un mejor desenlace de los problemas de salud.

Los objetivos y prioridades del sistema sanitario alejados de las necesidades de la comunidad son percibidos como determinantes clave de las insuficiencias observadas. Los procesos de relación médico-paciente juegan un papel mediador entre los recursos sanitarios y los desenlaces de los encuentros clínicos. La mejora de la atención y de la relación médico-paciente en atención primaria requiere una visión y una actuación multidimensional, que va más allá de las intervenciones sobre factores individuales del médico y del paciente.

Este estudio también utilizó los grupos focales, con la intencionalidad de conocer la percepción de actores sociales médicos y los pacientes en relación con el significado que le otorgan a la entrevista médica.

Por lo tanto, es importante resaltar que en ninguno de los antecedentes señalados está explícita la opinión y afectividad del médico como coprotagonista de la entrevista médica y su participación consciente como referente fundamental en la calidad de la organización de salud donde labora, a pesar de que múltiples autores señalan la necesidad de instalar modelos centrados en el paciente, en la búsqueda de la calidad de la atención médica, sin develarse la mirada crítica, reflexiva del médico durante la entrevista y su rol protagónico para lograr una atención de calidad en las organizaciones de salud hospitalaria.

Referentes teóricos

La calidad y las organizaciones hospitalarias

El binomio salud - enfermedad constituye un hecho social y cultural, siendo la Salud definida por la Organización Mundial de Salud (1980) como: un estado de completo bienestar físico, psíquico y social que implica un normal funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, lo que le permite su desarrollo integral. Bajo este precepto, el conjunto de factores que determinan la relación salud - enfermedad tiene componentes biológicos (genético, ambiente, físicos, entre otras), determinantes geográficos y sociales (cultura, religión, ideología, economía).

Bajo esta consideración, le corresponde a la práctica médica insertarse en la relación con seres humanos para restablecer, mantener o incrementar su calidad de vida, su bienestar físico, biológico, psicológico y social; de allí que no resulta suficiente actuar con un elevado profesionalismo científico-técnico que no tenga en cuenta la esencia de ese ser humano. Este comprende el esfuerzo o la actividad humana y otros aspectos que reflejan esa actividad, como son los conocimientos, experiencias, significados, motivación, intereses vocacionales, aptitudes, actitudes, habilidades, potencialidades, salud, entre otros.

En ese mismo sentido, la medicina y los servicios de salud no solo son una disciplina científica y técnica, sino que tienen un componente humanista y social fundamental; significa entonces que las organizaciones de salud movilizan la capacidad y el esfuerzo de una amplia variedad de grupos de personas, con el objeto de proporcionar servicio altamente personalizado a pacientes individuales, mediante una acción cumplida con criterios de cooperación.

El fin último es proveer a sus pacientes cuidados y asistencia terapéutica apropiada, centrados en la actualización de teorías médico-técnicas y del conocimiento de la forma de organizar efectivamente la actividad humana, que puedan ser impuestos por la escasez relativa de los recursos de la organización o por presiones externas. Su actividad cardinal es prestar al paciente servicios médicos, quirúrgicos y de enfermería; su inquietud fundamental es la salud integral del paciente.

El objetivo de los servicios de salud debe ser personalizar la atención en salud, de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno humano (familiares, amigos, entre otros), deseos y circunstancias propias de cada momento; y satisfacer también las necesidades y expectativas de los familiares del paciente y de su entorno social y laboral (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, empresa, entre otros), que se convierten en parte fundamental de la relación médico-paciente o institución-paciente; y aun las recompensas materiales, que son definidas por la mayoría del personal como menos importantes que el proporcionar una atención adecuada al paciente y alcanzar un orden superior en su obligación al género humano.

Desde luego, la organización de salud tiene objetivos adicionales, incluyendo su propio mantenimiento y sobrevivencia, la estabilidad en sus funciones, el desarrollo, la solvencia económica, la investigación, la educación médica y de enfermería y otros objetivos relacionados con los empleados. Sin embargo, todos ellos son secundarios y el objetivo principal es servir al paciente, lo cual constituye el principio institucional fundamental que forma la base de todas las actividades de la organización de salud.

Debido a que el trabajo en una organización de salud no es mecanizado ni uniforme, no puede planearse con anterioridad, ni existe la precisión automática de una línea de ensamblaje, pues su producto es la atención del paciente, por lo tanto, la organización de salud debe depender de las habilidades, capacidades y comportamientos de su personal para alcanzar y mantener un desempeño adecuado, para hacer ajustes cotidianos que la situación pueda requerir. Esta situación es aún más crucial si se tiene en cuenta el hecho de que el paciente, quien es el centro de toda actividad de la organización de salud, es un elemento transitorio - más bien que estable. Es por ello por lo que los médicos, las enfermeras y demás trabajadores del hospital no pueden ni deben funcionar separados o independientemente unos de otros. Su trabajo es mutuamente suplementario, concatenado e interdependiente.

Con referencia a lo anterior, se reconoce al conocimiento como talento o capital humano; de allí la importancia de aspectos como la capacitación, a fin de lograr la eficiencia, compromiso, justicia y equilibrio organizacional, pues constituye, como señala Carpio Solano: "... un verdadero tesoro, que puede generar sostenibilidad y ventaja competitiva para la organización".

En este orden de ideas, Etzioni 1964 (citada por Mata Fuentes, 2008) concibe a la organización como "una unidad social que ha sido creada con la intención de alcanzar metas específicas: cooperativas, empresas, escuelas, iglesias, prisiones, hospitales..." (p.12). En atención a los hospitales como organización de salud, se definen como un establecimiento público o privado dotado de habitaciones con camas para la estancia de personas enfermas o heridas, y de dependencias acondicionadas para el examen, diagnóstico y tratamiento de los pacientes. El Diccionario Manual de la Lengua Española (2007) establece que *hospital* es un establecimiento público para el diagnóstico de las enfermedades y el tratamiento y cuidado de los enfermos. En ese mismo sentido, el hospital tiene como objetivo proporcionar una atención sanitaria de calidad, adaptada a las necesidades de la población a la que atiende, tomando como eje de su actividad al paciente, cuyos elementos esenciales de la asistencia que presta es el trato humano, el confort y la seguridad.

En esta misma dirección, se agrega la definición de *hospital*, por Normas ISO (2005):

Considerado como una organización que provee, administra o gestiona servicios sanitarios, entendiéndose estos como todo servicio, asistencia, docencia, investigación, y otros productos prestados para evaluar, diagnosticar, tratar y para el seguimiento del estado de salud, la prevención de enfermedades, así como el mantenimiento y mejora de la salud. (p.78)

A diferencia de muchas organizaciones, el hospital es capaz de hacer que la función que desempeña en la comunidad en general tenga un sentido psicológico significativo para su personal. Además, la mayoría de ese personal trata de aportar sin limitaciones sus energías para llevar a cabo las tareas que le son encomendadas. Cabe agregar que el hospital es una organización de salud constituido por un sistema más bien humano, puesto que no tiene sistemas físico-mecánicos integrados para manejar y procesar su trabajo.

Las satisfacciones y la comodidad personal y aun las recompensas materiales en el hospital son definidas por la mayoría del personal como menos importante que el proporcionar una atención adecuada al paciente y alcanzar un orden superior en su obligación hacia el género humano. En el caso del hospital, las metas del personal y los objetivos de la organización tienen mucho más en común que en otras organizaciones. Para desempeñar su labor, el hospital descansa en una división extensiva del trabajo entre su personal y en una estructura institucional compleja, que abarca diferentes departamentos, personal, oficinas y categorías, comprendidas en un elaborado sistema de coordinación de tareas, funciones e interacción social.

Dadas las consideraciones anteriores, la sociedad contemporánea - afirma Yetano (2004) - requiere de cambios cualitativos en el sistema de salud, con la finalidad de incrementar la satisfacción de las necesidades de la población y la comunidad, mediante el empleo óptimo de los recursos humanos y materiales existentes. Ello plantea la necesidad de promover la formación de un nuevo profesional y especialista. Este nuevo profesional debe ser capaz de

brindar atención médica de calidad, dirigida a satisfacer las necesidades totales del individuo, la familia y la comunidad, además de promover estilos de vida saludables, al desarrollar sus habilidades comunicativas con los individuos y los grupos sociales.

Con referencia a lo anterior, los hospitales son un mundo en constante cambio, paralelo al del medio que le rodea; prueba de ello es la aparición de nuevas enfermedades y de la expansión de las técnicas diagnósticas y terapéuticas; se está produciendo un cambio importante en la gestión con nuevas herramientas, como la dirección por objetivos, la contabilidad analítica o la gestión de la calidad. La calidad de la asistencia hospitalaria - como la calidad en otras esferas de la vida - es un tema sentido por la sociedad mundial, que ha contribuido a que en los hospitales se hayan pactado objetivos de calidad y programas de calidad por servicios.

Sobre las consideraciones anteriores, es fundamental expresar los planteamientos del médico hospitalario en algunas investigaciones, entre las cuales, según Yetano (ob.cit), suele asociarse la mejora de la calidad con el aumento de los recursos. En ese mismo trabajo se encuentra que el médico considera que, para “mejorar la calidad de la asistencia en el servicio donde labora necesitaría incorporar tal técnica diagnóstica o un especialista más”. Esta variabilidad de la calidad de la asistencia ofrecida con unos medios es lo que justifica la necesidad de que todos los servicios o unidades hospitalarios contemplen la autoevaluación y mejora de la calidad como parte de su actividad.

A los efectos de esta investigación, el personal médico de postgrado de Medicina interna del estudio pertenece al Hospital Universitario Antonio María Pineda, el cual es definido por Pérez (2001) como: un recinto público que presta atención especializada, como hospital general, a la población de su Sector Sanitario, englobado en el Área Sanitaria de Barquisimeto, en estrecha coordinación con la Atención Primaria de dicha área, siendo además el hospital de referencia de toda la comunidad del estado Lara.

Igualmente, Pérez (ob. cit) señala que el Hospital Universitario Antonio María Pineda se articula sobre una estructura organizativa eficiente e incorpora continuamente formas innovadoras de asistencia y de gestión, dentro de un proceso de mejora continua. Su cultura contiene como valores primordiales la identificación con el servicio a la población y el desarrollo profesional. De igual forma, esta organización tiene carácter docente e investigador, para las Ciencias de la Salud, y universitario. Esta última función universitaria se articula mediante convenio con la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA). La labor docente se concreta en los ámbitos de pregrado, postgrado y en la formación continua de todos los profesionales de su nómina.

En este orden de ideas, Pérez (ob. cit) expresa la Misión del Hospital Universitario Antonio María Pineda de la siguiente forma: es un hospital público, universitario y orientado al paciente en un entorno de calidad, organizado hacia la búsqueda permanente de mejoras asistenciales y organizativas que le permitan una eficiencia acorde con la efectividad de sus prestaciones.

Finalmente, los hospitales son organizaciones de salud cuyo servicio se sustenta en brindar atención médica a través de la relación médico-paciente que se inicia con el encuentro que se da en la entrevista médica. Cabe entonces proyectar a la entrevista médica como un acto exitoso, puesto que, si su objetivo se cumple, el paciente (cliente) referirá testimonios

favorables; por ende, brindará a esta organización de salud, prestigio, seguridad y a los demás clientes (paciente), confianza. Por ello, es al médico a quien corresponde desempeñar esta gran función y dirigir las acciones a tomar con el paciente para lograr sus objetivos de conseguir o mantener la salud.

La calidad: un reto para las organizaciones de salud

El concepto de *calidad asistencial* aplicado en el campo de la atención hospitalaria es diverso y multidimensional. Por ello, no existe un consenso claro en las definiciones de *calidad asistencial*: entre los autores más destacados en el tema de la calidad se ubica a Donabedian (1990), quien señala que la calidad asistencial es el modelo de atención que maximiza el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial. En el orden de las ideas anteriores, National Health Service NHS (1998) establece que la *calidad asistencial* es hacer las cosas adecuadas (qué) a las personas adecuadas (a quién) en el momento preciso (cuándo) y hacer las cosas bien la primera vez.

Cabe agregar la definición de *calidad asistencial* del Institute of Medicine (2001), quien la enuncia como: el grado por el cual los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (1980) establece que la *calidad asistencial* es el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas hospitalarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población, como lo es:

Hay que asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. (p.45)

Sobre el estado de conocimiento actual, el Council of Europe (1998) señaló que *calidad asistencial* es: el grado por el cual el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce la posibilidad de resultados indeseados.

Dadas las definiciones anteriores, Palmer (1990) describe a la calidad en la atención hospitalaria como: la prestación de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Después de las consideraciones anteriores sobre *calidad asistencial*, se evidencia que todas contienen las dimensiones y atributos que aporta la calidad al servicio, como son: la calidad científico-técnica y la aceptación del usuario.

Según Saturno (2001), entre las dimensiones se debe incluir la accesibilidad, puesto que en su gran mayoría los sistemas hospitalarios tienen una cobertura universal y equitativa ante las

necesidades del usuario. Así como también es importante señalar lo planteado por Gómez (1997), respecto a que la disponibilidad de recursos como elemento que determina la calidad es controvertida puesto que es relativo, lo cual depende de cada entorno y lo que cada sociedad emplea en la atención de servicios hospitalarios.

La atención médica, para Varo (1994), en un sentido amplio, es la aplicación de todos los conocimientos científicos relevantes, la actividad de los servicios médicos y la de los propios profesionales y las intervenciones sanitarias y sociales en la comunidad; en un sentido más restringido, la atención médica es prestar un servicio sanitario a un individuo por un profesional o una institución y la suma de todos estos servicios.

Desde esta perspectiva, la calidad de la atención médica es una propiedad que, en distinto grado, puede tener un acto concreto de asistencia sanitaria; es, por tanto, una variable continua que puede registrar diversos valores. Es por ello por lo que Donabedian (1995) ha propuesto tres elementos de la asistencia médica, que, relacionados, conforman el conjunto de atributos determinantes de la calidad de un acto médico concreto. Estos factores son: los aspectos técnicos y científicos, los interpersonales y el entorno (“amenidades”) que comprende el ambiente como las consecuencias derivadas de él (comodidad, intimidad, entre otras).

Esta investigación - que se apoya en los postulados teóricos de Donabedian, como el autor de los aportes más sustanciosos al estudio de la calidad asistencial -, recoge los factores anteriormente señalados e identifica una serie de elementos que agrupan en componentes para su análisis: componente técnico, como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza; componente interpersonal, expresión de la importancia, históricamente consensuada, de la relación paciente-profesional de salud; y componente correspondiente al entorno, como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual esta se desarrolla, lo que se ha denominado "las amenities".

Este mismo autor, para definir la calidad de la atención médica, relaciona la cantidad de cuidados, los costos económicos y los beneficios y riesgos derivados de aquellos, con la calidad de la asistencia. De estos tres factores, solo los beneficios y riesgos biológicos son distintivos de la calidad de la atención médica; los otros dos elementos, cantidad y costos, están presentes en el concepto general de calidad.

En 1996, diversas instituciones de salud argentinas se reunieron en torno a la calidad de la atención médica y culminaron en la Declaración de La Plata (1996), donde dentro de sus conclusiones establecen que la calidad de la atención médica es un valor en el que confluyen otros muchos, entendida como: la capacidad óptima lograda por un profesional, institución asistencial o docente, para contribuir a las mejores condiciones de salud de las personas y comunidades y el estímulo al mejoramiento permanente de las instituciones y prestadores.

Diversos autores han coincidido en que esta capacidad óptima es fruto de la armonía de conocimientos, habilidades y actitudes, que comprende no solo la ciencia y la técnica, sino la humanización de la asistencia y la organización de los recursos. Es necesario el énfasis en estas definiciones, al sugerirse como punto de partida para desarrollar un sistema de calidad en el ámbito sanitario, el tomar en cuenta al sujeto de esta atención, que es el paciente.

Los estudios de diversas organizaciones sanitarias (OMS, la American Public Health Association, la Joint Commission on Accreditation of Hospitals) y múltiples trabajos presentes en la literatura médica, permiten identificar diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria, relacionadas con su calidad; entre ellas se encuentran:

DIMENSIONES DE LA ASISTENCIA SANITARIA RELACIONADAS CON LA CALIDAD

- **Competencia profesional, calidad científico-técnica de la atención.** Dimensión central que expresa la capacidad del profesional de utilizar el nivel que permiten lo más avanzado de los conocimientos existentes para afrontar los problemas de salud del paciente (mejorar la salud y conseguir la satisfacción del paciente). Se incluye en esta dimensión, el aspecto de la relación profesional-paciente, porque la satisfacción también depende de la práctica y del modo en que un servicio es prestado. Esta dimensión significa atender de forma científica las necesidades hospitalarias.
- **Efectividad.** Es la dimensión que expresa que si una determinada práctica o atención hospitalaria ha mejorado el estado de salud de la población que la recibe, se considera que las condiciones de uso han de ser las habituales.
- **Eficiencia.** Es la dimensión que relaciona el producto con el gasto. La mayor eficiencia está en la prestación de un servicio, con un nivel determinado de calidad, al menor costo posible o, lo que es lo mismo, conseguir el nivel más alto de calidad que permiten los recursos disponibles.
- **Accesibilidad.** Es la dimensión que determina la facilidad con que se puede obtener una atención hospitalaria en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos, culturales y emocionales. Cabe destacar que la accesibilidad es un atributo único, específico, de los servicios sanitarios; el resto de las dimensiones se pueden aplicar a la calidad de cualquier servicio. Por otra parte, la satisfacción del cliente, de los profesionales, la competencia de la organización y sus profesionales no constituyen una característica de calidad, sino que son condiciones necesarias para ofrecer servicios de calidad, aun cuando se utilicen como medida de la calidad asistencial.
- **Satisfacción.** Es la dimensión que expresa el grado en que la atención hospitalaria prestada y el estado de salud final cumplen con las expectativas del usuario, la calidad percibida por el usuario.
- **Adecuación.** Es una dimensión mencionada con frecuencia, pero de la que no existe una definición operativa uniforme. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).1991, define la *adecuación* como: el grado en que “la atención se corresponde con las necesidades del paciente”, es decir, se considera adecuado si el servicio prestado es el conveniente para el problema de salud que es atendido.

Varo (1994) puntualiza que la asistencia institucional sanitaria debe reunir las siguientes características: para ofertar servicios de calidad debe ser eficaz, eficiente, segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y tener una continuidad temporal y espacial. El cumplimiento

de estas condiciones necesita una organización sanitaria responsable, dotada de elementos tangibles de calidad, con factor humano competente en lo operacional y en lo relacional y satisfecho con su trabajo, orientado al cliente, con el fin último de satisfacer las necesidades de este.

Una vez determinada la importancia que tiene la calidad en el proceso y en los resultados de la atención médica y determinados cuáles son los elementos que integran una atención médica de calidad, se expresa por Aguirre-Gas (2007) el siguiente concepto: “Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional y seguridad, con respeto a los principios éticos de la práctica médica, tendente a satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”.

No obstante, en el campo de la calidad hay figuras centrales que han marcado progresos, tanto en lo conceptual como en lo metodológico y son quienes determinaron cambios sustanciales en las estrategias que abordan las instituciones de salud; entre ellos son destacados por Fernández, N (2008) los siguientes:

FIGURAS DESTACADAS EN EL CAMPO DE LA CALIDAD

- **Donabedian, A.** En los años sesenta sistematiza el abordaje de la calidad desde el propio campo de la salud, en contraposición al crecimiento de la auditoría como estrategia de control de la utilización y gasto, originaria del campo contable. Identificó la calidad en: lo técnico-científico, la interrelación médico-paciente y beneficiario-sistema, y la satisfacción del paciente y proveedor. Plantea una tipología individual y otra social. Centra la evaluación en los desempeños desde tres clásicos enfoques (estructura, proceso y resultados).
- **Deming, E. Juran, J. Crosby, P.** El desarrollo de la "Gestión de la Calidad Total" (TCL) y "Mejoramiento Continuo de la Calidad" (MCC), modelos o estrategias que desde la industria se incorporan a la salud en los años 80 en Estados Unidos. Es una estrategia de dimensión social porque su objetivo es satisfacer las expectativas y necesidades de los clientes, pacientes, usuarios del servicio, a través del compromiso del conjunto de la organización, con la participación del personal y la mejora continua de los procesos y sus relaciones.
- **Zimmerman, D., Salko, J.** Autores que adaptan al área de salud los conceptos planteados por Hammer y Champy (1993) sobre la reingeniería, movimiento que revoluciona los negocios en la década del 90. Consiste en el rediseño radical de los procesos. Esa postura es similar a TCL/MCC, pero no solo se preocupa por mejorar los que existen, sino que presiona para que se elaboren procesos y sistemas nuevos.
- **Vuori, H.** Promueve la calidad desde el propio sector de salud, como Donabedian. Afirma que la calidad tiene dos categorías: a) la calidad lógica, que se centra en los procesos de toma de decisiones, y b) la calidad óptima, que incluye a todos los procesos destinados a optimizar los resultados de los servicios.

Según lo citado por los autores anteriores, la atención en la salud y la práctica clínica ha sido foco de interés y motivo de organizaciones europeas y norteamericanas para encontrar mejorar, a través del tiempo, la evaluación en las organizaciones de salud en búsqueda de la calidad de los servicios que prestan estas instituciones, entre ellas las hospitalarias.

En el sector hospitalario, se puede decir que la primera referencia histórica a la mejora de la calidad fue en 1858, cuando F. Nightingale introdujo mejoras en la formación de la enfermería y en el tratamiento de las heridas de los soldados de la guerra de Crimea. Se logró reducir la mortalidad en los hospitales de campaña, del 40 % al 4 %.

A principios del siglo XX, gracias a una evaluación de hospitales americanos y canadienses, Flexner elaboró un informe en 1910 en el que puso de manifiesto que no existían unas normas claras para la formación de los facultativos y del personal hospitalario y concluyó con la importancia de impulsar el establecimiento de unas pautas unificadas para estos estudios. Poco después, Codman desarrolló un método para medir los resultados finales de la asistencia hospitalaria en Estados Unidos.

Como consecuencia de los informes de Flexner y Codman, el American College of Surgeons decide, en 1918, establecer unos requisitos de estructura que deberán reunir los centros hospitalarios para poder operar con ciertas garantías, hecho de extraordinaria importancia en la evaluación de la calidad en salud y que constituyó la primera acreditación de la historia.

En 1951, se creó la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAHO), a partir de los trabajos del American College of Surgeons con el American College of Physicians, la Canadian Medical Association, la American Medical Association y la American Hospital Association. La JCAHO estableció una técnica de acreditación de hospitales que ha constituido un marco de referencia mundial en acreditación, indicadores y normas asistenciales; al exigir unos estándares a los hospitales, explicita qué centros tienen capacidad para hacerlo bien.

En 1965, en Estados Unidos, se inician los programas de asistencia pública a ancianos e indígenas, lo que dio un impulso a la acreditación de la JCAHO de hospitales, puesto que el estar acreditado empezó a ser un requisito para concertar con la administración pública sanitaria.

En 1966, Avedis Donabedian formula la clasificación de los métodos de evaluación de la calidad asistencial, basada en la evaluación de la estructura (abarca las características estables de los proveedores de la atención sanitaria: recursos humanos, físicos y financieros), en el proceso (como conjunto de actividades que los profesionales realizan a, por o para el paciente y la respuesta del paciente a esas actividades) y en el resultado (las mejoras en el nivel de salud del paciente y la satisfacción ante la atención recibida).

Se creó en 1972 en Estados Unidos la Professional Standards Review Organizations (PSRO), para la evaluación de la calidad de la atención de los hospitales. A partir de aquí, empiezan a proliferar en los distintos países las entidades gubernamentales o no gubernamentales dedicadas a la evaluación de la asistencia sanitaria y la elaboración de normas de acreditación y calidad: en 1976, Australian Council on Hospital Standards (Australia); en 1976, National Association of Quality Assurance Professionals (NAQAP, Estados Unidos); en 1979, Holanda; en 1980, Canadian Association on Quality Assurance Professionals, Canadian Council on Hospital Accreditation. En 1983, en España se funda la Sociedad Española de Calidad Asistencial, para promocionar y difundir la cultura de mejora de la calidad asistencial en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria.

La extensión de la cultura de calidad en el sector sanitario se instrumentó en objetivos y legislaciones nacionales e internacionales. En el proyecto de la Organización Mundial de la Salud (“Salud para todos en el año 2000”) se insta a los países miembros a promover organismos y grupos de aseguramiento de la calidad en la atención, dentro del marco de sus sistemas sanitarios, a través de métodos de vigilancia continua y sistemática, para determinar la calidad, no limitándose a la dimensión científico-técnica.

En Venezuela, desde 1971, señalado por Heimerdinger A (1997), la Asociación Venezolana de Hospitales aprobó una ponencia sobre acreditación de hospitales. En 1974 y 1975 el Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA) dictó dos cursos de Auditoría Médica. La Federación Médica Venezolana (1984 y 1985), en las asambleas generales, aprobó los reglamentos para las Comisiones de Auditoría Médica, para la evaluación de los actos médicos en tres niveles: central, regional, institucionales y departamentales, para los hospitales públicos y privados. El Ministerio del Poder Popular para la Salud, con las normas sobre eficiencia y productividad de la atención médica y la Federación Médica Venezolana, aprobaron un procedimiento de evaluación cuantitativa de hospitales y ambulatorios para ser empleados voluntariamente.

Cabe destacar que en la actualidad la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) considera en su proceso de acreditación, además de la estructura, la gestión de los recursos humanos, la orientación al paciente y la mejora de los procesos. Como resultado del impacto logrado a través de la evaluación de los procesos en las empresas productoras de bienes o prestadoras de servicios para su mejora y en la certificación que se otorga por las instancias evaluadoras, se ha iniciado la aplicación del sistema ISO (International Organization for Standardization), el cual surgió en 1947 para unificar, asegurar y certificar normas internacionales de calidad en los procesos de producción de una empresa y estar en condiciones de garantizar la calidad de los artículos que se producen. Desde entonces se han venido desarrollando instrumentos nuevos, dirigidos a la certificación de empresas prestadoras de servicios y en las de servicios de salud; hasta ahora su aplicación se ha limitado a laboratorios clínicos, bancos de sangres, pago de proveedores, proceso de adquisición de bienes y otros similares.

En referencia a la aproximación histórica expuesta a través del tiempo, se deduce que los propósitos de una atención de calidad deberán guardar una estrecha congruencia con la visión y misión de la institución y del servicio, centrada en el paciente y dirigida a satisfacer sus necesidades de salud, sus expectativas y ser congruentes con las circunstancias del entorno.

Con el auge de los modelos industriales de estandarización (ISO), evaluación y mejora continua de la calidad y su aplicación en las instituciones de salud, se ha dejado de lado la evaluación y mejora continua de la calidad en el proceso de atención médica.

Se ha privilegiado la evaluación de la estructura (instalaciones y recursos tecnológicos) y la estandarización y normalización de los procesos, mediante la elaboración de normas y manuales de procedimientos, su difusión y conocimiento por el personal, sin tener en cuenta la calidad de la atención profesional y técnico-médica, el respeto a los principios éticos, la identificación de eventos adversos y la satisfacción de pacientes y prestadores de servicios.

Se puede considerar que una certificación por el sistema ISO es útil para acreditar que un servicio o unidad médica estén en condiciones de otorgar una atención de calidad, pero no la puede garantizar.

Es a partir de ello que Aguirre-Gas (2007) señala que los métodos eminentemente industriales están enfocados a la estructura y la organización, útiles para indicar la calidad en cuanto a recursos y organización, pero no garantizan que los pacientes estén recibiendo una atención médica con calidad. Es por ello por lo que, con el transcurrir de los tiempos, organizaciones europeas y norteamericanas dedicadas a evaluar y mejorar la calidad de la atención, están adoptando modelos centrados en el paciente, con evaluaciones hechas por los médicos.

En efecto, Saturno (2001) afirma que una mala organización puede ser causa de mala atención, pero una buena organización no garantiza que la atención sea buena; los criterios de estructura son una condición necesaria, pero no suficiente para afirmar que el servicio es de calidad; su presencia indica que la calidad es posible, pero no se puede concluir que realmente ocurrirá.

Es Aguirre-Gas (1995) quien propone que los médicos retomen la responsabilidad de evaluar y mejorar una atención de calidad centrada en el paciente, que tenga en cuenta la oportunidad de la atención, la satisfacción de sus necesidades de salud, en función de la competencia profesional del personal, de la aplicación de los conocimientos médicos vigentes, su seguridad durante el proceso de atención, el respeto a los principios éticos de la práctica médica y la satisfacción de sus expectativas con la atención recibida; así mismo, exhorta a que la evaluación sea realizada entre pares, de lo contrario otros lo harán por los médicos.

Es por ello la necesidad de evaluación no solo de la demanda de atención, también de las expectativas al recibir la atención; con este fin ha evolucionado el Sistema de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica. Aguirre-Gas (1995). Este sistema lleva implícito la auditoría, la cual no tiene una finalidad punitiva, sino que impera la aspiración de aprender para prevenir el error y persiguen asegurar un buen resultado mediante la mejora continua, que no se preocupa por conocer quién ha podido cometer el error, sino de averiguar qué procesos necesitan mejorar. En el ejercicio médico, la mejora continua combinará ética, técnica y arte.

Así mismo, Aguirre-Gas (2002) plantea la necesidad de tener en cuenta que, en la prestación de los servicios médicos, el “cliente” (paciente) es parte integral del proceso de atención y, por lo tanto, su satisfacción con los servicios médicos recibidos no estará únicamente en los resultados obtenidos, sino también en el proceso mismo de la atención y en la participación del cliente. Es en este proceso hacia el logro de una atención centrada en la satisfacción de las necesidades de salud del paciente y sus expectativas donde se aplica la política de otorgar la atención médica con competencia profesional, con seguridad para el paciente y con apego a los principios éticos de la práctica médica.

Desde mediados del siglo XX hasta nuestros días, las instituciones (empresas, gobiernos, industrias, entre otras) han realizado enormes esfuerzos para lograr que aquello que ofrece

al resto de la sociedad (producto o servicio) sea cada vez mejor, porque marcar la diferencia con la competencia y hacer las cosas lo mejor posible es para todo un desafío constante.

Los retos de un mundo más tecnologizado y múltiple han llevado a la extensión de la cultura de la calidad a todos los países y a todas las actividades humanas. Es por eso por lo que la Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica requiere de la monitoría y la evaluación de indicadores de calidad y eficiencia seleccionados. Destacados autores, como Ruelas Barajas (1992), acuerdan los siguientes modelos de seguir y lograr actividades de calidad a la organización de salud involucrada:

Modelo médico o de la atención a la salud

A diferencia del modelo industrial, en donde el diseño de la estructura se considera responsable de la calidad del servicio, en el modelo médico el acento se coloca en el desempeño de las unidades asistenciales, de modo que los integrantes son los que hacen el gran aporte a la atención. Por ello, para mejorar la calidad no es prioritario el cambio de sistema sino de las conductas. El método clínico y el epidemiológico serían las herramientas fundamentales para la evaluación, respetando la organización jerárquica de los establecimientos de salud. Donabedian (1995).

Modelo de evaluación por indicadores

Indicadores de resultados: como indicadores mínimos indispensables para los resultados de la atención con calidad y eficiencia, en el desempeño de las unidades médicas se propone: índice de subsecuencia, índice de altas de la unidad, promedios de días de estancia, porcentaje de ocupación, cirugías por sala de operaciones, porcentaje de cirugías ambulatorias, porcentaje de pacientes en puerperio de bajo riesgo, exámenes de laboratorio y estudios de imagenología, porcentaje de consultas, de egresos y de pacientes en observación de emergencia.

Indicadores de calidad: específicos de calidad en los resultados de la prestación de los servicios médicos se propone: porcentaje de mortalidad, mortalidad materna y perinatal, mortalidad potencialmente evitable, porcentaje de cesáreas, diferimientos en consulta externa y cirugía, porcentaje de cirugías suspendidas, reingresos hospitalarios por el mismo diagnóstico antes de 30 días y los reingresos a urgencias por el mismo diagnóstico antes de 72 horas.

Indicadores de seguridad: especial relevancia ha adquirido la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria, incorporándose registros de eventos adversos y eventos centinela, incluyendo caídas de cama o camillas, úlceras de decúbito, infecciones intrahospitalarias, en heridas quirúrgicas, infección en heridas operatorias, infecciones asociadas a cateterismo venoso, vesical o por uso de ventiladores, cirugías de pacientes, lado corporal u órgano equivocado, permanencia de material quirúrgico en el lecho operatorio después de haber concluido la cirugía, reacciones transfusionales y medicamentosas graves.

Por último, cuando de calidad asistencial se trata, en el área médica e instituciones hospitalarias se debe lograr actuaciones profesionales, permanentes, al enfermo conforme a los más precisos y actualizados conocimientos científicos, su correcta aplicación y un trato personal adecuado, con la finalidad de satisfacer las necesidades y aspiraciones de los enfermos, tanto reales como

percibidas con el menor consumo de recursos para la organización; traduce entonces, que el encuentro médico-paciente es la función primordial a mejorar, cuidar y vigilar en las organizaciones de salud.

La relación médico-paciente en las organizaciones de salud

La relación médico-paciente (RMP), piedra angular de la gestión asistencial de salud, constituye el núcleo vertebrador del quehacer profesional y la razón de ser de una profesión como es la médica. La práctica médica está inserta en el complejo sistema de las relaciones humanas, pues el médico se relaciona con seres humanos para restablecer, mantener o incrementar su calidad de vida, su bienestar físico, biológico, psicológico y social, por lo cual, no resulta suficiente actuar con un elevado profesionalismo científico-técnico que no tenga en cuenta la esencia de ese ser humano; es decir, su mundo interno, subjetivo. Para ello, se contextualiza un vínculo de respeto al ser social en las relaciones humanas, en dirección a satisfacer las demandas conscientes o inconscientes del paciente.

Es por ello que la relación médico-paciente es considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina; además, la atención médica es una forma específica de asistencia, de ayuda técnica interhumana, debido al encuentro entre dos seres humanos, dotados ambos de inteligencia, de libertad, de intimidad, de una vida afectiva propia y de una historia personal única, irrepetible.

Lo anterior es resumido en las palabras de Kollar, que señala Aruguete (2000):

Se espera que el médico se ocupe no solo del organismo enfermo, sino, así mismo, del estado del organismo entero, del hombre en su totalidad, porque se encuentra de hecho frente a una persona, no ante un órgano aislado, ni ante una psique abstracta. (p.16)

De acuerdo a lo anterior, se anhela por sobre todo actitudes de solidaridad, proximidad e intimidad; de aquí que el instrumento más adecuado para la relación sea la comunicación verbal y no verbal y el vínculo más apropiado, la empatía con sus vivencias.

El profesional de salud no puede dejar de considerar que el binomio salud-enfermedad se produce en una cultura determinada; este proceso, según Goic (2000), está moldeado por factores sociales y culturales, que no se dan exclusivamente con el enfermo, sino que se extiende también a su familia, sus parientes y amigos. Sin embargo, la relación con otros se genera en función de la relación interpersonal con el paciente.

Cabe decir que, primariamente, una relación interpersonal no es sin embargo una relación interpersonal cualquiera, sino que la RMP es una relación técnica específica, diagnóstica y terapéutica. Pero la RMP se da también en un plano humano, afectivo y ético, de modo que los aspectos técnicos de la relación deben estar siempre supeditados a la condición de persona, tanto del paciente como del médico, resguardándose así la dignidad de ambos. Lo importante es que el acto médico lo realiza un hombre que tiene los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para prestar ayuda a otros hombres que la requieren, porque ven amenazado su

bienestar o su vida. Es esta condición la que imprime a la profesión médica su carácter de profesión de servicio y la que le otorga su nobleza y dignidad.

Las organizaciones de salud tiene al médico frente a su paciente, como dispensador de cuidado, apoyo y curación en la salud y la enfermedad; es a través del acto médico que se fundamenta un convenio de confianza que obliga al médico a ser competente y estar al servicio del bienestar de sus pacientes; sin embargo, este acuerdo como criterio del acto asistencial debe ser satisfactorio y, por lo tanto, de calidad, dado que el servicio de atención médica constituye lo que se conoce como “el arte” de la medicina, que es de igual importancia que su parte científica.

Significa entonces que la relación médico-paciente sigue siendo, por encima de los continuos progresos en los conocimientos científicos y desarrollos tecnológicos, el sustento de la práctica médica. Los cambios históricos han determinado que fuerzas sociales, económicas, políticas, tecnológicas o culturales involucren cambios a través del tiempo en la concepción teórica y práctica del encuentro entre el médico y el paciente. A pesar de los cambios en el tiempo y los adelantos científicos, la atención médica se hace posible en tanto el profesional de salud y el paciente interaccionen en un encuentro de tipo técnico-profesional y humano, fundamentado en el conocimiento cabal sobre el paciente, en la confianza mutua y en la capacidad de ambos para la comunicación.

En relación con esta última característica, Dörr (2004) plantea que entre el médico y el paciente se genera un acto comunicativo donde el cómo se habla, cómo se mira y se escuchan, puede ser fuente, cauce y resultado de la amistad que se establezca entre ambos, como también será un factor determinante en el diagnóstico y tratamiento a seguir. Por lo tanto, la mirada, la palabra, el silencio, la exploración manual y la exploración instrumental son constitutivos de la relación médico-paciente e influyen en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención, lo que facilita la toma de decisiones consensuadas y dejando al final una satisfacción de ambas partes por el servicio prestado/recibido.

En la organización de salud, la relación médico-paciente (RMP) está inmersa en un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos, que se dan como supuestos de los encuentros clínicos, como vínculo esencial entre el profesional médico y el paciente demandante de servicios relacionados con salud y enfermedad para restaurar la salud y evitar la muerte.

Así mismo, Fernández, J. (2007) acota debilidades en la RMP desarrollada en las organizaciones hospitalarias, al afirmar que la naturaleza de la práctica médica en los servicios públicos de salud daña la integridad de la RMP, especialmente en su continuidad, atizada por las reiteradas visitas de los pacientes a diferentes centros de salud y hospitales, crisis que recurren en la administración pública; además de las presiones administrativas de cumplir con el tiempo laboral del médico, han contribuido también a la despersonalización de la interacción clínica.

El médico y el paciente se entrelazan en una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud una de las más preciadas aspiraciones del ser humano, y a

diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados.

En la actualidad, el contacto comunicativo entre el médico y el paciente se ve enriquecido por los aportes científicos y tecnológicos, que amplían progresivamente nuestros horizontes, alcances y logros, en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Sin embargo, las solas habilidades para la aplicación de la ciencia no garantizan el rol de buen médico. Por esta razón, es el “arte” más que la ciencia, lo que permite el acercamiento al enfermo que, por involucrarse en su recóndita intimidad y en sus aspectos más vulnerables, como expectativas, seguridad y - por qué no - su prestigio, debe abordarse con inteligencia, delicadeza, audacia y respeto, con juicio crítico y tolerancia en todos los escenarios, especialmente el hospitalario.

Lo anterior es sustentado por Jaim Etcheverry (2009), quien expone que la práctica de la medicina es combinación de ciencia y arte; también Bordelois (2009) apunta que el arte de la medicina está centrado, esencialmente, en la capacidad de escucha y en la interacción humana.

Como se observa en la Declaración de la Federación Mundial para la Educación Médica, de Edimburgo (1988), en la cual se concluyó que el paciente espera un médico que pueda escucharlo en forma activa, que sea un observador cuidadoso, comunicador sensible y un clínico efectivo. Es decir, la competencia clínica de un médico es juzgada en términos comunicacionales.

Cuando de arte clínico se trata, la especialidad médica que encabeza con el ejemplo y representatividad en la formación de sus médicos es la Medicina interna, la cual tiene entre su misión: aplicar el método clínico, preservar y respetar la condición integral del enfermo, a través del manejo afortunado de la comunicación con el paciente. De allí que esta investigación se desarrollará con médicos residentes de esta especialidad.

Las relaciones humanas forman parte esencial de todas las organizaciones; en las organizaciones de salud la relación médico-paciente constituye una forma específica de interactuar y manifestarse las relaciones humanas. Varios elementos se toman en cuenta en esta relación, como es: la promoción, el sustento y la restauración de la salud. Del mismo modo, la prioridad en la relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada en cierta medida por la enfermedad.

En el marco de las consideraciones anteriores, Goic (2000) describe tres hechos fundamentales y permanentes que caracterizan el encuentro del médico con su paciente:

1. Es un acto libre, basado en la confianza en el médico, tanto en su honorabilidad como en su capacidad profesional.
2. Transcurre en la intimidad de la consulta, a la cual habitualmente no tienen acceso otros actores que no sean el médico y su paciente. La transgresión de la confidencialidad provocaría un quiebre irremediable de la confianza que el paciente depositó en su médico.
3. Constituye un acto basado en la confianza mutua: la del enfermo en la integridad e idoneidad del médico y la de este, en la voluntad del enfermo de colaborar en su recuperación para reintegrarse a su labor en la sociedad.

Por lo tanto, libertad, intimidad y confianza son los elementos esenciales y constitutivos del acto médico que han caracterizado su desarrollo a través del tiempo.

La entrevista médica

La entrevista médica y la relación médico-paciente son hechos que se conforman no solo en la dimensión terapéutica, sino en el documento básico de toda acción médica: la historia clínica. De igual manera, extensa literatura asevera que la herramienta principal que posee el médico es su capacidad para realizar una entrevista adecuada, en la cual se entremezclan aspectos técnicos y de interacción social, que llevan consigo la escritura de la historia clínica.

Al considerar estudios sobre la historia clínica, destaca el de Montes de Oca (1997), quien la describe como un documento esencial para realizar una evaluación del trabajo del médico y paramédicos encargados de la salud; de igual manera, este documento (historia médica o clínica) representa la suma de todas las actividades para las cuales está destinado un hospital.

Su utilidad está en permitir analizar y establecer los elementos de la acción clínica del médico; también poder realizar una auditoría médica, investigar y estudiar indicadores cuantitativos, morbimortalidad, facilitar las actividades de los diferentes comités o subcomisiones de los hospitales y evaluar en forma integral la calidad del servicio prestado al enfermo.

La historia clínica representa el registro escrito más demostrativo y sensible de la relación médico-paciente; su contenido posee aciertos y errores ocurridos por acción de los profesionales de la medicina con repercusión en beneficio o perjuicio del paciente. En consecuencia, cuando es analizada, permite evaluar si una acción médica se realiza en forma precisa y juzgar los resultados de la actividad de sus médicos. Por consiguiente, este documento representa en la organización hospitalaria un recurso objetivo para la auditoría médica y la aplicación en investigaciones de los indicadores médicos, en la cual la entrevista médica juega un rol determinante.

Igualmente, el médico utiliza la historia para conocer y dar respuesta a todas las interrogantes sobre la causa y evolución de la enfermedad; vale decir que la gran mayoría de estudios en torno a la historia y la entrevista médicas llevan una connotación evaluativa cuali-cuantitativa del trabajo del médico y la satisfacción expresada por el paciente.

De manera que, a medida que la sociedad evoluciona, ha agregado atributos esenciales a la historia clínica; es por ello que constituye el instrumento mejor aceptado desde el punto de vista profesional, jurídico y académico, donde la comunicación médico-paciente se consigna y formaliza sobre la base del método clínico; así mismo, la historia clínica es una herramienta empírica de investigación que permite el registro, la sistematización y el seguimiento de los hechos acaecidos en el encuentro del médico con el paciente y que puede documentarse por escrito o en registros magnéticos, informáticos o audiovisuales. Ella se compone de evidencia y memoria de la RMP, para lo cual emplea como método de indagación la entrevista clínica.

Cabe agregar que la entrevista médica se asienta en un encuentro conversacional entre el médico y el paciente; se caracteriza por su técnica; tiene una estructura y objetivos precisos que incluyen el conocimiento mutuo de dos seres humanos, el abordaje, estudio y análisis de una problemática que motiva el encuentro, la elaboración de unas hipótesis diagnósticas, su

comprobación, el planteamiento de un diagnóstico y con este el desarrollo de un plan terapéutico.

En ese mismo sentido, la entrevista médica constituye un coloquio singular y único que, a lo largo del tiempo, según González (2000), es el marco temporal, espacial y metodológico donde se desarrolla la mayor parte del ejercicio asistencial en el ámbito de la salud entre el facultativo y el enfermo, y para My Marino (2003), la herramienta diagnóstica más poderosa con la que cuenta el médico y la fuente más importante de la obtención de datos primarios, en tanto determina la exactitud de los datos recolectados y la calidad de la relación con el paciente.

Significa entonces que esta conversación se convierte en una relación interpersonal técnica, diagnóstica y terapéutica, que se desarrolla en un plano humano, afectivo y ético, en un tiempo dado; de ahí que es un fenómeno complejo y del cual depende en gran parte el logro del éxito médico y el bienestar del enfermo. Es, por ello, importante que el acto médico lo realice un hombre que tenga los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para prestar ayuda a otros hombres que la requieren porque ven amenazado su bienestar o su vida.

Es esta condición la que imprime a la profesión médica su carácter de profesión de servicio y la que le otorga su nobleza y dignidad, a través de la interacción social particular: la relación entre un profesional y un paciente. Este hecho ha llevado a que, en 1993, la Organización Mundial de la Salud señalase la relevancia que tiene la asistencia más personalizada en la práctica médica. Para ello enfatiza la importancia de la entrevista como base de la práctica clínica, en donde el desarrollo de habilidades y destrezas comunicacionales genera una serie de beneficios que facilitan el buen diagnóstico y mejoran la calidad de la relación médico-paciente, optimizan el uso de los recursos disponibles, aumentan la adherencia a tratamientos, abordan los factores psicosociales involucrados en la patología y logran una mayor satisfacción del paciente con la atención recibida.

Lo anteriormente expuesto ha sido estudiado desde 1975, Hampton, quien encontró que entre 60 - 80 % de los diagnósticos médicos, así como una proporción similar de decisiones terapéuticas, son realizadas en base a información proveniente de entrevistas médicas y previas a realizar estudios adicionales de laboratorio.

Por último, Duffy (1998) asegura que la entrevista médica contemporánea es un diálogo terapéutico y principal método diagnóstico, esencial de toda terapia entre médico y paciente; generalmente la terapia fracasa, especialmente en enfermedades que se manifiestan por somatización.

Acorde a lo expuesto, la efectividad del tratamiento no solo depende de un diagnóstico acucioso sino también de la disposición del paciente para participar y cooperar en la interacción de la entrevista médica, cuyo producto es la recopilación de información en la historia médica, documento esencial de las organizaciones de salud.

La entrevista médica posee diferentes fases, según Bohórquez (2004): se inicia con una aproximación mutua entre médico y paciente, de reconocimiento general, en la que cada uno se forma una primera impresión del otro, a manera de observación recíproca, en la cual el médico asume la iniciativa comunicativa que debe facilitar la confianza y la disposición al diálogo.

Posteriormente, se aborda el problema fundamental motivo de la consulta y se profundiza en el conocimiento del paciente, mediante un proceso sistemático de preguntas y el examen físico. El lenguaje y la actitud empleados son esenciales; consciente e inconscientemente se hace una interpretación del lenguaje verbal y corporal, que permite comprender la situación del paciente al médico y evidenciar la disposición del médico al paciente. En esta fase se busca recolectar, analizar y contrastar la información necesaria para plantear un diagnóstico presuntivo, que suele requerir una confirmación clínica.

Finalmente, se elaboran las posiciones comunes. Si se ha definido el diagnóstico, se consideran las alternativas de tratamiento; de lo contrario, se plantea la realización de pruebas diagnósticas complementarias. Aquí deben quedar claros para el médico las circunstancias y problemas del paciente y, para este, la interpretación que hace el médico de su situación y el plan a seguir. La despedida cierra la entrevista con una demostración del afecto suscitado y un acto de esperanza y fe para alcanzar el mejor de los resultados.

En las fases anteriores, este autor demuestra que, a pesar del despliegue y énfasis que se hace en las modernas tecnologías, todo médico sabe que ninguna de ellas puede sustituir el diálogo con el paciente, y cada vez se hace evidente en la práctica cotidiana que el éxito del profesional de la medicina y el logro de servicios de calidad en las organizaciones de salud van a estar sustentados en cada una de estas fases, al lograr ese enlace comunicativo que conlleve a la resolución del problema de salud del paciente y satisfacción del servicio prestado por la institución de salud a la que acude.

La práctica médica involucra un acontecimiento entre actores sociales (médico, paciente, entorno familiar) que emplean como herramienta de interacción la comunicación; esta, como proceso social, debe tomar en consideración que las personas pertenecen a una sociedad caracterizada por una estructura socioeconómica determinada, una cultura específica, portadora de todos los valores, creencias y tradiciones y es en este mundo referencial en el que recibirá el mensaje.

La comunicación dentro de la entrevista médica busca indagar a través de interrogantes qué siente el paciente, qué le preocupa, cómo y cuándo comenzó la alteración de su bienestar anterior y cuál era su historia de salud antes de acudir a consulta; es el momento y el lugar donde el médico y el paciente se relacionan emocionalmente y esa comunicación se tiende a profundizar con el tiempo.

Si bien la comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta época relativamente reciente que ha sido abordada de modo sistemático y formal como un proceso comunicativo, donde se utiliza la palabra para decir lo que una persona piensa, siente e interpreta de un momento crucial de su vida: su sensación de enfermedad, su percepción de vulnerabilidad.

Lo expuesto anteriormente lo apunta Wilson y Blof (1972), señalado por Casasbuenas (2007), quien describe a la entrevista médica como un sistema social que en la actualidad es una mezcla de puntos de vista y actividades. Así también, Casasbuenas (ob.cit) hace referencia a la definición de Parsons (1975), quien sostuvo que el encuentro era una estructura asimétrica de

la relación de los roles de sus participantes, que contenía un componente jerárquico de autoridad, poder y prestigio.

Bajo este orden de ideas, Casasbuenas (ob.cit) señala a Waitrkin y Stoeckle (1976), quienes desde esa época caracterizan a la entrevista médica como un sistema micropolítico, en el que el médico tiene el control de la información para mantener los patrones de dominio y subordinación, y lo que hay actualmente es un verdadero proceso de negociación entre dos o más participantes con conceptos competitivos.

Hechas las consideraciones anteriores, es fundamental precisar en esta investigación que las organizaciones de salud constituyen un sistema de interacciones que involucran actividades sociales, jerárquicas y programadas dentro de un eje comunicacional, donde el protagonista es el paciente, en un hecho social, único como lo es la atención médica a través de la relación médico-paciente durante el encuentro humano y de servicio que brinda la entrevista médica en estas organizaciones.

La profesión médica, dentro de sus habilidades esenciales, posee la entrevista médica, la relación médico-paciente y la comunicación. Es necesario resaltar la definición de Casasbuenas (ob.cit), quien cataloga a la entrevista médico-paciente como una interacción institucional sustentada en una conversación corriente para establecer la relación y comunicación con el paciente y estas, a su vez, influyen en la calidad de la primera.

En este sentido, Sogi y colaboradores (2006) puntualizan que la entrevista médica es una excelente herramienta del médico, para no solo mejorar su función en la organización de salud, sino que constituye un elemento cognitivo que le permite fomentar, respaldar el diagnóstico, la terapéutica que el paciente necesitará, apoyando a la institución de salud a lograr sus metas con calidad en el servicio.

Por lo tanto, la calidad de la entrevista es motivo de investigación en la actualidad, debido al deterioro que se ha constatado en las habilidades de los médicos para interrogar y las consecuencias que ello origina en todo el proceso de atención médica. Pero no se extrapolan ni se evidencian estas debilidades en la entrevista médica, cuando el médico la ejecuta en estudios que presentan a la entrevista médica como un referente de calidad del servicio de atención médica en la organización de salud.

Capítulo III. Aproximación ontoepistémica a la metodología de investigación

Orientación ontoepistemológica

La naturaleza de la investigación cualitativa constituye un pensamiento emergente por cuanto permite conocer, comprender e interpretar información procedente del propio escenario social, cultural y humano, al otorgarle la palabra a los actores sociales con el propósito de versionar sus múltiples visiones, experiencias, vivencias y conocimiento respecto de cómo configuran sus representaciones sociales de su modo de sentir, pensar, actuar, comunicar e interactuar con los protagonistas involucrados en la investigación.

A la investigación cualitativa en las Ciencias Sociales, apunta Márquez (2009):

... más que explicar los fenómenos sociohistóricos le corresponde comprenderlos, indagando sobre el sentido que las personas le dan a la realidad que ellos viven. Los investigadores pueden alcanzar un conocimiento de las acciones humanas si comparten con ellos una “experiencia de vida” común y que tal enfoque es posible porque están dotados de sensibilidad para poner en práctica sus experiencias personales, y capaces de aprehender lo que viven sus semejantes, y por lo tanto no deben proceder como aquellos investigadores que estudian los fenómenos de la naturaleza y también plantea como desafío a los investigadores dar cabida a aspectos que apuntan a lo esencialmente humano: la subjetividad y las relaciones intersubjetivas, las acciones y los contextos cotidianos, los valores, las motivaciones, los sentimientos, las creencias, aspectos estos que no pueden ser estudiados haciendo caso omiso de los hombres que los han construido, o reducirlos a hipótesis estadísticas, o adscribirlos arbitrariamente a funciones y roles de sistemas sociales o de perfiles, previamente definidos (p.18).

El autor anterior enfatiza que las investigaciones cualitativas centran su atención en lo esencialmente humano, es decir, en todos aquellos aspectos de la condición humana en su mundo de vida, al otorgarles significado y sentido a sus experiencias vividas en sus propios contextos.

En este orden de ideas, Sánchez (2000) describe una serie de características que demanda la investigación cualitativa, como son: realidad múltiple, interactiva, ideográfica, holística y diseño emergente. Con respecto a la realidad múltiple, este autor admite la existencia de múltiples criterios que orientan la interpretación de los fenómenos y que dan origen a una pluralidad de perspectivas. De modo que los actores sociales exponen sus diversas visiones y versiones, las cuales son interpretadas a fin de generar y legitimar socialmente el conocimiento emergente. Además, es interactiva entre el investigador y los participantes, porque se construyen realidades de forma conjunta en el contexto natural, de manera intersubjetiva, de modo que el diseño emergente - expresa Sánchez (ob.cit) - es esencialmente humano, al dar cabida a la forma de sentir, pensar, comunicar, actuar e interactuar de los actores sociales.

La investigación cualitativa es ideográfica, puesto que - según Sánchez (ob.cit.) - toda acción y situación pertenece a un contexto y a un tiempo determinado; es holística porque se toma la realidad como va emergiendo de los actores sociales en forma natural, globalmente y en su propio entorno.

Con respecto a lo que caracteriza un diseño emergente, las versiones dadas por los actores sociales son diversas; cada una es una realidad, ninguna se parece a la otra; la información va emergiendo espontáneamente y va a generar argumentos de decisiones. Es elocuente, entonces, afirmar lo expresado por Sánchez de Valera (2003): “la interacción social del investigador con los investigados en la cotidianidad de su mundo experiencial, así configuran los actores sociales sus representaciones de su mundo social y humano, lo cual da sentido y significado a sus vivencias”. (p.98)

Así mismo, permite a los protagonistas sociales construir y reconstruir en forma conjunta y en sus ambientes naturales, sociales y humanos las representaciones que dan razón a sus experiencias.

En este orden de ideas, Strauss y Corbin (1990) afirman que la investigación cualitativa constituye una descripción detallada de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables; para ello se utiliza la voz de los participantes, sus experiencias, actitudes y creencias, tal y como son expresadas por ellos mismos.

En ese mismo sentido, Sandin (2003) señala que la investigación cualitativa participa de una gran variedad de discursos o perspectivas teóricas y engloba numerosos métodos de investigación y técnicas de recolección de datos. Esta riqueza requiere un orden conceptual en el ámbito en el que se estudie, dada la pluralidad de términos usados con diferentes sentidos, lo cual denota el alcance y la complejidad del enfoque cualitativo en el abordaje de las tres dimensiones ontoepistemológicas y metodológicas de la investigación.

A partir de estas ideas, la presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con una coherencia paradigmática en los niveles ontológicos, epistemológicos y metodológicos, de manera de dar cuenta de las condiciones de complejidad y el significado de la realidad social que viven los actores sociales en su cotidianeidad. Es por ello por lo que el objeto de estudio de esta investigación, referido al significado de la entrevista médica, se enmarca en el paradigma fenomenológico–hermenéutico (FH), por cuanto la comprensión del mundo viene dada por la interpretación de la experiencia vivida y, como método, el etnográfico.

La fenomenología y la hermenéutica son dos importantes tradiciones filosóficas europeas cuyas nociones y aspectos teóricos fundamentales están siendo desarrollados y aplicados de forma fértil en investigación. En efecto, desde hace ya algunas décadas sobresale como paradigma fenomenológico-hermenéutico, el cual concibe a las Ciencias Sociales como ciencias comprensivas interpretativas, cuyos representantes se encuentra en Heidegger, Gadamer y Ricoeur. Este paradigma enfatiza la comprensión frente a la descripción, y la interpretación marca la ontología como una forma de existir/ser/estar en el mundo, donde la dimensión fundamental de la conciencia humana es histórica y sociocultural y se expresa a través del lenguaje.

En ese sentido, la fenomenología pretende comprender los significados que los sujetos dan a su experiencia; lo verdaderamente importante es lograr aprehender el proceso de interpretación a través del cual las personas definen su mundo y, con base en este, su forma de actuación. La hermenéutica tendría como misión descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las cosas, los escritos, los textos, los gestos y, en general, el comportamiento humano, así como cualquier acto u obra suya, pero conservando su singularidad en el contexto de que forma parte. Es imprescindible cuando la acción o el comportamiento humano se presta a diferentes interpretaciones.

El paradigma fenomenológico-hermenéutico es particularmente asumido en la psicología, atención sanitaria y, más recientemente, en áreas como recursos humanos y gestión empresarial, así como en otras disciplinas de las Ciencias Sociales. En el área de la atención de la salud ha sido empleado por múltiples autores profesionales, médicos y de enfermería, como son: Van der Zalm (2000), Jansson (2002) y Berg (2006), donde la fenomenología hermenéutica se utilizó en el cuidado de la salud, en la interacción y práctica de la atención médica en las organizaciones de salud, por promover este paradigma que la comprensión del mundo viene dada por la interpretación de la experiencia vivida.

Gadamer (1998) explica que la fenomenología hermenéutica (FH) se inspira en la tradición, considerada como “un conjunto de conocimientos e ideas, una historia de vida de pensadores y autores que, si son tomados como ejemplo, constituyen tanto una fuente como una base metodológica para presentar las prácticas de investigación en ciencias humanas”. (p.56)

De la misma forma, este paradigma supone una determinada orientación teórica y epistemológica, enraizada en las nociones y presupuestos de la fenomenología y la hermenéutica. La FH está interesada, primordialmente, por el estudio del significado esencial de los fenómenos, así como por el sentido y la importancia que estos tienen vividos cotidianamente. En este sentido, Van Manen (2003) señala que es esencial para el investigador comprender la naturaleza del conocimiento y su vinculación con la práctica. Solo a partir de este sustrato de ideas pueden ser comprendidas y asumidas las actividades de investigación bajo este paradigma.

El paradigma fenomenológico-hermenéutico, según Crotty (1998), utiliza el interpretativismo para significar la postura filosófica en una metodología que proporciona un contexto y fundamentación para el desarrollo del proceso de investigación y una base para su lógica y criterios de validación, es decir, como una manera de fundamentar la cientificidad de la investigación en las Ciencias Sociales.

El valor fundamental de este paradigma radica en su capacidad de acceder a la comprensión profunda de la experiencia humana investigada desde diversos ámbitos disciplinares; de allí que esta investigación lo asumió en el campo de las organizaciones de salud, en el cual nuestro objeto de estudio emergió de médicos residentes del postgrado de Medicina interna y de los pacientes escenario de estudio, para interpretar y comprender los significados y sentidos que tiene para ellos la entrevista médica en los procesos de intercambio que se producen en su entorno social, y a partir de sus voces poder generar una aproximación teórica emergente sobre los aspectos de la entrevista médica que configuran un referente de calidad en las organizaciones de salud hospitalarias.

Ahora bien, en esta investigación, epistemológicamente, la perspectiva socio-construccionista contribuyó a explicar cómo se obtiene un determinado conocimiento de la realidad y de establecer el estatus que se debe asignar a las interpretaciones y las comprensiones que se logran. Según Crotty (1998), el socio-construccionismo rechaza la idea de que existe una verdad objetiva en espera de ser descubierta. La verdad y el significado emergen a partir de nuestra interacción con la realidad; el significado no se descubre, sino que se construye en la intersubjetividad compartida con la construcción social y generación colectiva y transmisión del significado. Desde esta posición, se asumió que diferentes personas pueden construir significados y otorgarle sentidos diversos a un mismo fenómeno.

En relación con la consideración anterior, se construye el comportamiento humano constituido principalmente por acciones que poseen significados creados, cuestionados y modificados durante el desarrollo de las prácticas sociales de las personas, siendo constructores de su realidad social objetiva que, a su vez, los determina, y entendidas solo en la medida en que se conoce el sentido que le atribuye el actor individual. Las prácticas humanas solo pueden hacerse inteligibles accediendo al marco simbólico en el que las personas interpretan sus pensamientos y acciones, para lo cual es necesario comprender la vida subjetiva que es dinámica y mutuamente constitutiva con la estructura social en la que se inserta.

Con referencia a las prácticas humanas y a la construcción del conocimiento, en la presente investigación se logró, a través de la interacción dialógica entre los residentes del postgrado de Medicina interna de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado con la investigadora, conocer e interpretar las realidades sobre la entrevista médica, para indagar desde sus propias voces, los significados y sentidos de la entrevista médica como referente de calidad en la organización de salud hospitalaria donde laboran. Esta construcción teórica del significado del objeto de estudio se establece a través de la comprensión interpretativa del mundo personal de cada participante involucrado en dicha acción.

La comprensión interpretativa posee supuestos básicos de diferentes autores que se han versionado a través de varias décadas, entre los cuales se compilan a Glaser y Strauss (1967) Giddens (1979), Wright (1980), Van Manen (1983), Erikson (1989) y los enunciados por Sandin (2003), con los cuales esta investigación coincidió: (a) naturaleza interpretativa, holística, dinámica y simbólica de todos los procesos sociales, incluidos los de investigación; (b) el contexto como un factor constitutivo de los significados sociales; (c) el objeto de la investigación es la acción humana (por oposición a la conducta humana), y las causas de esas acciones residen en el significado interpretado que tienen para las personas que las realizan, antes que en la similitud de conductas observadas; (d) la objetividad se alcanza accediendo al significado subjetivo que tiene la acción para su protagonista; (e) el objeto de la construcción teórica es la comprensión teleológica antes que la explicación causal.

Con el apoyo de las disciplinas médicas, la sociología, la psicología, la antropología, el objeto de estudio estuvo enriquecido por la dinámica originada en la acción simultánea de varios niveles de la realidad, que permitieron interpretarlo a través de la triangulación con los diferentes modos de percepción, descripción de la realidad y de relación entre la realidad y lo real, e interpretarlos como hermeneuta; este soporte interdisciplinario permitió ampliar la dimensionalidad del objeto de estudio.

El paradigma fenomenológico-hermenéutico, a partir del plano ontológico, aportará la definición del ser como punto de partida para poder establecer las categorías fundamentales o modos generales de ser de los actores sociales, a partir del estudio de sus acciones, sentimientos y emociones, tal como lo expresa Heidegger (1999), quien estudia lo que es, en tanto que es y existe. Por ello, es llamada *la teoría del ser*, es decir, el estudio de todo lo que es: qué es, cómo es y cómo es posible. En este orden de ideas, Guba y Lincoln (1994) y Taylor y Bogdan (1994) establecen que existen múltiples realidades; por lo tanto, es importante conocer, desde las propias voces de los actores sociales, la realidad que cada uno de ellos tiene sobre el objeto de estudio, de manera que la realidad que surja de él oriente a crear y desarrollar una aproximación teórica sobre nuevos referentes para pensar, conversar, sentir y hacer sobre la temática estudiada.

Desde el punto de vista de la configuración ontológica, la realidad emergió por una relación intersubjetiva del investigador con los actores sociales, en este caso, los residentes del postgrado de Medicina interna, con el propósito de construir aproximaciones teóricas sobre el significado de la entrevista médica como referente de la calidad de servicio de la organización de salud hospitalaria, a través de la reflexión compartida de sus emociones, experiencias, vivencias, percepciones y conciencia, manifestados a través del discurso, la opinión y su actitud.

Apoyado en los planteamientos de Ibáñez (2001), Ceberio (2006) argumenta que la epistemología es un proceso dialéctico, que explica cómo las personas conocen y de qué forma conocen; este discernimiento se considera como el fruto o resultado de una interacción, de una dialéctica, o diálogo, entre el conocedor y el objeto conocido. En este diálogo tienen voz múltiples interlocutores, como los factores biológicos, psicológicos y, sobre todo, los culturales; todos influyen en la conceptualización o categorización que se haga del objeto. Lo que se estima verdadero se basa en un consenso y este se da en un contexto social e históricamente determinado.

Desde la dimensión epistemológica, la investigación intentó la construcción de un tipo de conocimiento que permitió captar el punto de vista de quienes producen y viven la realidad social y cultural y asumió que el acceso al conocimiento, en lo específicamente humano, se relacionó con un tipo de realidad epistémica cuya existencia transcurrió en los planos de lo subjetivo y lo intersubjetivo.

Bajo estas ideas, en el presente estudio se buscaron los valores individuales de los residentes de postgrado de Medicina interna de la UCLA y de los pacientes como parte del proceso axiológico, para la construcción e interpretación del conocimiento, dado que la realidad está interrelacionada por el contexto, creencias y modos de pensar de ellos. Se interpretó la reflexión con los investigados, los significados y sentidos que ellos asignaron a la entrevista médica y se generó, a través de la intersubjetividad, el valor que tiene ella como referente de calidad para la organización de salud hospitalaria en que laboran y permanecen.

Sobre la base de estas premisas ontoepistemológicas, en este estudio se otorgó la palabra a médicos residentes del postgrado de Medicina interna y a pacientes, para aproximarnos a conocer, interpretar y comprender estos actores sociales en cuanto a su sentir, pensar, actuar, comunicar e interactuar en la entrevista médica durante su práctica profesional y estaba en las

organizaciones de salud hospitalaria. Con este propósito, la reflexión compartida con los actores sociales, en su contexto natural de trabajo y la interacción dialógica con ellos, contribuyó a la construcción del conocimiento que emergió sobre el significado y sentido de la entrevista médica; de tal manera, que la aproximación teórica que se elaboró sobre la entrevista médica como referente de calidad de servicio de la organización de salud hospitalaria, contribuirá a generar cambios en las instituciones de salud.

Orientación metodológica de la investigación

Bajo las consideraciones anteriores, el abordaje metodológico de la presente investigación se hizo desde el enfoque cualitativo; se usaron los métodos, técnicas y procedimientos cualitativos que a continuación se describen, para comprender y construir aproximaciones teóricas sobre la entrevista médica como referente de calidad en las organizaciones de salud.

Método y técnicas de investigación

Los métodos de investigación constituyen el camino para llegar al conocimiento científico, así lo afirma Bisquerra (1989) al definir el *método* como un conjunto de procedimientos que sirven de instrumento para alcanzar los fines de la investigación. En este trabajo, se empleó la etnografía como método. Al respecto, Martínez (1991) plantea que este método “se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y grupal de forma adecuada” (p.28). Por lo tanto, permite ver los miembros desde dentro del grupo y desde distintas perspectivas, debido a que lo que cuenta son los significados y las interpretaciones que los sujetos hacen.

Woods (1998) afirma que para comprender la interacción social es necesario que las personas que intervienen contextualicen, más allá del escenario, puesto que incluye historia, costumbres, lenguaje, manifestaciones y situaciones en que se da la representación en estudio, al contemplarla tan cerca como sea posible y en profundidad. Por lo tanto, se debe intentar analizarla desde el punto de vista de estos y apreciar cómo interpretan ellos las indicaciones que otros les hacen, el sentido y el significado que le atribuyen estos y cómo construyen sus propias acciones.

En referencia al planteamiento anterior, el objeto de estudio sería la nueva realidad que emerge de la interacción de las partes constituyentes, mediante la búsqueda de esa estructura con su función y significado. La realidad, en este estudio, es la entrevista médica, que aparece por vía de las relaciones que se dan entre sus protagonistas, en un contexto organizacional determinado.

El significado preciso lo tienen las “acciones humanas”, las cuales requieren, para su interpretación, ir más allá de los actos físicos, ubicándolas en sus contextos específicos, puesto que los actos de las personas, en sí, descontextualizados, no tendrían significado alguno o podrían tener muchos significados a la luz de la interpretación.

El acto en sí no es algo humano; lo que lo hace humano es la intención que lo anima, el significado que tiene para el actor, el propósito que alberga, la meta que persigue; es decir, la función que desempeña en la estructura de su personalidad y en el grupo humano en que vive.

Se busca entonces el significado de las acciones o de los eventos atendiendo al amplio contexto de la sociedad, los conceptos de *ethos* (costumbres) y el sistema ideológico. Es por ello por lo que este fue el método escogido para esta investigación, como expresión metódica de una cultura médica de trabajo.

Técnicas de recolección de la información

El estudio es empírico y naturalista. Para la recolección de la información se recurrió a técnicas específicas de la investigación cualitativa, como: la observación participativa, grupos focales de discusión, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas.

La observación participativa - técnica que, según Villalobos (2001), permite que el investigador haga una inmersión en el contexto y presencie de manera directa el fenómeno objeto de estudio - facilita contar con su propia versión, aunada a la de los otros actores sociales que participen en la investigación. Según Latorre (2003), “la observación participante posibilita al investigador acercarse de una manera más intensa a las personas y comunidades estudiadas, problemas que preocupan y permite conocer la realidad social que difícilmente se podría alcanzar mediante otras técnicas” (p.48). Para registrar la información de los observadores participantes, se llevó un registro abierto narrativo descriptivo de los fenómenos y situaciones observados.

De allí que se utilizó para introducirse dentro del grupo de estudio y llegar a formar parte de él y así conocer, desde dentro, los acontecimientos, las personas y las interacciones entre ellas, para describir los significados y sentidos de los residentes del postgrado de Medicina interna sobre la entrevista médica y sus vivencias en las organizaciones de salud hospitalaria.

Luego, se registraron las respuestas de los actores sociales, utilizando instrumentos como sistemas de seguimiento, tales como: notas de campo, resúmenes escritos a mano, grabaciones y videos. En este sentido, Furman (2002) señala que los instrumentos del sistema de seguimiento son medios que permiten de forma eficiente recolectar, procesar, reportar y analizar la información. Además, permite ordenar la información de campo que se obtiene, mediante la relación entre testimonios.

Del mismo modo, el grupo focal de discusión también se denomina "entrevista exploratoria grupal" o "focus group", en el cual un grupo reducido (de seis a doce personas) y con la guía de un moderador, se expresan de manera libre y espontánea sobre una temática. En este sentido, Morgan (1996) afirma que los grupos focales constituyen una técnica muy utilizada en la investigación cualitativa, la cual recolecta información producto de la interacción de un grupo de personas sobre un tópico determinado por el investigador, pues el investigador tiene sumo interés de analizar e interpretar la información obtenida de la interacción del grupo. Posteriormente, Canales (1998) añade características importantes a los participantes de un grupo de discusión, quienes expresan sus opiniones sobre un tema de interés común y aportan informaciones sin modificar las de los demás; no se trata de un intento de imponerse sino de aportar unas ideas. Esta discusión es cuidadosamente diseñada para obtener las percepciones, los pensamientos, los sentimientos y las sensaciones de un grupo de personas sobre una particular área de interés, a través del intercambio de opiniones y experiencias personales.

En este orden de ideas, la técnica de los grupos focales se enmarca en la investigación cualitativa, entendiéndose como proceso de producción de significados que apunta a la indagación e interpretación de fenómenos ocultos a la observación de sentido común. Además, se caracteriza por trabajar con instrumentos de análisis que no buscan informar sobre la extensión de los fenómenos (cantidad de fenómenos), sino más bien interpretarlos en profundidad y detalle, para dar cuenta de comportamientos sociales y prácticas cotidianas.

Por lo tanto, para constituir un grupo de discusión, se toma en cuenta que sean integrados entre 6 y 10 personas similares en edad, experiencia profesional, empleo, nivel educativo, entre otros. Esta homogeneidad en los participantes del grupo facilita las discusiones, el intercambio de opiniones y evita el aislamiento de algunos miembros. Debe ser guiado por un moderador, funcionar en un ambiente cálido, confortable y armónico, con el propósito de generar interacción entre los miembros, saber qué opinan sobre el tema en estudio o sobre las acciones que están desarrollando, qué comentarios pueden aportar, sus necesidades, intereses y expectativas.

En el marco de las consideraciones anteriores, es importante agrupar las diversas funciones que en esta investigación se le propondrá al grupo focal, como son: conocer conductas y actitudes sociales, con mayor cantidad y variedad de respuestas, lo que ayuda a relevar y enriquecer la información sobre la temática y así, entre otras funciones, obtener ideas para desarrollar estudios ulteriores. Así mismo, Aubeil (1993) revela ventajas que como técnica los grupos focales poseen a la hora de descargar información, entre las cuales están: el ambiente de seguridad, en el cual los participantes no se sientan presionados a responder cada una de las preguntas formuladas, y de este modo expresarse de una manera espontánea.

Este ambiente grupal le permite al facilitador o moderador (entrevistador a cargo de la técnica) explorar con flexibilidad otros temas relacionados, a medida que van surgiendo. En esta evolución de la entrevista médica versionada por numerosos autores, destacan los cambios significativos de las concepciones en la relación médico-paciente y su consecuente repercusión en la práctica clínica de los médicos en las organizaciones de salud. De tal modo, la relación médico-paciente ha protagonizado hasta la actualidad innumerables análisis, reflexiones y controversias entre el encuentro del médico y el paciente bajo la mirada de psicólogos, filósofos, sociólogos, antropólogos, entre otros.

En este orden de ideas, se destaca la visión de la humanización aplicada a la esfera de la salud, referida por Schiappacasse (1999); significa hacer referencia al hombre en todo cuanto se cumple para fomentar y proteger la salud, cuidar las enfermedades, asegurar un ambiente que favorezca la vida sana y armónica a nivel físico, emocional, social y espiritual. (p.12) En esta evolución de la entrevista médica versionada por numerosos autores, destacan los cambios significativos de las concepciones en la relación médico-paciente y su consecuente repercusión en la práctica clínica de los médicos en las organizaciones de salud.

De tal modo, la relación médico-paciente ha protagonizado hasta la actualidad innumerables análisis, reflexiones y controversias entre el encuentro del médico y el paciente bajo la mirada de psicólogos, filósofos, sociólogos, antropólogos, entre otros. En este orden de ideas se destaca la visión de la humanización aplicada a la esfera de la salud referida por Schiappacasse (1999); significa hacer referencia al hombre en todo cuanto se cumple para fomentar y proteger

la salud, cuidar las enfermedades, asegurar un ambiente que favorezca la vida sana y armónica a nivel físico, emocional, social y espiritual. (p.12). Como consecuencia, se observa que es posible que se genere en un período de tiempo corto una amplia gama de información y los resultados se encuentran disponibles con mayor rapidez para los miembros del proyecto.

Cabe destacar lo que señala Krueger (2001) respecto a que el grupo focal además sirve de estrategia para definir y entender problemas de calidad, que es uno de los propósitos del presente estudio, y por ello es por lo que se empleó como principal técnica de recopilación de información, que emergió de dicha actividad como un recurso valioso en la construcción teórica de esta investigación. Este grupo de discusión se desarrolló acorde a acciones planificadas y se realizó el diseño de guion para ejecutar la actividad de discusión grupal, de manera que la conversación se estableció en función de los intereses de la investigación y no existiera dispersión en las ideas a manejar por el grupo.

En cuanto al testimonio focalizado escrito, se utilizó una técnica en la cual los actores sociales expresaron por escrito sus experiencias vividas en relación al objeto de estudio, por considerar que la expresión escrita les permitía reflexionar con mayor amplitud; por último, esta técnica tiene como propósito obtener descripciones, opiniones y expresiones con la mayor libertad posible por las personas entrevistadas, a fin de lograr interpretaciones fidedignas del mundo vivido, centrada en el objeto específico de la investigación y su significado.

Diseño de la investigación

En las disertaciones de los autores en relación con el bosquejo de la investigación cualitativa, Salamanca y Castro (2007) argumentan que no existe una teoría o estructura en el diseño de esta investigación. De allí que se evitó en este estudio seguir pautas metodológicas estrictas, puesto que una programación exhaustiva anularía la posibilidad de encontrarse elementos inesperados; por eso, aunque es imprescindible la preparación previa del trabajo de campo, es necesario la flexibilidad para permitir que el diseño se ajuste al fenómeno de estudio, modificable de ser necesario en el transcurrir de la investigación para encontrar en profundidad el conocimiento del sujeto/objeto de estudio.

En la investigación cualitativa no hay un diseño acabado, totalmente detallado y prefabricado dado con anterioridad, que pueda constreñir las posibilidades y la riqueza del área en estudio. El diseño emergió en el transcurso de la investigación; es más, nunca finalizó, sino que estuvo en constante flujo a medida que la nueva información se acumuló y avanzó la comprensión de la realidad estudiada.

Sin embargo, Salamanca y Castro (ob.cit) acotan que, aunque las decisiones del diseño no se especificaron de antemano, es necesario realizar una planeación detallada que fundamente el diseño emergente de la investigación. Esto significa que el diseño pudo cambiar según se desarrolló la investigación, por lo cual se tomaron decisiones en función de los hallazgos.

Sustentado en los planteamientos de Salamanca y Castro (ob.cit), se utilizó el plan siguiente: selección e identificación del sitio y los potenciales colaboradores para el estudio, determinación de estrategias, recursos materiales, número de personas y tiempo máximo disponible para realizar el estudio, teniendo en cuenta aspectos como: costos; disponibilidad

de colaboradores y de lugares propicios; identificación de los instrumentos que serán útiles para la recolección y el análisis de la información, como: grabadoras de voz o de vídeo y otros.

Así mismo, en la presente investigación se asumieron los postulados de Guba y Lincoln (1994) para guiar el plan de trabajo, abordado según el método etnográfico, en tres fases generales descritas a continuación:

Fase I. Orientación y descripción del panorama general

En esta fase se indagó en lo relativo al fenómeno en estudio y se recopilaron las diferentes perspectivas epistemológicas que existan sobre él. De este modo aprehendió todo lo referente a él. Un conocimiento de los diferentes enfoques del objeto de estudio permitió identificar los aspectos que estuvieron presentes en la recopilación de información y, además, la expansión de la mirada sobre el objeto de estudio, lo que proporcionó diversidad y así evitó que las propias creencias o conocimientos pudieran influir en la interpretación de los datos obtenidos.

Fase II. Exploración concentrada

En ella se realizó la investigación de campo, teniendo presente el cuidado en la elaboración del guion de la discusión grupal sobre el fenómeno a estudiar, que orientó el contacto con los actores sociales; igualmente en esta fase se usó el testimonio focalizado.

Fase III. Confirmación y cierre

La información obtenida se compartió con los actores sociales involucrados en la discusión grupal, con la finalidad de establecer que los conocimientos adquiridos con la investigación sean confiables. Esta confirmación sirvió para corroborar que dichos resultados no son fruto de la subjetividad de los investigadores, sino que se ha recogido lo que los participantes en el estudio querían transmitir.

Con base en las manifestaciones de la investigación, se pudieron construir aproximaciones teóricas sobre el significado de la entrevista médica como referente de calidad de servicio de la organización de salud hospitalaria, a través de la reflexión compartida con los residentes de Medicina interna. Al respecto, Sandín (2003) argumenta que “la formulación teórica resultante de la investigación no solo puede usarse para explicar la realidad sino como una guía para la acción”. (p 132)

Por tanto, se considera que la realidad no es estática, única e invariable. Al contrario, hay un concepto de la realidad como algo múltiple, variable y en continuo cambio en cuanto a personas, episodios, situaciones, tiempo y circunstancias; de aquí que toda investigación estuvo muy ligada a una realidad concreta y sus resultados no serán fácilmente considerados válidos en otra, si no se constata su similitud estructural.

Actores sociales

En relación con la selección de los actores sociales, Strauss y Corbin (1990) establecen que se constituyen en función de la importancia teórica que las unidades de información poseen para modificar o edificar teoría a partir de la interpretación de la información. En este sentido, Rusque (2000) expone que la selección de informantes o de los actores sociales es flexible y

abierta; el número de informantes carece relativamente de importancia, lo primordial es la heterogeneidad y el potencial de cada informante clave para contribuir al investigador en el desarrollo y profundización de la comprensión teórica.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, se asumió en esta investigación la selección de los siguientes actores sociales:

1. Diez médicos residentes de tercer año del postgrado universitario de Medicina interna (UCLA), quienes laboran en el Hospital Central Antonio María Pineda, ubicado en la Avenida las Palmas, Barquisimeto, Municipio Iribarren, Estado Lara y por cursar el último año del postgrado han podido realizar en la organización de salud hospitalaria más número de entrevistas médicas, aceptaron participar voluntariamente.
2. Pacientes: se seleccionaron al azar seis (6), cuyo criterio de homogenización es que son atendidos por residentes del tercer año de postgrado.

Técnica de análisis de la información

Como técnica de análisis de la información se utilizó la teoría fundamentada y la triangulación de la información, lo que permitió integrar las categorizaciones en forma coherente y lógica, a fin de presentar la construcción de una aproximación teórica sobre la entrevista médica como referente de calidad de servicio de la organización de salud hospitalaria, lo que posibilitó generar cambios en las instituciones de salud.

Se procesó la información compilada de la siguiente forma: transcripción de la información protocolar (entrevistas, grabaciones, descripciones, observaciones); se clasificaron los contenidos en unidades temáticas (ideas, conceptos). Una vez corroborado que los resultados son confiables, se estableció la generación y desarrollo de conceptos, categorías y proposiciones en un proceso iterativo.

Luego, integraron las categorías según su naturaleza o contenido hasta concluir el análisis de la información, para continuar el proceso de triangulación, que consiste en vincular el objeto de estudio con distintas perspectivas teóricas, con enfoques metodológicos, con testimonios de los participantes y las experiencias de los investigadores, con el fin de abordar epistemológicamente el objeto de estudio y complejizar el conocimiento, en términos de credibilidad científica de los hallazgos, que eviten el riesgo de asumir una postura subjetiva.

A los efectos de esta investigación, los hallazgos se validaron a través de la triangulación entre los contrastes intersubjetivos y la reflexión de las categorías. Para ello se presentó de nuevo la información a los actores sociales para replantear el proceso, de manera de asegurar el logro de la confirmabilidad de la información.

En relación con esto último, Strauss y Corbin (2002) afirman que toda investigación propiamente dicha debe lograr una imagen representativa, coherente y lógica, configurada en aproximaciones teóricas o en modelos teóricos, que le den sentido y carácter de transformación. Es por ello por lo que en el presente trabajo se lograron estas características al abordar a la entrevista médica como referente de calidad en las organizaciones de salud hospitalaria, desde el conocimiento de los actores sociales en la búsqueda de construir aproximaciones teóricas y

orientar estos conocimientos en el contexto social, cultural, económico, propios de los cambios en cada época y las exigencias en el discernimiento y reflexión de la sociedad.

Para el análisis de la información suministrada por los informantes clave, se empleó la teoría fundamentada de Glasser (1967) y Strauss (2002), quienes señalan el uso del método comparativo constante para seleccionar las categorías prevalecientes en el proceso; esto es, las acciones modeladas y las interacciones de los individuos, en el transcurso del tiempo.

Los autores antes citados definen la teoría fundamentada como el proceso cualitativo mediante el cual se genera teoría basada en datos resultantes de la investigación. Para ello se construyen sistemas abiertos, que permiten profundizar los conocimientos adquiridos, a través del método. Estos se forman por medio de la inducción, que conlleva a un descubrimiento, desarrollo y verificación, comparando los sistemas o prácticas; de allí surge la teoría que posteriormente se prueba.

En este sentido, Carvalho y Hudson (1998) manifiestan que la teoría fundamentada se sustenta en la recolección y actualización de los datos. Su objetivo principal no es la construcción de sistemas cerrados o teorías, sino el suministro de la información, tanto como sea posible, de manera tal que a partir de esta pueda desarrollarse una teoría abierta, o pueda contribuir a la actualización de una teoría ya existente.

Así mismo, Prandit (1996) señala que existen tres elementos básicos de la teoría fundamentada que son conceptos, categorías y proposiciones, las cuales se generaron y desarrollaron en un proceso interactivo.

ELEMENTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA

1. **Conceptos:** son unidades básicas de análisis, por cuanto es la conceptualización de los datos y no de los datos (*per se*), de donde se desarrolla la teoría.
2. **Categorías:** tiene un nivel de abstracción más que los conceptos que representan. Se genera del proceso cualitativo de realizar comparaciones, para destacar semejanzas y diferencias.
3. **Proposiciones:** indican relaciones generalizadas entre una categoría y sus conceptos y entre diversas categorías.

Desde esta perspectiva, Strauss (1990) concluye que la teoría fundamentada debe poseer las siguientes características: (a) se deriva inductivamente de los datos, por lo que debe ajustarse al fenómeno en sus diversas interacciones, que ocurren día a día, en cuanto al área de estudio; (b) sujeta a una elaboración teórica, que aporta conocimientos, tanto para los investigadores, como para aquellos que estudian el área; (c) debe promover generalidad, aunque parte de casos de estudio, debe ser lo suficientemente amplia para ser aplicada a diversidad de contextos dentro del área; (d) debe proveer control, en el sentido que se conozca el contexto dentro del cual la teoría es válida y sus alcances; (e) juzgada adecuada a su dominio, con respecto a los criterios evaluativos.

De acuerdo con Glasser (1971), según refiere Strauss (2002), los pasos del método comparativo constante para analizar la información son señalados a continuación, y ellos se utilizaron en esta investigación:

MÉTODO COMPARATIVO CONSTANTE

1. Comparación de incidentes aplicables a cada categoría: cada incidente debe ser comparado y codificado con incidentes previos con la finalidad de constatar las semejanzas y diferencias que presente cada categoría.
2. Integración de las categorías y sus propiedades: consiste en sumar el conocimiento que surge de comparar las distintas categorías a estas, de manera que se conformen los conceptos subyacentes.
3. Delimitación de la teoría al realizar el proceso: pueden surgir muchos fenómenos a la vez, que llamen la atención del investigador, y que puedan hacer perder el objetivo inicial. Por ello se debe delimitar tanto la teoría como las categorías que se presenten. Este proceso será continuo hasta la saturación teórica.
4. Escribir teoría consiste en recoger lo descubierto y exponerlo para que sea confrontado por otro.

Cabe aclarar que el diseño cualitativo emerge a medida que la investigación avanza, como resultado de la interacción social con los investigados. Bajo estas consideraciones, el análisis de la información se apoyó en la teoría fundamentada desde la propuesta por Glasser 1967, quien postula el método comparativo constante que permitió interpretar conceptos y proposiciones, construir y reconstruir categorías y subcategorías, producto de lo versionado por los médicos residentes del postgrado de Medicina interna que participaron en la construcción y desarrollo de la teoría emergente de la entrevista médica como un referente de calidad de las organizaciones de salud.

Otra técnica utilizada fue la triangulación o multi-triangulación, una práctica de recolección y análisis que contribuyó a la verificación y validación de la investigación. Existen cuatro formas básicas de triangulación: métodos, fuentes, investigadores y teorías. Eliot (2000) señala que la triangulación implica “la obtención de relatos acerca de una situación o hechos desde tres puntos de vista bastante distintos; agrega que el proceso de recabar los relatos correspondientes a tres puntos de vista diferentes tiene una justificación epistemológica” (p.48)

Por otra parte, Márquez (2004) define al proceso de triangulación como:

Consiste en incorporar otras fuentes de información al momento de redactar el contenido de cada categoría, con el fin de “abrir” epistemológicamente el objeto de estudio, dándole así entrada a nuevas y más complejas dimensiones de la realidad estudiada. No se trata de comparar sino de exponer el tema de estudio dentro de una perspectiva múltiple. La triangulación puede ser de métodos, teorías, investigadores, entrevistados, entre otros. (p.56)

Así mismo, Rodríguez (1996) manifiesta que el proceso de triangulación permite integrar y contrastar toda la información disponible para construir una visión global, exhaustiva y

detallada de cada experiencia particular. Estas definiciones muestran la utilidad de la triangulación como técnica de análisis; además, al respecto Denzin (2000) afirma que la triangulación amplía el ámbito, densidad y claridad de los constructos teóricos y los relaciona para ser examinados.

En la presente investigación se utilizó el análisis triangular de las técnicas de información como el grupo focal de discusión, testimonios focalizados escritos y entrevistas para corroborar, elaborar y contrastar la práctica y concepciones sobre la entrevista médica, manifestadas por los residentes de Medicina interna y los pacientes como referente de calidad en la organización de salud hospitalaria.

Criterios de calidad de la investigación

La calidad de la investigación en Ciencias Sociales es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente deben garantizar y que es necesario evaluar antes de utilizar los resultados de los estudios. La calidad de un estudio está determinada, en buena parte, por el rigor metodológico con que se realice. Para los estudios cualitativos, existen algunos criterios que permiten evaluar el rigor y la calidad científica de ellos y sobre los cuales hay acuerdo parcial entre los investigadores. Según Castillo y Vásquez (2003), estos criterios son: la validación, la credibilidad, la confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad, a ser utilizados en este trabajo:

CRITERIOS QUE PERMITEN EVALUAR EL RIGOR Y LA CALIDAD CIENTÍFICA DE UN ESTUDIO

- **Validación.** En concordancia con Pérez Serrano (1998), quien identifica tres criterios para lograr la validación en la investigación cualitativa: a) triangulación: implica reunir variedad de datos y métodos para referirnos al mismo tema o problema; b) saturación: reunir las pruebas y evidencias suficientes para garantizar la credibilidad de la investigación; c) negociación: validar los resultados o informes de la investigación básicamente mediante contraste de los resultados obtenidos, con otros compañeros, informadores, observadores, así como con las personas implicadas en la investigación. La validación de la información de este estudio se realizó con la presentación sistemática de las interpretaciones a los participantes, según los postulados de Rusque (2000), Taylor y Bogdan (1990), lo cual confirmó que se comprendió y reconstruyó la realidad de acuerdo con los significados que los participantes otorgaron a sus pensamientos y construcciones acerca de la temática planteada. Así mismo, se realiza el cruce de la información y el contraste de diversas subjetividades, empleando como criterio de evidencia el acuerdo con los actores sociales, en este caso, los médicos residentes y pacientes en el contexto de su vida cotidiana.
- **Credibilidad.** La credibilidad depende de qué tan bien se ha captado, descrito y comprendido el sentido subjetivo de las expresiones de los investigados. De allí que la credibilidad está dada por las narraciones de vivencias y experiencias de las personas estudiadas. La credibilidad en este estudio se logró cuando sus hallazgos fueron reconocidos como «reales» o «verdaderos» por las personas que participaron en el estudio, y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno

investigado. Para ello, se aplicó la recursividad, se revisaron de nuevo los hallazgos y se presentaron a los entrevistados para confirmar lo que expresaron; con ello se les dio la oportunidad de que conozcan los resultados de la investigación y, a la vez, se les reconoció su contribución.

- **Confirmabilidad.** La confirmabilidad, de acuerdo con Castillo y Vásquez (ob.cit.), se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información. Ella se logra cuando otro(s) investigador(es) puede(n) seguir “la pista” al investigador original y llegar a hallazgos similares. La confirmabilidad en esta investigación se obtuvo al asumir el principio de “epojé”, asignado por Husserl (1938), el cual es una suspensión de los juicios como investigadores acerca del fenómeno estudiado, de manera de poder acercarse al conocimiento estricto de los fenómenos, pero no a la apariencia sensible de las cosas, sino a las cosas tal como se muestran y ofrecen a la conciencia de los estudiados.
- **La transferibilidad.** Consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos. Este criterio se obtuvo con el cumplimiento de todos los anteriores, los cuales - como se dijo antes - le asignan el rigor metodológico científico a la investigación.

Capítulo IV. Develación e interpretación del pensamiento en el grupo focal, de los testimonios focalizados escritos y entrevistas a los actores sociales: un camino hacia la construcción de teoría

Se procedió a analizar la información obtenida en el grupo focal, testimonios focalizados escritos de los médicos residentes y entrevistas a pacientes del servicio de Medicina interna; técnicas estas que permitieron conocer las concepciones, reflexiones y consideraciones de los médicos residentes de Medicina interna y pacientes respecto al objeto de estudio.

Se utilizó el método comparativo constante como estrategia de análisis de la teoría fundamentada, con el cual se codificaron y se analizaron los incidentes de la realidad de manera simultánea para desarrollar disertaciones teóricas a través de las cuatro etapas de esta estrategia, definidas por Strauss y Corbin (2002), como: (a) comparación de los incidentes aplicables a cada categoría, (b) integración de cada categoría y sus propiedades, (c) delimitación de la teoría y (d) redacción de la teoría.

El proceso de examinar la información se estructuró en cuatro fases:

1. Organización de los datos: se transcribió la información y se ordenaron acorde a sus contenidos.
2. Codificación abierta: implica ubicar los conceptos similares y categorías que se descubren en los datos, sus atributos, los cuales dependieron de la idea analítica escogida y la interrogante de la investigación.
3. Codificación axial: se agruparon los conceptos derivados de los datos en un procedimiento sistemático, analítico, derivados de las construcciones lógicas inductivas de categorías con una comparación simultánea de todos los incidentes sociales que emergieron.
4. Teorización: interacción de los conceptos categorizados que fundamentan un marco teórico explicativo desde los datos, con lo cual se proporciona guías para la interpretación y constituyó una formulación teórica o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área sustantiva que es objeto de estudio. Glasser (1992).

Análisis de información del grupo focal

Las fases anteriores se organizaron de acuerdo al gráfico 1, con la información recopilada primeramente en el grupo focal, en cuya actividad se obtuvieron notas de campo y se realizó video-grabación durante dos horas aproximadamente; en ambos instrumentos de recolección de la información se constató la actitud colaborativa, expresiones coloquiales y testimonios emotivos en la relación médico-paciente de los residentes de postgrado en Medicina interna, quienes constituyeron el grupo focal; por otra parte, se mostraron respetuosos, libres de hacer comentarios e incluso muestras de risas y alegría y también se observó tristeza y deseo de llorar en una de las participantes, cuando relató la experiencia con una paciente adulta mayor.

Cabe resaltar que en su gran mayoría el grupo focal asumió actitudes y frases que demostraron la satisfacción por lo que hacen y el orgullo de pertenecer al postgrado de Medicina interna de

la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado; así mismo, el escenario físico en el que se desarrolló la actividad grupal se ubicó en el cuarto piso del Hospital Central Antonio María Pineda; esta área estuvo adecuada en espacio, iluminación, temperatura e infraestructura.

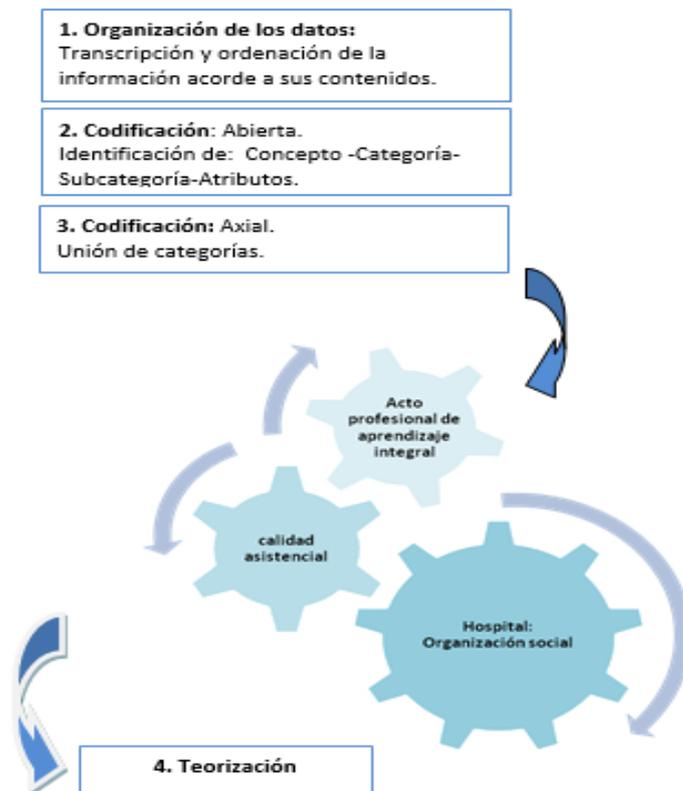


Figura 1. Fases para el análisis de la información.

Durante la comparación sistemática de la información - es decir: ideas, expresiones, significados emergentes - la codificación correspondió a conceptos agrupados en categorías determinadas por los investigadores, resultantes del intercambio interactivo de contextos, sentidos y significados asignados por los actores sociales y los autores, bajo los criterios concernientes al objeto de estudio que facilitaron establecer revelaciones, interpretaciones, reflexiones y construir los conceptos de la realidad abordada. En este sentido, Glasser y Strauss (1967) establecieron que “el investigador simultáneamente codifica y analiza los datos para desarrollar conceptos mediante comparación continua de incidentes de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente”. (p.43)

Para las acciones de organización, codificación abierta y axial, los investigadores emplearon la siguiente simbología, con la cual se facilitó el procesamiento de la información, ordenación de las ideas analíticas, integración de los conceptos para relacionar todas las reflexiones aportadas y así lograr interpretación holística del objeto de estudio.

SIMBOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

C: Categoría emergente.

Sc: Subcategoría

AC []: Atributos por cada subcategoría.

L: Localización de la cita o texto en las técnicas de recolección: grupo focal y testimonio focalizado escrito a médicos y entrevistas a pacientes.

I: Informante clave: para efecto de identificación del participante del grupo focal se utilizó iniciales de nombre y apellido en mayúscula y negrilla; para los testimonios escritos se empleó la numeración del 1 al 10 en negrilla, estableciéndose para las entrevistas del paciente los números del 1 al 6 en negrilla.

Cursiva: conceptos, ideas analíticas de la información extraída de los discursos de los informantes, capaces de reflejar la interacción global de los interlocutores.

El discurso hermenéutico de los investigadores se transcribió en la descripción de cada categoría, juntamente con las posturas referenciales consultadas. Es así como, al conjugar toda la información, se logró la incorporación de las diversas posturas de los actores sociales, en una interacción dialéctica, complementaria, diversa y completa con las expectativas planteadas inicialmente por los autores y el significado de los testimonios de los informantes. Este proceso es fundamental para realzar la credibilidad de los hallazgos, para lo cual - según Martínez (1991) - se requiere “que el investigador narre de dónde partió, por dónde caminó y cómo llegó a sus conclusiones, es decir, exponga los procesos mentales, de análisis, categorización y síntesis para culminar en las teorías”. (p.52)

Hechas las observaciones anteriores, se presenta la disertación escritural a partir de tres categorías: acto profesional médico de aprendizaje integral, hospital como organización social y calidad asistencial.

Categoría 1. Acto profesional médico de aprendizaje integral

La entrevista médica (EM) constituyó el objeto de estudio de esta investigación; es por ello por lo que la primera categoría emergió de las ideas expuestas alrededor del significado, sentido y alcance de la EM durante la discusión en el grupo focal con los residentes de Medicina interna, quienes aportaron conceptos sobre la EM como referente de calidad en la organización hospitalaria; permitió el logro del primer objetivo propuesto.

En relación con la primera categoría, cabe decir que las actividades del equipo médico en la organización hospitalaria cumplen múltiples roles, siendo la EM uno de los principales actos del profesional de la salud, donde logra integrar no solo el aprendizaje científico propio de la especialidad sino también acoplarse a las necesidades de otro ser humano, como lo es el paciente.

De hecho, cada profesional médico obtiene con la EM una experiencia directa, que lo abastece de experiencias de otras personas y se convierte en un proceso social con la oportunidad de interactuar, nutrirse con el conocimiento empírico y del conocimiento científico que le

proporciona un abordaje de la realidad al entrevistar, examinar, plantear estudio, lograr diagnóstico del paciente.

En este sentido, la organización hospitalaria juega un rol fundamental en incentivar, vigilar y crear oportunidades para el crecimiento, mejoría y realce de la EM como interacción mutua que guíe todo lo concerniente a la actividad médica de calidad y una asistencia referencial de la organización de salud. Es decir, la prestación de servicio médico en el hospital provee de los insumos necesarios para dar apoyo a las necesidades humanas con criterio de calidad en la asistencia de la salud, de acuerdo con el contexto donde esté inmerso.

Al respecto, las ideas analíticas recopiladas de los informantes se agruparon en cuatro subcategorías emergentes: experiencia transformadora, herramienta de interacción, relación de oportunidad y crecimiento, claves ideales de una entrevista médica exitosa.

Subcategoría A: Experiencia transformadora

La entrevista médica en el contexto individualizado del médico significa una actividad que no culmina, por el contrario, evoluciona y no siempre es igual con cada paciente; sumamente compleja, que exige del médico desarrollar dimensiones comunicativas, cognitivas, estratégicas, laborales y humanas; igualmente es fundamental establecer requisitos que aseguren el éxito y la continua actualización de un aprendizaje integral.

Con referencia a la dimensión comunicativa como fundamento del acercamiento al paciente, tiene un objetivo profesional (diagnóstico y tratamiento), para ganar afectividad a través del lenguaje gestual, verbal y escrito, que permita transmitir confianza, seguridad y lograr empatía. En cuanto a la perspectiva cognitiva, es importante el conocimiento científico, académico que permite acercar al médico a la patología, pero no olvidar que el paciente anhela ser escuchado, examinado y visualizado, como lo señala la informante YG: *“son la cumbre de los conocimientos, pero no ven a la gente a la cara, son incapaces de tocar al paciente; podrán saber de patología, pero el paciente se rehúsa a ver a aquel médico porque ni siquiera me está tocando”*.

Entre las dimensiones que todo médico debe emplear, están las estrategias que garanticen el desarrollo de la entrevista, como son: a) uso de lenguaje coloquial, asertivo y direccional; b) contexto para realizar o no la entrevista. Desde la dimensión laboral, al médico se le solicita desde todas las esferas – personal, institucional y social (paciente y familia) - que realice diagnóstico y tratamiento de múltiples enfermedades, convirtiéndose el paciente en un ente importante, pero para el médico lo fundamental es lograr el diagnóstico e indicar tratamiento, como lo asevera PM: *“nosotros evolucionamos en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades; es así porque lastimosamente nosotros no vemos al paciente como un enfermo, lo vemos como una enfermedad”*, en tanto que desde esta visión laboral el residente médico diserta en sus testimonios la cantidad de pacientes que son estadísticamente obligados a valorar, con un escaso tiempo y comprometiéndose la relación conversacional con él en pro de cumplir normativas de servicio hospitalario, como lo expresó enfáticamente YG: *“Tú vas a hacer la entrevista en base a garantizar, desde el punto de vista laboral, disminuir la cantidad de pacientes que vayan ingresando”*

Ante las situaciones planteadas, se evidenció que la tecnología y el conocimiento son importantes, pero lo fundamental en la entrevista médica es llegar a saber qué es lo que integralmente tiene el paciente, no solo evidente con la historia clínica y paraclínicos; es ir más allá, para el residente de Medicina interna es tocar el corazón y abordar la EM con la dimensión humana de ser una experiencia personalizada de cada médico, cambiante, de una continua e ilimitada adaptación, aprendizaje y colaboración con el paciente y la organización hospitalaria, ya que esta esfera afectiva permite darse cuenta de la necesidad de reconocer el otro ser humano durante la entrevista. Significa, entonces, que en este acoplamiento sucede la evolución cognitiva, emocional del médico y su éxito de la EM se consolidará al cumplir la necesidad sentida del paciente, esta idea tiene un cierre preciso con la frase recopilada por ZH: *“Nos vamos subiendo a la ciencia, no supe oír lo que él de verdad quería, entonces el paciente se fue deprimido.”*

Cabe agregar que el desafío cotidiano del médico tiene una diversidad de compromisos para el crecimiento científico, afectivo y estratégico a través de una comunicación asertiva, una mirada a la esfera humana del paciente y el logro de empatía y atención integral de sus necesidades sentidas al acudir a la organización hospitalaria.

A continuación, se presenta parte de la información que generaron las reflexiones anteriores:

C: C1

Sc: A 1

AC [Desafío cotidiano del médico]

L: Grupo focal

I: **DS**

La entrevista médica depende de cómo nosotros comenzamos a abordar ese paciente, es decir, “mira, buenas tardes, buenos días, soy la Dra. Fulana de tal, y porque usted está aquí”, y todo lo que ya habían dicho. Empezar a hacer una historia, ir conversando con el paciente y esa herramienta básica no la tenemos, o sea, yo siento que por lo menos ahorita en el tercer año, obviamente usted ve una historia escrita por mí del primero hasta del tercero y usted se da cuenta, que si se evolucionó; o sea, lleva una estrategia y muchas veces esa estrategia, una misma se la garantizó, el médico debe ir día a día evolucionando y saber que no hay entrevista médica semejante, porque no todos los pacientes son iguales.

C: C1

Sc: A 2

AC [Acto comunicacional entre médico y el paciente]

L: Grupo Focal

I: **PM**

Cuando llegamos a establecer empatía, que no lo vamos a lograr en una primera conversación con él, porque para él nosotros somos un extraño y para nosotros mismos el que está enfrente también es un extraño; con el tiempo y a medida que nosotros vamos el día a día siguiendo la

evolución de ese paciente, establecemos empatía y a veces los diagnósticos que se nos hacen engorrosos desde el primer momento que nosotros estamos con el paciente y a medida que uno va como que recopilando mayores datos y mayor información, vamos como aclarando el panorama; a veces duran pacientes dos meses hospitalizados, donde tienen un diagnóstico sindromático, llega otro médico y logra diagnóstico, porque supo establecer una mejor relación médico-paciente y a las dos semanas lo estaba egresando, después de dos meses que estaba allí, con un diagnóstico asertivo. Yo creo que a veces la comunicación es como la base fundamental de todo; mientras uno tenga comunicación de verdad uno puede lograr muchas cosas.

C: C1

Sc: A3

AC: [Acoplamiento entre médico-paciente]

L: Grupo Focal

I: **YG**

No es lo mismo la cantidad de pacientes que ves en un hospital a la cantidad de pacientes que ves en la parte privada, la calidad no va a ser la misma en la entrevista, tú vas a hacer la entrevista en base a garantizar desde el punto de vista laboral, disminuir la cantidad de pacientes que vayan ingresando, en este momento la calidad de la entrevista disminuyó.

Hablar coloquial con la gente muchas veces gana parte de la entrevista, porque tú ves al paciente a la cara, lo miras, hablas con él, entonces el hecho de que tú hables con palabras coloquiales, él se acopla a ti, ese acoplamiento hace que la entrevista sea más satisfactoria, sea más dirigida y que muchas veces me he dado cuenta que hay médicos que de verdad son muy estudiosos, son la cumbre del conocimiento, pero no ven a la gente a la cara, son incapaces de tocar al paciente, no va a ayudar a entablar una buena historia clínica, ves?, entonces solo se apoyan en lo paraclínico, por que el paciente no te ayudó a recoger la enfermedad actual y el examen funcional recoge el 80% de lo que te puede causar esta patología.

C: C1

Sc: A4

AC: [Necesidad de reconocer al otro en la relación médico-paciente]

L: Grupo focal

I: **ZH**

Para que una entrevista de verdad sea fructífera, el paciente tiene que cumplirse su necesidad sentida. Primero tenemos que crecer porque el conocimiento nos hace crecer, pero no nos olvidemos que el que está allí es una persona que a lo mejor lo que le pasa es que tiene problemas sentimentales. Acudió a nosotros y el diagnóstico que le dimos es una úlcera gástrica, tengo que mandarlo para el gastroenterólogo, pero resulta ser que eso no le importa, a él no le importa si se está desangrando, lo que le importa es que le presten atención que tiene dolor en el alma, porque se está divorciando.

Subcategoría B: Herramienta de interacción

La entrevista médica constituyó en las expresiones de los informantes no solo un recorrido bajo condiciones limitadas y circunstancias que traen o no satisfacción en la relación médico-paciente, sino que establecieron comentarios que definen a la entrevista como un encuentro en el cual existen varias situaciones que no dependen del médico ni del paciente pero si intervienen, directamente, factores intrínsecos de la organización hospitalaria, como son factores estructurales (ambiente físico) y administrativos (número de pacientes por hora) con los cuales afirman no estar de acuerdo ni satisfechos; sin embargo, ZH fortalece de manera proactiva con la siguiente afirmación: *“La ciencia da su tiempo; el hecho de no llegar al diagnóstico no es lo primordial, lo importante es haber logrado en la comunicación llegar al paciente.”*

Bajo este propósito, la EM es una oportunidad para conseguir información que satisfaga al médico y le brinde un aprendizaje integral, al tiempo que le permite crecer en experiencia cognitiva, afectiva, con la satisfacción de apoyar al paciente, no solo profesionalmente como lo destaca YU: *“estoy con este paciente, dedicarme al paciente y que él sienta que yo quiero establecer una relación con él y que quiero ayudarlo, no importa la cantidad del tiempo”*; así también, esta informante señala que con cada contacto se obtiene aprendizaje y experiencia profesional. Igualmente, describió las situaciones que son debilidades *“por el estado de conciencia, realmente lo limitan a uno, en cuanto a respuesta no conseguí el objetivo”*, que pueden convertirse en amenazas *“pero eso también te establece trabas de acuerdo con tu satisfacción”*, abordando como una oportunidad *“el enfrentar uno la situación en la que no tiene aún la experiencia del conocimiento”* en cuanto a ese tema. Las fortalezas para este encuentro son sentidas de la siguiente forma: *“me dio los datos que yo quería, siento que hubo un buen rapport y con respecto al paciente, hablarle, que se sienta atendido y que tú quieres brindarle el apoyo”*.

Estas situaciones colocan en el escenario hospitalario un conjunto de circunstancias de satisfacción al médico, como son: pronta respuesta a las interrogantes del paciente, el contacto afectivo y la atención adecuada con empatía y sentido de apoyo, que pudieran complementar el significado de oportunidad que la EM tiene para el médico.

Cabe agregar, en este camino de la relación médico-paciente, que concurren múltiples etapas por superar en la esfera comunicativa. Si bien se cuenta con herramientas para lograr empatía, orientación de la conversación y dirigir el interrogatorio, coexisten factores estructurales (número de pacientes), personales (afectivas, como el estrés, tristezas, tiempo, cansancio laboral).

La EM es la afirmación personal que se está realizando, lo que como profesional nos gusta, así como lo expresó MM: *“nos sentimos bien durante la entrevista médica porque uno está haciendo lo que a uno le gusta hacer y eso vale mucho”*; característica fundamental para los logros de la EM entre los cuales están: a) resolver la necesidad sentida del paciente; b) diagnóstico y tratamiento para el paciente y c) sentirse bien con la realización de la EM.

Con respecto a lo expuesto, queda explícito cómo la relación establecida en la EM entre el médico y el paciente es un vehículo de humanización, con continua afectividad y reflexión

sobre su enfermedad y el logro de empatía. Significa atención de una persona por otra, con responsabilidad, una gran interacción donde la influencia de emociones hace de este acto una reflexión compartida. Este contexto debería ser la cotidianeidad y no la excepción, como lo manifiesta PM en su testimonio: “yo con solo 3 pacientes puedo decir que he tenido de verdad, una entrevista médica, porque fueron 3 personas sentidas, fueron 3 personas que de verdad puedo decir que establecí un rapport, no solo con ellas sino con su núcleo familiar.”

Los razonamientos realizados son respaldados por los siguientes recopilados:

C: C1

Sc: B 1

AC: [Encuentro con tiempo limitado]

L: Grupo focal

I: **ZH**

Estamos contra reloj, me quería echar un cuento más largo y yo decía: ay, no, que no se vaya por ahí por Dios; pero no es porque no me guste hablar, sino que no hay el tiempo, ni el ambiente; a veces el paciente ni siquiera se puede sentar, a veces tengo que hacer la entrevista con la persona aquí (a su lado derecho); entonces por eso el ambiente creo que influye mucho, el exceso de trabajo; hasta la falta de aire acondicionado, hace que uno se sienta mal; yo pienso que yo le llego mucho a la gente, y si lo dejo hablar, me siento satisfecha.

C: C1

Sc: B2

AC: [Oportunidad para obtener experiencia]

L: Grupo focal

I: **YU**

Casos en los que el paciente viene o acude a uno y le dice un dato y mientras él va hablando, uno dice: qué debo hacer en este caso; pero realmente hay veces que se enfrenta uno a situaciones en las que uno todavía no tiene la experiencia y conocimiento en cuanto a ese tema.

C: C1

Sc: B3

AC: [Confirmación de hacer lo que le gusta]

L: Grupo focal

I: **MM**

Nos sentimos bien durante la entrevista médica porque uno está haciendo lo que a uno le gusta hacer y eso vale mucho.

C: C1

Sc: B4

AC: [Relación médico-paciente: afectividad y reflexión]

L: Grupo focal

I: **PM**

¿Soy el mejor de todo porque diagnosticué una enfermedad? Porque seguimos viendo al paciente, a esa persona que está allí como una enfermedad y no como un enfermo, fueron 3 personas que de verdad puedo decir que establecí un rapport, no solo con ellas sino con su núcleo familiar, eso llama a la reflexión.

Subcategoría C: Relación de oportunidad y crecimiento

Con respecto a la relación médico-paciente en la entrevista médica se planteó como una oportunidad de acercarse al sentimiento del paciente con el hablar y el escuchar; del mismo modo, el médico crece al compartir con el paciente como ser humano pues existe el intercambio de emociones en la cotidianidad, como también la adquisición de conocimientos, como aprender las enfermedades sobre el paciente, la satisfacción de lograr diagnóstico e indicar tratamiento.

En este propósito de que la interacción sirva de oportunidad para que el paciente sea escuchado, sentirse oído por el médico, a su vez implica que el médico en este encuentro debe saber escuchar.

En ese mismo sentido, la acepción del alcance que la EM posee en los testimonios recogidos es que de ser un encuentro pasa a constituir el reporte de un ser humano, que enseña al médico carácter, es decir actuar con seguridad, solidaridad al contribuir con el otro ser humano a su mejoría y transferencias de saberes y, más allá de dar un diagnóstico, es obtener la satisfacción de brindar un apoyo afectivo al paciente, la voz de expresión de tranquilidad, confianza y colaboración del equipo de salud, para aprender a escuchar y sentirse bien con uno mismo.

En otro orden de ideas, la EM como herramienta contribuye con la salud de la humanidad al ser instrumento de recolección de información epidemiológica, biopsicosocial del paciente, entorno socioeconómico e investigativo, incluso administrativo, al presentar bajo evidencia escritural a la organización hospitalaria, los recursos que el paciente amerita para lograr la salud a través de los planes de diagnóstico terapéutico y se supone que el deber de la institución es aportar en un tiempo prudencial los insumos humanos y materiales para favorecer al usuario (paciente).

Seguidamente las expresiones que sustentan las reflexiones antes escritas:

C: C1

Sc: C1

AC: [Entrevista médica: algo más que un interrogatorio en el hacer médico]

L: Grupo focal

I: **BS**

Cuando uno hace una entrevista y encuentra un paciente que te habla y te dice sus sentimientos y tú le puedes hablar, es satisfactorio. Hoy recuerdo a una abuela, que realmente me da mucho sentimiento, porque la abuelita llega a la consulta externa y me dice: tengo 11 hijos y ninguno se hace cargo de mí; entonces yo salgo y logro ayudarla, me regaló una piedrita y para mí eso fue satisfactorio; ese ser humano que tengo delante espera de mi ayuda, no solo desde el punto de vista de diagnóstico, de darte y decirte, es saber que ella está hablando contigo porque en su interior hay una enfermedad del alma.

C: C1

Sc: C2

AC: [fundamento del encuentro entre médico-paciente]

L: Grupo focal

I: **DS**

La entrevista médica te enseña, como ser humano, solidaridad; y el postgrado, carácter. La entrevista médica te ayuda a ese rapport que uno hace con ese ser humano, te enseña a ser o más humano o muchas veces a hacer transferencias de saberes; es eso lo que hace el paciente por ti y lo que uno hace por el paciente; ese ser humano que siempre vamos a tener por dentro, lo pule la entrevista médica

C: C1

Sc: C3

AC: [características del médico durante acto de entrevistar]

L: Grupo focal

I: **ZH**

Aprender a escuchar, porque lo único que quieren es que tú le digas: tranquila, esto va a pasar; no importa que se muera mañana porque a lo mejor eso no es lo que le está preocupando, sino que lo escuchen y sea humano. Soy defensora de los pacientes, recuerdo un paciente que tenía un trocito de hígado y nosotros sentíamos ese niño como nuestro, lo iban a trasladar para cirugía y nosotros dijimos: no, ese es nuestro

C: C1

Sc: C4

AC: [Alcance de la EM más allá del diagnóstico y satisfacción sentida del paciente]

L: Grupo focal

I: **YG**

Si tú como médico, este paciente llega con un stress respiratorio, no interrogas los antecedentes, de dónde vienen, no haces el examen físico bien, no haces los paraclínicos correctos, no diagnosticas esa enfermedad, al no diagnosticar esa enfermedad ves que se transforma en algo epidemiológico y, al ser algo epidemiológico es algo mundial y ¿dónde comenzó todo? en la entrevista médica; si tú no haces una buena entrevista médica, se te

escapan muchos pacientes, de forma que se puede, epidemiológicamente, prever y detectar enfermedades que a la larga tienen un alcance mundial.

I: BS

En el que haces la entrevista a que, si vas más allá de los síntomas que el paciente tiene, buscar el interior de esa persona y escuchar, ser atendido, ser tomado en cuenta, para liberar esa carga que tiene en su interior, sirve de tratamiento; de esa manera, darle más que un tratamiento farmacológico sino una forma como humanitaria que ayuda a mejorar a la persona

I: YU

A través de los datos que obtenemos en la entrevista médica, acumulativos, nos dan información para investigar, se establece también el entorno biopsicosocial del paciente. Por otro lado, también se conoce con la entrevista médica el estado socioeconómico del paciente, y así orientar planes diagnóstico o planes a la comunidad.

I: DS

Muchas veces tenemos el diagnóstico y sabemos qué tratamiento es el indicado del paciente y por la calidad asistencial, por los recursos que no contamos con ellos, muchos pacientes se nos escapan de las manos.

Subcategoría D: Claves ideales de una entrevista médica exitosa

En referencia al éxito de la entrevista médica en el hospital los participantes del presente estudio manifestaron que la optimización y éxito de la EM se logra cuando se cumplen características puntuales en los médicos residentes de Medicina interna, entre las cuales están: a) habilidades clínicas (escuchar y examinar al paciente) b) sentido de pertenencia con el hospital (laborar con los recursos que tiene la institución) y con el paciente cuando lo aborda y resuelve el problema de salud y ; c) actitud valiosa a practicar ante el paciente: de caridad, hacer lo mejor posible; humildad, saber llegar al paciente; y amor por el paciente, que le permitirá superar el cansancio físico, escenario hostil y sobrecarga laboral; e intentar, siempre, que la EM salga mejor y hacerlo lo mejor posible.

C: C1

Sc: D1

AC: [Rol integral del residente de Medicina interna]

L: Grupo focal

I: AS

El hospital, mundo que a veces parece hostil, que te cansa, de que te falte, de hacer tantas cosas, uno trata de hacer lo mejor que puede hacer, nosotros tratamos de que eso salga mejor, yo pienso que esa es la diferencia, creo que eso es el valor agregado de este postgrado porque a pesar de que lo veamos a veces así muy fuerte, a nosotros nos enseñan esa caridad, al menos ese tratar de hacerlo lo mejor posible en un mundo tan adverso como lo tenemos.

Categoría 2. Hospital como organización social

En el camino de interpretar el discurso del grupo focal es importante centralizar la organización de los testimonios al precisar que existen, dentro del objetivo de la presente investigación, la interpretación del significado de la EM, como referente de calidad en la organización hospitalaria. A continuación, se disertará sobre los aportes y la relación de la organización de salud a la EM ejecutada por el residente de Medicina interna en el hospital.

Se considerará en este estudio lo comentado por García (2007) sobre el hospital como algo más que un establecimiento, que constituye una organización social que presta servicio asistencial, médico-sanitario, cuyos resultados son tangibles: bienestar colectivo y personalizado. Estas instituciones tienen que responder no solo a las necesidades de salud de la población, lo cual en realidad es lo esencial, sino que deben representar y materializar sus mejores valores en lo social y asistencial; deben también generar en la comunidad sentimientos positivos de solidaridad, respeto, lealtad, confianza y credibilidad.

Por lo tanto, este mismo autor define a los hospitales como “organización social de contenido científico”; su producto más importante es el paciente atendido, los servicios de salud se interpretan como aquella organización puesta al servicio de un “usuario” para entregarle acciones que actúen en su beneficio y así poder alcanzar la salud perdida; las ideas anteriores son resumidas en la presente investigación por DR (investigadora): “los hospitales son organizaciones sociales sin fines de lucro.”

Desde esta perspectiva, las organizaciones de salud cuentan con un grupo humano, como son los residentes de Medicina interna, que soporta dentro de sus funciones conocer la institución, el contexto hospitalario y utilizar la entrevista médica como un recurso valioso para recopilar información empleada, luego respaldar los indicadores de servicios hospitalario, referenciar la calidad del desempeño cuantitativamente de la organización y brindar apoyo a la comunidad que asiste a la institución hospitalaria.

En el marco de esta categoría surgieron las siguientes subcategorías: recurso institucional, el residente de Medicina interna, conocedor de la institución y del contexto, indicadores de calidad de servicio y proyección del hospital a través de la entrevista médica.

Subcategoría A: Recurso institucional

Para desempeñar su labor, el hospital descansa en una división extensiva del trabajo entre su personal y en una estructura institucional compleja, con un elaborado sistema de coordinación de tareas, funciones e interacción social; para estas funciones el hospital cuenta con múltiples recursos e insumos humanos, materiales y estructurales; como es destacado por diversos autores, está el apoyo de los residentes de Medicina interna, quienes aportan a través de la EM la elaboración de la historia clínica como elemento que es evaluado, seguido y juzgado éticamente a través de comisiones en la organización hospitalaria, por tratarse de un documento institucional.

Con respecto al aporte de la organización hospitalaria, es un compromiso de ella ofertar infraestructura de servicios y equipos materiales e insumos, servir de centro de referencia para recibir pacientes de difícil diagnóstico y de patologías comunes; así mismo, contar con un

equipo médico de especialistas, docentes y residentes cuya única herramienta es la entrevista médica, la cual le permite descubrir, adquirir conocimientos de una patología y brindar atención de calidad a los pacientes que acuden al hospital.

La entrevista médica tiene como función en la estructura hospitalaria aportar información administrativa, colocar en el tapete las necesidades tecnológicas o no y corroborar diagnósticos presuntivos. Vale considerar entonces el apoyo a la gerencia hospitalaria, puesto que tramita recursos que resuelven las situaciones de salud de los pacientes.

Resulta oportuno, ante la afirmación anterior, que la organización hospitalaria señale constantemente lineamientos organizacionales que proyecten el valor de la EM para la institución hospitalaria y el médico, y así, recuperar el verdadero sentido de la entrevista médica. Para ello deben dirigirse acciones en dos direcciones: a) institucional: encargado de la formación científica y humana de sus talentos humanos y facilitar los recursos económicos y profesionales para realizar talleres, discusión grupal u otros; b) médico: espacios para la reflexión, autoevaluación y aprendizaje de la relación médico-paciente.

Del mismo modo, el hospital es corresponsable de la entrevista médica, puesto que en su rol: administrativo, coordina el seguimiento de la calidad de historia clínica; estadístico, señalan los indicadores cuantitativos referenciales del funcionamiento en la organización de salud; gerencial, para la formación en aspectos éticos, humanos, cognitivos sobre la EM; y auditoria, para la coordinación y seguimiento de comisiones que revisan y vigilan la historia clínica. Por otro lado, es necesario desarrollar actividades motivacionales dirigidas a la formación interdisciplinaria, el aprendizaje de la EM y logro de empatía y humanización de la relación médico-paciente.

Dentro de este accionar, en la institución hospitalaria se buscará gerenciar la acepción de EM bajo la visión individual y grupos de los involucrados.

En este sentido, los planteamientos se aprecian en las siguientes expresiones:

C: C2

Sc: A1

L: Grupo focal

AC: [El hospital debe ser corresponsable del hacer de la EM]

I: **PM**

Sobre la gerencia, yo creo que hay que recuperar el verdadero significado de la entrevista médica y de acuerdo con la carencia de cada servicio, analizarlo desde adentro.

I: **ZH**

La organización hospitalaria debe asumir el rol de vigilancia, formación interdisciplinaria entre todos los departamentos, fomentar la integralidad de evaluar al paciente como médico y no como especialidades diferenciadas; así mismo, realizar talleres frecuentes donde se coordinen y compartan las experiencias personales que contribuyan a mejorar los errores, debilidades encontradas en los residentes; por otro lado, que las comisiones existentes de auditoría, ética y vigilancia de la historia clínica hagan llegar los resultados de los encuentros

y fallas encontradas en estos documentos, que pudieran extrapolar una enseñanza-aprendizaje que conlleve a la excelencia, no solo del hacer médico, satisfacción del paciente y calidad del servicio de la organización hospitalaria.

C: C2

Sc: A2

AC: [Lineamientos organizacionales para recuperar el verdadero sentido de la EM]

L: Grupo focal

I: **PM**

Fomentar este tipo de talleres, humanizar el trato del médico hacia el paciente, es tratar de ver al paciente como un ser biopsicosocial, pero pocas son las personas que lo hacen, las coordinaciones que hacen seguimiento a la calidad de las historias y siempre estar abierto a aprender todos los días.

C: C2

Sc: A3

AC: [Función de enlace de la EM realizada por el residente de Medicina interna]

L: Grupo focal

I: **YU**

A través de la entrevista, aprovechando la oportunidad de tener el paciente hospitalizado, el internista hace un interrogatorio, un examen físico más exhaustivo y conseguimos detalles, para poder corroborarlo, se utiliza la tecnología, inmunología, para lo cual existen laboratorios o paraclínicos más especializados, hasta una biopsia del paciente; también se encuentran pacientes en situación de abandono y no pueden egresar por no tener cupo tampoco en ancianato o porque no conseguimos al familiar y nos volvemos hasta servicio social en sala, alargando estancia hospitalaria.

C: C2

Sc: A4

AC: [Aportes del hospital al residente de Medicina interna]

L: Grupo focal

I: **YG**

Cuando tú estás en un hospital universitario tienes todas las herramientas para descubrir, saber, adquirir todos los conocimientos en vista a una patología; en cuanto a la formación profesional, la enseñanza de cómo trabajar la entrevista médica, cómo se hace una entrevista médica, la importancia de la enfermedad actual, los antecedentes para elaborar una buena entrevista médica más las revistas diarias, junto con el estudio del paciente y diagnóstico de las patologías, forman un médico integral.

Subcategoría B: El residente de Medicina Interna, conocedor de la institución y del contexto.

La Medicina interna es un camino donde la herramienta utilizada en el hacer rutinario es la EM y esta le permite al médico internista protagonizar en la profesión médica la realización de EM de manera eficiente, cotidiana y con un fin resolutivo en la atención del paciente. Entonces, la EM constituye instrumento para la acción profesional y el crecimiento humano del médico internista.

De allí que la EM es considerada como un medio de aprendizaje e instrumento de trabajo en la evaluación integral del paciente y encontrar satisfacción personal del médico al permitir en este encuentro médico-paciente acciones sensibles con actitud de apoyo y entrega total del médico.

Durante la EM hospitalaria, los residentes de Medicina interna en el postgrado construyen el conocimiento teórico y práctico de la entrevista médica, ejerciendo sus funciones médicas con el compromiso, responsabilidad de abordar al paciente con actitud de humildad, caridad y amor, que permite la atención del paciente como una oportunidad para crecer integralmente como persona y profesional, superar en la cotidianeidad el cansancio físico, escenario hostil y sobrecarga laboral. Así mismo, sentirse orgullosos de liderar la coordinación, gestión y realización de diagnóstico de patologías en los diferentes servicios a los cuales apoya en la organización de salud hospitalaria.

Este instrumento otorga al profesional médico una vía para ejecutar su trabajo, evaluar integralmente al paciente, lograr aprendizaje y satisfacción personal del médico; igualmente, el hospital exige de su médico una acción humana durante la EM, como es la actitud sensible y de apoyo incondicional al paciente. Debido a esto, la formación del médico internista es integral, no solo en la esfera humanista sino en el estudio científico de las patologías, dando especial realce y dedicación al estudio de la entrevista médica.

A continuación, testimonios con los cuales se construyó el aporte anterior:

C: C2

Sc: B1

AC: [Herramienta para la acción profesional hospitalaria]

L: Grupo focal

I: **PM**

Ese contacto con el paciente deja una satisfacción personal y aprendizaje, tanto desde el punto de vista profesional como humano, porque cada persona le enseña a uno.

I: **YG**

La entrevista médica es una herramienta mayor para llegar a un diagnóstico adecuado de una patología.

C: C2

Sc: B2

AC: [Contribuye a liderar la organización hospitalaria]

L: Grupo focal

I: **MM**

Son los mejores haciendo la entrevista médica, al compararnos con todas las demás especialidades

I: **PM**

Las armas que le da la Medicina interna, no para combatir a una persona que uno va a tener enfrente, que se llama paciente, sino para ayudarlo en la mayoría de las cosas que uno pueda.

I: **MM**

Nos piden 16 valoraciones por todo el hospital, éramos la mente del hospital.

I: **DS**

La entrevista médica constituye el único instrumento del internista en la organización hospitalaria que marca la diferencia con otras especialidades, puesto que es esta la herramienta para caracterizar los síntomas que posee el paciente y establecer una relación médico-paciente.

La experiencia hospitalaria permite al internista dar apoyo a todos los servicios del hospital y ayudar a encontrar soluciones en conjunto en la atención médica de la organización.

C: C2

Sc: B3

AC: [Gestionar cognitivamente y afectivamente la salud del paciente]

L: Grupo focal

I: **AS**

Las herramientas de nosotros es la clínica, la entrevista y cómo lo abordamos, cómo le llegamos al paciente; quizás esto pueda ser muy difícil para otras especialidades, esa es la diferencia que veo tiene la Medicina interna con respecto a las demás especialidades; habilidad de poder escuchar a las personas y asumir al paciente como mi paciente; la experiencia con un señor que creo que falleció, en cirugía, al valorarlo, veía a los colegas, ellos, tan desesperados como que: sáquenme este paciente de aquí; y nosotros decíamos: pero bueno, vamos a ponerle agua, porque lo que le falta era eso, agua, está seco; lo tomamos así, como las cosas que de verdad se nos hacen ya rutina y no vemos al paciente como esa carga sino como que es nuestro paciente y trato de hacer lo mejor que pueda hacer por ese paciente, tratar de hacerlo lo mejor posible en un mundo tan adverso como lo tenemos.

I: **PM**

Me han enseñado a ser más sensible con el paciente, más humano con el paciente y a dar el todo por el todo por esa persona.

Subcategoría C: Indicadores de calidad de servicio

Algunas de las opiniones emitidas se refieren a la acepción de indicador de calidad de una actividad de servicio, de la misma manera que la interpreta García (2007), quien la define como una medida cuantitativa que refleja la cantidad de calidad que posee dicha actividad. Por tanto, sirve no solo para evaluar un determinado aspecto de la calidad del servicio, sino para realizar un seguimiento de dicha medida a lo largo del tiempo y poder comparar la calidad asistencial, bien en un mismo centro en diferentes períodos de tiempo (obtención de datos longitudinal), o entre diferentes centros de un mismo sector en el mismo lapso (obtención de datos transversal).

De este modo, en total acuerdo, los testimonios recogidos conjugan con el pensamiento de García (ob.cit), quien señala la función de los indicadores de calidad al permitir evaluar y realizar un seguimiento de los diferentes aspectos de la calidad del servicio prestado y facilitan la comparación y el contraste entre diferentes servicios de un mismo sector o entre distintos periodos dentro del mismo servicio. Así, los indicadores permiten obtener conclusiones acerca de la calidad de los servicios prestados.

En el marco de las expresiones del grupo focal, existió un consenso en el entendimiento y definición de calidad por la O.M.S, bajo diversas características, como: (a) un alto nivel de excelencia profesional, (b) un uso eficiente de los recursos disponibles, (c) un mínimo de riesgo para el paciente, (d) un alto grado de satisfacción por parte del paciente y de quien le presta los servicios, (e) el grado de impacto que es capaz de producir en la comunidad en general o en el paciente en lo individual.

Ante lo expuesto, cabe destacar que en la presente investigación se categorizaron datos de los informantes que no son instituidos dentro de la concepción de calidad de servicio de los más estudiosos en los indicadores del área en las organizaciones de salud. Dentro de los indicadores se visualizan datos cuantitativos en el área epidemiológica (ingresos, egresos, morbimortalidad) y de recursos e insumos institucionales; no aparece dentro de los indicadores parámetros que guíen la satisfacción del usuario con el médico y/o institución hospitalaria hace falta información que evidencie la calidad de asistencia al usuario hospitalario, cuándo se le atiende sus necesidades de salud y cuál es el grado de relación con calidez y calidad humana que se le ha brindado en la organización de salud.

Es por ello por lo que, en los actores sociales hubo unanimidad al asumir la entrevista médica como el primer encuentro de naturaleza humana entre médico-paciente, que involucra elementos emocionales, psicológicos propios del ser humano, los cuales se desarrollan y evidencian durante el desempeño médico en la EM. Por otra parte, indicadores referenciales sobre calidad en las organizaciones de salud hospitalaria en la relación médico-paciente, que requiere ser evaluada como un referente cualitativo de la calidad en los servicios del hospital; a tal efecto, se propuso en conjunto tres grandes grupos que dimensionen indicadores de calidad de atención en los servicios hospitalarios, aportados por la entrevista médica, como son: a) epidemiológicos: datos cuantitativos que expresan el funcionamiento dinámico de la organización: ingresos, egresos, morbilidad, mortalidad; b) administrativos: información que evidencia necesidad de recursos e insumos materiales y tecnológicos y c) humanos: satisfacción del usuario, calidez humana, comunicación.

Por lo expuesto anteriormente, en el pensamiento de los informantes clave se pudo inferir que la fuente de cada indicador hospitalario de calidad es la relación médico-paciente de la EM en el hospital, pero contrariamente la EM es un componente invisible en los indicadores de calidad en la organización hospitalaria. Ante esta afirmación, emerge de los testimonios la necesidad de construir las propiedades que otorgan calidad al abordaje de la EM por Medicina interna, entre las cuales destacaron: comunicacional, ética, humana y resolutiva.

En relación con la calidad humana que debe evidenciarse en la EM, para el grupo focal inicia con un proceso que influencia la relación médico-paciente de manera mutua, puesto que el resultado es la prestación de servicio hospitalario con calidad de atención médica e impacto en los usuarios de la organización de salud, que lleva el posicionamiento de la institución en la comunidad.

De forma que la complejidad de un servicio de salud siempre será susceptible de medir, en lo cuantitativo y en lo cualitativo, el nexo afectivo donde drena el paciente las circunstancias de su vida; esta recolección de datos expresa cuantitativamente el funcionamiento dinámico de la organización, como también contribuye a diagnosticar, prevenir enfermedades de importancia epidemiológica, apoyo terapéutico farmacológico y no farmacológico; así mismo, tiene trascendencia como referente de calidad investigativa, socioeconómica, biopsicosocial en patologías de los pacientes en la organización hospitalaria.

Además, se expone información que evidencia necesidad de recursos e insumos materiales y tecnológicos. Es destacado en los datos agrupados los indicadores humanos propuestos como son: satisfacción del usuario; calidez humana y comunicación.

C: C2

Sc: C1

AC: [La EM en el hospital, una guía de recolección]

L: Grupo focal

I: **ZH**

La EM recopila y sustenta la información empleada por la organización de salud e indica su funcionamiento

C: C2

Sc: C2

AC: [EM, hecho que respalda los indicadores de servicio hospitalario]

L: Grupo focal

I: **ZH**

Indicador de calidad se supone que tiene el respaldo de una entrevista médica, lo que pasa es que la entrevista médica es como tácita, se supone que todos debemos hacerla y debemos hacerla bien.

I: **DR**

La relación médico-paciente que trata elementos de tipo humano, psicológico y emocional, evidencia la calidad de desempeño de las organizaciones, y la entrevista juega un papel determinante porque es el primer contacto que tiene una persona que viene, como bien lo dijeron ustedes y lo describieron, con una necesidad para que sea cubierta y con un mundo de expectativas, porque ve en el hospital el recurso humano que le puede poner solución a sus problemas equis que trae.

C: C2

Sc: C3

AC: [Referente de calidad hospitalario: desempeño cuantitativo vs. cualitativo]

L: Grupo focal

I: **ZH**

Los indicadores no deben ser modificados, la parte humana; no obstante, sé que no importa ver 300 si los estás viendo mal, haciendo la satisfacción del usuario, evidenciada en la relación que hay entre el diagnóstico de ingreso y el de egreso, eso le da un indicador de calidad.

Es una evaluación cuantitativa, porque los indicadores hospitalarios son numeritos; entonces no es de buena, regular, mala, sino que es número, la morbilidad por cada consulta, el paciente en cama ocupada, se supone que cada uno debe tener una entrevista médica.

Hay calidad, pero esa calidad puede estar ligada a la calidez, porque a veces somos muy buenos, pero hasta qué punto hay calidez en la relación médico-paciente. Los indicadores eran netamente cuantitativos y ahora los indicadores son más cualitativos, porque se está trabajando más la relación humana, la entrevista representa un papel fundamental en la relación médico-paciente, porque es el primer encuentro y más tarde que temprano pasará a ser parte de un indicador de calidad de los hospitales.

Subcategoría D: Proyección del hospital a través de la entrevista médica

Es común encontrar en la literatura mundial cómo la atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria; y su alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud por la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio de hospitalización que lógicamente ofrecen.

Bajo estas premisas los actores sociales de este estudio introdujeron aspectos que involucran la repercusión social que el hospital como organización transmite a la comunidad; estos aspectos involucran a la entrevista médica, que bien fue descrita por los informantes como un hecho social, donde el arte de cada profesional de la medicina imprime particularidad en su relacionar y habilidad comunicacional, con participación y responsabilidad en el desempeño de la calidad de la organización hospitalaria al paciente, familiar y la comunidad.

En este orden de ideas, el proceso de calidad de la EM - cuyo desarrollo influye en la relación médico-paciente de manera mutua durante la atención médica en el hospital - y su resultado es un impacto en los usuarios de la comunidad que asisten a la organización de salud.

A propósito del impacto en los usuarios, es interesante resaltar cómo, a través de una analogía, un informante define cómo durante la EM el paciente hace lectura sobre la calidad de servicio, comparándola a una fotografía donde el médico, con su comportamiento, da la imagen al paciente y es este usuario quien concibe y da significado a la relación y atención recibida en la organización de salud.

Este es su testimonio:

C: C2

Sc: D1

AC: [Calidad de servicio al usuario: fotografía]

L: Grupo focal

I: **DR**

Es como una fotografía, porque tanto ustedes están escuchando y viendo algo en el paciente, como él los está percibiendo a ustedes también, y él ya está haciendo su propia lectura y su propio significado en los mensajes, en la mirada, en la posición, en el gesto, en todo lo que ustedes le estén diciendo. En consecuencia, pues tenemos que cuidarnos de eso, y tener presente que la calidad de este servicio, y en consecuencia del hospital, ustedes son portadores de esa calidad a través de su comportamiento permanente.

La calidad en los servicios de salud debe constituir una responsabilidad ética de todos los que pertenecen a la organización para alcanzar los efectos deseados, tanto para el prestador de los servicios como para los usuarios; este aporte lo sustenta el grupo focal en los comentarios que se testimonian más adelante, al afirmar unánimemente que la calidad de desempeño del profesional médico debe satisfacer no solo al paciente, sino que el médico debe sentirse satisfecho por la labor ejecutada en la organización hospitalaria.

C: C2

Sc: D2

AC: [Posicionamiento del hospital en la comunidad]

L: Grupo focal

I: **DR**

En la actualidad se percibe el posicionamiento de esa organización en la comunidad para la cual sirve, qué impacto social está generando en este caso el hospital en los usuarios que vienen.

C: C2

Sc: D3

AC: [Calidad de servicio a los usuarios]

L: Grupo focal

I: **DR**

Así no nos estén evaluando la calidad, pero deben sentirse siempre partícipes y corresponsables de la calidad de servicio que se preste; eso es una responsabilidad ética que tenemos todos en las organizaciones donde nos desempeñamos. Tener presente pues que la calidad de este servicio, y en consecuencia del hospital, ustedes son portadores de esa calidad a través de su comportamiento permanente.

Categoría 3: Calidad asistencial

Esta categoría, cuando se conceptualizó calidad asistencial, se apoyó en la definición de García (ob.cit), como: aquellas características, propiedades, insumos y productos de los diferentes procesos que identifican los servicios que se le prestan al paciente, que permiten juicios críticos de acuerdo con las normas y procedimientos (protocolos) que se registran en las historias médicas (clínica), que como tal han de cumplirse o se han cumplido.

Así mismo, García (ob.cit) desde el punto de vista del médico (como exponente principal del proveedor de salud) expone que tampoco existe un patrón estrictamente uniforme de lo que puede considerarse atención médica de buena calidad. Se acepta, por lo menos, que esta tiene una relación con el estado del conocimiento actual y el empleo de la tecnología correspondiente. Si un médico utiliza un procedimiento anticuado para tratar una dolencia, no podrá decirse que está brindando atención médica de calidad. Tampoco podrá afirmarse esto si procede a indicarle a un paciente una prueba diagnóstica o un tratamiento que no es el reconocido (digamos que por la “comunidad médica”) para la supuesta enfermedad, ni siquiera si el paciente está complacido con el procedimiento empleado. En síntesis, se puede decir que cantidad y calidad de servicios es un juicio relativo que requiere la construcción de indicadores o estándares que permiten comparar y controlar las actividades que se realizan.

Sobre la disertación anterior, con los datos de información extraídos en este estudio se dimensionó la calidad asistencial bajo tres subcategorías: a) organización de servicio hospitalario para aportar insumos, prestar servicio de atención integral dentro de una pauta organizacional; b) evaluación institucional con el trabajo en equipo y satisfacción del usuario; c) competencias del médico para desarrollar la EM.

Subcategoría A: Organización de servicio

Cuando se trata de organización de la labor asistencial con calidad en la atención prestada en los hospitales, los informantes clave dieron protagonismo a valorar, analizar y cuidar permanentemente la entrevista médica, puesto que esta participará, coadyuvará a la organización hospitalaria a lograr satisfacción del usuario y, por ello, posicionamiento en la comunidad que acude al hospital.

De esa manera, la entrevista médica como un proceso multidimensional y complejo requiere que se delinee en la organización hospitalaria, dentro de su estructura académica (recursos humanos), administrativa (insumos materiales, tecnológicos) y de servicio (atención integral), como indicador de calidad susceptible de ser evaluado en la misión, visión y valores establecidos como institución de salud. Por esta razón, los informantes de esta investigación coinciden en que la entrevista médica es pilar fundamental en la relación interpersonal entre el

médico y el paciente, que incidirá en la calidad de la formación de especialistas y en la calidad del servicio prestado en las organizaciones de salud.

En este sentido, los actores también expresaron que la organización de servicio no debe deslindarse de la calidad humana, expresiones que se aprecian en los siguientes enunciados:

C: C3

Sc: A1

AC: [Aporta insumos]

L: Grupo focal

I: **DR**

Insumos humanos y estructurales de la organización hospitalaria ofrecen la mejor plataforma para que el equipo médico contribuya al usar la EM a lograr atención de calidad, diagnóstico de patología en pacientes que asisten al hospital. Es importante resaltar que las organizaciones hospitalarias tienen un compromiso de brindar insumos y recursos humanos y el médico la responsabilidad de desarrollar la EM al paciente, satisfacer sus necesidades de atención y diagnóstico con calidad de servicio.

La EM permite diagnosticar y conocer qué necesita el paciente y es a la organización hospitalaria a la que le corresponde aportar recursos para resolver y apoyar los problemas de salud del paciente.

I: **DS**

Es necesario que la EM sea completa, que el hospital aporte insumos y recursos para resolver y ayudar a tiempo al paciente

C: C3

Sc: A2

AC: [Prestación de servicio]

L: Grupo focal

I: **BS**

Me enseñaron a que la humanidad formaba parte de la Medicina interna y es lo que uno también trata de enseñarles a ustedes. Es cierto que los internistas nos hemos dado cuenta de que somos unos de los pocos que damos esa calidad humana a todos los pacientes, aun cuando no sean de Medicina interna, sino los de traumatología, los de obstetricia, a todos de donde nos llamen de cualquier parte del hospital.

C: C3

Sc: A3

AC: [Pauta organizacional]

L: Grupo focal

I: **YU**

Los hospitales, como organizaciones sociales sin fines de lucro, tienen indicadores de calidad para evidenciar cómo está el desempeño y son indicadores cuantitativos, que pudieran a través de la EM establecer apoyo económico, social, epidemiológico y de investigación.

C: C3

Sc: A4

AC: [Atención integral]

L: Grupo focal

I: **DR**

Compromiso de parte de ustedes de mantener la calidad humana en esa relación médico-paciente y en valorar la entrevista.

Subcategoría B: Evaluación institucional

La calidad asistencial siempre ha sido un objetivo de estudio de múltiples autores, entre ellos García, Donabedian quienes, enmarcados en el área, han escrito en relación con los resultados de la organización de salud como un sistema inmerso en diversos procesos. En consecuencia, a este acometido, los datos informativos señalaron una visión prospectiva en que la calidad asistencial debería ser evaluada institucionalmente y bajo la responsabilidad de un equipo de trabajo, el cual debería estar comprometido en su desempeño diario, constante reflexión del hacer y evaluación de la calidad de atención, lo cual se expresará en servicio de calidad al paciente, familia y comunidad. En tal sentido, se pudiera concluir que la satisfacción del usuario es el producto del desempeño de un equipo de la organización hospitalaria cuyo resultado trae consigo impacto en el contexto social.

Precisamente la afirmación anterior se entreteteje con las concepciones que se muestran a continuación:

C: C3

Sc: B1

AC: [Trabajo en equipo]

L: Grupo focal

I: **DR**

Ningún médico, ninguna enfermera, ningún personal se debe sentir alejado de la responsabilidad en la calidad de desempeño de su organización, así no nos estén evaluando la calidad, pero deben sentirse siempre partícipes y corresponsables de la calidad de servicio que se preste; eso es una responsabilidad ética que tenemos todos de las organizaciones donde nos desempeñamos. Eso es fundamental, en el análisis emocional, siento que hay un compromiso de parte de ustedes de mantener la calidad humana en esa relación médico-paciente y en valorar la entrevista, si la entrevista es un proceso humano de influencia mutua.

C: C3

Sc: B2

AC: [Satisfacción del usuario]

L: Grupo focal

I: **DR**

La investigación está cambiando, ahora más cualitativa que cuantitativa, no del número de camas ocupadas, no del número de operaciones que se hacen, no son las metas físicas que se cumplen, sino también la satisfacción del usuario, porque las instituciones tienen que medir la calidad, no como antes que la medida era: lámparas sustituidas, pisos cambiados, entre otros; es cómo me ve y cómo me percibe el que viene a mis puertas, porque la calidad se mide ahora externamente.

Subcategoría C: Competencias del médico para desarrollar la entrevista médica

El arte de entrevistar posibilita lograr los objetivos propuestos como médico para restablecer la salud y, como hospital, prestar servicio eficiente a los usuarios. Estas aseveraciones son recopiladas del grupo focal, quienes aseguraron que los objetivos del médico permiten agrupar las características que determinan una actuación médica con calidad, no solo científica sino humana en las organizaciones hospitalarias.

Para ello, la entrevista médica debe ser ejecutada por un médico que posea: a) habilidades comunicacionales; b) postura ética y humana; c) capacidad resolutive del problema de salud.

En este orden de ideas, los testimonios permiten asignar a la EM un rol de intermediario para que el médico atienda al paciente con empatía, logre conocer su patología y se establezca un escenario de entender, saber escuchar y que el otro ser humano se sienta satisfecho.

Sin embargo, muchos alegan que los indicadores hospitalarios tienen el respaldo de la entrevista médica, pero no expresan abiertamente la dimensión humana; el aspecto cuantitativo traduce áreas que no son netamente numéricos y encierran el producto de la entrevista médica, sin visualizar en los lineamientos generales de la organización hospitalaria la incorporación de referentes cualitativos que informen de la satisfacción del usuario.

Contrariamente a lo comentado por García (2007), quien establece que la noción de calidad está enfocada a evaluar los servicios que se ofertan y en conocer la medida del cómo se adecuan a la demanda del usuario, en los enunciados de esta investigación se logró recoger que la atención de calidad en los servicios de salud debería ser un atributo que la organización hospitalaria, a través del equipo de trabajo, constantemente evalúe, reflexione y se comprometa para que su desempeño durante la entrevista médica satisfaga al usuario y cause un impacto en la comunidad.

C: C3

Sc: C1

AC: [Dimensiones que caracterizan la atención de la salud]

L: Grupo focal

I: FS

Les enseñamos mucho lo que es ética, humanismo médico, pero que es importante también aprender a hablar, aprender a hablar con el paciente, que eso “no me dijeron como”, “no le explicamos cómo se habla”, las habilidades comunicacionales, esa es la clave fundamental, porque la habilidad comunicacional es la que nos va a permitir realmente entender qué es lo que la persona quiere decir, bien sea con su lenguaje claro y a la misma altura de nosotros porque es un paciente que ha estudiado o como un paciente que sea analfabeto, paciente que sea lengua mocha o que tenga necesidad de un intérprete, pero los médicos internistas tenemos que tener la habilidad de comunicarnos con él, y eso es lo que diferencia al internista de los de las demás especialidades, porque todos son muy necesarios.

La habilidad para la comunicación y la conversación (escuchar- hablar) con el paciente es la clave que fundamenta la especialidad del internista y permitirá entender al otro ser humano que necesita de la atención médica en todo su contexto.

C: C3

Sc: C2

AC: [Atención médica con calidad]

L: Grupo focal

I: BS

Atender realmente al paciente desde el punto de vista humano, porque lastimosamente vemos que entre más tecnología tenemos más técnico nos volvemos y tratamos menos al paciente como persona, como ser humano.

Para facilitar la integración y visualización de las categorías con sus respectivas subcategorías, se incluye el gráfico 2, el que evidencia la desagregación de la categoría emergente.

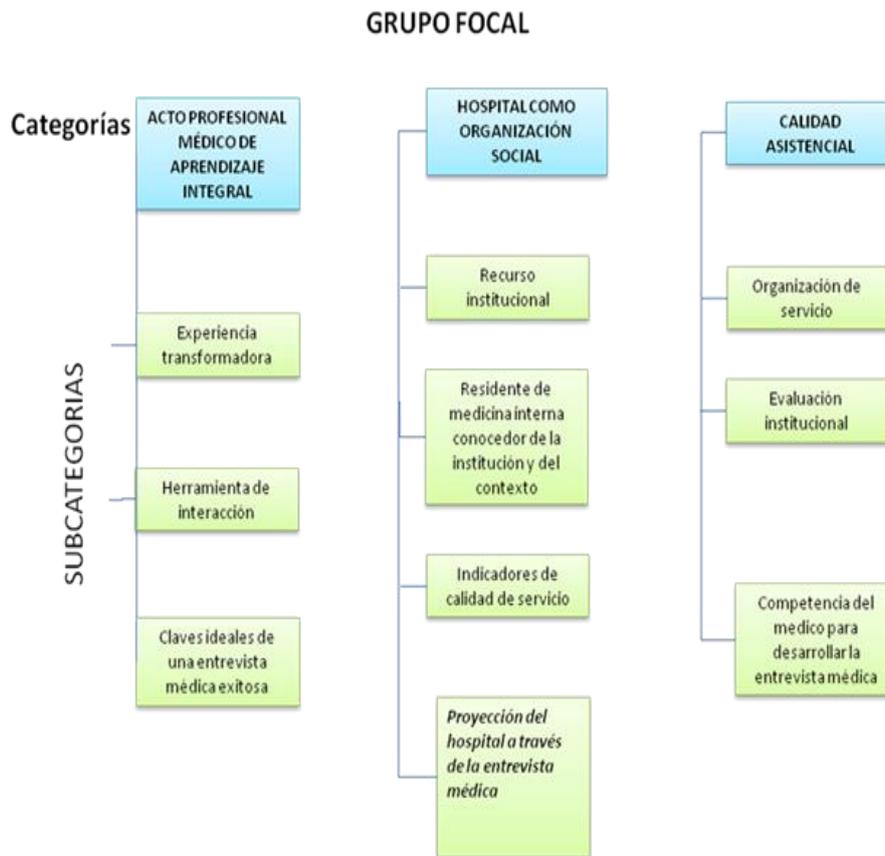


Figura 2. Categoría y subcategorías del grupo focal.

Análisis de información de los testimonios focalizados

La valoración de los testimonios focalizados escritos en los residentes de Medicina interna se hizo de igual manera con el método comparativo constante, encontrándose los siguientes resultados, distribuidos en cinco categorías: herramienta comunicacional, instrumento de transformación, crecimiento profesional y humano, interacción para el logro de un servicio de referencia, estrategia del médico para prestar servicio en la organización de salud y potencialidades de la entrevista médica, con sus respectivas subcategorías.

Categoría 1: Herramienta comunicacional

En la contextualización de la entrevista médica se evidencia en los actores diálogos que le otorgan propiedades como: constituir una relación humana que le dimensionan axiológicamente cualidades de compromiso, comprensión, armonía, confianza y empatía con la obtención de información del mundo biopsicosocial, salud y enfermedad del paciente.

Subcategoría A: Relación humana

Expresión con sentido de propiedad del paciente, como afirma uno de los actores “dando respuestas a nuestros pacientes”, en una relación humanizada que logrará no solo información por parte del paciente, real, completa, sino que proporcionará al paciente confianza, disminuirá la ansiedad y favorecerá el cumplimiento y apego al tratamiento.

C: C1

Sc: A1

AC: [Relación humana entre el médico y el paciente]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 7

Si se quiere, la parte más importante, porque es donde se establece la relación humana entre el médico y el paciente y dependiendo de ese rapport creado, vamos a obtener respuestas más profundas y reales a nuestro interrogatorio. Por otra parte, nos brinda la oportunidad de irle dando respuestas a nuestros pacientes, que de alguna manera puedan ir calmando su ansiedad y creando confianza, que es fundamental a la hora de instalar un tratamiento.

Subcategoría B: Obtención de información

Es una manera de proceder para revelar el conjunto de síntomas que conforman el cuadro clínico de un paciente en su entorno socioeconómico, para lo cual es importante la realimentación en la comunicación establecida entre el médico y el paciente.

C: C1

Sc: B1

AC: [Establecer una realimentación]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 1

Es una forma particular de interacción o abordaje entre el médico y paciente, que permite establecer un feed back con la finalidad de extraer información pertinente.

Subcategoría C: Interrelación horizontal

Durante la atención al usuario del hospital, el médico debe asumir una estrategia de comunicación horizontal, que permita satisfacer la necesidad sentida; este intercambio horizontal fue definido por la informante como interrelación en el mismo nivel, equilibrada, amistosa, que brinde confianza al paciente, como es enunciado en el presente testimonio:

C: C1

Sc: C1

AC: [comunicación equilibrada]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 5

Interrelación con el usuario del servicio y muchas veces con su grupo familiar, debería ser horizontal, amistosa y lograr la confianza en su máxima expresión.

Categoría 2: Instrumento de transformación, crecimiento profesional y humano

La entrevista médica durante esta investigación es observada por sus protagonistas con una visión multienfoque, donde el protagonista no solo sea el paciente con sus confidencias, sino también valoración inteligente del médico, que no solo logre objetivos puntuales, sino que obtenga enseñanza que trascienda, transforme su hacer profesional y humano, como lo aseveran las siguientes subcategorías: visión integral del paciente, investigación de la historia personal y reto para el cambio.

Subcategoría A: Visión integral del paciente

En estos testimonios se revela un significado no encontrado en la literatura explorada, como lo es la entrevista médica dimensionada como un instrumento de empoderamiento cognitivo, afectivo, que entiende al otro como un ente en un mundo biopsicosocial propio, en el cual se pudiera intervenir para dar ayuda.

C: C2

Sc: A1

AC: [Evaluación profunda del ser humano]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 10

Evaluación profunda, íntima, que un médico puede ejercer a un ser humano para facilitar englobar al paciente como un todo y nos proporciona datos que nos acerquen a dar un diagnóstico, tratamiento preciso, y a su vez permitirá intervenir sobre aspectos biopsicosociales del entorno del ser humano.

Subcategoría B: Investigación de la historia personal

Es de destacar que, en la mayoría de las investigaciones, los autores, como Yetano (1994), conceptualizan a la entrevista médica como una herramienta de investigación; sin embargo, es importante cómo los testimonios de esta investigación definen, a través de una analogía, lo que se supone debe ser el objetivo fundamental de una entrevista médica, que es lograr investigar las confidencias personales del paciente al opinar que el médico debería lograr la desnudez emocional y que el paciente se despoje de sus vestiduras, tal cual lo veremos en el siguiente testimonio:

C: C2

Sc: B1

AC: [desnudez emocional]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 6

Narra todo lo que le ha sucedido desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista, ocurre una “desnudez emocional, puesto que el paciente se despoja de las “vestiduras” de sus

confidencias personales, y las expone abiertamente ante otro ser humano que probablemente nunca haya visto, lo cual lo deja en una situación particularmente vulnerable, pues todas sus debilidades, tanto físicas como emocionales, quedan en evidencia.

Pero también el resto de los testimonios dejan entrever la importancia de investigar la historia personal de cada paciente, bajo la óptica innovadora de cambiar la manera de ver y vivir la experiencia de la entrevista médica, para no solo lograr un resultado de atención médica, sino que transforme la manera de enterarse del mundo del paciente y lograr algo más que diagnóstico y tratamiento adecuado, es sentir empatía con el paciente.

C: C2

Sc: B2

AC: [Cambio de ver y vivir la entrevista médica]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 2

He tenido cambio en la manera de ver y de vivir el realizar una historia clínica a través de la entrevista a un paciente; cuando se es bachiller lo observé como la manera de cumplir un examen, a veces se convertía en una tortura, y permitía lograr el objetivo que era una nota, y desde que soy médico la entrevista se constituyó en una única forma de hacer el diagnóstico, y actualmente en el postgrado de Medicina interna es que se está en un océano de conocimientos y solo con la formación podremos encontrar la manera correcta de ejecutar este instrumento fundamental.

C: C2

Sc: B3

AC: [Contacto con un fin estructurado]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 3

Durante la entrevista médica obtenemos la información necesaria para establecer plan diagnóstico y terapéutico; por otro lado, nos ayuda a establecer la relación médico-paciente y poder sentir empatía.

Subcategoría C: Reto para el cambio

La práctica médica involucra un constante desafío al conocimiento en la búsqueda de un diagnóstico adecuado, oportuno, para lo cual el único camino que existe por consenso en los testimonios de la investigación es aprender a realizar la entrevista médica; esta afirmación es sustentada por Pérez A (2003), cuando define que la relación médico-paciente sirve de base a la gestión de salud y My Marino (2003) establece que la entrevista médica con el enfermo es fundamental para el diagnóstico; sin embargo, la estructura hospitalaria no brinda instalaciones que faciliten cumplir en la realidad de la práctica diaria una entrevista médica apropiada, acorde

con lo enseñado teóricamente a los profesionales de la Medicina. En relación con la aseveración anterior se presenta los siguientes argumentos:

C: C2

Sc: C1

AC: [instrumento profesional]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 2

Desde el inicio de la formación médica se aprende sobre la entrevista médica, y lo que se concluye es que es la única forma de hacer diagnóstico.

C: C2

Sc: C2

C: [realidad vs. ideal]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 10

Lamentablemente, en esta estructura llamada hospital no contamos con “múltiples áreas donde podamos realizar la entrevista médica” y queda un concepto escrito, no muy exacto ni verdadero, por lo cual no es 100% ideal.

Categoría 3: Interacción para el logro de un servicio de referencia.

Es necesario resaltar que en esta categoría emergió información que permitió referenciar la labor del médico en la organización hospitalaria, al develar cómo y por qué la entrevista médica constituiría un indicador de servicio en la atención médica; al confrontar los teóricos sobre entrevista médica y calidad de atención médica, no se encontró la acepción de la entrevista médica como fuente indicadora de calidad en la atención, y en esta investigación se agrupó en tres subcategorías el alcance de la entrevista médica como servicio de referencia para la organización hospitalaria, como son: dar respuesta oportuna y adecuada, aportar soluciones, resolver la necesidad sentida del usuario. Son estos los testimonios que sustentan las subcategorías anteriores:

Subcategoría A: Dar respuesta oportuna y adecuada

C: C3

Sc: A1

AC: [Dar respuesta al paciente sobre su salud]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 2

Hacer todo lo posible para conocer sobre la manera correcta de realizar la entrevista médica y mejorar la historia clínica, puesto que son la vía para hacer el diagnóstico.

Subcategoría B: Aportar soluciones

C: C3

Sc: B1

AC: [Aportar soluciones al paciente]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 10

El médico otorga tiempo al paciente para que exprese sus quejas y dolencias; posteriormente direccionamos para obtener el conjunto de síntomas que permiten redactar la enfermedad actual del paciente, que aunado al resto de la conversación determina un diagnóstico presuntivo y así aportar soluciones que benefician al paciente.

Subcategoría C: Resolver la necesidad sentida del usuario

C: C3

Sc: C1

AC: [Satisfacción de la necesidad sentida del paciente]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 1

Extraer información pertinente al conjunto de síntomas que conforman el cuadro clínico de un paciente en su entorno biopsicosocial, de la cual emergerán diagnósticos y un sinnúmero de herramientas que ofrezcan soluciones a la necesidad sentida del paciente.

Categoría 4: Estrategia del médico para prestar servicio en la organización de salud

A continuación se destaca lo expresado por los informantes donde se evidenció la afirmación que emergió de sus pensamientos, al concebir a la entrevista médica como una estrategia para prestar servicio en la organización de salud, en dos direcciones: la primera, centrar su atención en el mundo biopsicosocial del paciente y satisfacer su necesidad sentida; y en segundo lugar, proporcionar un servicio que vaya más allá de aliviar el dolor, lograr diagnóstico e instalar tratamiento, es un compromiso comunicacional con empatía para dar una atención de calidad humana y profesional.

Subcategoría A: Satisfacción de la necesidad sentida del paciente.

Dentro del encuentro entre el paciente y el médico en la institución hospitalaria se establece una relación de servicio, en la cual se establece una comunicación que se propone comprender el proceso salud-enfermedad, al introducirse y familiarizarse con el mundo biopsicosocial del paciente, como lo señalaron en los siguientes enunciados:

C: C4

Sc: A1

AC: [interrelación de servicio]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 1

Interrelación que mantenemos con el usuario del servicio que prestamos, lo cual nos va a permitir que esta persona y muchas veces su grupo familiar satisfaga una necesidad sentida.

C: C4

Sc: A2

AC: [Ayuda a comprender el proceso salud enfermedad]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 9

Es una modalidad de comunicación que se establece entre el binomio médico-paciente, donde siempre tomando en cuenta al paciente como un ser biopsicosocial, nos ayuda a comprender en un momento determinado su situación en el proceso salud-enfermedad.

Subcategoría B: Algo más que aliviar síntomas

La entrevista médica, único camino de acercamiento que ofrece al médico la oportunidad para lograr con el paciente empatía, plan diagnóstico y tratamiento, constituye un contacto fundamental para colocar tratamiento y asegurarse de que sea cumplido.

C: C4

Sc: B1

AC: [Esencia de la relación médico-paciente]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 3

La entrevista médica es el espíritu, el núcleo de una relación armoniosa médico-paciente. Una entrevista médica donde la comunicación sea efectiva resuelve en más del 80% el descubrir del origen de la patología que afecta al paciente; sin una entrevista médica, el enfoque de la patología es más dificultoso y llevará probablemente a la larga a realizar estudios paraclínicos de más, ya que no hay relación directa médico-paciente en la comunicación. La entrevista médica es en parte la esencia de una relación médico-paciente, ya que con esta abarca como un todo al ser humano biopsicosocial, que sufre, que siente no solo de patología orgánica sino psicológica, y que en muchas oportunidades el solo mirar, conversar, hablar, escuchar, puede en muchas ocasiones aliviar el estado del paciente.

C: C4

Sc: B2

AC: [acción para el tratamiento]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 6

El papel del médico como investigador y detective, quien intenta unir varias piezas de un rompecabezas (tarea nada fácil) para poder llegar a un diagnóstico, y así poder brindarle al paciente la oportunidad de una curación y/o tratamiento.

Categoría 5: Potencialidades de la entrevista médica.

Subcategoría A: hecho de oportunidades

Cuando se agrupan los testimonios de los actores, se destaca una idea informativa en la cual se expresa cómo la entrevista médica, metafóricamente, es un océano de conocimientos que pudiera referirse al inmenso camino a recorrer en el aprendizaje de la entrevista médica; de igual forma, son extensas las posibilidades de apoyo al paciente, de logros para la organización hospitalaria y la obtención de una amplia gama de herramientas que permiten resolver necesidades que el paciente posee física y emocionalmente.

Así mismo, la entrevista médica forma parte del acontecimiento organizacional que, a través de un compromiso comunicacional, le sirve al médico como práctica profesional y su visión de experimentar con cada paciente un nuevo aprendizaje.

C: C5

Sc: A1

AC: [ver y vivir la entrevista médica]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 2

La entrevista médica lo sumerge en un océano de conocimientos y que no sabemos cómo hacerlo y que a través del apoyo docente obtenemos la manera más correcta.

C: C5

Sc: A2

AC: [comunicación para resolver]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 4

Una entrevista médica donde la comunicación sea efectiva resuelve en más del 80% descubrir el origen de la patología que afecte el paciente.

C: C5

Sc: A3

AC: [experiencia profesional]

L: Testimonio focalizado escrito

I: 7

Es la parte más importante de la relación médico-paciente, porque nos permite conocer no solo lo referente a su salud presente, pasada y posiblemente futura, sino también porque durante la entrevista podemos conocer su cultura, costumbres, hábitos, personalidad, forma de vida, entre otros; todo lo cual nos permite brindar u ofrecer un verdadero beneficio a su salud. Esto permite, al pasar los años, tomando en cuenta los muchos pacientes que hemos entrevistado, adquirir más experiencias para la vida y sabiduría en nuestra profesión.

Solo una buena entrevista médica nos garantizará conocer a plenitud a nuestros pacientes, descubrir sus penas y aliviar sus dolores.

Para los efectos de visualizar las categorías y subcategorías en los testimonios focalizados se incorpora la figura 3.

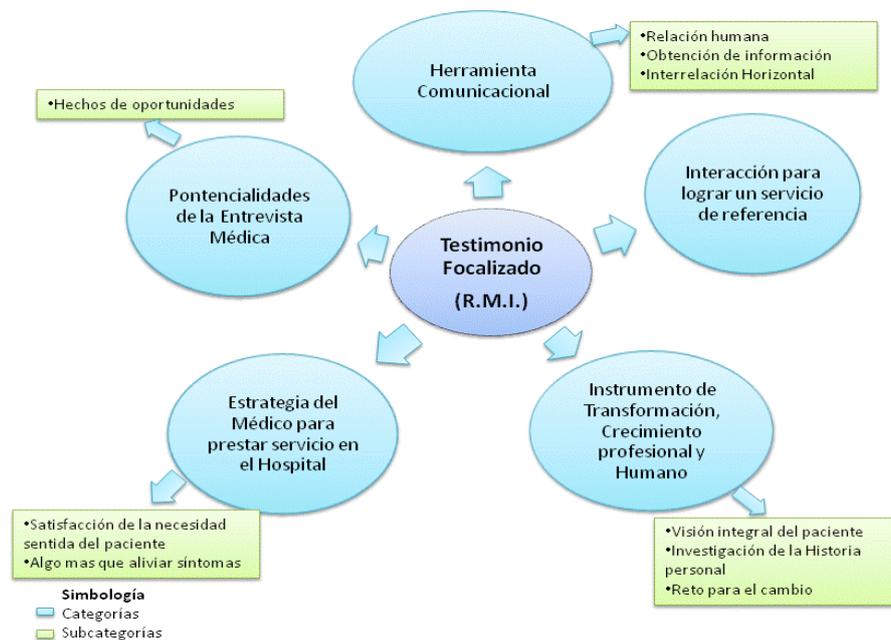


Figura 3. Categoría y subcategorías de testimonios focalizados escritos a médicos residentes de Medicina interna (R.M.I.).

Análisis de la información de las entrevistas abiertas a los pacientes

El análisis que a continuación se expone parte de la interpretación de la información de las entrevistas desarrolladas a los pacientes; igualmente se categorizaron acorde al método comparativo constante.

El procesamiento de la información permitió constituir una estructura discursiva alrededor de siete categorías sobre la entrevista médica como referente de calidad en la organización hospitalaria desde las perspectivas de los pacientes, ganando horizontes en los significados, integrándolos en patrones más aproximados a la realidad del objeto de estudio de la investigación. Es así como se presenta el análisis a partir de las siete categorías consideradas: disposición actitudinal del médico y el paciente en la organización hospitalaria; comunicación: un desafío profesional para reflexionar y practicar; acciones del médico para mejorar la calidad de atención en el hospital; finalidad de la entrevista médica en la organización hospitalaria; debilidades de la atención hospitalaria; consideraciones que expresan la dimensión humana

durante la entrevista médica; y. por último, el significado de la atención médica en la organización hospitalaria.

Categoría 1: Disposición actitudinal del médico y el paciente en la organización hospitalaria.

Según Fernández (2007), en la relación médico-paciente se contextualiza un vínculo humano vital en dirección a satisfacer las demandas conscientes o inconscientes del paciente. Es una interacción que influye en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención y su disposición a regresar a una consulta siguiente, facilitando la toma de decisiones consensuadas, dejando al final una satisfacción de ambas partes por el servicio prestado/recibido. Al respecto, cabe destacar la postura y anhelos del paciente ante la atención médica hospitalaria y los anhelos descritos desde los mismos actores sociales.

Subcategoría A: Posición del paciente ante la atención médica

Durante la entrevista médica que se realiza durante la atención médica hospitalaria se asumen diversas posiciones, como lo son las expresadas por los informantes clave en la satisfacción de ser atendidos adecuadamente, con una alta obediencia a las normas establecidas en la institución de salud, entendiéndolo en muchas de las oportunidades en que acude al hospital que el médico es un ser humano al que se debe apoyar, brindar ayuda e inclusive refiere que debería el profesional médico ser tratado bien. Estas aseveraciones realmente no se encontraron en ninguna de las investigaciones consultadas, puesto que reflejan el pensamiento de los pacientes con un espíritu de solidaridad y deseo de colaborar con el médico, contrariamente a lo reportado en estudios donde solo se evalúa la parte débil, crítica, de la relación médico-paciente.

A continuación, los testimonios que expresan las ideas anteriores:

C: C1

Sc: A1

AC: [Sentirse satisfecho de la organización hospitalaria]

L: Entrevista a pacientes

I: Entrevista 1

Creo que ha sido muy bueno, verdad él me ha atendido muy bien, cuando lo he llamado ha acudido, en verdad no tengo por qué quejarme

C: C1

Sc: A2

AC: [Obediencia a las normativas del hospital]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 1

Bueno sí, a veces usted sabe que el médico ..., quizás no es culpa de ellos.

C: C1

Sc: A3

AC: [Entendimiento como postura de apoyo]

L: Entrevista a paciente

I: **Entrevista 1**

Si no que son tantos pacientes, verdad, pero...

I: **Entrevista 5**

Pero si le damos la manita para que trabajen con más calma y menos estresados.

I: **Entrevista 6**

Entiendo lo ocupado que están estos médicos... hacen lo que pueden.

C: C1

Sc: A4

AC: [Asume rol de consejero]

L: Entrevista a paciente

I: **Entrevista 1**

... no estaría de más tratarlos muy bien.

Subcategoría B: Anhelos del paciente sobre la actitud del médico durante la atención en el hospital.

En las relaciones humanas siempre hay una gran expectativa del otro por el otro. Es la entrevista médica una interacción que no escapa de buscar en cada uno de sus protagonistas características propias que hagan de esta actividad una relación productiva para todas las partes involucradas, de allí que cuando se lee los enunciados que los pacientes manifiestan hay un gran deseo de que el médico posea condiciones espirituales (amigo, amable, colaborador) y un comportamiento ético (buscar un ambiente de privacidad, uso de un lenguaje adecuado al escuchar y hablar, atento al ofrecer diagnóstico, tratamiento, mostrar respeto y cortesía) durante todas las fases del servicio en la atención al paciente hospitalario.

C: C1

Sc: B1

AC: [Condiciones espirituales]

L: Entrevista a paciente.

I: **Entrevista 1**

Que el médico sea como un amigo, la doctora fue muy amable conmigo, me hizo las preguntas, poco a poco para que no me llenara de gases y no tuviera tanto dolor, me trató muy bien, otras preguntas se las hizo a mi hija, a quien le dijo: mira, vamos a dejar descansar a tu mamá porque se va a llenar de gases y es fuerte para ella.

I: Entrevista 5

A lo mejor si lo miran y se aprendieran los nombres

C: C1

Sc: B2

AC: [Comportamiento ético]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 1

Imagínate uno con un dolor, que el médico te salga con una grosería, por lo menos son muy llorones entonces, me cohibiría de volverle a pedir algo; si tengo un dolor o me siento mal, no lo llamaría; igualmente con las enfermeras, pero no me ha sucedido eso, gracias a Dios.

Han estado muy pendientes, por lo menos de mi caso, la señora tal tiene tal cosa, hay que suministrarle esto, sí me han puesto cuidado.

Tuvieran más normas del buen oyente y hablante.

I: Entrevista 3

El médico le dé confianza a uno, entonces uno se desenvuelve mejor; la entrevista la debería hacer solo con el paciente, que no estén los demás pacientes y escuchen la historia; uno se siente con más privacidad y es más fácil contestar las preguntas. La doctora Sabrina, cuando me hizo la entrevista, me llevó aparte, al cuarto, a hacerme el examen físico; me sentí bien, me dio mucha confianza y yo a ella, nadie nos estaba escuchando y nadie estaba pendiente de lo que uno tiene, y que uno así delante de los otros pacientes uno a veces se siente como cortada, no se atreve a decir cosas como ¿cuántas parejas ha tenido? Se cohibe en contestar o hasta puede decir una mentira.

Categoría 2: Comunicación: un desafío profesional para reflexionar y practicar

Según Hutchinson y colab (1999), pese a que el patrón de quejas en los hospitales y la práctica general son preocupaciones de pacientes por deficiencias en modales, actitudes y comunicación del médico, es muy importante la habilidad comunicacional del galeno en la entrevista médica, para un diagnóstico certero y un mejor conocimiento del paciente.

En esta perspectiva, los informantes de la presente investigación reflexionan alrededor de la práctica comunicacional del médico en el hospital, que en el entendido de partir de que la entrevista médica es una relación donde existen necesidades mutuas, pasa a ser dentro del ejercicio médico una cualidad que es fundamental desarrollar durante la atención médica, en la que se ubica, desde el paciente, múltiples debilidades en la interacción humana, así como señalan las propiedades actitudinales y atributos a mejorar durante la entrevista médica hospitalaria.

Subcategoría A: Cualidades en la comunicación de la entrevista médica que debería ejercitar el médico

En el encuentro médico-paciente se establece una relación eminentemente humana, en la cual el médico coloca su saber y experiencia, y el paciente el sufrimiento de la enfermedad y su mundo espiritual. Por esto, es fundamental destacar los enunciados de los actores de esta investigación, los que manifestaron tres aspectos que debería ejercitar el médico durante la entrevista médica: a) lenguaje que exprese apoyo convincentemente, b) escuchar con paciencia, c) brindar tiempo a la EM.

C: C2

Sc: A1

AC: [Escuchar con paciencia]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 1

La paciencia que pueda tener con el paciente, no todos tenemos la misma facilidad de expresarnos, tenemos que ser amigos, que el médico escuche es muy importante, que sepa escuchar, estoy hablando contigo y estás volteando para otra parte, y no entiende lo que dice.

I: Entrevista 3

Cómo empezó la enfermedad, qué síntomas y antecedentes ha tenido, cómo empiezan ustedes a estudiar al paciente.

C: C2

Sc: A2

AC: [Dedicación en tiempo a la entrevista médica]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 3

Son muchas preguntas que le hacen a uno, de repente se le escapa una que otra cosa, que lo que él debería hablar sea varias veces con uno para completar todo.

El doctor debe ser muy paciente y centrarse más en sus pacientes, a pesar de estar apurados porque tienen que atender otras cosas. Cuando el doctor haga la entrevista, se siente, es a eso, a hacer el veredicto y no estar pendiente de que tiene que hacer otras cosas, y ocupe el tiempo que debería realmente tener, no que voy a escribir rápido, salir rápido e irse para otro paciente.

I: Entrevista 5

El doctor esté con el corazón y su cabecita al interrogar al paciente, no esté acelerado, no se desvíe y se aleje a cada rato.

C: C2

Sc: A3

AC: [Convicción de apoyo a su salud a través del lenguaje corporal]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 1

Me sucedió que mi enfermedad es referente al alcohol, el médico no me dijo: viste las consecuencias que trae por estar bebiendo; él vino calladito y me entrevistó, y la doctora me sobó la cabeza y me dijo: mira, ya sabes que ahora tu vida va a cambiar, tienes que cambiar tus hábitos de salud por tu bien; no fue un regaño, fue por ayuda, lo sentí muy bonito y entonces uno se toma las cosas y recapacita, esta es mi forma de vida, mis hábitos de vida los tengo que cambiar por mi salud.

Subcategoría B: Entender las necesidades mutuas que se establecen durante la entrevista médica.

Cuando la entrevista médica es valorada como una necesidad de interacción comunicativa entre el médico y el paciente en busca de logros mutuos, donde las partes involucradas se conocen y entienden, el verdadero motivo del encuentro en el hospital es a través del pensamiento reflexivo de los pacientes; en este estudio se develan dos grandes necesidades: a) dar a conocer la historia de vida al médico y recibir atención asistencial; b) entender las necesidades fisiológicas y la carga laboral del médico.

Estos testimonios reflejan lo declarado anteriormente:

C: C2

Sc: B1

L: Entrevista a paciente

AC: [Pensamiento del paciente]

I: Entrevista 1

Es necesario que el médico conozca la vida del paciente y que el paciente entienda al médico.

Es difícil para los médicos, yo los he visto que a veces ni comen; como pacientes no nos damos cuenta de eso, pensamos que como tenemos un dolor, el médico tiene que acudir a nosotros inmediatamente, y yo me di cuenta, en Emergencia más que todo, el médico corre para allá y corre para acá ¿Será que ese médico no va a comer nada? Y la doctora se estaba tomando por allá un refresco, y la doctora: sí, ya voy, mi amor, ya voy para allá. Tenemos que ponernos en el caso de los médicos y como paciente, y ustedes como médico quizás también en el caso de nosotros, porque si tenemos un dolor, tenemos que gritar.

I: Entrevista 2

Los entiendo, porque de verdad los médicos tienen muchos pacientes y no solo es su paciente nada más, son los familiares de los pacientes, hay que entenderlos.

I: Entrevista 4

Uno se comporta bien, valorar también a los médicos y... que los médicos valoren al paciente.

Subcategoría C: Debilidades en la interacción humana del médico durante la entrevista médica.

Es importante resaltar que el profesional de la Medicina debería estar centrado en tres direcciones: a) expresión a través del lenguaje gestual, verbal y visual evidenciado en los presentes enunciados: “*nunca miró a la cara, lo que hacía era escribir, escribir, no entiende lo que dice el paciente*” **Entrevista 1**; b) disposición a comunicarse y lograr acuerdos cuya caracterización la manifestaron de la siguiente manera: “*una conversación de amigos, ponerse en el lugar del paciente, paciencia en la comunicación, conocer el estado de ánimo y cómo se sienta el paciente*” **Entrevista 1**; c) conducta que genere convencimiento, confianza, direccionalidad durante la entrevista, mostrado en los siguientes enunciados: “*uno quiere la atención inmediata, le dé confianza, privacidad, es más fácil contestar las preguntas*” **Entrevista 3**. A tal efecto, se presentan los testimonios a continuación:

C: C2

Sc: C1

AC: [Expresión del lenguaje en la conversación]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 1

Nunca miró a la cara, lo que hacía era escribir, escribir, no entiende lo que dice el paciente.

C: C2

Sc: C2

AC: [Disposición para comunicarse]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 1

Es fundamental una conversación de amigos. Entonces es importante la comunicación. Ponerse en el lugar del paciente, hay muchas personas que son del campo, que no saben leer ni escribir; por lo menos paciencia, que le diga: mira, ven acá, este aparatico sirve para esto, para que usted aprenda; igualmente la enfermera.

Tiene que darse cuenta del estado de ánimo y cómo se siente el paciente en el momento de la entrevista, porque a veces le están preguntando y uno tiene un dolor y está como en otro lado

C: C2

Sc: C3

AC: [Actuación durante la conversación]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 1

Lo que uno quiere, la atención inmediata, y entonces uno ve el médico, corre para allá, corre para acá y no te atiende; ¿venía con un dolor horrible, será que no me van a atender?

Atiéndame, doctora, no aguanto; y pasó como dos o tres veces. Una doctora con un carácter muy fuerte: ¿dónde te duele? Bueno, espérate, busco otro médico, el doctor me tocó, pero bueno, me atendieron y se ve que la doctora es así.

I: Entrevista 3

El médico le dé confianza a uno, entonces uno se desenvuelve mejor, la entrevista la debería hacer solo con el paciente, que no estén los demás pacientes y escuchen la historia, uno se siente con más privacidad y es más fácil contestar las preguntas.

Subcategoría D: Propiedades a desarrollar en la comunicación por parte del médico

Desde siempre, la relación médico-paciente ha tenido como diana la comunicación y múltiples estudios - como el de 1967, referenciado por Chávez (1976) - revelan encuestas realizadas entre pacientes e indican que más del 60 por ciento de ellos critican la forma en que los médicos manejan la relación con los enfermos, denunciando, sobre todo, que les falta calor humano. Este mismo autor destaca en su escrito que el enfermo advierte, siente al primer contacto en la EM, el deseo de prestar el servicio médico y su verdadera preocupación en la persona que atiende.

Se plantea entonces problemas que durante el desarrollo de este estudio se pudo contextualizar a través de los reportes de los actores sociales, como: a) interés por la entrevista médica (abordar y hablar adecuadamente con el paciente); b) relación de amistad (caracterizada por un ambiente de comunicación armoniosa, confianza y reciprocidad en el intercambio de la información; c) actitud de serenidad y equilibrio. Estos hallazgos son cónsonos con lo que Fernández (2007) expresó sobre la comunicación en la EM: es un diálogo convertido en comunión, en la identificación de carencias, necesidades o problemas del cuerpo o la mente de quien lo sufre y del facilitador, que ayuda a aclarar situaciones, tomar o reafirmar decisiones, llenar vacíos, modular emociones y sentimientos; en fin, un diálogo entendido como “la apertura del *yo* a las necesidades concretas del *tu*”, en ambiente de respeto mutuo y colaboración compartida.

C: C2

Sc: D1

AC: [Interés por la entrevista médica]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 2

El médico le pregunta lo más mínimo, desde nombre, su procedencia, sus antecedentes personales, hasta si es alérgico a algún medicamento. Conocer al paciente y tener un buen abordaje hacia el paciente, para que sea bien atendido, y así prestarle toda la atención que necesita y que merece en ese momento.

C: C2

Sc: D2

AC: [Fomentar relación amistosa]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 2

Amigable, que tuviera el contacto de paciente a doctor, pero siempre con empatía, brindándole apoyo y amabilidad al paciente. Sí, para que el paciente tenga más confianza y así él pueda hablar y tenerle confianza al médico que le está haciendo la historia, que no le quede nada por dentro.

C: C2

Sc: D3

AC: [Actitud durante la comunicación]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 2

Que sean buenas personas

I: Entrevista 5

Comunicación que el médico debe tener con uno para saber qué es lo que a una le pasa, pero a veces puede ser agradable, y no es porque estemos en el hospital, a veces he ido a partes privadas y la relación con el médico está lejísimo de una; por eso yo creo que la entrevista, como Ud. dice, debe ser amena, tranquila y sobre todas las cosas intentar que haya sinceridad de parte del paciente y del médico; a veces una no cuenta todo y el médico no le dice a una todo porque no quiere mortificarlo o simplemente lo desconoce, pero también tiene que haber reciprocidad de información, no solo que hable el paciente.

Subcategoría E: Atributos a mejorar durante el contacto humano médico-paciente en el hospital

Con referencia a la relación humana en la organización hospitalaria, según Chávez (1976), destaca que en la gran mayoría de las entrevistas no aparece y el lazo de simpatía que el paciente necesita no tiene forma de crearse. Así mismo, Dorr (2004) describe elementos constitutivos esenciales del acto médico, como lo son: libertad, intimidad y confianza. Para este estudio, los informantes aportan en sus testimonios otras condiciones que darían realce a la atención médica hospitalaria durante el contacto humano, como: a) separación de incidentes negativos personales y familiares del médico; b) emocionalidad en la expresión corporal y facial del médico en la conversación.

C: C2

Sc: E1

AC: [Separación de incidentes negativos personales y familiares]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 1

¿Factores que afecten esta conversación entre médico y paciente? Bueno, quizás el médico venga de mal humor, traiga los problemas de su casa al trabajo. Quizás, digo yo, que puede ser uno de esos factores, el más común.

C: C2

Sc: E2

AC: [Emocionalidad en la conversación]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 4

Me pareció que estaba apuradita y me preguntaba cosas y en ocasiones ni me dejaba terminar de hablar, por lo que pensé que le ayudaba más si le contestaba breve sin tantas explicaciones... hubo un instante que pensé que tenía hambre, como era tarde, y le ofrecí una galleta, parece que se dio cuenta y luego estuvo más tranquilo y pudimos comunicarnos un poquito mejor, al menos terminó la corredera.

Categoría 3: Acciones del médico para mejorar la calidad de atención en el hospital

Las organizaciones hospitalarias incluyen la calidad como objetivo para mejorar la atención asistencial. Es imprescindible considerar al paciente como principal beneficiario de los resultados que se obtienen al gestionar los procesos de la organización. Es por eso que, al recopilar lo expresado por los pacientes, se obtuvo en sus testimonios el deseo de que el usuario consiga en el médico tres características al gestionar su acción médica, las cuales son: a) como ser humano (brindar apoyo, ser amable y buena persona); b) como profesional (conocer al paciente a través del interrogatorio completo y el logro de empatía durante la entrevista); c) como trabajador de la organización hospitalaria (conocimiento en la relación comunicacional y abordaje del paciente).

Subcategoría A: Praxis médica y su alcance

La atención de la salud en el hospital por el médico a los pacientes y familiares va más allá de organizar y ejecutar acciones en un tiempo dado. Indudablemente, se encontró en sus comentarios, de manera recidivante y con alto grado de preocupación, la esperanza de retomar el contacto con el paciente con espíritu humano, el cual es definido por los informantes como el logro de confianza una vez que el médico hable, escuche y pregunte al paciente detalles de su vida y salud, con el empleo de un lenguaje gestual de apoyo, con lo cual no solo se alcanza confianza del paciente sino su satisfacción con el médico y la organización hospitalaria, tal como se refleja en los siguientes testimonios:

C: C3

Sc: A1

AC: [Atención médica en la organización hospitalaria]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 2

Han estado muy pendientes, por lo menos de mí, de mi caso; la señora tal tiene tal cosa, hay que suministrarle esto, sí me han puesto cuidado.

Deben cuidar el personal que trabaja aquí, me parece que hay buenos profesionales.

Yo he estado aquí dos veces y no tengo nada que decir del hospital central, me han atendido muy bien, gracias a Dios.

Hay doctores y enfermeras que sí están pendientes de sus pacientes, cómo están, cómo han amanecido, cómo se sentían. Me gusta cuando el médico se interesa en mí y llega hasta el fondo de lo que a uno le está produciendo lo que tengo.

La verdad que me sentía angustiada, pero el médico no se colocaba en mi dolor; entiendo que estaba muy ocupado... y ahora me da pena, porque no creo que le dije toda la información, si solo fuese esperado que me calmara el dolor, yo le contesto todo todito, porque entiendo que ese es su trabajo, pero creo que hay que buscar que el paciente esté en condiciones de contestar y no por cumplir un requisito... bueno, también hay que pensar que este hospital tiene muchos enfermos y todos quieren ser atendidos al mismo tiempo.

C: C3

Sc: A2

AC: [Espíritu humano durante la atención asistencial]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 2

Siempre con espíritu humano, en el momento de abordar al paciente, lo haga con cariño, empatía, hablar y preguntar al paciente todos los detalles de su vida, con ello se logra confianza y que el paciente se vaya a gusto del centro donde lo atendieron, salga satisfecho con toda la atención y aquí no podemos quejarnos, estamos bien atendidos.

Categoría 4: Finalidad de la entrevista médica en la organización hospitalaria

Desde la perspectiva coleccionada del paciente, se interpretan los diversos objetivos que la entrevista médica se propone: a) petición de atención (herramienta que inicia la relación médico-paciente-organización hospitalaria); b) informativa (recolección de datos del paciente); c) instrumento de ayuda (aporta información de enfermedades para que el médico realice estudio, diagnóstico e indique tratamiento).

Subcategoría A. Utilidad de la entrevista médica en la organización hospitalaria

C: C4

Sc: A1

AC: [Informativa]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 3

La entrevista médica recoge una serie de datos del paciente, que el doctor necesita para hacerle todo, estudios y tratar la enfermedad que el paciente tiene.

Porque si la doctora no tiene esos datos, cómo saben ellos cómo empezó la enfermedad, qué síntomas y antecedentes ha tenido, cómo empiezan ustedes a estudiar al paciente.

La historia de la vida de uno hasta el momento donde uno está, desde que nace, porque le pregunta de dónde proviene uno, la edad, ¿cuántos hijos ha tenido?, ¿cuántas parejas? los antecedentes de uno y de los familiares.

C: C4

Sc: A2

AC: [Instrumento de ayuda]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 1

Es algo necesario, el médico tiene que saber de mi vida, los antecedentes, para actuar, saber qué va a colocar, poder hacer el diagnóstico.

C: C4

Sc: A3

AC: [Petición de atención]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 3

Que me pregunte lo que siento y yo decirle lo que siento, para que me ayuden, y me preste la mejor atención; también porque he tenido como 10 días con fiebre y entonces la sangre por la nariz y sin mejoría; vine a este hospital y no me querían atender; me tuve que sentar en el suelo; yo quiero que me estudie a ver qué tengo, pero no me dijeron nada.

I: Entrevista 5

¡Ay! Que me atendieron, y de corazón pienso que no estuvo mal, al menos pude decir al doctor lo que sentía y él parece que dio con mi diagnóstico y estoy mejor ahora.

Categoría 5: Debilidades de la atención hospitalaria

Es importante destacar las afirmaciones que los informantes de esta investigación agruparon como circunstancias a mejorar en la atención médica hospitalaria, entre las cuales se estableció: habilidades médicas comunicacionales, la infraestructura organizacional del hospital.

Subcategoría A. Habilidades médicas

Entre las habilidades médicas, los actores sociales del estudio le dan una gran preponderancia a organizar la comunicación médico-paciente, para lo cual señalan dos aspectos: el primero, inherente a una adecuada comunicación durante la EM; y segundo, el uso de la información obtenida para servir al paciente. En cuanto al primer aspecto, es tener paciencia con el paciente,

equilibrio en la distribución del trabajo y dedicación al centrarse en el paciente, lo cual permitirá que la EM, además de herramienta comunicacional de recolección, se convierta en un vehículo de interacción con el paciente, en el cual el paciente espera que el médico sea agradable, tranquilo, sincero y exista una reciprocidad de intercambio en la información completa y verdadera, con la cual se construye el diagnóstico y contribuir a proporcionar ayuda con el tratamiento y apoyo al brindar seguridad.

C: C5

Sc: A1

AC: [Comunicación]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 5

Para el médico, me parece que es la única herramienta que posee para ayudarnos a los pacientes, puesto que al enterarse de todo lo que sentimos, podrá saber con más certeza qué enfermedad tiene el paciente y ayudarnos; para el paciente, es lo que esperamos que nos suceda al llegar al hospital, pues es el contacto cierto con el médico para que nos cure.

La entrevista debe ser amena, tranquila y, sobre todas las cosas, intentar que haya sinceridad de parte del paciente y del médico; a veces una no cuenta todo y el médico no le dice a una todo porque no quiere mortificarlo o simplemente lo desconoce, pero también tiene que haber reciprocidad de información, no solo que hable el paciente.

I: Entrevista 3

El doctor debe ser muy paciente y centrarse más en sus pacientes a pesar de estar apurados porque tienen que atender otras cosas.

Subcategoría B: Infraestructura hospitalaria

La estructura organizacional del hospital está bien definida y, a través de los años, ha permanecido sin cambios. En la presente investigación se pudo recoger las expresiones de los informantes cuando emiten sus juicios con respecto a dos áreas de la organización: espacio físico adecuado para llevar a cabo la entrevista médica y el número de profesionales de la Medicina que laboran en la institución, que es escaso.

C: C5

Sc: B1

AC: [Ambiente privado para el encuentro con el paciente]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 3

Este en intimidad para que nadie esté escuchando sobre uno y así el paciente este más tranquilo.

I: Entrevista 5

Hay cosas, como estar más sola y que los demás pacientes no se enteren de la vida de una.

C: C5

Sc: B2

AC: [Recursos profesionales en la organización de salud]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 6

Sí, algo que se debe mejorar es que existan más médicos para que atiendan a los pacientes y no exista exceso de trabajo y, por ende, el riesgo de que se equivoquen, no solo en lo que preguntan sino de paciente al indicar tratamiento. Y si hay más médicos, la atención será más calmada y con más tiempo para conversar con el paciente, es decir tiempo que puede indagar y conocer aún más de todos sus pacientes.

Categoría 6: Consideraciones que expresan la dimensión humana durante la entrevista médica

En los testimonios de los actores sociales se apreciaron las opiniones alrededor de la entrevista médica, las que se codificaron acorde a los enunciados en que la dimensión humana se contextualiza, en dos criterios fundados: el primero, en los valores que revela la calidad de atención (dedicación, empatía, respeto y compromiso); el segundo, la disposición actitudinal de los protagonistas de la interacción.

Subcategoría A. Valores que revelan atención de calidad médica

C: C6

Sc: A1

AC: [Dedicación a escuchar y atender al paciente]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 1

Mi tía muere y le decía: doctora, me duelen mucho las piernas, mire el color que se me están poniendo; la doctora jamás le dio la cara a mi tía. Ella lo que hacía era escribir, mi tía se deprimió demasiado, mucho y me dijo: para allá no vuelvo más. Ella decía: no tienen calidad humana.

C: C6

Sc: A 2

AC: [Ponerse en la situación del paciente]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 5

Hay cosas, como estar más sola y que los demás pacientes no se enteren de la vida de una; que el doctor esté con el corazón y su cabecita con una, al estar interrogando y no se desvíe y

se aleje a cada rato; por otro lado, es importante que no esté acelerado; no sé si fue porque no era el ambiente adecuado, pero el médico no me preguntó nada de mi vida privada, eso me pareció extrañísimo.

La verdad que me sentía angustiada, pero el médico no se colocaba en mi dolor.

C: C6

Sc: A3

AC: [Respeto por la clínica del paciente]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 5

Pero creo que hay que buscar que el paciente esté en condiciones de contestar, y no por cumplir un requisito.

C: C6

Sc: A4

AC: [Compromiso con el paciente]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 5

Que el doctor esté con el corazón y su cabecita con una, al estar interrogando y no se desvíe y se aleje a cada rato; por otro lado, es importante que no esté acelerado.

Subcategoría B: Disposición actitudinal del médico en el hospital

La práctica cotidiana de encuentros en la organización hospitalaria entre el médico y el paciente exige que el profesional de la salud se involucre y adopte una postura comunicativa amplia, desde una esfera personal y de la salud del paciente; brinde al paciente confianza y privacidad, use el tiempo con el único fin de escuchar y atender al paciente sin limitaciones ni prelación, y transmita preocupación por el deseo de apoyar al paciente. Estos elementos fueron descritos en los testimonios que se enuncian a continuación:

C: C6

Sc: B 1

AC: [Comunicación efectiva, confianza y privacidad]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 3

Me gusta cuando el médico se interesa en mí y llega hasta el fondo de lo que a uno le está produciendo, lo que tengo. Me gusta del médico que examine y te diga qué es lo que tú tienes, qué estudios hay que hacer y el tratamiento a colocar; que no ande apurado, que se tiene que ir y que rápido que digan; no me hacen las preguntas y dicen: no ahora, más tarde vengo para que continuemos con la entrevista; no la hacen de una vez si no que la hacen por parte; debería

saber todo de una vez y estudiar el caso. Este en intimidad, para que nadie esté escuchando sobre uno y así el paciente este más tranquilo; en ese momento no tenga dolor, puesto que el paciente no contestará realmente lo que tiene que contestar.

I: Entrevista 5

Los médicos de aquí son excelentes, pero si les damos la manita para que trabajen con más calma y menos estresados, a lo mejor lo miraran a una, se aprendieran los nombres y tuvieran más normas del buen oyente y hablante... bueno, le digo esto porque a muchos pacientes solo nos preocupa que nos quiten el dolor, operen, y no le paramos a la atención personal del médico y el paciente. ¿Será que eso mismo piensa el doctor?

I: Entrevista 6

Con deseo de ayudarme, lo sentí preocupado por mí, eso me dio alivio, tranquilidad de saber que ya alguien que sabe te va a dar la manita.

Categoría 7. Significado de la atención médica en la organización hospitalaria

El acto médico hospitalario está basado en la integridad e idoneidad del médico y la voluntad del paciente para colaborar en su recuperación para reintegrarse a su labor en la sociedad, tal como lo asegura Dorr (2004); es así como en este estudio se evidenció, a través de las expresiones de los pacientes, el significado y la descripción que identifica la atención médica en el hospital desde la valoración como recurso humano y su trabajo en la búsqueda de la calidad de atención hospitalaria.

Subcategoría A. Representación del recurso humano en la atención hospitalaria

En la disertación de las expresiones encontradas en los informantes, catalogan al médico en el hospital como un recurso fundamental de la organización de salud y un elemento esencial e imprescindible para la constitución y funcionamiento del hospital, siendo el médico el eje principal en la calidad de servicio que la institución proporciona a los usuarios.

C: C7

Sc: A1

AC: [Imprescindible]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 5

Para el hospital, imagínese, si no existe médico tampoco vendríamos a este hospital ¿quién nos atendería?

C: C7

Sc: A2

AC: [Referente de calidad]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 5

Pienso que si un hospital no tiene médico no es un hospital, pues no vendríamos los pacientes, ¿para qué?, así mismo, si uno se siente a gusto, atendido y sobre todo que lo ayuden a conseguir la salud otra vez, uno queda agradecido del médico y, por supuesto, del hospital. A veces no sabe cuál es el médico que lo atiende a una, pero sí precisa siempre que esos médicos que saben y ayudan estén en determinado hospital. De allí que este hospital, desde que yo estaba pequeña, mi familia siempre acude y comenta que en esta organización de salud existen los mejores médicos.

I: Entrevista 6

Es importante, ya que cuando el médico habla con el paciente está cumpliendo su trabajo de atender al enfermo, y el enfermo tendrá la confianza de que el médico lo curará, y el hospital es el lugar de encuentro de ambos médicos pacientes.

Subcategoría B: Descripción sobre atención de calidad en el hospital

C: C7

Sc: B1

AC: [Preocupación por el paciente]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 3

Calidad de servicio, para mí que tuviera más pendiente del paciente, tanto las enfermeras, como los médicos.

I: Entrevista 4

Que me pregunte lo que siento y yo decirle lo que siento para que me ayuden y me presten la mejor atención.

I: Entrevista 5

Para el paciente es lo que esperamos que nos suceda al llegar al hospital pues es el contacto cierto con el médico para que nos cure.

C: C7

Sc: B2

AC: [Conversación para realizar historia clínica con tiempo y receptividad]

L: Entrevista a paciente

I: Entrevista 6

Eso es la manera más importante de que se vale el doctor para saber del paciente, pues al usar esa conversación llenando la historia clínica, él cumplirá su trabajo de ayudar al paciente, pues no es adivino, a pesar de que tenga mucha experiencia.

I: Entrevista 6

Verdaderamente que me alivie, pues mientras el doctor me preguntaba, yo sentía que estaba en el hospital y que ya me estaban atendiendo, independientemente que estaría hospitalizado. Pero sí puedo decirle que este hospital, a pesar de que el médico tiene full trabajo, está siempre como haciendo algo; al menos me tomó en cuenta y me atendió.

I: Entrevista 6

Es importante que en el centro de salud haya también excelentes equipos con tecnología pero que el contacto del doctor que lo atiende sea receptivo, ofrezca confianza para que el paciente se quede con la seguridad de ser salvado y curado y no nada más con el consuelo de no tener más para dónde ir.

La figura 4 resume las categorías y subcategorías producto de las entrevistas abiertas a los pacientes.

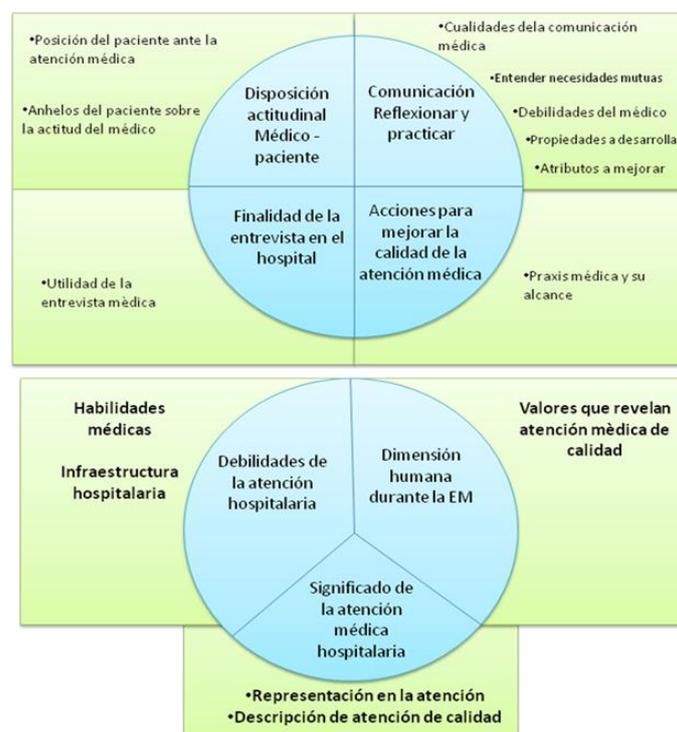


Figura 4. Categoría y subcategorías de las entrevistas abiertas a los pacientes.

La figura 5 evidencia las categorías de los actores sociales, obtenidas a través de las técnicas: grupo focal, testimonio focalizado y entrevistas a paciente.

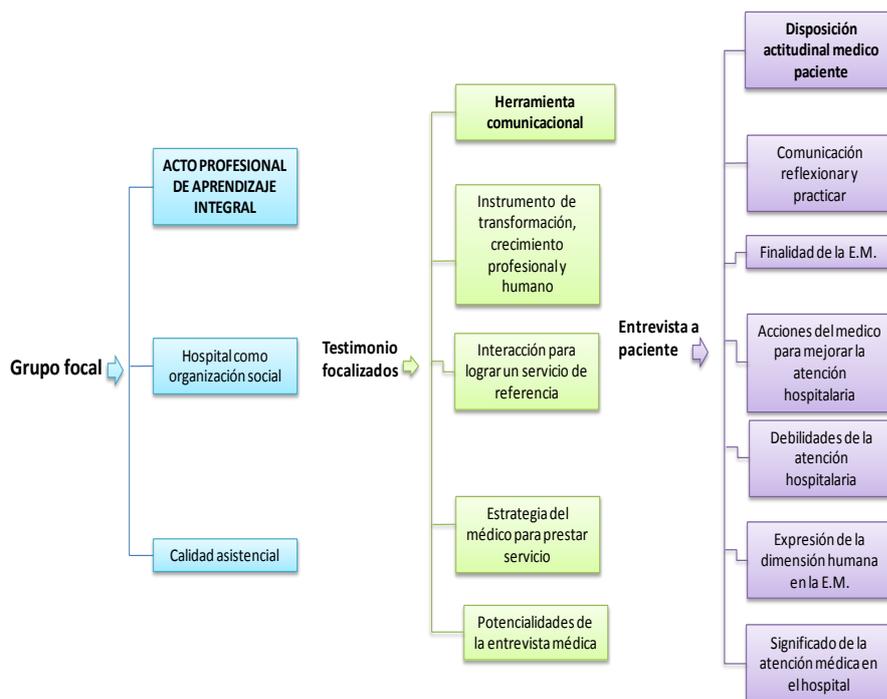


Figura 5. Categorías del grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas.

Triangulación de las técnicas de recolección de la información

La triangulación de los resultados obtenidos a partir del análisis del material del grupo focal, entrevistas, testimonios focalizados escritos permitió establecer una recurrencia y convergencia respecto a las conclusiones que abonan el significado de la entrevista médica como referente de calidad en las organizaciones de salud.

Se recopilaron las tres técnicas de recolección de información para la conceptualización de la entrevista médica (EM) como referente de calidad en la organización hospitalaria, en la cual convergen todos los actores de la investigación en que la EM es una comunicación referencial de calidad de atención en el hospital; debería ser un instrumento eficaz y horizontal para lograr empatía y así permitir realizar la historia personal, diagnóstico y tratamiento del paciente. Adicionalmente, las entrevistas de los pacientes destacan que es una comunicación con calidad humana, con la cual se pregunta la historia de vida del paciente y se satisface su necesidad sentida.

En relación con las perspectivas que emergieron sobre EM, se organizaron en cuatro dimensiones.

DIMENSIONES DE LA ENTREVISTA MÉDICA (EM)

- 1) **Axiológicas:** en las tres técnicas se coincidió en la necesidad de valorar la empatía, confianza, comunicación y compromiso en la relación médico-paciente. Se destacan los testimonios de los médicos, quienes establecieron que la EM es una expresión espiritual que debe intentarse entablar para lograr una amistad. Por su parte, los pacientes destacan lo valioso de interactuar con un espíritu humano, paciencia, equilibrio, dedicación y respeto.

- 2) **Epistemológicamente**, surgió al unísono en las tres técnicas la relación médico-paciente, que se encuentra referenciando la calidad de atención en la organización hospitalaria, siendo la EM para el médico residente de esta investigación una oportunidad de crecer y transformarse en el área profesional y humana, y para el paciente, lograr calidad de servicio hospitalario.
- 3) **Praxológicamente**, las tres técnicas concuerdan en la realización de la historia clínica con la finalidad - para los informantes médicos - de no solo investigar integralmente la historia personal, realizar diagnóstico, tratamiento, sino también para coordinar y rendir los insumos y recursos materiales del hospital. Así mismo, asumen la praxis de la entrevista médica como una conversación donde se intercambia información para realizar la historia clínica
- 4) **Teleológicamente**, las fuentes de datos hacen énfasis en la atención médica con criterio humano y las aseveraciones de los informantes concluyen en la observancia de la EM como referente de calidad del servicio hospitalario. En relación con las fuentes de los médicos residentes, la finalidad es el servicio integral con criterio administrativo, académico, estratégico, que exista un impacto social y personal al cambiar la manera de ver y vivir el ejercicio médico y para el paciente es mejorar la salud, conocer el diagnóstico y cumplir tratamiento.

Otro aspecto que se trianguló sobre la EM como referente de calidad fue su alcance en la organización hospitalaria; para los médicos, gestionar la salud del paciente a través de la interacción médico-paciente, humanizada con capacidad resolutoria sobre la salud y atención integral e influencia en la salud preventiva de la comunidad. Además, interrelacionan con otros servicios que realizan diagnóstico y tratamiento. En relación con el paciente, con la EM se logra una colaboración compartida, referenciar el servicio hospitalario por una atención médica con calidad humana.

Tanto las entrevistas como los testimonios escritos concuerdan en que el significado de la EM en la organización hospitalaria es la construcción de la historia clínica. En cuanto a los médicos residentes, señalaron que otro significado de la EM es la recolección de información que permitirá el conocimiento de los problemas de salud del paciente, así como evitar exceso de estudios paraclínicos y el aporte asistencial del hospital con respecto a insumos, recursos materiales y humanos. También permite utilizar estratégicamente a la EM para aprendizaje y evaluación reflexiva de la relación médico-paciente. Mientras que para el paciente es la vía de atención más completa que posee el hospital y es necesario e imprescindible que exista médico en la institución.

Al revisar las técnicas de recolección, se planteó de manera unánime que la EM es pilar de la calidad asistencial de la organización hospitalaria, al mejorar, dar respuesta y satisfacer el problema de salud; según los médicos, se consigue al brindar servicio asistencial con compromiso y visión humana del equipo de salud en el hospital; para el paciente, se logra al abordarlo con amabilidad, sinceridad y confianza, de tal forma que haya empatía y satisfacción en la comunicación durante la EM.

Son de gran relevancia en esta triangulación las características de la EM realizada por el médico residente de Medicina interna, ya que la referencian como calidad de atención hospitalaria. Las tres técnicas de información convergen en la propiedad como herramienta para gestionar acciones administrativas y terapéuticas, con una comunicación de reciprocidad en la información equilibrada y actitud humanizada, en la cual existe intercambio de afectividad (empatía, confianza, y receptividad) para entender y resolver la necesidad sentida del paciente.

En tanto que el médico le imprime a la EM un valor espiritual, estratégico y cognitivo a través de la comunicación que facilita la comprensión del proceso salud - enfermedad, aprendizaje de patologías y aportar soluciones a la organización. Es evidente que, además, para el paciente, el estado anímico, la privacidad y el tiempo que le brinden durante la EM referencia la calidad de atención hospitalaria.

En cuanto a la EM como instrumento de recolección de indicadores sobre calidad de atención asistencial, las tres fuentes concuerdan en el indicador humano, que es la satisfacción del usuario a través de una interacción comunicativa con calidad y calidez humana, que lleve a la atención del problema de salud.

Del mismo modo, se recopilan - según los datos de los médicos - indicadores administrativos, en los que se evidencia las necesidades de recursos e insumos materiales, tecnológicos y epidemiológicos, tales como: ingresos, egresos, morbilidad, mortalidad, entre otros.

Al ejecutar la EM en la organización de salud como referente de calidad, se busca la satisfacción del paciente, médico y organización hospitalaria. Las fuentes coincidieron que al prestar el servicio el médico residente obtiene información para realizar la historia clínica, diagnosticar, aportar soluciones con el tratamiento indicado, intervenir en aspectos biopsicosociales y satisfacer necesidad del paciente. Para el usuario (paciente), la satisfacción es valorada al conseguir el control con el médico, indicaciones no farmacológicas como el cambio en la rutina y hábitos de vida para su salud, aliviar el motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento, y es así como, para el paciente, la organización hospitalaria ejecuta sus funciones, gerencia sus metas y logra que acuda la comunidad a la institución de manera preventiva.

Aun cuando la EM es un referente de calidad de la organización de salud, puede develar situaciones a mejorar y fortalecer en la organización hospitalaria, concordando los informantes entrevistados en la infraestructura puesto que no existen adecuadas instalaciones físicas hospitalarias que faciliten la entrevista médica como práctica cotidiana en esta institución, así como también hay que optimizar el tiempo dedicado a cada paciente durante la atención médica; los pacientes destacan la escasez de profesionales médicos en la organización hospitalaria y la reducida comunicación, que limita la interacción médico-paciente.

La triangulación develó que la EM es una comunicación que sirve de instrumento a la organización de salud para atender con calidad humana, realizar historia clínica, diagnóstico y tratamiento al paciente, al tiempo que puede constituir un referente de atención hospitalaria.

La triangulación de las técnicas de grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas se muestra a continuación en la tabla 1.

Tabla 1. Triangulación de técnicas de recolección: grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas.

Técnicas de recolección Entrevista médica como referente de calidad en la organización de salud.	Grupo focal	Testimonios focalizados escritos	Entrevistas abiertas
Conceptualización	Comunicación: Referente de calidad de atención hospitalaria	Comunicación eficaz y horizontal usado como instrumento en la organización hospitalaria para lograr empatía, realizar historia personal, diagnóstico y tratamiento	Comunicación con calidad humana para realizar la historia de vida del paciente y satisfacer necesidades sentidas
Perspectivas emergentes	AXIOLÓGICAS: Expresión espiritual	AXIOLÓGICAS: Amistad	AXIOLÓGICAS: Espíritu humano, paciencia, equilibrio, dedicación y respeto
	EPISTEMOLÓGICA: Calidad de atención Organización hospitalaria	EPISTEMOLÓGICA: Crecimiento y transformación personal y humana	EPISTEMOLÓGICA: Calidad de servicio hospitalario

Tabla 2. Triangulación de técnicas de recolección: grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas (continuación)

Técnicas de recolección Entrevista médica como referente de calidad en la organización de salud.	Grupo focal	Testimonios focalizados escritos	Entrevistas abiertas
	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de recolección. • Encuentro que inicia el conocimiento de los problemas de salud del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar servicio. • Evitar exceso de paraclínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vía de atención integral al paciente.

Significado en la organización hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad de la organización de salud para conocer la calidad asistencial en el aporte de recursos materiales, insumos y humanos. • Recursos estratégicos para aprendizaje, evaluación y reflexión sobre relación médico-paciente. 		<ul style="list-style-type: none"> • Labor médica necesaria e imprescindible.
Pilar en la calidad asistencial de la organización hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar servicio de atención asistencial con compromiso y visión humana por el médico e integrantes del equipo de salud de la organización hospitalaria. • Conocer sobre su enfermedad y apoyar la salud del paciente. 	Atención integral	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje por parte del médico con amabilidad, sinceridad y confianza para lograr empatía. • Satisfacción durante la comunicación en la EM.

Tabla 3. Triangulación de técnicas de recolección: grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas (continuación)

Técnicas de recolección Entrevista médica como referente de calidad en la organización de salud.	Grupo focal	Testimonios focalizados escritos	Entrevistas abiertas
Características de la EM realizada por el residente de Medicina interna que la referencian como calidad de atención hospitalaria.	Herramienta con valor espiritual, estratégico, cognitivo, que a través de la comunicación humana brinda atención de calidad.	Humanas: Comunicación equilibrada, retroalimentación de información, actitud humanizada. Profesional: investigar historia personal, física, emocional. Comprender proceso salud-enfermedad, aprendizaje de patologías y aportar soluciones.	Evaluar el estado anímico del paciente. Privacidad. Organizar el tiempo que estará con el paciente.

Instrumento de recolección de indicadores sobre calidad de atención asistencial	EPIDEMIOLOGÍCOS: Datos de ingresos, egresos, morbilidad, mortalidad. ADMINISTRATIVOS: Evidencia necesidad de recursos e insumos materiales y tecnológicos. HUMANOS: Satisfacción del usuario, calidez humana, comunicación.	Interrelación con otros servicios en la organización hospitalaria.	Interacción comunicativa con calidad humana
---	--	--	---

Tabla 4. Triangulación de técnicas de recolección: grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas abiertas (continuación)

Técnicas de recolección Entrevista médica como referente de calidad en la organización de salud.	Grupo focal	Testimonios focalizados escritos	Entrevistas abiertas
Qué busca satisfacer el paciente, el médico y la organización hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> • La necesidad sentida del paciente. • Obtener información y realizar historia clínica. Organización hospitalaria: <ul style="list-style-type: none"> • Distribuir los recursos e insumos materiales y tecnológicos para cada paciente. 	Intervenir aspectos biopsicosociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Control médico. • Tratamiento no farmacológico de cambios en su rutina y hábitos de vida para su salud. Organización hospitalaria: <ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar funciones, cumplir metas como gerencia y atención preventiva a los pacientes que acudan a la institución.
Devela una situación que puede mejorar en la organización hospitalaria	Tiempo dedicado a cada paciente	Instalaciones de la estructura hospitalaria que faciliten la práctica diaria de la EM.	<ul style="list-style-type: none"> • Escasos profesionales médicos. • Infraestructura con escasa comodidad para el paciente. • Comunicación limitada.

Fuente: Elaboración propia.

La develación e interpretación del pensamiento en el grupo focal, en los testimonios focalizados escritos y las entrevistas a los actores sociales, permitió el logro del objetivo 1, orientado a: Interpretar el significado de la entrevista médica como referente de calidad mediante la reflexión de los residentes de Medicina interna y los pacientes, tal como se evidenció a lo largo de este capítulo; y el objetivo 2, relativo a valorar las etapas de la entrevista médica que la constituyen en un referente de calidad en la organización hospitalaria, el cual se expone a continuación.

Una vez que el médico se encuentra frente al paciente en la organización hospitalaria, se cerciora de que la entrevista médica es una experiencia personal, propia, única y es a través de una estructura básica de interrogantes que permite elaborar y seguir etapas bien definidas que se encuentran en los testimonios de esta investigación. A diferencia de algunos autores, como González (2004) - quien centra las etapas de la entrevista en ocho pasos (recepción, identificación, interrogatorio, examen físico, manejo de exámenes complementarios, información, medidas terapéuticas y despedida - en el presente estudio se agrupan en tres etapas: espera, desarrollo del método clínico y cierre; resultados en los que resaltan el propósito de encontrar en cada historia clínica realizada respuestas que referencien una atención de calidad en la institución.

Categoría 1. Interacción médico-paciente organizada

La entrevista médica, desde los informantes de este estudio, se inicia como un acontecimiento propio de cada interacción, en el cual se desarrolla a partir de interrogantes básicas creadas individualmente por cada profesional, que le permiten al médico organizar cognitivamente un interrogatorio.

Subcategoría A: Interrogantes básicas

C: C1

Sc: A1

AC: [Preguntas a realizar en la entrevista médica]

L: Grupo focal

I: CA

En tres partes la entrevista médica: la primera cuando uno le pregunta ¿qué le pasó? ¿por qué está aquí? La segunda, cuando le pregunta ¿qué le pasó antes de estar aquí?, que serían los antecedentes que incluiría los epidemiológicos; y la tercera, que es el funcional: ¿qué es como ha estado, ¿qué le ha estado pasando?

Subcategoría B: Etapas de la entrevista médica

Durante la entrevista médica, el primer paso es tener una visión amplia en la que se desarrolla la creación propia del médico, expresada en interrogantes al paciente: ¿Qué le pasó antes de estar aquí? ¿Por qué está aquí? ¿Cómo se ha sentido en esta entrevista? El segundo paso, la organización en la ejecución de la práctica clínica de realizar la historia médica, se encontraron

aseveraciones en las cuales existe un periodo de inicio en la espera de la atención, desarrollo de la historia clínica y el cierre; posteriormente, el tercer paso: conversar con el paciente y brindar respuesta a su necesidad sentida.

C: C1

Sc: B1

AC: [Praxis en etapas]

L: Grupo focal

I: **ZH**

Yo pienso que la entrevista no solamente es la parte donde nos enfocamos directamente al paciente, sino que yo pienso que la entrevista empieza hasta el período en que el paciente está afuera, esperando hablar con uno, la interrelación que tiene el paciente con sus demás compañeros de consulta, la inquietud o no inquietud que tienen cuando va a entrar, hasta la misma inquietud que tiene uno dentro ¿quién me vendrá hoy?

Después viene lo que sería la parte de la entrevista propiamente dicha, que es todo el tiempo que vamos a estar en correlación con el paciente y su familiar, que tendría ya la parte específica de lo que sería el desarrollo de la historia; y también estaría la parte del cierre de la entrevista.

C: C1

Sc: B2

AC: [Experiencia propia]

L: Grupo focal

I: **ZH**

Creo que a mi manera de ver serían esas las partes en que estructuro la entrevista médica.

I: **CA**

Entonces, para mí siempre se ha dividido así, pero no porque lo haya leído en alguna parte, sino que yo me lo imagino así y así se me hizo más fácil para aprendérmelo.

Categoría 2: Acto de organización con un propósito: referenciar calidad de atención

Desde la reflexión de los médicos residentes de Medicina interna se percibe la importancia de las etapas de la entrevista médica como referente para lograr calidad en la atención médica al conseguir satisfacer y dar respuestas al usuario el hospital.

Subcategoría A: La intención es satisfacer al paciente

En el acto organizado cognitivo y en la práctica, los actores recopilan en una forma unísona que el propósito es satisfacer, dar atención médica y respuesta a sus necesidades de salud de manera integral.

C: C2

Sc: A1

AC: [Respuesta fructífera]

L: Grupo focal

I: **ZH**

El paciente viene en busca de una respuesta a algo y nosotros tenemos que darle la respuesta de lo que él vino a buscar, entonces sería como que cerramos y él sale satisfecho o no, fue fructífero o no el resultado de la entrevista.

Mediante el análisis de la información, se evidenció que los informantes clave dan significado y sentido a la interacción que se desarrolla durante la EM en la organización hospitalaria, asignándole atributos humanos, como el de reconocerse uno al otro y comunicación equilibrada, en la que se descubre la historia del ser humano enfermo, proceso que definen como *desnudez emocional*, en el que se da siempre confianza, privacidad y deseo del médico para apoyar al paciente que acude al hospital.

La organización hospitalaria es asumida por los actores sociales como el establecimiento necesario, corresponsable del hacer de la EM, prestador de servicio de salud donde no solo se le debe brindar atención al paciente, sino también satisfacción de la necesidad sentida.

Capítulo V. Teorización sobre la entrevista médica como referente de calidad en la organización de salud hospitalaria

Desde la autorreflexión de los investigadores, a partir de las revelaciones reflexivas compartidas con los informantes clave de esta investigación, este capítulo presenta, en concordancia con el objetivo tres del estudio, la generación, a través de la intersubjetividad, de elementos consensuados que fundamenten aproximaciones teóricas sobre la entrevista médica como referente de calidad, lo que conlleva a una atribución de significados de los datos para conformar una exposición sintética, que configure un cuerpo teórico creativo y productor de nuevas ideas sobre la EM, desde una perspectiva holística, para contribuir a darle sentido e importancia a este proceso, como parte fundamental de la relación médico-paciente en la organización hospitalaria.

La síntesis correspondiente a esta fase del estudio (teorización), parte de la triangulación de datos de los dos tipos de informantes (residentes de Medicina interna y pacientes); consiste en formular razonamientos basados en las relaciones surgidas a partir de las conexiones realizadas entre las diferentes categorías emergentes.

El primer comentario teórico interpretativo considera a la EM como un acto profesional médico de aprendizaje integral, por cuanto constituye una experiencia transformadora y herramienta comunicacional en la relación humana, en la que el médico investiga información de la historia personal para tener una visión integral y responder a la necesidad sentida del paciente.

Otra afirmación teórica que generó el proceso de investigación es la relevancia de la disposición actitudinal del médico en correspondencia con sus valores, que enriquezcan el contacto humano para entender las necesidades mutuas que se establecen durante la entrevista y se concretan en cualidades que debe ejercitar el médico mientras se desarrolla este proceso.

En este contexto de significados teóricos de la dimensión espiritual de la EM producto de esta investigación, se conceptualiza como una oportunidad de crecimiento profesional y humano con gran potencialidad, por cuanto indaga sobre la cultura, costumbre, hábitos, personalidad y forma de vida, aspectos que contribuyen al conocimiento de la salud del paciente para un diagnóstico asertivo.

Un factor básico descrito, extraído de las categorías emergentes, está referido a concebir al hospital como una organización social, donde el tiempo y el escenario son recursos determinantes en la calidad de la entrevista. Por otra parte, la EM constituye un recurso institucional en cuanto provee de información usada por el hospital, que contribuye a sustanciar asuntos administrativos y gerenciales.

De la misma forma, la relación categorial permitió elaborar el significado que tienen las acciones del médico para mejorar la calidad de atención en el hospital; en este sentido, la EM juega un papel determinante en la calidad del servicio prestado en las organizaciones de salud.

La condensación de los elementos más importantes de la construcción teórica se puede evidenciar en la figura 2; se señala que la EM, como encuentro comunicativo referencial de calidad en la atención hospitalaria, está estructurado en seis dimensiones: espiritual, cognitiva,

organizacional, bioética, gerencial y social. En cuanto al aspecto espiritual, la EM supone acoplamiento médico-paciente, empatía y conocer la necesidad sentida del paciente.

En el área cognitiva se adquiere información individualizada, datos personales que construyen un camino hacia el diagnóstico y la habilidad para comunicarse con cada paciente de manera diferente. Desde la perspectiva organizacional, se involucra la atención del paciente de forma integral, la distribución de los recursos e insumos materiales y tecnológicos de la institución para cada paciente y el uso estratégico del tiempo del médico, paciente y hospital. Se asume el aspecto bioético bajo parámetros que humanicen la actuación del médico en la EM, al reconocer y respetar al sujeto como totalidad y rescatar la relación médico-paciente, en la que se incluya libertad de elección, empatía, diálogo e idoneidad, ausencia de conflictos de interés y una estabilidad en la relación.

La dimensión gerencial está dada por el aporte de información de la EM a través de la elaboración completa de la historia clínica, con la realización de experticia diagnóstica, indicar terapéutica y así contribuir como herramienta fundamental en asuntos administrativos y toma de decisiones del hospital. En cuanto a la dimensión social, constituye para el profesional un reto comunicativo, una oportunidad para obtener experiencia, una acción con estrategias propias y apoyo familiar, actividad a través de la cual se ofrece la atención médica a cada usuario de la organización hospitalaria, con el objetivo de brindar salud integral a la comunidad donde está inmersa e incluso a los pacientes en áreas circunvecinas.

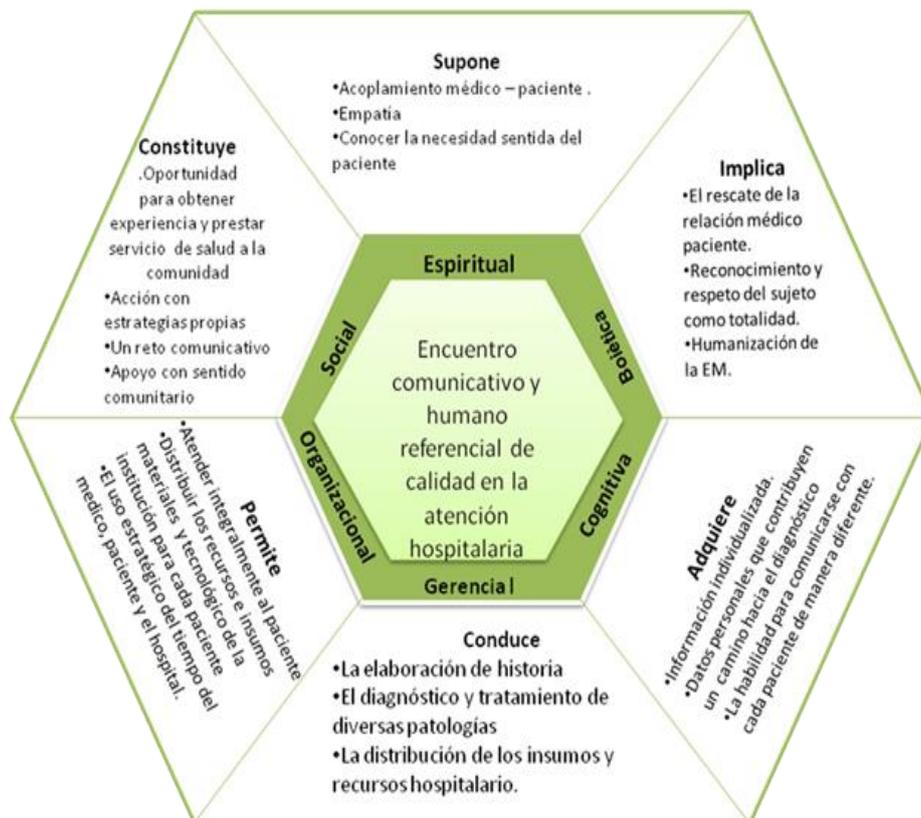


Figura 6. Hexágono de la entrevista médica como referente de calidad en la organización hospitalaria.

Igualmente, en la figura 7 se muestran las perspectivas de la entrevista médica que emergieron de los informantes clave. Sus testimonios permitieron estructurar el discurso en cuatro macroperspectivas sobre el objeto de estudio de esta investigación, como son: axiológicamente, las cualidades comunicacionales: paciencia, dedicación, expresión espiritual, empatía, compromiso y respeto; y en cuanto a las acciones humanas centradas en la perspectiva praxiológica se encontraron: realizar la historia clínica, diagnosticar y tratar enfermedades, coordinar el uso y rendir los insumos hospitalarios y servir como sustento del conocimiento, los siguientes epistemes extraídos de los enunciados, entre los cuales se señalan: calidad de atención, organización hospitalaria, relación médico-paciente, accesibilidad, adecuación y satisfacción en la EM.

En relación con la perspectiva teleológica, la EM buscará prestar servicio de calidad, de manera integral y con impacto social. Al recoger los discursos de categorías de mayor vuelo teórico, permite - desde perspectivas filosóficas - agrupar el pensamiento de los informantes clave para dejar bien estructurada la EM como un proceso que tiene un valor, en la acción humana del profesional, la organización y la comunidad, con relación sujeto y objeto de estudio bien tipificado y cuyo objetivo final es la búsqueda del servicio de atención médica de calidad al individuo y la sociedad en las organizaciones de salud.

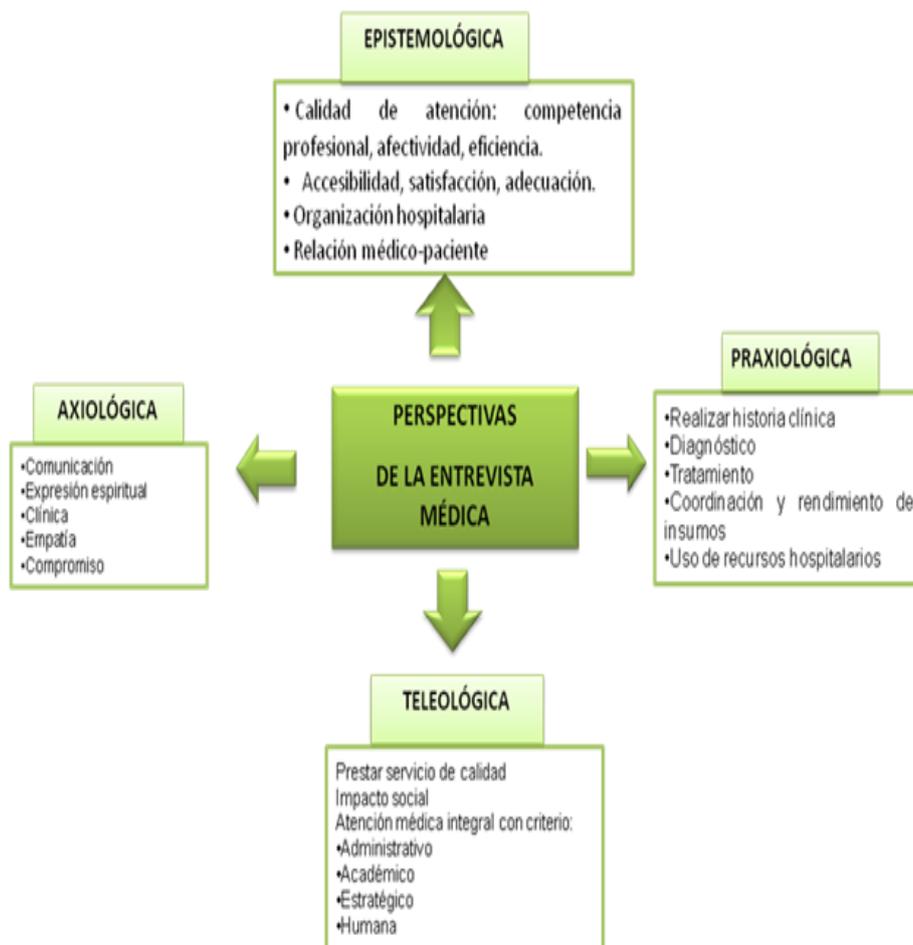


Figura 7. Perspectivas de la entrevista médica.

En la figura 8 se visualizan las fases en las que se desarrolla la EM; se percibe como un proceso de interacción cognitiva, afectiva, práctica y organizada, de hechos entre el médico, paciente y familiares, que genera calidad en la atención médica prestada dentro de la organización de salud.

Este proceso, desde la visión de los médicos residentes, está formado por tres interrogantes: ¿Qué le pasó antes de venir al hospital? ¿Por qué está aquí? ¿Cómo se ha sentido en esta entrevista?, las cuales integran tres etapas señaladas por los actores sociales de este estudio como: espera, desarrollo del método clínico y cierre.

Entre los autores sobre entrevista médica destaca González (2004), quien reflexiona en las ocho etapas clásicas de la entrevista: recepción, identificación, interrogatorio, examen físico, manejo de exámenes complementarios, información, medidas terapéuticas y despedida. De igual forma, Bohórquez 2004 señala que la EM posee diferentes fases, que se inician con una aproximación mutua entre médico y paciente, de reconocimiento general, en que cada uno se forma una primera impresión del otro, a manera de observación recíproca, en la cual el médico asume la iniciativa comunicativa que debe facilitar la confianza y la disposición al diálogo.

Estas posturas teóricas contrastan con lo evidenciado como producto de esta investigación, donde se determinó que los actores sociales convierten a la EM en un proceso, en el cual la integración de múltiples sucesos durante el encuentro entre médico paciente y familia, imbrica interrogantes en un eje transversal que ha sido ocupado por el área afectiva, cognitiva y práctica, organizado en tres fases: (a) la espera, antes de ser entrevistado por el médico; (b) el desarrollo del método clínico; (c) el cierre, con la satisfacción del paciente y del médico al finalizar la entrevista. El resultado de este proceso durante la EM garantiza la satisfacción del usuario y, por ende, la calidad de atención médica en la organización hospitalaria.

La visión de la EM encontrada en el estudio fortalece los elementos teóricos para la formación de los futuros profesionales en la EM; agrega valor a la EM como un referente de calidad en el sector hospitalario, por cuanto la satisfacción del paciente fue estimada como elemento fundamental y aporta teóricamente el enriquecimiento de la entrevista médica, en tanto la humaniza y la articula con la otredad. Estas evidencias condujeron a los investigadores, producto de la intersubjetividad, a concebir la EM como un encuentro comunicativo y humano referencial de calidad en la atención hospitalaria.

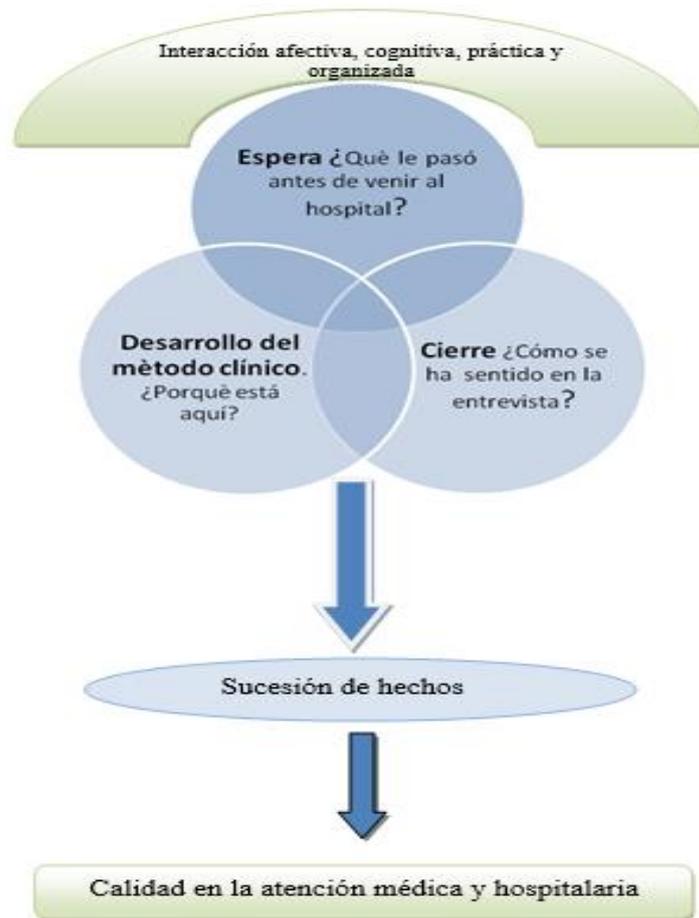


Figura 8. La entrevista médica como un proceso.

Construcción reflexiva a partir de la teorización

La visión bioética, profesional y humana sobre la EM permitirá introducirla en la estructura organizacional como referente de calidad en la dinámica del comportamiento y productividad de la institución de salud.

Del desarrollo compartido del enfoque de los actores sociales sobre la EM surgieron perspectivas axiológicas, epistemológicas, praxiológicas y teleológicas, que ofrecen sustentación sistémica para que la EM sea un referente de calidad en la atención que oferte la organización de salud.

En esta investigación, la satisfacción del usuario, calidez humana y comunicación afloraron como aspectos que dimensionan la esfera humana durante la EM hospitalaria y que deberían referenciarse como indicadores de calidad de atención en los servicios en la organización de salud, además de otros indicadores sustentados por los teóricos que han estudiado la calidad en las organizaciones prestadoras de salud, como los son: García (2007), OMS, OPS, entre otros.

La concepción de calidad en la atención de salud en la organización hospitalaria desde la reflexión compartida de los actores sociales de la investigación, se pudiera enmarcar en seis elementos fundamentales: a) excelencia profesional científica y humanizada, b) uso eficiente de los recursos hospitalarios, c) interacción comunicativa con el paciente y la familia, d) alto grado de satisfacción del usuario, e) influencia que tienen en la salud del usuario los servicios

de mayor calidad y f) la entrevista médica, como un proceso en el que se enmarca una interacción afectiva, cognitiva y práctica, de manera organizada, con el médico, el paciente y la familia. Esta última sustentada por los autores sobre calidad, entre los cuales se encuentra Deming (1990), quien señala que mejorar la calidad implica controlar estadísticamente todos los procesos. Con esta afirmación se apoya el presente estudio, en el cual se asumió a la EM como un proceso de interacción humana, y como proceso debe ser tomado en cuenta como referente de calidad en la atención que la organización de salud presta de manera individual y colectiva a una población.

Es por ello que la EM, como proceso social, fortalece la salud integral del ser humano, de manera que la recopilación de información epidemiológica, biopsicosocial, socioeconómica, está registrada en la historia clínica y empleada en diversas vertientes de la organización de salud, como son: profesionales, investigativos, epidemiológicos, administrativos, tecnológicos; esto se explica en los profesionales médicos, cuando se ejecuta la EM con afectividad, comunicación, empatía, conocimiento de lo que hace y práctica organizada del método clínico; de esa forma, la información apoya la investigación y permite contribuir con las metas epidemiológicas y administrativas propias de toda institución prestadora de salud, entre las cuales destacan: usuarios satisfechos con el servicio recibido y un óptimo comportamiento y productividad organizacional.

El legado escritural y práctico al objeto de estudio en la presente investigación, desde la perspectiva de los investigadores, puede expresarse de la siguiente forma: la EM es un hecho de oportunidades para el cambio en la organización hospitalaria, porque es a través del contacto del médico en la EM que la institución da respuesta al paciente sobre su motivo de consulta e ir un poco más allá y convertirse en una atención médica integral para el usuario, cubriendo su necesidad sentida al prestar servicio y asistencia al paciente que acude. De ahí que en un futuro esta interacción durante la EM sea un referente para tomar en cuenta por la organización que preste servicios de salud.

La entrevista, cuando se lleva a cabo bajo directrices profesionales y humanas, ofrece al médico la oportunidad de adquirir conocimientos para transformar su hacer profesional, al comprender el proceso salud-enfermedad y aportar soluciones; así mismo, en lo que respecta a la esfera humana, aprende a comunicar de forma equilibrada, idónea, con empatía. Es así como el profesional de la Medicina debería abordar a la EM, como un proceso que le puede cambiar la vida y le permitirá desarrollar el ejercicio profesional clínico de manera eficiente y eficaz, a fin de lograr un trabajo productivo en las organizaciones de salud hospitalarias.

Conclusiones

La entrevista médica es concebida desde los discursos de los residentes de Medicina interna como:

1. Una interacción experiencial de crecimiento profesional y humano que permite la transformación y visión integral en la atención médica hospitalaria.
2. Una relación amigable, amable, con paciencia, capacidad de expresar la calidad humana y del lenguaje, no solo verbal sino también gestual, para realizar diagnósticos, administrar tratamiento y lograr mejorar la salud del paciente.
3. Un acto comunicacional en el cual el médico debe darse tiempo, detenerse y ser receptivo a lo expresado por el paciente, mostrando interés en lo que le está pasando y siente el paciente.

Las construcciones discursivas de los residentes de Medicina interna manifiestan que los alcances de la EM como referente de la organización hospitalaria, son: (a) empoderamiento cognitivo-afectivo que asuma al otro ser humano en su propio mundo biopsicosocial, en el cual se pudiera intervenir para dar ayuda; (b) investigar las confidencias personales del paciente a través de encontrar en la EM la desnudez emocional del paciente; (c) cambio de ver y vivir el encuentro con el paciente; (d) compromiso a través de la comunicación empática, satisfacción de su necesidad sentida, diagnóstico, tratamiento con calidad profesional, humana y organizacional; (e) transformación profesional, espiritual y social.

A lo largo del discurso, los testimonios de los informantes constataron que la proyección del valor y sentido de la EM como un referente de calidad de atención es corresponsabilidad de la organización hospitalaria, por cuanto es necesario brindar lineamientos organizacionales en dos direcciones: a) institucional, con la formación científica y humanística del talento humano al apoyar con diferentes actividades la importancia de la EM y b) médica, con evaluación compartida, críticas reflexivas sobre la relación médico-paciente.

En las voces de los informantes se advirtieron aspectos fundamentales que debería poseer toda EM como referente de calidad en la institución de salud: a) habilidades clínicas; b) sentido de pertenencia con el hospital; c) práctica de virtudes como el amor, caridad y humildad; y d) competencias comunicacionales. Estos aspectos convergen en contribuir a superar condiciones físicas individuales, grupales del médico, infraestructura hospitalaria deteriorada y limitaciones administrativas, con el fin de que: la EM salga mejor y hacerlo lo mejor posible.

En esta investigación se consideró que, en la atención hospitalaria, el sentido humano lo otorga la postura del médico y el anhelo del paciente; para ello es necesario: (a) trato cordial, amable; (b) interés por los problemas de salud; (c) saber escuchar; (d) intentar “tocar el corazón” del paciente; (e) acercarse al sentimiento del paciente e intercambiar emociones en la cotidianeidad; (f) confianza; (g) respeto.

Así mismo, los discursos verifican que la EM constituye para el médico un desafío personal, cambiante, continuo, que le permitirá aportar soluciones al paciente y apoyo a las funciones del hospital, para dar atención y servir de fuente de información, prestar ayuda para el estudio, diagnóstico y tratamiento del paciente.

El conjunto de informantes define al hospital como una organización prestadora de servicio, cuyo rol social se ubica en la atención individual y colectiva al dirigir acciones administrativas, gerenciales, con el fin de fomentar, vigilar el crecimiento profesional, humano y motivacional del médico en el abordaje cotidiano para ejecutar la EM y, por ende, la atención integral del usuario.

Los resultados en la atención asistencial hospitalaria están respaldados por una EM y expresados en parámetros cuantitativos, no referenciándose indicadores cualitativos como: la satisfacción del usuario, calidez y comunicación, los cuales complementarían la calidad en los servicios prestados en la organización de salud.

El grupo de testimonios permitió evidenciar que la calidad de atención hospitalaria está proporcionada por las cualidades de la comunicación, la satisfacción de la necesidad sentida y por la EM como recurso institucional.

Desde lo expresado por los pacientes, es evidente que la atención médica hospitalaria posee debilidades, las cuales se agrupan en tres esferas: la primera, habilidades comunicacionales médicas; la segunda, infraestructura del hospital en espacios físicos que otorguen privacidad en la EM; y la tercera, escaso número de profesionales médicos que laboran en la institución.

La EM en el hospital es concebida en el discurso del paciente como un acto donde el médico debe administrar el tiempo, direccionar las interrogantes, conducir el conversatorio con estrategias comunicacionales que motiven, colaboren y generen ambiente de confianza y empatía, así como manejar el escenario, emitir veredicto con autoridad y gestionar las soluciones probables.

Por otra parte, los pacientes consideran que la calidad del servicio está sustentada en la atención del usuario y esta atención se logra cuando el médico: a) se interesa en lo que tiene el paciente; b) le explique lo que tiene y tratamiento a recibir; c) realice la EM en calma, sin interrupciones; d) tenga ambiente tranquilo y de intimidad; e) garantiza que el paciente esté dispuesto a colaborar con el interrogatorio; f) brinda confianza.

Otra conclusión de los pacientes es la de entender al médico como ser humano que tiene necesidades fisiológicas y, como trabajador del hospital, una carga laboral a cumplir, y se requiere solidaridad del paciente con el médico.

Las consideraciones testimoniales de los informantes enunciaron que la EM debería constituirse en un proceso de integración afectiva, cognitiva y práctica, dimensionada en tres etapas: la primera, la espera; la segunda, el desarrollo del método clínico; la tercera etapa, el cierre de la EM. Posee como característica fundamental la conversación con el paciente en torno a tres grandes interrogantes: a) ¿Qué le pasó antes de venir al hospital?; b) ¿Por qué está aquí?; c) ¿Cómo se ha sentido en la entrevista médica?

En relación con los referentes teóricos abordados para este estudio, se concluye que el mayor aporte partió del análisis de la postura de Donabedian (1995), quien ha propuesto tres elementos de la asistencia médica que, relacionados, conforman el conjunto de atributos determinantes de la calidad de un acto médico concreto. Estos factores son los aspectos técnicos y científicos, los interpersonales y el entorno (“amenidades”), que comprende el ambiente como las consecuencias derivadas de él (comodidad, intimidad, entre otras).

En el contexto metodológico, se puede concluir que las técnicas de recolección de información (grupo focal, testimonios focalizados escritos y entrevistas semiestructuradas) y el método de análisis e interpretación (teoría fundamentada), permitieron la develación y comprensión del objeto de estudio para fundamentar los aportes teóricos.

Otra aproximación concluyente desde la perspectiva de los investigadores es que el hospital - como escenario físico, administrativo, gerencial - fomente, vigile y construya estrategias que coloquen a la EM en el sitio protagónico durante la prestación de servicio de atención a la salud individual y colectiva de la comunidad.

Referencias bibliográficas

- Aguirre-Gas, H. (1995). Problemas que afectan la calidad de la atención en hospitales. *Cir* 63: 110-114.
- Aguirre-Gas, H. (2002). Calidad de la atención médica. Tercera edición. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). México: Noriega.
- Aguirre-Gas, H. (2007) Evaluación de la calidad de la atención médica. ¿Una tarea para médicos? *Cir* 2007; 75: 149-150.
- Albrecht, K. (1998). La Revolución del Servicio. Colombia: 3R Editores Ltda.
- Aranaz JM. (1994). La calidad asistencial: una necesidad en la práctica clínica. En Matías-Guiu J, Lainez JM. Gestión sanitaria y asistencia neurológica. Barcelona: J R Prous
- Aruguete, G. (2000). Humanizar la atención médica. *Revista del Círculo Médico de Morón*, 123: 12-23.
- Aubel, J. (1993) Guidelines for studies using the group interview technique. Ginebra: OIT.
- Berg, L, Skott, C. y Danielson, E. (2006). An interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relationship. *Scandinavian Journal of caring Science*, 20,42-50
- Bisquerra, R. (1989). Métodos de investigación educativa. Guía práctica. España: CEAC
- Blanco Aspiazú, M. (et al). Errores cometidos por residentes de Medicina interna en la entrevista médica bajo observación directa. *Rev Cub Med Mil*, Jun 2002, vol.31, no.2, p.104-109. ISSN 0138-6557.
- Bohórquez, F (2004). El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. En: *Revista ierRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa* [Documento en línea]. <<http://revista.iered.org>>. ISSN 1794-8061. Vol.1, No.1 (julio-diciembre de 2004).
- Bordelois, I (2009). Médicos y pacientes: un diálogo con mucho ruido. *Panacea@* [Revista en línea], 10 (30). Disponible: http://www.medtrad.org/panacea/panaceaPDFs/panacea30_diciembre2009.pdf [Consulta: 2009, junio 20]
- Cabello H. (2009). Las habilidades comunicacionales de los actores sociales de propedéutica clínica I de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado durante el desarrollo de la entrevista médica. Trabajo de grado de maestría no publicada, Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Instituto Pedagógico Luis Beltrán Prieto Figueroa, Barquisimeto.
- Canales, M y Peinado, A (1998) Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales, Síntesis. Madrid.
- Canelles, M. y Colab. (2003) Juan Carlos et al. Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de Medicina interna bajo observación directa y registro de audio. *Rev Cub Med Mil*. [Documento en línea]. Disponible: World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0138-6557. Jul.-sep. 2003, vol.32, no.3 [citado 18 Mayo 2008].
- Carvalho, M y Hudson, J (1998) Grand Theory and Grounded Theory. The University of Salford. [Documento en línea]. Disponible:

<http://www.surveying.salford.ac.uk/buhu/bizfruit/1998papers/carvalho/carvalho.ht>
[Consulta: 2010, julio 4].

- Casasbuenas D, L. (2007). La entrevista médico-paciente: perspectiva de análisis pragmática-discursivo. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de periodismo y de ciencias de la comunicación. Barcelona.
- Castillo, E. y Vásquez, L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med*, 34 (3), 164-167.
- Ceberio, M y Watzlawick. (2006). La construcción del universo. Barcelona, España: Herder.
- Clemente, A (1997). La calidad de la atención médica. *Caracas: Gac Méd* 1997;105(4): 525
- Council of Europe. (1998). Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum: fifty-one. Strasbourg: Council of Europe.
- Crotty, M (1998). *The Foundations of Social Research: Meaning and Perspective in the Research Process*. Londres: Sage
- Declaración de La Plata. Calidad de la Atención Médica. (1996) [Documento en Línea]. Disponible en <http://www.cidcam.org.ar/DeclaraciondeLaPlata.pdf>- -1k. [Consulta: 2010, marzo 10].
- Denzin, N. K. (1970): *Sociological Methods: a Source Book*. Aldine Publishing Company. Chicago
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2000) *Handbook of qualitative research*. Londres: Sage.
- Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. (2007) Larousse Editorial, S.L.
- Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *Annals*, 44(2), 23-27
- Donabedian A. (1990) La naturaleza y el enfoque de la garantía de calidad. En *Garantía y monitoria de la calidad de atención médica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 20-23.
- Donabedian, A. (1995) Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Rev. Calidad a Atención de Salud*. México. Vol., 2 N°. 3
- Dörr A. (2004). Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. Chile: *Rev Med*
- Duffy FD. (1998). Dialogue. The core clinical Skill. *Ann Intern Med*. 128(2): 139-41.
- Elliot, J. (2000). *El cambio educativo desde la investigación - acción*. España: Colección Pedagógica.
- Entralgo L. (1969). *El médico y el enfermo*, Madrid: Guadarrama SA
- Erickson, F. (1989). Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En M.C. Wittrock (Ed). *La investigación de la enseñanza, II. Métodos cualitativos y de observación* (pp.195-301). Barcelona: Paidós/MEC.
- Federación Mundial para Educación Médica. (1988). *Declaración de Edimburgo*.
- Fernández, J. (2007). Relación médico-paciente: interacción y comunicación. *Rev Med Hondur* 2007; 75: 94-96.
- Fernández, N. (2008). Calidad de la atención médica. *Revista Medicina y Sociedad*. ISSN 1669-7782. Año 28, N°2 2008.
- Furman R. (2002). Pautas para la selección de instrumentos de seguimiento. [Documento en Línea]. Disponible en preval.org/.../pautas-para-la-selección-de-instrumentos-de-seguimiento-ricardo-furman-perú-2002

- Gadamer, H. (1998). *El giro hermenéutico*. España: Cátedra S.A.
- García Servén, J.R. (2007). *Indicadores de gestión para establecimientos de atención médica*. Edit Disinlimed. Caracas. Venezuela.
- Giddens, A. (1979). *Central problems in a social theory: actions, structure, and contradictions in social analysis*. London: McMillan.
- Giron, M.; Bevia, B.; Medina, E. y 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. *Rev. Esp. Salud Pública [online]*. vol.76, n.5, pp. 561-575. ISSN 1135-5727.
- Glasser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Goic A. (2000). *El fin de la medicina*. Santiago de Chile: Mediterráneo
- Gómez J. (1997). *Calidad en atención primaria de salud: búsqueda y análisis de criterios consensuados de evaluación*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia, Facultad de Medicina, departamento de Ciencias Sociosanitarias.
- González Menéndez, Ricardo (2004). Exigencias y trascendencia humanística de la entrevista médica. *Rev cubana Med en Integr* 2004;20 (5-6).
- González R. (2000). Humanismo y Gestión de Salud: ¿Avanzamos o retrocedemos? *Rev Psicopatol*; 20 (2): 169-84.
- Guba, E y Lincoln, Y. (1994). *Paradigmas competentes en investigación cualitativa*. Londres: Sage.
- Hampton JR, y Col. (1975). Relative contribution of the history-taking, physical examination and laboratory investigations to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J* 2: 486-9
- Heidegger, M (1999). *Ontología, hermenéutica de la facticidad*. Madrid: Alianza
- Hutchinson A, Williams M, Meadows K, Barbour RS, Jones R. Perceptions of good medical practice in the NHS: a survey of senior health professionals. *Qual Health Care*.1999;8: 213-8
- Ibáñez, T. (2001). *Psicología social constructivista*. México: U D G
- Institute of Medicine (U.S). (2001). *Committee on Quality of Health Care in America, Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Jaim Etcheverry, G (2009). Entre la ciencia y la humanidad. *Panace@*.2009; Vol. X, n.º 30. Segundo semestre: 180-181.
- Jansson, L, Norberg, A y Sundin, K (2002). Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry*. 9(2),93-103.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (1991). *Características de los indicadores clínicos*. Control de Calidad Asistencial. 6
- Krueger, R (2001) *El grupo de discusión*. Guía práctica para la investigación aplicada, Madrid: Pirámide.
- Latorre, A. (2003). *La investigación-acción*. Conocer y cambiar la práctica educativa. España: Grao.

- LeCompte, M y Goetz, J. (1982). Problems of reliability and validity of ethnographic research. *Review of Educational Research*, 1, 31-60.
- Márquez, E. (2000). *Sociología de la educación*. Caracas: FEDEUPEL
- Márquez, E. (2009). La perspectiva epistemológica cualitativa en la formación de docentes en investigación educativa. *Revista de investigación* N°66, 13-35.
- Martinez, M. (1991). *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual Teórico-Práctico*. Caracas: Texto S.R.
- Martinez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas
- Mata Fuentes F. (2008). La calidad: referente en la gestión de las organizaciones sanitarias. *Rev. Esp. Trasp.*
- Metz, J, Patricio, M. y Peinodo, J. (1999). *Recursos para profesores en la enseñanza de las habilidades médicas*. Granada: Tempos.
- Molina, M, Quesada, L, Gómez, D y Vargas, S (2004). La calidad en la atención médica. *Med leg Costa Rica*, 21(1), Heredia mar 2004.
- Montes de Oca, I (1997). Método para el análisis de historia médica en un departamento de Medicina interna. *Medicina interna*, 13(4), 187-193.
- Moreno Rodríguez MA. (2000). Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. *Rev cubana Med.* 39: 106-14. 6
- Moreno, M. (2000). Deficiencias en la entrevista médica: un aspecto del método clínico. *Revista Cubana de Medicina*.
- Morgan, D. (1998) *Focus groups as qualitative research*, California: Sage, Newbury Park
- My Marino, G. (jul. - sep. 2003). Hospital Militar Central Dr. Carlos J. Finlay. *Rev Cub Med Mil* v.8 n.3 Ciudad de la Habana. Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de Medicina interna bajo observación directa y registro de audio.
- National Health Service NHS (1998). *A first-Class Service. Quality in the new NHS*. London: Department of Health; Contract No: Document Number.
- Norma ISO IWAI (2005). *Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias*.
- Oficina Sanitaria Panamericana (1999). *Convenio de Oviedo. Boletín Vol 108, N°. 5 y 6*. Washington. DC. EUA.
- Olsen, W. (2004). "Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed". En: HOLBORN, M.: *Development in Sociology*. Causeway Press (En prensa).
- Organización Mundial de la Salud (1980). *Salud para todos en el año 2000: estrategias*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Doctor Patient Interaction and Communication*. Division of Mental Health, Publicación WHO-MNS-PSF-93. 11, Ginebra.
- Palmer, RH. (1990). *Evaluación de la asistencia ambulatoria: principios y práctica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pandit N.R(1996). The creation of theory: A recent application of the grounded theory method. The qualitative report. [Documento en línea] Disponible: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR2-4/pandit.html>. [Consulta: 2010, marzo 20].
- Pérez Serrano, G (1998). *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. La Investigación Acción*. Madrid: Muralla.

- Pérez, M (2001). Diseño de un modelo de organización del servicio de epidemiología del hospital universitario Antonio María Pineda. Tesis de grado de Maestría, no publicada, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto.
- Pérez, A. y Colab. (2003). La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud. *Rev cubana Med Gen Integr* [online.] vol.19, n.6, pp. 1-1 [Documento en línea] Disponible: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000600006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125. [Consulta: 2010, mayo 20].
- Ruelas, E. (1992). *La Garantía de Calidad en las Instituciones de Seguridad Social*. México D.F, México: El Autor.
- Rusque, A (2000). *De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa*. Caracas: Vadell Hermanos.
- Salamanca, A y Castro, C. (2007). El diseño en la investigación cualitativa [Documento en Línea]. Disponible en www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_26.pdf - [Consulta: 2010, mayo 20].
- Sánchez de Varela, F. (2002) Debate paradigmático cuantitativo vs cualitativo. *Educare*, 6(1), 157-165.
- Sánchez de Varela, F. (2003). *La práctica profesional docente: una co-construcción social en la Universidad Pedagógica Experimental Libertador*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Bicentenario de Aragua. Maracay.
- Sánchez, E. (2000). Comportamiento organizacional y motivación. [Documento en Línea]. Disponible en www.esan.edu.pe/pee/entrada.php?sec_id=70&ent_id=376 - 7k
- Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw Hill.
- Saturno P J. *Acreditación de Instituciones Sanitarias* (2001). Modelos, enfoques y utilidad. Manual del máster de gestión de la calidad en servicios de salud. Módulo 7. Programas externos. Unidad temática 38. Universidad de Murcia,
- Sogi, C; Zavala, S; Oliveros, MI; Salcedo, C. (2006). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico-paciente y comunicación en médicos graduados. *Lima; An FacMed* 67(1): 30-37.
- Strauss, A y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia. Sage.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1990). *Los elementos básicos de la investigación cualitativa. Procedimientos y técnicas basados en la teoría*. California: Sage.
- Suarez B, R. y Blanco, M. (2007). El método clínico y su valor para el diagnóstico. *Rev haban cienc méd* [online]. vol.6, n.1, pp. 0-0. ISSN 1729-519X.
- Taylor, S.J.; Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Segunda reimpresión, Barcelona: Paidós,
- Van der Zalm, J. y Bergum, V. (2000). Hermeneutic phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 31(1), 211-218.
- Van Manen, J. (1983). *Qualitative methodology*. Beverly Hills: Sage, CA.
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un método de gestión hospitalaria*. Madrid: Díaz de Santos.

- Vera, A (2004). Humanismo y medicina, y algunas reflexiones pertinentes. Rev Colombiana de Cardiología [online]. Vol 6, n 1, pp. 0-0. ISSN 01205633.
- Villalobos. J (2001). Técnicas de la investigación cualitativa. [Documento en Línea]. Disponible en apuntes.rincondelvago.com/entrevista-en-profundidad_2.html - 21k - [Consulta: 2010, mayo 20].
- Yetano, J. (1994). La mejora de la calidad hospitalaria. Med Clin (Barc).

ANEXOS

ANEXO A

GRUPO FOCAL DE DISCUSIÓN CON LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

Estructura de la Entrevista Médica

CE: Me imagino siempre está como en tres partes, en tres partes la entrevista médica. La primera cuando uno le pregunta: ¿qué le pasó? ¿por qué está aquí?; la segunda cuando le pregunta: ¿qué le pasó antes de estar aquí?, que serían los antecedentes que incluiría epidemiológicos, y la tercera que es el funcional, que es: ¿cómo ha estado, qué le ha estado pasando? Entonces, para mí siempre se ha dividido así, pero no porque lo haya leído en alguna parte, sino que yo me lo imagino así y así se me hizo más fácil para aprendérmelo.

ZH: Yo pienso que la entrevista no solamente es la parte donde nos enfocamos directamente al paciente, sino que yo pienso que la entrevista empieza hasta el período en que el paciente está afuera, esperando para hablar con uno; la interrelación que tiene el paciente con sus demás compañeros de consulta, la inquietud o no inquietud que tienen cuando va a entrar, hasta la misma inquietud que tiene uno dentro: ¿quién me vendrá hoy?

Después viene lo que sería la parte de la entrevista propiamente dicha, que es todo el tiempo que vamos a estar en correlación con el paciente y su familiar, que bueno... que tendría ya la parte específica de lo que sería el desarrollo de la historia; y también estaría la parte del cierre de la entrevista, donde el paciente viene en busca de una respuesta a algo y nosotros tenemos que darle la respuesta de lo que él vino a buscar; entonces sería como que cerramos y él sale satisfecho o no, fue fructífero o no el resultado de la entrevista; creo que a mi manera de ver serían esas las partes en que estructuro la entrevista médica.

La calidad asistencial, ¿tiene algo que ver con la entrevista médica?

YU: De calidad asistencial, es el grado de satisfacción que pueda tener el usuario; es decir, en este caso, el paciente y los familiares; en calidad asistencial vendría todo lo que significaría este, cómo el personal de salud trató al paciente, cómo se manejó la parte de la enfermedad del paciente, si el paciente se siente satisfecho en cuanto a que mejoró o no, y si se cumplieron las expectativas que él tenía; tengo dudas sobre esto, recibí el apoyo, no lo recibí, generalmente yo lo veo como que va por parte del Centro de Salud que lo está brindando y también el personal de salud que lo está haciendo.

PM: El paciente va con una expectativa que es la expectativa de que le curen lo que tiene, más sobre todo aquellas personas que viven con una enfermedad con mucho tiempo de evolución y nadie sabe dar con lo que tiene.

Pero yo creo que también un punto importante, además de la calidad de atención, por parte de todas las personas que día a día estamos involucradas en prestar salud, desde el personal médico, el personal de enfermería, hasta las personas de camareras y las que sirven las comidas,

es que se trate al paciente como lo que es, como un ser humano, porque nosotros a veces buscamos muchas excusas para un porqué; siempre los pacientes se viven en algunas oportunidades quejando de la atención, sobre todo como personas que a veces se les da, y yo creo que gran parte de responsabilidad de esa atención la tenemos nosotros en algunas oportunidades, pese a lo que sea, porque estamos en un ambiente, digamos que hostil, en algunas oportunidades, que estamos estresados, que a veces lo que no nos da tiempo del paciente de examinarlo el día a día, es solamente tocarlo, cómo estás, cómo amaneciste, no sé qué; entonces siempre andan con el brazo pidiendo que lo examinen. No me tomó la tensión, uno le pasa, por un lado, y anda estresado porque un paciente se le complicó, entre otras cosas. Pero yo creo que lo importante es que primero nosotros nos sintamos satisfechos con lo que nosotros hacemos o lo que estamos logrando con cada uno de los pacientes y, sobre todo, que el paciente te lo agradezca y sea este tratado como persona, allí entraría la parte de vocación ya como la parte médica, el tratar a la persona que tienes enfrente como una persona.

Significado de la entrevista médica

DC: Nos comienzan a enseñar cómo se realiza una entrevista médica y observándonos desde el inicio, desde el primer año de Medicina interna, hasta ahorita, se evoluciona, solo que veo que existe un problema: es que realmente las herramientas formativas sí nos las dan, pero esa cosa humana, cómo llegarle y transmitirle al paciente esa confianza hacia el médico, creo que ese es un punto muy álgido que aquí no se toca.

La entrevista médica depende de cómo nosotros comenzamos a abordar ese paciente, es decir: mira, buenas tardes, buenos días, soy la Dra. Fulana de tal, y por qué usted está aquí, y todo lo que ya habían dicho. Empezar a hacer una historia, ir conversando con el paciente y esa herramienta básica no la tenemos, o sea, yo siento que por lo menos ahorita en el tercer año, obviamente usted ve una historia escrita por mí del primero hasta del tercero y usted se da cuenta que sí se evolucionó; o sea, lleva una estrategia y muchas veces esa estrategia, una misma se la garantizó, el médico debe ir día a día evolucionando y saber que no hay entrevista médica semejante, porque no todos los pacientes son iguales.

PM: Los médicos, a medida que vamos ascendiendo, nos alejamos del paciente, eso se ve día a día, y no es un secreto para nadie, nosotros evolucionamos en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad, es así porque lastimosamente nosotros no vemos al paciente como un enfermo, lo vemos como una enfermedad. Lo empezamos a ver desde que entramos a sala, el paciente que está en la cama número no sé qué, porque nosotros no tratamos cama, nosotros tratamos al que está encima de la cama; ¿Cuándo nosotros hacemos la excepción de la regla? cuando llegamos a establecer empatía, que no lo vamos a lograr en una primera conversación con él, porque para él nosotros somos un extraño y para nosotros mismos el que

está enfrente también es un extraño; con el tiempo y a medida que nosotros vamos el día a día siguiendo la evolución de ese paciente, establecemos empatía y a veces los diagnósticos que se nos hacen engorrosos desde el primer momento que nosotros estamos con el paciente y a medida que uno va como que recopilando mayores datos y mayor información, vamos como aclarando el panorama.

PM: A veces duran pacientes dos meses hospitalizados, donde tienen un diagnóstico sindromático, llega otro médico y logra diagnóstico, porque supo establecer una mejor relación médico-paciente, y a las dos semanas lo estaba egresando después de dos meses que estaba allí, con un diagnóstico asertivo. Yo creo que a veces la comunicación es como la base fundamental de todo, mientras uno tenga comunicación de verdad uno puede lograr muchas cosas.

YG: Uno va orientando esa entrevista más o menos en lo que al paciente se le ve físico, y también lo que te va comentando y tú vas puliendo esa entrevista, tú quieres más o menos llegar a lo que es la patología. Ahora, la calidad de la entrevista se ve afectada muchas veces por la cantidad de pacientes, porque no es lo mismo, porque a veces dicen: me atienden bien en una parte privada y me atienden mal en una parte pública; no es lo mismo, la cantidad de pacientes que ves en un hospital a la cantidad de pacientes que ves en la parte privada; la calidad no va a ser la misma en la entrevista, tú vas a hacer la entrevista en base a garantizar desde el punto de vista laboral, disminuir la cantidad de pacientes que vayan ingresando; en este momento la calidad de la entrevista disminuyó; hablar coloquial con la gente muchas veces gana parte de la entrevista, porque tú ves al paciente a la cara, lo miras, hablas con él, entonces el hecho de que tú hables con palabras coloquiales, él se acopla a ti. Y ese acoplamiento hace que la entrevista sea más satisfactoria, sea más dirigida y que muchas veces me he dado cuenta que hay médicos que de verdad son muy estudiosos, son la cumbre de los que más saben de conocimientos, pero, señores, no ven a la gente a la cara, son incapaces de tocar al paciente, podrán saber qué patología es, pero el paciente se rehúsa a ver a aquel médico y dice: pero bueno es que ni siquiera me está tocando, ni siquiera me está mirando, no me está haciendo nada, no va a ayudar a entablar una buena historia clínica; entonces buscas la parte ya no solo como el examen físico sino ya lo paraclínico, porque el paciente no te ayudó a recoger la enfermedad actual y el examen funcional y con esto se recoge el 80% de lo que te puede causar esta patología.

ZH: Para que una entrevista de verdad sea fructífera, el paciente, tiene que cumplirse su necesidad sentida, porque puede ser que venga una patología la *ultra-plus*, que podemos llevar a la mejor revista del mundo y la vamos a publicar, y nosotros nos volvemos locos porque a medida que vamos avanzando los años identificamos más cosas, y nos va importando más la tecnología y como que nos vamos subiendo a la ciencia, pero resulta que el paciente viene

porque tenía Escabiosas, le mandamos un tratamiento pero de repente lo que él sentía era una depresión, porque no estaba durmiendo bien o porque tiene x y yo no lo escuché, no supe oír lo que él de verdad quería, entonces el paciente se fue deprimido y siento que para mí esta entrevista no sirvió; entonces yo pienso que, primero tenemos que crecer porque el conocimiento nos hace crecer, pero no nos olvidemos que el que está allí es una persona que a lo mejor lo que le pasa es que tiene problemas sentimentales y eso no lo deja dormir, porque se está divorciando y acudió a nosotros y el diagnóstico que le dimos es una úlcera gástrica, tengo que mandarlo para el gastroenterólogo, pero resulta ser que eso no le importa a él, no le importa si se está desangrando, lo que le importa es que le presten atención que tiene dolor en el alma.

¿Cómo se han sentido en la entrevista médica?

ZH: Estamos contra reloj y el postgrado es grande y la historia es larga; el paciente, a las 10 u 11 de la noche, al realizar una entrevista, decía: Dios mío, ... me quería echar un cuento más largo y yo decía: ¡no, que no se vaya por ahí, por Dios! Pero no es porque no me guste hablar, sino que no hay el tiempo, ni el ambiente, a veces el paciente ni siquiera se puede sentar, a veces tengo que hacer la entrevista con la persona aquí (a su lado derecho), entonces por eso el ambiente creo que influye mucho, el exceso de trabajo, hasta la falta de aire acondicionado, hace que uno se sienta mal, yo pienso que yo le llevo mucho a la gente, y si lo dejo hablar, me siento satisfecha, así no haya llegado al diagnóstico y tenga que recurrir a un compañero, porque la ciencia da su tiempo y yo pienso que el paciente da su tiempo a menos que sea una emergencia . Pero cuando yo tengo que hacer una entrevista, qué decir, tengo 8, 9 o 10 pacientes de la consulta y me toca subir al piso, eso me hace sentir a mí una inconformidad, porque yo tengo que cortar mi forma de ser, y no puedo dar todo al paciente.

YU: Hay entrevistas que salen bien, establecí un contacto con el paciente chévere, me dio los datos que yo quería, siento que hubo un buen rapport entre el paciente y yo; hay veces en que el paciente por el estado de conciencia, realmente lo limitan a uno en cuanto a respuestas y uno recurre al familiar y el familiar no está al tanto de estos datos; entonces esa entrevista por la parte del interrogatorio uno se siente como que faltan datos, y no sientes satisfacción en ese aspecto; te vales del examen físico y de otros recursos y no sabes cuál es el entorno particularmente de ese paciente, y en esos casos uno se siente así como que no conseguí el objetivo. Y hay otros casos en los que el paciente viene o acude a uno y le dice un dato y mientras él va hablando, uno dice: qué debo hacer en este caso; pero realmente hay veces que se enfrenta uno a situaciones en las que uno todavía no tiene la experiencia y conocimiento en cuanto a ese tema. Pero eso también te establece trabas, de acuerdo con tu satisfacción y con respecto al paciente; hablarle, que se sienta atendido y que tú quieres brindarle el apoyo, yo

creo que no depende mucho del tiempo, sino que, de verdad, si yo estoy con este paciente, dedicarme al paciente y que él sienta que yo quiero establecer una relación con él y que quiero ayudarlo, no importa la cantidad del tiempo.

MM: En líneas generales nos sentimos bien durante la entrevista médica porque uno está haciendo lo que a uno le gusta hacer y eso vale mucho. Entonces, si uno tiene poco tiempo o mucho tiempo, el postgrado le ha brindado herramientas que le permiten a uno simplificar, orientar, dirigir para obtener la información que uno necesita y de alguna u otra forma lograr una empatía, una conexión con ese paciente; esa es la forma que nos va a ayudar a establecer una serie de herramientas para ayudarlo a resolver esa necesidad sentida de ese paciente; entonces serán muy pocas las ocasiones que por restricción de tiempo, por el stress, por la cantidad de pacientes, por el número, por el cansancio, porque no comiste a tiempo, por la parte sentimental, porque nosotros no somos solamente postgrado tenemos otras cosas encima y se ha visto el resultado en que se ha logrado canalizar, lograr el diagnóstico planteado, o sea, esto es algo satisfactorio.

PP: ¿Cómo me sentí yo con la entrevista? Depende ¿Depende de qué? Si le di el diagnóstico, soy el mejor de todos porque diagnosticué una enfermedad; porque seguimos viendo al paciente, a esa persona que está allí como una enfermedad y no como un enfermo; yo creo que muy pocas veces y yo lo puedo decir que entre, bueno, 2 años de postgrado, yo podría decir que yo con solo 3 pacientes puedo decir que he tenido de verdad una entrevista médica, porque fueron tres personas sentidas, fueron tres personas que de verdad puedo decir que establecí un rapport, no solo con ellas, sino con su núcleo familiar, porque a veces no es ni siquiera establecerlo con el paciente sino también con las personas que están alrededor de él; entonces yo creo que eso llama a la reflexión. Nos sentimos mal porque no tenemos el conocimiento de lo que obtuvimos del paciente al diagnosticar la enfermedad y tratar.

Alcance de la entrevista médica en la organización hospitalaria

BS: La entrevista médica, en lo que a mí respecta, llegar al diagnóstico final es satisfactorio, por eso es por lo que uno viene a este postgrado, es lo que uno estudia y es lo que desea ser, pero cuando uno hace una entrevista y encuentra un paciente que te habla y te dice sus sentimientos, y tú le puedes hablar, es satisfactorio. Yo hoy recuerdo a una abuela, que realmente me da mucho sentimiento, porque la abuelita llega a la consulta externa y me dice: tengo 11 hijos y ninguno se hace cargo de mí; entonces yo salgo y logro ayudarla, me regaló una piedrita y para mí eso fue satisfactorio, porque ella me dice: Dios te bendiga, mi niña, esto es todo lo que tengo para darte; una piedrita que aún conservo, y realmente establecer ese feedback con un abuelo, ese sentimiento de ver que después de un ser humano ser adulto, darte vida, procrear, que tú como hijo lo dejas a un lado, ver ese sentimiento tan triste en una consulta,

me ha afectado, y eso te ayuda como persona a crecer, porque yo no solamente voy a ser médico para un diagnóstico, sino que ese ser humano que tengo delante, espera de mí, ayuda, no solo desde el punto de vista de diagnóstico, de darte y decirte; es saber que ella está hablando contigo porque en su interior hay una enfermedad del alma, y muchos de nuestros pacientes en Medicina interna la tienen, y realmente esta carrera te enseña dentro de lo largo, no solo a ser el mejor, a buscar más en novedad, a buscar la ciencia, sino que tenemos que crecer como seres humanos, porque allí lo que tenemos es a un ser vivo. Esa abuela me ha marcado, es algo muy especial y es lo que uno tiene que aprender aquí en la vida y entender que estás sentado ahí con un ser humano.

MM: Muchas veces el paciente lo único que necesita es que lo escuchen.

DS: La entrevista médica te enseña como ser humano solidaridad; y el postgrado, carácter. La entrevista médica te ayuda a ese rapport que uno hace con ese ser humano, te enseña a ser o más humano o muchas veces a hacer transferencias de saberes; hay dos pacientes con VIH y yo me iba a dar un tiempo para salir del postgrado, pero ese muchacho con VIH estaba muy malito y yo todos los días en la mañana le llegaba y le decía que había que creer en Dios y siempre iba con una sonrisa, y ese día yo entré muy triste y le dije: Bueno, espero que estés bien, probablemente yo no voy a seguir siendo tu médico pero sigue adelante; y entonces me dijo: “No, doctora, me estoy muriendo, eche para delante”, y recuerdo que me envió un regalo bellísimo, que uno no olvida, era una mariposa y una nota : “En el difícil arte de escalar la montaña es la voluntad la que determina alcanzar la cumbre”; es eso lo que hace el paciente por ti y lo que uno hace por el paciente; él se fue convencido de que por lo menos cuando le fui a dar el abrazo porque me fascinó el regalo, él hizo el gesto de rechazo por su enfermedad y yo lo agarré, o sea, no tengo ningún concepto de él, no me abrazó sino que se quedó amarrado, y yo pienso que eso es lo que te enseña el paciente, o sea, ese ser humano que siempre vamos a tener por dentro, es eso es lo que pule la entrevista médica.

ZH: Me siento bien con el trabajo, satisfecha conmigo misma; por supuesto que habré fallado, hubo una situación que me advirtió: no lo estás haciendo tan mal; una señora que falleció, y después de fallecer, se han mantenido en comunicación conmigo y así como ellos tengo otros, puedo hacerlo mejor por supuesto y claro que quiero llegar a hacer el diagnóstico plus pero esa parte, considero y soy defensora, de aprender a escuchar, porque lo único que quieren es que tú le digas: Tranquila, esto va a pasar; no importa que se muera mañana porque a lo mejor eso no es lo que le está preocupando, sino que lo escuchen y sea humano. Un caso en particular, el muchachito que tuvimos en sub-agudo y nos echamos al mundo entero encima, porque el muchachito era un paciente que tenía un trocito de hígado así, y nosotros sentíamos ese niño como nuestro y lo llevamos a un conversatorio y nosotros solicitamos, a pesar de que la revista

general de sub-agudo dijo: se van para afuera; porque lo iban a trasladar para cirugía y nosotros dijimos: no, ese es nuestro y nosotros lo dejamos aquí; gracias a Dios está vivo y anda caminando.

YG: Aparte del diagnóstico de la enfermedad en la entrevista, y las etapas de la entrevista, el interrogatorio, el examen físico y el paraclínico, es mantener la humanidad. Porque si ustedes se dan cuenta, las nuevas enfermedades, que son las que afectan a la pandemia mundial, si tú como médico, este paciente llega con un stress respiratorio, no interrogas los antecedentes, de dónde vienen, no haces el examen físico bien, no haces los paraclínicos correctos, no diagnosticas esa enfermedad, al no diagnosticar esa enfermedad ves que se transforma en algo epidemiológico y al ser algo epidemiológico es algo mundial; y ¿dónde comenzó todo?, en la entrevista médica; si tú no haces una buena entrevista médica se te escapan muchos pacientes, de forma que se puede, epidemiológicamente, prever y detectar enfermedades que a la larga tienen un alcance mundial.

BS: Cuando una persona acude con un problema en su entorno familiar, va haciendo que se exprese en diferentes patologías, y eso ayuda en el momento en el que haces la entrevista a que si vas más allá de los síntomas que el paciente tiene, buscar el interior de esa persona y escuchar, ser atendido, ser tomado en cuenta, para liberar esa carga que tiene en su interior, sirve de tratamiento; de esa manera, darle más que un tratamiento farmacológico sino una forma como humanitaria que ayuda a mejorar a la persona.

YU: Otro de los objetivos de la entrevista médica pudiera ser investigativo, a través de los datos que obtenemos en la entrevista médica, acumulativos, nos dan información para investigar... y hasta epidemiológicos, por ejemplo, en la experiencia del hospital hay más fibromialgia en las mujeres, puede ser estadísticamente comprobado a través de la entrevista médica; por otro lado, también se conoce con la entrevista médica el estado socioeconómico del paciente, por ejemplo paciente que no tenga quien la cuide, orientamos que esta paciente necesita un lugar de cuidado del anciano y eso lo establecemos a través del servicio social; todos esos datos los obtenemos a través de la entrevista médica, entonces no solo el diagnóstico, es establecer necesidades socioeconómicas, como el agua, y así orientar planes diagnósticos o planes a la comunidad como tal; entonces la entrevista tiene mucho más alcance que establecer el diagnóstico o brindarle la satisfacción al paciente de la necesidad sentida; se establece también el entorno biopsicosocial del paciente.

DS: Otros de los alcances que tiene y me parece importante también es el hecho del fracaso en la calidad asistencial, pues parte de que muchas veces tenemos el diagnóstico y tenemos el tratamiento del paciente y por la calidad asistencial, por los recursos que no contamos con ellos, muchos pacientes se nos escapan de las manos; ejemplo, paciente de 30 años que se le hizo el

diagnóstico, que tenía una falla cardiovascular, pasa su tiempo quirúrgico y por falta de recursos el paciente muere; entonces ese fracaso uno lo evidencia en ese paciente, parte de ese fracaso de la calidad asistencial; habiendo hecho todas las cosas que se pudieron hacer, el paciente muere.

¿Cómo se expresa el residente de Medicina interna en la entrevista médica dentro de la organización hospitalaria?

AS: ¿Cómo nos vemos la parte de Medicina interna? Cuando yo escuchaba a los colegas: es que aquí todo lo vemos nosotros, los internistas; y yo por dentro tengo que decirlo: cómo crees que un hospital tan grande es visto solo por un internista, y realmente ahorita me doy cuenta es así, porque las herramientas de nosotros es la clínica, la entrevista y cómo lo abordamos, cómo le llegamos al paciente; quizás esto pueda ser muy difícil para otras especialidades, esa es la diferencia que veo tiene la Medicina interna con respecto a las demás especialidades: habilidad de poder escuchar a las personas y asumir al paciente como mi paciente; la experiencia con un señor que creo que falleció, en cirugía, al valorarlo... los veía, a los colegas, ellos tan desesperados como que: sáquenme este paciente de aquí; y nosotros decíamos: Pero bueno, vamos a ponerle agua, porque lo que le falta es eso, agua, está seco; lo tomamos así como las cosas que de verdad se nos hacen ya rutina y no vemos al paciente como esa carga sino como que es nuestro paciente y trato de hacer lo mejor que pueda hacer por ese paciente.

El hospital, mundo que a veces parece hostil, que te cansa de que te falte, de hacer tantas cosas, uno trata de hacer lo mejor que puede hacer, nosotros tratamos de que eso salga mejor; yo pienso que esa es la diferencia; creo que eso es el valor agregado de este postgrado, porque a pesar de que lo veamos a veces así muy fuerte, a nosotros nos enseñan esa caridad, al menos ese tratar de hacerlo lo mejor posible, en un mundo tan adverso como lo tenemos.

YG: En un hospital como este, que es un hospital tipo 4, un hospital universitario, en la UCLA el formato de la formación del médico internista es un médico humanista; cuando tú estás en un hospital universitario tienes todas las herramientas para descubrir, saber, adquirir todos los conocimientos en vista a una patología, en cuanto la enseñanza de cómo trabajar la entrevista médica, cómo se hace una entrevista médica, la importancia de la enfermedad actual, los antecedentes para elaborar una buena entrevista médica más las revistas diarias, junto con el estudio del paciente y las patologías, forman un médico integral.

PM: Las armas que le da la Medicina interna, no para combatir a una persona que uno va a tener en frente, que se llama paciente, sino para ayudarlo en la mayoría de las cosas que uno pueda, inclusive tener esa capacidad de sanar en algún momento determinado, desde presentarse al paciente, cómo interrogarlo, cuál es el nombre, dónde vive, qué hace, está casado,

cuántos hijos tiene, en comparación con otras especialidades, que enfocan al paciente por partes; y la Medicina interna hace una evaluación integral, pero generalmente las otras especialidades ven al paciente por partes, si tiene algo genitourinario llamen al urólogo, y si es uretra eso es riñón, llamen al nefrólogo. Entonces así se van peloteando las cosas, estómago e intestino es el gastroenterólogo; es por ello por lo que se deben concientizar como médicos y ver que el que tiene enfrente no es el dolor abdominal, el que tiene enfrente no es el sangrado, el que tiene enfrente, es el paciente. Sensibilizar a los médicos; una vía son estos talleres, deberían hacerse con mayor frecuencia, hacerlo entre todos los que pertenecemos a este postgrado. Me veo en un futuro siendo más humano que cuando llegué al postgrado, me han enseñado a ser más sensible con el paciente, más humano con el paciente y a dar el todo por el todo por esa persona; ese contacto con el paciente deja una satisfacción personal y aprendizaje, tanto desde el punto de vista profesional como humano, porque cada persona le enseña a uno.

MM: ¿El médico internista? Son los mejores haciendo la entrevista médica, al compararnos con todas las demás especialidades, pero verdaderamente nos damos cuenta de que, con todo y los déficits, somos de verdad en este hospital A1 haciendo entrevistas médicas y punto.

Entrevista médica de un médico internista

MM: La base del postgrado de Medicina interna lo caracteriza la relación médico-paciente y no la de otros.

DS: Nos piden 16 valoraciones por todo el hospital, éramos la mente del hospital, también la falla de alguna de las especialidades está en que la entrevista médica la hace el bachiller y se la pasa al residente, y ahí hay una distancia muy grande entre lo que es el diagnóstico por el cual llega al paciente.

La relación entrevista médica y hospital como organización de salud

YU: Muchas veces, cuando nosotros hacemos un interrogatorio minucioso, mientras más interrogas, más encuentras y mientras más encuentras, más cosas tienes que resolver; entonces muchas veces el que no interroga tanto, el que no indaga tanto... resolví lo que tenía que resolver, si era quirúrgico lo operó y se fue; desde el punto de vista de la parte administrativa, el paciente vino y estuvo dos días y se fue; a lo mejor no se resolvieron muchas cosas y no tuvo la oportunidad a través de la entrevista, de aprovechar la oportunidad de tener el paciente hospitalizado,. El internista hace un interrogatorio, un examen físico más exhaustivo y conseguimos detalles; para poder corroborarlo se utiliza la tecnología, inmunología, para lo cual existen laboratorios o paraclínicos más especializados, hasta una biopsia del paciente, para hacer la corroboración del diagnóstico; entonces muchas veces la parte gerencial no cuenta con recursos e insumos como laboratorios inmunológicos, tomografías o resonancia magnética;

también se encuentran pacientes en situación de abandono y no pueden egresar por no tener cupo tampoco en ancianato o porque no conseguimos al familiar y nos volvemos hasta servicio social en sala, alargando estancia hospitalaria.

PM: Tomando en cuenta lo que se está mencionando sobre la gerencia, yo creo que hay que recuperar el verdadero significado de la entrevista médica y, de acuerdo con la carencia de cada servicio, analizarlo desde adentro y fomentar este tipo de talleres, humanizar el trato del médico hacia el paciente, es tratar de ver al paciente como un ser biopsicosocial. Pero pocas son las personas que lo hacen, las coordinaciones que hagan, seguimiento a la calidad de las historias y siempre estar abierto a aprender todos los días.

Indicadores hospitalarios de la entrevista médica

ZH: Es una evaluación cuantitativa, porque los indicadores hospitalarios son numeritos; entonces no es de buena, regular, mala, sino que es número, la morbilidad por cada consulta, el paciente en cama ocupada, se supone que cada uno debe tener una entrevista médica.

ZH: Indicador de calidad se supone que tiene el respaldo de una entrevista médica, lo que pasa es que la entrevista médica es como tácita, se supone que todos debemos hacerla y debemos hacerla bien. Los indicadores no deben ser modificados; la parte humana, no obstante, debe ser tomada en cuenta de alguna manera, sé que no importa ver 300 si los estás viendo mal, haciendo la satisfacción del usuario, evidenciada en la relación que hay entre el diagnóstico de ingreso y el de egreso; eso le da un indicador de calidad, difiero un poquito de mis compañeros cuando dicen que el usuario queda más satisfecho con nosotros; indiscutiblemente, en algún momento sentimos que somos lo máximo, porque andamos por los pasillos y resolvemos mil cosas, pero también el cirujano resuelve, habla menos, pica más y el paciente se mueve,; el usuario que vino por una hernia, lo operaron y él se siente bien, eso es: cumplimos una necesidad sentida. Por eso yo pienso que el saber está repartido y que esas personas que también estudian tienen su mérito, lo único es que a ellos hay que enseñarles a tener un poquito más de humanidad, porque de repente, el del hueso mira nada más el hueso y no mira para la cara; pero de repente eso es cuestión de algo natural, porque hay obstetras que son una belleza de gente, como hay traumatólogos que son una lindura de persona, que te conocen la familia, la abuelita, la tía y hablan bastante; lo que hay que buscar es un equilibrio, como gerente en alguna oportunidad que fui, pienso que la calidad es muy importante, tristemente no la valoramos, en esta onda de cambios sería aplicar la calidad desde este núcleo de Medicina interna, pues hay calidad pero esa calidad puede estar ligada a la calidez, porque a veces somos muy buenos pero hasta qué punto hay calidez en la relación médico-paciente.

ANEXO B
TESTIMONIOS FOCALIZADOS ESCRITOS DE MEDICOS RESIDENTES DE
MEDICINA INTERNA

Testimonios focalizados escritos

Número 1

Cambios en la manera de ver y vivir el realizar la historia clínica a través de la entrevista con un paciente

En estudios de pregrado: manera de cumplir la evaluación sumativa. Se asumía como una tortura.

Ejerciendo la medicina: la entrevista médica era la única forma de hacer el diagnóstico.

Buscar en el postgrado: aprender la manera más eficaz.

Actualmente, a punto de culminar postgrado, se encuentra como médico en un océano de conocimientos.

Instrumento fundamental que evoluciona desde no saber cómo hacerlo, obtener ayuda académica, hasta obtener cada uno la manera más correcta.

Número 2

Es una acción médica que inicia contacto con el paciente, en el cual se realiza la presentación, obtención de información (personales, familiares, sociales y ambientales), necesarios para: 1) establecer plan diagnóstico y terapéutico 2) ayuda a entender la patología y entorno bio-psico-social; 3) establecer la relación médico-paciente; poder sentir empatía.

Limitación en el paciente, quien se encuentra con alteraciones en el nivel de conciencia.

No puede aportarnos información necesaria, habrá que recurrir a familiares y/o acompañantes que poseen limitada información.

Número 3

La entrevista médica es el espíritu y núcleo de una relación médico-paciente efectiva, armoniosa; resuelve en más del 80% el origen de la patología que afecta al paciente.

El no realizar entrevista médica: enfoque de la patología es más dificultoso, conlleva a realizar estudios paraclínicos de más, no hay relación médico-paciente directa.

La entrevista médica es la esencia de una relación médico-paciente, pues abarca al ser humano biopsicosocial, que sufre, que siente no solo en patología orgánica, sino psicológica.

Solo mirar, conversar, hablar, escuchar, alivia en muchas ocasiones; alivia el estado del paciente.

Número 4

Interrelación que mantenemos con el usuario del servicio que en un momento dado prestamos, lo cual permitirá satisfacer una necesidad sentida para esa persona y muchas veces a su grupo familiar.

La entrevista debe ser horizontal, amistosa y sobre todo lograr la confianza en su máxima expresión, para lograr los objetivos que se plantean antes de iniciar la entrevista.

Número 5

El significado lo expresa en dos aspectos relacionados:

- Historia personal de un individuo, narra todo lo que le ha sucedido desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista.
- Este aspecto lo describe como una *desnudez emocional*; el paciente se despoja de las “vestiduras”, de sus confidencias personales y las expone abiertamente a otro ser humano que probablemente nunca haya visto, y lo deja en situación particularmente vulnerable, al poner en evidencia sus debilidades físicas y emocionales. De allí que la entrevista médica es un acto médico que no debe subestimarse, ni rebajarse a una entrevista semiestructurada.
- El papel del médico como investigador y “detective”, al intentar unir varias piezas de un rompecabezas humano (tarea nada fácil) para llegar a un diagnóstico y así brindar al paciente la oportunidad de una curación y/o tratamiento.

Número 6

Es la parte más importante de la relación médico-paciente porque:

- Permite conocer acerca de su salud presente, pasada y posiblemente futura
- Así también, se conoce su cultura, costumbres, hábitos, personalidad, forma de vida, entre otros.

Finalidad: brindar beneficio a su salud.

A través de una buena entrevista médica se garantizará conocer a plenitud a nuestros pacientes, descubrir sus penas y aliviar sus dolores.

La entrevista médica se realiza a todo ser humano sin excepción de sus capacidades, edad, condiciones socioculturales y, en todos los casos, debemos verlos, oírlos, sentirlos, olerlos, entre otros.

Número 7

Es la relación humana entre el médico y el paciente, cuyo éxito traerá respuestas más profundas y reales al interrogatorio.

Brinda respuestas al paciente, que permite que se disminuya la ansiedad, dar confianza, hechos estos que son fundamentales para instalar tratamiento.

Número 8

Es una modalidad de comunicación que se establece entre el binomio médico-paciente y siempre toma al paciente como un ser biopsicosocial, lo cual permitirá comprender en un momento determinado su situación en el proceso salud-enfermedad actual.

Se produce un intercambio de palabras que son ideas que trascienden, siendo una situación adversa o favorable, nos compromete a corresponder con el conocimiento y resultado de lo que en un momento podemos notar o hasta no ver.

Esa comunicación en ocasiones va más allá hasta culminar en amistad.

Número 9

Evaluación profunda e interna que un médico puede ejercer a un ser humano cuya finalidad:

- Es facilitar y englobar al paciente como un todo.
- Nos proporcionará datos que nos acerquen a dar un diagnóstico y tratamiento preciso e intervenir sobre ciertos aspectos biopsicosociales del entorno de este ser humano.

En el hospital no existen áreas donde se pueda realizar la entrevista médica como se describe en el papel, dadas las condiciones y lejos de lo ideal establecido.

Número 10

Herramienta a través de la cual el médico otorga unos minutos al paciente para expresar sus quejas, dolencias, las cuales direccionamos para obtener síntomas que permitan la redacción de la enfermedad actual, que aunado a una serie de eventos previos al momento de dicha conversación ayuda al médico a dar una presunción diagnóstica y aportar soluciones que beneficien al paciente.

ANEXO C

ENTREVISTAS ABIERTAS A LOS PACIENTES

Entrevista 1:

R P, 46 años, educadora.

¿Cómo ha sido y cómo ha percibido usted al médico durante la entrevista médica cuando usted está en este hospital?

R. Creo que ha sido muy bueno, verdad, él me ha atendido muy bien, cuando lo he llamado ha acudido; en verdad no tengo por qué quejarme.

¿Ha recibido atención que se pueda decir que no son tan buenos?

R. Bueno sí, a veces usted sabe que el médico - quizás no es culpa de ellos, sino que son tantos pacientes, verdad, pero... no estaría de más tratarlos muy bien.

¿Cómo cree usted que sería lo ideal en una entrevista médica cuando te relacionas con el médico?

R. Bueno, que el médico sea como un amigo, si porque imagínate uno con un dolor, que el médico te salga con una grosería; por lo menos son muy llorones, entonces imagínate, me cohibiría de volverle a pedir algo; si tengo un dolor o me siento mal, no lo llamaría; igualmente con las enfermeras entonces; pero no me ha sucedido eso, gracias a Dios.

¿Y cómo cree usted que el hospital cumple con su función en la entrevista médica?

R. Bueno, lo que he visto, han estado muy pendientes, por lo menos de mí, de mi caso, la señora tal tiene tal cosa, hay que suministrarle esto, sí me han puesto cuidado.

¿En las etapas que tiene la entrevista médica, cómo le gustaría que la atendiera el médico?

R. Me sucedió cuando me trajeron, la doctora fue muy amable conmigo, me hizo las preguntas, poco a poco para que no me llenara de gases y no tuviera tanto dolor, me trato muy bien, otras preguntas se las hizo a mi hija, a quien le dijo: Mira, vamos a dejar descansar a tu mamá porque se va a llenar de gases y es fuerte para ella.

¿Qué cree usted que el médico tiene que mejorar en la entrevista?

R. La paciencia, que pueda tener con el paciente, no todos tenemos la misma facilidad de expresarnos, tenemos que ser amigos; me sucedió que mi enfermedad es referente al alcohol; el médico no me dijo: ¿Viste las consecuencias que trae por estar bebiendo? El vino calladito y me entrevistó, y la doctora me sobó la cabeza y me dijo: Mira, ya sabes que ahora tu vida va a cambiar, tienes que cambiar tus hábitos de salud por tu bien; no fue un regaño, fue por ayuda,

lo sentí muy bonito y entonces uno se toma las cosas y recapacita, esta es mi forma de vida, mis hábitos de vida los tengo que cambiar por mi salud.

¿Qué significa la entrevista médica para usted?

R. Pienso que es algo necesario, el médico tiene que saber de mi vida, los antecedentes, para actuar, saber qué va a colocar, poder hacer el diagnóstico.

¿Qué debería mejorar para usted el médico de este hospital?

R. Es difícil para los médicos, yo los he visto que a veces no hay, ni comen, nosotros como pacientes no nos damos cuenta de eso; pensamos que como tenemos un dolor, el médico tiene que acudir a nosotros inmediatamente, y yo me di cuenta, en emergencia más que todo el médico corre para allá, corre para acá.

¿Será que ese médico no va a comer nada? Y la doctora se estaba tomando por allá un refresco, y la doctora: Sí, ya voy, mi amor, ya voy para allá. Tenemos que ponernos en el caso de los médicos y como paciente, y ustedes como médicos quizás también en el caso de nosotros, porque si tenemos un dolor, tenemos que gritar.

Al ser entrevistada por un médico en este hospital **¿qué solicita: que la entrevista tenga calidad humana o quiere la última tecnología?**

R. Son importante las dos cosas. Mi tía era diabética, mira, y te digo, mi tía muere y le decía: Doctora, me duelen mucho las piernas, mire del color que se me están poniendo; la doctora jamás le dio la cara a mi tía. Ella lo que hacía era escribir, mi tía se deprimió demasiado, mucho, y me dijo: Para allá no vuelvo más; ella decía: No tienen calidad humana.

¿Cómo piensa Ud. que el médico debe abordar un paciente?

R. Es importante una conversación, de amigos, que el médico escuche, muy importante que sepa escuchar, estoy hablando contigo y estás volteando para otra parte, y no entiende lo que dice. Entonces es muy importante la comunicación. Ponerse en el lugar del paciente; hay muchas personas que son del campo, que no saben leer ni escribir. Por lo menos paciencia, que le diga: Mira, ven acá, este aparato sirve para esto. Para que usted aprenda, igualmente la enfermera.

¿Cuáles son los factores que afectan esta conversación entre médico y paciente?

R. Bueno, quizás el médico venga de mal humor, traiga los problemas de su casa al trabajo. Quizás, digo yo que puede ser uno de esos factores, el más común.

Cuando usted llega por primera vez a este hospital, ¿qué desea?

R. Lo que uno quiere es la atención inmediata y entonces uno ve el médico, corre para allá, corre para acá y no te atiende, venía con un dolor horrible, será que no me van a atender; atiéndame, doctora, ya no aguanto; y pasó como dos o tres veces. Una doctora con un carácter muy fuerte: ¿Dónde te duele? Bueno, espérate; fue a buscar otro médico; el doctor me tocó. Pero bueno, me atendieron y se ve que la doctora es así.

Entrevista 2:

¿Me dijo su nombre?

R.- M A, 56 años, ama de casa

¿Cómo se ha sentido atendida por el médico cuando le hace su historia clínica?

R.- Me atienden muy bien todos

¿Y qué le gusta a usted cuando la entrevistan, el médico cuando le hace la historia?

R.- Que sean buenas personas, yo he estado aquí dos veces y no tengo nada que decir del hospital central, me han atendido muy bien, gracias a Dios.

El médico le pregunta lo más mínimo, desde nombre, su procedencia, sus antecedentes personales, hasta si es alérgico a algún medicamento.

¿Para qué cree usted que le sirve la entrevista médica al médico?

R.- Para conocer al paciente y tener un buen abordaje hacia el paciente.

¿Y para qué cree usted que le sirve para el paciente?

R.- Para que sea bien atendido y así prestarle toda la atención que necesita y que merece en ese momento.

¿Cómo le gustaría a usted que el médico la entrevistara en la historia clínica?

R.- Amigable, que tuviera el contacto de paciente a doctor, pero siempre con empatía, brindándole apoyo y amabilidad al paciente. Sí, para que el paciente tenga más confianza y así él pueda hablar, tenerle confianza al médico que le está haciendo la historia, que no le quede nada por dentro.

Hay unos que le preguntan de todo a uno, que casi congelan a uno, pero hay unos que son muy buenas personas pues saben porque estudiaron esa carrera. Los entiendo porque de verdad los médicos tienen muchos pacientes y no solo es su paciente nada más, son los familiares del paciente, hay que entenderlos.

¿Qué necesita el médico para hacer una buena entrevista médica?

R.- Siempre con espíritu humano, en el momento de abordar al paciente, que lo haga con cariño, empatía, hablar y preguntar al paciente todos los detalles de su vida; con ello se logra confianza y que el paciente se vaya a gusto del centro donde lo atendieron, que salga satisfecho con toda la atención y aquí no podemos quejarnos, estamos bien atendidos.

¿Qué deben cuidar las organizaciones de salud?

R.- Deben cuidar el personal que trabaja aquí, me parece que hay buenos profesionales.

Entrevista 3:

C L, 39 años, Técnico Superior en alimentos

¿Qué significa para usted la entrevista médica?

R.- La entrevista médica recoge una serie de datos del paciente, que el doctor necesita para hacerle todo, estudios y tratar la enfermedad que el paciente tiene.

¿Cree usted que es importante la entrevista médica para el hospital?

R.- Sí es importante, porque si las doctoras no tienen esos datos, cómo saben ellos cómo empezó la enfermedad, qué síntomas y antecedentes han tenido, cómo empiezan ustedes a estudiar al paciente.

¿Cómo cree usted que el médico debe abordar al paciente, para obtener toda esa información, todos esos detalles?

R.- Son muchas preguntas que le hacen a uno; de repente se le escapa una que otra cosa, que lo que él debería hablar sea varias veces con uno para completar todo.

¿Qué sugerencia le da usted al médico para que aborde al paciente, en ese conversar de la entrevista médica?

R.- Tiene que darse cuenta del estado de ánimo y cómo se sienta el paciente en el momento de la entrevista, porque a veces le están preguntando y uno tiene un dolor y está como en otro lado; el médico le da confianza a uno, entonces uno se desenvuelve mejor, la entrevista la debería hacer solo con el paciente, que no estén los demás pacientes y escuchen la historia, uno se siente con más privacidad y es más fácil contestar las preguntas. La doctora Sabrina, cuando me hizo la entrevista, me llevo aparte al cuarto a hacerme el examen físico, me sentí bien, me dio mucha confianza y yo a ella, nadie nos estaba escuchando y nadie estaba pendiente de lo que uno tiene, y que uno así delante de los otros pacientes uno a veces se siente como cortada, no se atreve a decir cosas como ¿cuántas parejas ha tenido?; se cohibe en contestar o hasta puede decir una mentira. También, el doctor debe ser muy paciente y centrarse más en sus pacientes, a pesar de estar apurados, porque tienen que atender otras cosas. Cuando el doctor

haga la entrevista, se siente, es a eso, a hacer el veredicto y no estar pendiente de que tiene que hacer otras cosas; y ocupe el tiempo que debería realmente tener, no que voy a escribir rápido, salir rápido e irse para otro paciente.

¿Qué es para usted la entrevista médica?

R.- La historia de la vida de uno hasta el momento donde uno está, desde que nace, porque le pregunta de dónde proviene uno, la edad, cuántos hijos ha tenido, cuántas parejas, los antecedentes de uno y de los familiares.

¿Qué significa para usted calidad de servicio del hospital?

R.- ¿Calidad de servicio? Para mí, que estuviera más pendiente del paciente, tanto las enfermeras como los médicos.

R.- Tuve fiebre y dolor de cabeza que no se me quitaba; mi hermana fue a buscar a la enfermera y le dijo que hasta que no llegara a la cama de la paciente, pues estaba colocando tratamiento, ella no iba a venir; yo ya no aguantaba, tuve que pararme a bañar, cuando llegue aquí ellas venían a colocar tratamiento y la enfermera me dice que por qué me había ido a bañar, y yo le digo: Porque ya no aguantaba, me sentía muy mal; entonces, imagínate que uno se ponga a esperar, uno se muere del dolor. Anoche me sentí muy desmayada, fue a avisarle a la doctora de guardia, le dijo a la enfermera y la enfermera le fue a avisar a la doctora de guardia; estaba durmiendo y entonces la doctora en ese momento no se paró, pasó como media hora, una hora y mi hermana tuvo que ir otra vez a ver qué había pasado y la doctora todavía estaba durmiendo; la doctora se paró, vino, me colocó el estetoscopio y más nada; y me preguntó qué sentía en ese momento; en este momento me duele mucho el cuerpo, le dije; y me mandó a colocar un Profenid y se fue. Creo que debería estar más pendiente en ese sentido, porque si el paciente lo manda a buscar no es porque uno le da la gana de buscarlo, porque si me siento bien no voy a molestar al médico ni a la enfermera; mi hermana, cuando viene, ella es enfermera y es la que me coloca el tratamiento, porque yo sé que aquí tengo que esperar, que venga la enfermera. Aunque hay doctores y enfermeras que sí están pendientes de sus pacientes, cómo están, cómo han amanecido, cómo se sentían. Me gusta cuando el médico se interesa en mí, y llegar hasta el fondo de lo que a uno le está produciendo lo que tiene.

¿Qué debe hacer el médico para que exista un buen servicio de atención, durante la entrevista médica?

R.- Me gusta del médico que examine y te digan qué es lo que tú tienes, qué estudios hay que hacer y el tratamiento a colocar, que no ande apurado, que se tiene que ir y que rápido que digan, no me hacen una serie de preguntas y dicen: no, ahora más tarde vengo para que

continuemos con la entrevista; no la hacen de una vez, sino que la hacen por parte, debería saber todo de una vez y estudiar el caso. Este en intimidad, para que nadie esté escuchando sobre uno y así el paciente este más tranquilo; en ese momento no tenga dolor, puesto que el paciente no contestará realmente lo que tiene que contestar.

Entrevista 4:

J P, 22 años, mecánico

¿Cómo le gustaría a usted que le atendiera cuando usted está conversando con el médico?

R.- Que me pregunte lo que siento y yo decirle lo que siento para que me ayuden, y me preste la mejor atención, también porque he tenido como 10 días con fiebre y entonces la sangre por la nariz y no he tenido mejoría; vine a este hospital y no me querían atender; me tuve que sentar en el suelo; yo quiero que me estudie a ver qué tengo, pero no me dijeron nada.

¿Cómo puede ayudarte el médico cuando está conversando con usted?

R.- Que uno se comporte bien y valorarlos a ellos para que ellos también valoren a uno.

La EM es la forma en que me puede atender el médico para prestarme atención y saber lo que siento y así de la manera ayudar al paciente.

La atención se logra a través de una interacción mutua (paciente-médico), donde se valoren mejor atendidos como seres humanos.

Confianza: expresar todo al médico y el médico sabe lo que tiene el paciente.

Es necesario que el paciente sea informado para saber en qué colaborar con el equipo de salud.

Entrevista 5:

EC, 34 años, Auxiliar de Educación Inicial

¿Cómo se sintió Ud. durante la atención médica en la entrevista médica?

Realmente cuando llegue no me importaba si me miraban a mí, quería que me quitaran el dolor, y el médico que me recibió insistía en preguntarme cosas que sé que son importantes, pero no aliviaba mi dolencia; a lo mejor por ello lo noté como disgustado y me comentó que era necesario que colaborara con el interrogatorio, porque así no iba a ayudar a aliviar su dolor...y que me tranquilizara.

La verdad que me sentía angustiada, pero el médico no se colocaba en mi dolor, entiendo que estaba muy ocupado y ahora me da pena porque no creo que le dije toda la información, si solo fuese esperado que me calmara el dolor, yo le contesto todo todito, porque entiendo que ese es

su trabajo, pero creo que hay que buscar que el paciente esté en condiciones de contestar, y no por cumplir un requisito; bueno, también hay que pensar que este hospital tiene muchos enfermos y todos quieren ser atendidos al mismo tiempo.

¿Cómo percibió Ud. al médico durante la entrevista médica?

La “verdaita” es que me pareció que estaba apurada y me preguntaba cosas y en ocasiones ni me dejaba terminar de hablar, por lo que pensé que le ayudaba más si le contestaba breve sin tantas explicaciones; hubo un instante que pensé que tenía hambre, como era tarde, y le ofrecí una galleta, parece que se dio cuenta y luego estuvo más tranquilo y pudimos comunicarnos un poquito mejor, al menos terminó la carrereada.

¿Qué significa para ud la EM?

Bueno, que es esa comunicación que el médico debe tener con uno para saber qué es lo que a una le pasa, pero a veces puede ser agradable, y no es porque estemos en el hospital a veces he ido a partes privadas y la relación con el médico está lejísimos de una; por eso que yo creo que la entrevista, como Ud dice, debe ser amena, tranquila y sobre todas las cosas intentar que haya sinceridad de parte del paciente y del médico; a veces una no cuenta todo y el médico no le dice a una todo, porque no quiere mortificarlo o simplemente lo desconoce, pero también tiene que haber reciprocidad de información, no solo que hable el paciente.

¿Cuál cree Ud sea la función de la EM para el médico, el paciente y el hospital?

Para el médico me parece que es la única herramienta que posee para ayudarnos a los pacientes, puesto que al enterarse de todo lo que sentimos, hacemos, podrá saber con más certeza qué enfermedad tiene el paciente y ayudarnos; para el paciente es lo que esperamos que nos suceda al llegar al hospital pues es el contacto cierto con el médico, para que nos cure; y para el hospital, imagínese sino existe médico tampoco vendríamos a este hospital ¿quién nos atendería?

¿Podría compartir conmigo qué fue lo que más le gustó de la EM que le hicieron?

¡Ay!! Que me atendieron, y de corazón pienso que no estuvo mal, al menos pude decir al doctor lo que sentía y él parece que dio con mi diagnóstico y estoy mejor ahora.

¿Qué te parece que debiera mejorarse en la EM?

Hay cosas como estar más sola y que los demás pacientes no se enteren de la vida de una, que el doctor esté con el corazón y su cabecita con una al estar interrogando y no se desvíe y se aleje a cada rato; por otro lado, es importante que no esté acelerado, no sé si fue porque no era

el ambiente adecuado pero el médico no me preguntó nada de mi vida privada, eso me pareció extrañísimo.

¿Cómo cree Ud que el médico que lo entrevistó contribuye con la calidad del servicio prestado por el Hospital Central Antonio MM Pineda?

Pienso que si un hospital no tiene médico no es un hospital, pues no vendríamos los pacientes ¿para qué?; así mismo, si uno se siente a gusto, atendido y sobre todo que lo ayuden a conseguir la salud otra vez, uno queda agradecido del médico y, por supuesto, del hospital.

A veces no sabe cuál es el médico que lo atiende a una, pero sí precisa siempre que esos médicos que saben y ayudan están en determinado hospital. De allí que este hospital, desde que yo estaba pequeña, mi familia siempre acude, y comenta que en esta organización de salud existen los mejores médicos.

Es importante que les diga que los médicos de aquí son excelentes, pero si les damos la manita para que trabajen con más calma y menos estresados, a lo mejor lo miraran a una, se aprendieran los nombres, y tuvieran más normas del buen oyente y hablante... bueno, le digo esto porque a muchos pacientes solo nos preocupa que nos quiten el dolor, operen, y no le paramos a la atención personal del médico y el paciente. ¿Será que eso mismo piensa el doctor?

Entrevista 6:

J P 38 años. Técnico Superior de Electricidad

¿Cómo se sintió Ud durante la atención médica en la entrevista médica?

Bien, muy bien, no duré mucho para que el doctor me viera, también entiendo lo ocupado que están estos médicos, hacen lo que pueden.

¿Cómo percibió Ud al médico durante la entrevista médica?

Con deseo de ayudarme, lo sentí preocupado por mí, eso me dio alivio, ud sabe, tranquilidad de saber que ya alguien que sabe te va a dar la manita.

¿Qué significa para ud la EM?

Caramba, me parece que eso es la manera más importante de que se vale el doctor para saber del paciente, pues al usar esa conversación llenando la historia clínica él cumplirá su trabajo de ayudar al paciente, pues no es adivino, a pesar de que tenga mucha experiencia.

¿Cuál cree Ud que sea la función de la EM para el médico, el paciente y el hospital?

Es importante, ya que cuando el médico habla con el paciente, está cumpliendo su trabajo de atender al enfermo, y el enfermo tendrá la confianza de que el médico lo curará, y el hospital es el lugar de encuentro de ambos: médicos y pacientes.

¿Podría compartir conmigo que fue lo que más le gustó de la EM que le hicieron?

Verdaderamente que me alivie, pues mientras el doctor me preguntaba, yo sentía que estaba en el hospital y que ya me estaban atendiendo, independientemente que estaría hospitalizado. Pero sí puedo decirle que este hospital, a pesar de que el médico tiene *full* trabajo, está siempre como haciendo algo, al menos me tom; o en cuenta y me atendió.

¿Qué te parece que debiera mejorarse en la EM?

Sí, algo que se debe mejorar es que existan más médicos para que atiendan a los pacientes y no exista exceso de trabajo y, por ende, el riesgo de que se equivoquen no solo lo que preguntan sino de paciente al indicar tratamiento. Y si hay más médicos la atención será más calmada y con más tiempo para conversar con el paciente, es decir, tiempo que puede indagar y conocer aún más de todos sus pacientes.

¿Cómo cree Ud que el médico que lo entrevistó contribuye con la calidad del servicio prestado por el Hospital Central Antonio MM Pineda?

Si a mí un doctor me atiende bien y me mejora, seguro que uno recomienda a todos que cuando necesiten salud acudan al hospital, pues existen buenos médicos.

¡Tal vez también es importante que en el centro de salud haya también excelentes equipos con tecnología, pero que el contacto del doctor que lo atiende sea receptivo, ofrezca confianza para que el paciente se quede con la seguridad de ser salvado y curado y no nada más con el consuelo de no tener más para donde ir!

ANEXO D
GRUPO FOCAL DE DISCUSIÓN



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADO
INSTITUTO PEDAGÓGICO "LUIS BELTRÁN PRIETO FIGUEROA"



U
N
E
X
P
O



Reflexión sobre el Significado de la Entrevista
Médica

Autor: Lisbeth Reales

Tutor: Doralisa Rangel

Objetivos del encuentro:

- Interpretar el significado de la entrevista médica mediante la reflexión.
- Valorar las etapas de la entrevista médica que la constituyen en un referente de calidad de la organización hospitalaria.

Grupos Focales

“Una reunión de individuos naturales o seleccionados por el o los investigadores para discutir y elaborar desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de la investigación” Koman (1998)

- Interpretar el significado de la entrevista médica mediante la reflexión.

Testimonios focalizados

Partimos que **reflexion...**

Es el proceso de crear y clarificar el significado de las experiencias (pasadas o presentes) en términos de uno mismo, en relación con si mismo y en relación con e mundo...







REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
COORDINACIÓN NACIONAL DE DOCTORADO
PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DOCTORADO EN EDUCACIÓN
UCLA-UNEXPO-UPEL



Encuentro con el grupo focal:

Reflexión sobre el significado de la entrevista médica

Facilitadora: Dra. Lisbeth Reales

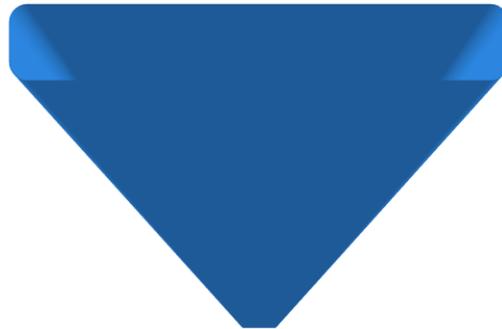
Tutora: Dra. Doralisa Rangel

MARZO, 2010

Compartir:



- Presentación del taller a los participantes
- Objetivos Encuentro
- Testimonio focalizado ¿Cuál es el significado que usted le otorga a la Entrevista Médica?
- Etapas de la Entrevista Médica.
- Calidad de la atención médica y asistencial.
- Café
- Intercambio de ideas
- Cierre
- Prof. Doralisa Rangel
Análisis de la Evaluación
- Próximo encuentro



ISBN: 978-9942-7194-0-9



Casa Editora