



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 03 de abril de 2017

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Lina Lorena Molano Ramírez con C.C. No. 1075.253.957

Diana Mayerly Murcia Torre con C.C. No. 110.906.8185

Karol Julieth Pérez Martínez con C.C. No. 1075.274.226

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado caracterización de la relación médico – paciente en el servicio de consulta general, del régimen subsidiado, especialidad Neurocirugía del Hospital Universitario, Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E. Presentado y aprobado en el año 2017 como requisito para optar al título de Comunicador Social y Periodista

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores” , los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Vigilada Mineducación



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: _____



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Caracterización de la relación médico – paciente en el servicio de consulta general, del régimen subsidiado, especialidad Neurocirugía del Hospital Universitario, Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Molano Ramírez	Lina Lorena
Murcia Torres	Diana Mayerly
Pérez Martínez	Karol Julieth

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Morales Mosquera	Ruby Lorena

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Morales Mosquera	Ruby Lorena

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Comunicador Social y Periodista

FACULTAD: Ciencias Sociales y Humanas

PROGRAMA O POSGRADO: Comunicación Social y Periodismo

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2017

NÚMERO DE PÁGINAS: 112

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Vigilada mieducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 4
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

Diagramas___ Fotografías__x_ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___ Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros__x_

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Comunicación	Communication	6. Consulta	Query
2. Relación	Relationship	7. _____	_____
3. Médico	Doctor	8. _____	_____
4. Paciente	Patient	9. _____	_____
5. Interacción	Interaction	10. _____	_____

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

El presente trabajo contiene un análisis sobre la comunicación entre médicos y pacientes del régimen subsidiado, en el área de Neurocirugía del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, los aspectos comunicativos que median dicha relación, las percepciones de los actores frente a la atención en el servicio de consulta externa, los componentes y barreras comunicativas entre los actores. Se realizó una revisión bibliográfica (Antonieta, 2008; Bohórquez, 2004; Herrera, 2000; Barona, 2001; Morales, 2002; Moya J., 2005; Méndez, 2008) a partir de la cual se determinó la necesidad de estudiar los aspectos comunicativos de la relación médico paciente en contexto local e institucional objeto de este estudio.

Desde el punto de vista teórico se definen los conceptos y categorías centrales del estudio: comunicación, comunicación médico paciente y el enfoque desde el cual se asume. Se aplicó una encuesta para evaluar las percepciones de los usuarios, una matriz de protocolo para caracterizar actores, y entrevistas semiestructuradas al personal médico.



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

3 de 4

Entre los resultados obtenidos se encontró que existen barreras comunicativas de carácter sociocultural relacionadas principalmente con el nivel educativo, contacto visual, tiempo destinado a la consulta, el estatus social, condicionales locativas, procedencia y contextos socioculturales de los pacientes, entre otras.

Se concluye la necesidad de partir del diálogo para dar un positivo comienzo a la relación entre el médico y el paciente, generar estrategias comunicativas que permitan mejorar los procesos comunicativos internos y por consiguiente la reputación de la entidad.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

The present work contains an analysis on the communication between Doctors and patients of the subsidized regime, in the area of Neurosurgery of the Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo of Neiva, the communicative aspects that through this relation, the perceptions of the actors in front of the attention in the External consultation service, components and communication barriers between the actors. A bibliographical review was made (Anotinieta, 2008, Bohórquez, 2004, Herrera, 2000, Barona, 2001, Morales, 2002, Moya J., 2005 and Méndez, 2008), from which the need to study communicative aspects Of the patient-Doctor relationship in local and institutional context object of this study.

From the theoretical point of view, the central concepts and categories of the study are defined: communication, patient-Doctor communication and the approach from which it is assumed. A survey was conducted to evaluate users' perceptions, a protocol matrix to characterize actors, and semi-structured interviews to medical personnel. Among the results, we found that there are communicative barriers of sociocultural nature related mainly to educational level, visual contact, time allocated to consultation, social status, locative conditionals, origin and sociocultural contexts of patients, among others.

It concludes the need to start from the dialogue to give a positive start to the relationship between the Doctor and the patient, to generate communicative strategies that allow to improve the internal communicative processes and consequently the reputation of the entity.

APROBACION DE LA TESIS

Vigilada mieducación



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	4 de 4
--------	--------------	---------	---	----------	------	--------	--------

Nombre Jurado: Claudia Jimena Zúñiga Ramírez

Firma:

Claudia Zúñiga
55.179.272 de Neiva

Nombre Jurado: Carlos Arturo Monje

Firma:

Carlos Arturo Monje
007/10.579.784

**CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE EN EL
SERVICIO DE CONSULTA GENERAL, DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO,
ESPECIALIDAD NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO, HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA E.S.E.**

LINA LORENA MOLANO RAMÍREZ

2010194068

DIANA MAYERLY MURCIA TORRES

2009179095

KAROL JULIETH PÉREZ MARTÍNEZ

2010194102

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS, PROGRAMA DE
COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO**

NEIVA – HUILA

2017

COMUNICACIÓN SALUD

**CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE EN EL
SERVICIO DE CONSULTA GENERAL, DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO,
ESPECIALIDAD NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO, HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA E.S.E.**

LINA LORENA MOLANO RAMÍREZ

DIANA MAYERLY MURCIA TORRES

KAROL JULIETH PÉREZ MARTÍNEZ

**Trabajo presentado como requisito para obtener el título de Comunicador Social y
Periodista.**

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS, PROGRAMA DE

COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO

NEIVA – HUILA

2017

COMUNICACIÓN SALUD

**CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE EN EL
SERVICIO DE CONSULTA GENERAL, DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO,
ESPECIALIDAD NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO, HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA E.S.E.**

**RUBY LORENAMORALES MOSQUERA
COMUNICADORA SOCIAL Y PERIODISTA
ESPECIALISTA EN ALTA GERENCIA
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS, PROGRAMA DE
COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO
NEIVA – HUILA**

2017

Nota de aceptación

Firma del director

Firma de co-director

Firma del jurado

Firma del jurado

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo investigativo a nuestros padres quienes han sido nuestro apoyo constante y son el motor de nuestra vida. A los docentes que han estado presente en nuestra formación profesional, especialmente a quienes nos han orientado para hacer posible el desarrollo de nuestro trabajo de grado.

Agradecimientos

Las autoras expresamos agradecimientos a:

En primer lugar, damos gracias a Dios por permitirnos desarrollar este trabajo investigativo, segundo a nuestros padres quienes han impulsado nuestro propósito de ser profesionales. En tercera medida agradecemos a la docente Ruby Lorena Morales por ser nuestra asesora y quien direccionó nuestra investigación, a ella gracias por el apoyo constante y los conocimientos brindados.

Agradecimiento a los docentes del programa de Comunicación Social y Periodismo, quienes nos enriquecieron en conocimientos. Gracias a nuestro equipo de trabajo por el esfuerzo, de cada una hay gratas experiencias y aprendizajes. A la Universidad Surcolombiana por ser el ente educativo donde nos formamos y del que con orgullo, obtendremos nuestro título profesional.

Contenido

Resumen	10
Introducción.....	12
1. Antecedentes.....	14
2. Fundamentación Teórica	25
2.1. Comunicació médico/paciente	25
2.2. Concepto de comunicación.....	29
2.3. Concepto de comunicación médico paciente	34
3. Diseño metodológico	40
3.1. Tipo de estudio.....	40
3.2. Técnicas e instrumentos para la recolección de información	42
3.3. Procesamiento de datos.....	46
4. Resultados y discusión.....	48
4.1. La comunicación en la salud.....	48
4.2. Formas de comunicación en la relación médico –paciente.....	50
4.2.1. El lenguaje	51
4.2.2. Comunicación no verbal	58
4.2.3. Imagen del profesional de la salud	60
4.2.4. Locación y símbolos.....	62
4.2.5. La interacción	63

4.2.6. La empatía	64
4.2.7. La comunicación en las organizaciones	65
4.3. Percepciones de los actores.....	68
4.3.1. Buena atención de los médicos.....	68
4.3.2. Mal manejo en asignación de citas	68
4.3.3. Falta de personal médico para la atención en el área de neurocirugía	69
4.3.4. Impuntualidad al momento de las consultas.....	69
4.3.5. Reacciones de los médicos	70
4.4. Barreras comunicativas en la relación médico – paciente	70
4.4.1. Barreras de la comunicación interna	74
4.4.2. Lenguaje	76
4.4.3. Retroalimentación.....	77
Conclusiones.....	84
Recomendaciones	86
Glosario	91
Referencias	96
Anexos.....	99

Resumen

El presente trabajo contiene un análisis sobre la comunicación entre médicos y pacientes del régimen subsidiado, en el área de Neurocirugía del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, los aspectos comunicativos que median dicha relación, las percepciones de los actores frente a la atención en el servicio de consulta externa, los componentes y barreras comunicativas entre los actores. Se realizó una revisión bibliográfica (Antonieta, 2008; Bohórquez, 2004; Herrera, 2000; Barona, 2001; Morales, 2002; Moya J., 2005; Méndez, 2008) a partir de la cual se determinó la necesidad de estudiar los aspectos comunicativos de la relación médico paciente en contexto local e institucional objeto de este estudio. Desde el punto de vista teórico se definen los conceptos y categorías centrales del estudio: comunicación, comunicación médico paciente y el enfoque desde el cual se asume. Se aplicó una encuesta para evaluar las percepciones de los usuarios, una matriz de protocolo para caracterizar actores, y entrevistas semiestructuradas al personal médico. Entre los resultados obtenidos se encontró que existen barreras comunicativas de carácter sociocultural relacionadas principalmente con el nivel educativo, contacto visual, tiempo destinado a la consulta, el estatus social, condicionales locativas, procedencia y contextos socioculturales de los pacientes, entre otras. Entre las barreras físicas se destacan, por ejemplo, la distracción causada por las nuevas tecnologías que limitan el contacto visual y la interacción entre médico y paciente. Además la organización presenta una ruptura comunicativa entre sus áreas de servicio y problemas asociados a la oportunidad y eficiencia en la prestación del servicio. Se concluye la necesidad de partir del diálogo para dar un positivo comienzo a la relación entre el médico y el paciente, superar las asimetrías, porque

dependiendo de la sintomatología con la se acerque el usuario al consultorio, su comportamiento es generador de tensiones entre ambos actores, en ocasiones con agresiones verbales, e incluso momentos de depresión que limitan el buen desarrollo de los aspectos comunicativos. Se destaca el papel fundamental de la comunicación en la relación terapéutica, creando espacios de trabajo empáticos, que generen nivel de confianza entre los actores y que mejoren la calidad del servicio y su eficacia.

Introducción

La presente investigación abarca la caracterización de la comunicación entre médicos y pacientes de la especialidad de Neurocirugía del Hospital Universitario de Neiva, durante el desarrollo de la consulta. El análisis de los aspectos comunicativos permitió detectar las debilidades y fortalezas que intervienen en el acto comunicativo.

La investigación se enfocó en analizar los procesos comunicativos en la relación entre médicos y pacientes, desde componentes como, el lenguaje, la kinésica, proxémica, locación, y tiempo de consulta, entre otros. Asimismo en establecer las percepciones de los actores frente a la atención en el servicio de consulta externa, y en identificar los componentes de la comunicación y las barreras comunicativas entre los actores.

Concretamente se da respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la comunicación entre médicos y pacientes del régimen subsidiado, en el servicio de consulta externa, especialidad Neurocirugía, del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E durante los meses de enero y febrero de 2014?

En este sentido los resultados y el análisis de estos, nos muestra que fue acertado el diagnóstico para la organización, ya que se encontró que la especialidad cuenta con fallas en la comunicación que afectan la prestación de un buen servicio y por consiguiente la imagen de los usuarios frente a la entidad. Asimismo se detectaron fortalezas en cuanto al relacionamiento de los actores que pueden potencializarse.

De acuerdo a los resultados es necesario que la entidad adelante un plan estratégico de comunicación que permita fortalecer la reputación de la organización, generar buenos procesos comunicativos y esto conlleve a ofrecer un servicio de calidad en beneficio de los usuarios.

Este trabajo de investigación contiene información relacionada con la problemática y propósito del estudio, los antecedentes y fundamentos teóricos, abordados en los capítulos uno y dos, respectivamente. En el tercero se presentan los aspectos metodológicos relacionados con el tipo de estudio, la población y muestra seleccionada, las técnicas e instrumentos utilizados. El cuarto capítulo integra los resultados encontrados y la discusión de los mismos. Se desagrega en los aspectos tenidos en cuenta para la caracterización de la comunicación entre los actores, las percepciones y barreras. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

1. Antecedentes

Un estudio internacional, realizado por la Licenciada en Psicología María Antonieta Rodríguez Arce, profesora de la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín, llamado **La relación médico - paciente**, indica que la relación médico - paciente es asimétrica, se modula por factores sociales y culturales, y es una relación de amistad que se establece entre ambos actores con el propósito de encontrarle una curación y un alivio efectivo a la enfermedad del usuario. La relación lleva a que el enfermo logre satisfacer su necesidad de salud, mientras que al médico le permite cumplir una función social con el paciente.

La investigación afirma que ambos (médico y paciente) presentan una individualidad y son irrepetibles. Igualmente indica que al comprender correctamente la relación médico - paciente, ayudaría a que dentro de la comunicación entre ambos actores, se pueda generar un adecuado entendimiento de la enfermedad del usuario por parte del médico que lo trata, y permite esclarecer la estrecha vinculación que existe entre soma y psiquis, entendiendo que según Rodríguez Arce, es importante que el médico tenga claro que su paciente tiene cuerpo y cerebro lo que les ayuda a reflejar su realidad social de manera individual.

En este sentido, la Licenciada argumenta que cuando un usuario padece una enfermedad, su comportamiento cambia y comienza a reaccionar de acuerdo a su situación sintomática. Se generan tensiones dentro de la consulta médica y algunos se irritan, se deprimen, otros sufren de insomnio y diversas alteraciones psíquicas como sudoración, temblores, cambios en el ritmo cardíaco, respiratorio y en la sangre.

Por otra parte, su estudio indica que la atención que el médico debe brindarle a cada paciente, debe comenzar de forma verbal, es decir, informando al usuario las formas en que se puede tratar su enfermedad o sus dolores, ese es el primer deber: la información. De otro lado, la investigación afirma que el abuso de aparatos tecnológicos en una consulta médica, lleva a que el

paciente sea maltratado al practicarle pruebas e intervenciones que lo único que le genera es tensión, dolor y malestar.

Así mismo, en el estudio Rodríguez Arce asegura que la atención que el médico le brinda al paciente, debe basarse en muchos datos de los síntomas del paciente, sin embargo, termina dirigiendo su interés a un solo órgano del enfermo, situación que lleva a que el médico no considere al usuario como un todo dentro de la atención médica. Y concluye en que la relación médico - paciente es amistad, la cual debe contener confianza por parte del paciente en la medicina y en el médico, así como éste último debe tener la capacidad para ejercer un contacto con el usuario y hacerlo sentir cercano a él para llegar a un diagnóstico final y un tratamiento adecuado. (RODRIGUEZ Maria A., 2008)

A nivel nacional se encuentra el trabajo denominado **El Diálogo como Mediador de la Relación Médico - Paciente**, desarrollado por Francisco Bohórquez Góngora del Departamento de Medicina Interna Universidad del Cauca de Popayán, Colombia.

En este trabajo se considera a la relación médico paciente como el acto central de la actividad clínica y el escenario de la disciplina. El diálogo dentro de este campo de la comunicación en la salud, se ha visto desde tiempos atrás como la base de la entrevista clínica, una guía para la exploración del paciente y en el medio terapéutico fundamental. Dentro de este trabajo, se logra un amplio análisis en cuanto al rol clínico, pedagógico y curativo de la comunicación entre el médico y el paciente al momento de basarse en lo que es el diálogo y la conversación, y a la vez permite ver una gran diferencia de éstas con los procesos en donde se involucra la discusión y formas menos interactivas de comunicarse.

Por otro lado, Bohórquez argumentó que al ser utilizado el método de la interacción en una consulta médica, se logra un sentido de la enfermedad que pueda poseer el paciente, permitiendo de esta manera un proceso pedagógico dialogante dentro de la comunicación médico

- paciente. Finalmente, este trabajo, busca resaltar de forma explícita y sistemáticamente todos los procesos y prácticas que se lleven a cabo dentro de las escuelas de medicina, y en los programas de educación continuada, posibilitando un alto índice de concientización tanto en los profesores como en los profesionales de la salud y darles a entender la importancia del diálogo en los asuntos clínicos o de la salud. (BOHORQUEZ Francisco , 2004).

En un segundo estudio, donde la recolección de la información se dio por medio de red de asociaciones y entrevistas en profundidad, el médico Nelson Herrera Medina y otros, en el artículo de **Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia**, argumenta que el objetivo de su investigación de estudio cualitativo, fue el de analizar todas las representaciones sociales de la relación entre médicos y pacientes de Bogotá. Dentro de los métodos, se tuvo en cuenta una muestra realizada a 17 médicos generales y 17 pacientes de ambos sexos quienes se encontraban asistiendo o trabajando bajo el plan obligatorio de salud (POS).

Este estudio dejó ver como resultados, que ante los frecuentes peligros que se presentan dentro de los servicios de salud, como las barreras impuestas por los pacientes y la falta de capacidad del sistema de salud, la representación social de los médicos está centrada en ofrecer un servicio netamente profesional y humano; mientras que los pacientes se centran en la capacidad de los profesionales de la salud, de lograr un servicio preciso y óptimo, que les permita a ellos como usuarios mejorar su calidad de vida, sin dejar a un lado a la persona atendida quien es la que busca la ayuda del médico.

Igualmente, Herrera Medina presenta una situación, y es que muchos pacientes suelen darles un mal trato a los médicos debido a las expectativas irreales del paciente (en cuanto a la capacidad y la obligación que tiene el médico, y a las expectativas frente a su propia recuperación). Aquí se muestran los puntos de vista tanto de los médicos como de los pacientes,

donde los primeros expresan su desagrado al trabajar en un modelo de salud el cual, reduce la interacción clínica, en donde tienen poco tiempo y una cantidad alta de pacientes en atender por cortos periodos. Otra percepción de los médicos, es que los pacientes han malinterpretado tanto las dinámicas, como los derechos que tienen bajo el sistema de salud que se desarrolla en el país empleando actitudes agresivas e irrespetuosas, motivos por los cuales, los médicos no logran ejercer una adecuada interacción clínica con el usuario, reduciendo su calidad y ayudando a que no se construya una confianza entre los dos (médico-paciente). De otro lado, un trato respetuoso hacia el médico y el paciente, y ofrecer un buen servicio a los usuarios a nivel físico y psicológico, son dos expectativas que espera el profesional con relación a los servicios de salud.

El estudio ‘Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá’, muestra además que la relación médico – paciente se encuentra involucrada en problemas, en donde la asistencia tardía a los servicios de salud en casos de enfermedad, se debe a la falta de confianza de los sistemas de salud, las limitaciones de sistemas, a la baja calidad en el servicio por la percepción de maltrato, servicios precarios y el trato deshumanizado.

El médico ha tendido a ejercer un modelo funcionalista y normativo con sus pacientes, en donde su saber especializado siempre tiene mayor relevancia que el conocimiento común que poseen los pacientes; se presenta entonces una desigualdad entre dichos saberes, al igual que los lenguajes, ya que al momento de ejercerse una comunicación entre el médico y el paciente, este último presenta un problema al no saber comunicar de forma correcta sus síntomas porque no posee conocimiento del lenguaje clínico utilizado por los profesionales de la salud (la jerga clínica); es aquí donde se divisa una clara diferencia entre los lenguajes de ambos actores, los médicos tienen un lenguaje clínico especializado profesional, mientras que los pacientes conservan su lenguaje oral tradicional.

El médico Herrera afirmó que la responsabilidad unidireccional que ha tenido el médico

con el paciente, ha pasado a ser multidireccional, es decir, con el paciente y la EPS, lo cual hace que la dinámica de interacción cambie y se involucren nuevos factores como los costos, límites, tiempo, que son los que no permiten un adecuado funcionamiento de los médicos.

Dentro de esta relación, argumentó que al comienzo no se da una confianza y un respeto de manera concisa. Existen varios casos, donde los médicos y pacientes inician una interacción con mucha prevención, bien sea por miedo a la ausencia de la calidad o por sospecha de abuso a la contraparte. Es por ese motivo, que la relación clínica se transforma en un espacio en donde la construcción y la negociación se fusionan, para confiar y aceptar las recomendaciones y la sintomatología presentadas. Asimismo, los médicos y pacientes ven la relación como una negociación de intereses y de sistemas de referencias que involucran creencias, expectativas y conocimientos sobre la enfermedad y la forma de cómo ésta se debe tratar. Aseguró que los médicos buscan imponer a los pacientes su conocimiento, para de esta manera solucionar y mejorar la calidad de vida del usuario de una manera ágil, manteniendo un servicio eficiente y competitivo.

Dijo que algunas de las razones por la cuales los médicos y pacientes acuden a negociar entre ellos, es porque primero, los médicos no quieren ser manipulados y segundo, porque los pacientes no quieren ser engañados. También se negocian las reglas con las que se va a manejar la interacción (lenguaje, dominio etc.); se mantiene el respeto hacia la persona. Se dan bajas posibilidades cuando la negociación inicial falla, en cuanto al desarrollo de la interacción de si es adecuado o no, trayendo como consecuencia la disminución en la sinceridad, en la apertura y en el compromiso del paciente, así mismo se reducen los niveles de entusiasmo y de atención por parte de los médicos, quienes reportan que sienten menor interés en manejar al paciente, cuando éstos se muestran antipáticos o los quieren manipular.

Otra de las conclusiones que encontramos en el trabajo ‘Representaciones sociales de la

relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá', hace referencia a que los pacientes consideran que las políticas de salud en el país han impactado negativamente la interacción con los médicos, teniendo consecuencias como la brevedad en las consultas médicas, el difícil acceso de citas a tiempo y con el médico deseado. Las restricciones de acceso al servicio médico y las limitaciones para prescribir y autorizar tratamientos o procedimientos clínicos, impiden el fortalecimiento de la formación, y el desarrollo de poder llevar una relación duradera con el médico, además de que aumenta la inconformidad y desconfianza hacia ellos y hacia las EPS.

Por otro lado, las expectativas personales de los pacientes consisten en recibir una atención amable y respetuosa, un buen recibimiento por parte del médico, que haya un contacto visual y nombrar adecuadamente al paciente, es decir, no tratarlos como si fueran menos que ellos. Ya las expectativas profesionales, se refieren a las capacidades técnicas y profesionales del médico para combatir contra enfermedades y con los síntomas generados por éstas. El paciente por lo general siempre exigirá la atención dada del médico, de que éste demuestre las habilidades y las destrezas que tiene para diagnosticar y tratar los síntomas. La unión de estas dos expectativas, inciden en el tipo de relación establecida entre el médico y el paciente.

Herrera aseguró que los pacientes siempre tratan de manejar un buen lenguaje, que sean amables y amistosos para desenvolverse mejor con el profesional, usar unos lenguajes entendibles tanto para el paciente como para el médico. De otro lado, dijo que los pacientes no siguen las recomendaciones al pie de la letra, mienten al momento de la consulta, dando a conocer que han acatado completamente lo formulado por el médico, se inventan justificaciones con el fin de explicar la falta de seguimiento y de esta manera, evitarse las reconvenciones del médico por miedo a las consecuencias. Los pacientes que si acatan las recomendaciones, lo hacen más bien por la comprensión del beneficio a obtener en la salud y calidad de vida.

Por otra parte, algunos aspectos que tienen relación con la interacción entre el médico y el

paciente tiene que ver con la limpieza, los espacios y la distribución donde se presta el servicio de salud, la inconformidad con las instalaciones, con la calidad de la entidad y además, con los profesionales que en ella trabajan, ya que éstos influyen en la forma en que el paciente inicia su relación con el médico.

El estudio realizado por el médico Nelson Herrera, comprobó que no existe una buena comunicación entre ambas partes ya que la individualidad y la poca empatía tanto de usuarios como de profesionales de la salud, han contribuido a las distancias y rupturas comunicativas, a que no exista un resultado positivo frente a si se está o no realizando un avance con respecto a una relación comunicativa; se ve entonces un gran vacío, que todavía requiere de tiempo y de un lento proceso, en cuanto a la comunicación entre médicos y pacientes.

Otro factor que afecta la buena comunicación, es la importancia que tanto los médicos, como los pacientes se dan en sus correspondientes perfiles, entonces, los médicos por ser profesionales y tener un amplio conocimiento en cuestiones de salud, se creen de un perfil mucho más elevado que el del paciente, y este último, pese a no poseer todos los saberes que tiene un profesional, se considera más importante, por el simple hecho de que es un usuario el cual paga por un servicio, recibe una consulta, se le prescriben medicamentos y al médico es al que le corresponde auxiliario, es decir, es una obligación del médico ayudar a su paciente cuando éste lo sugiere, además porque el perfil profesional del médico así lo indica.

El estudio llegó a modo de conclusión que, hay una gran afinidad dentro de las representaciones sociales tanto de los médicos como de los pacientes en lo que respecta al proceso de dar y recibir dentro de la comunicación entre ambos actores. Igualmente, la precariedad en el modelo de salud no permite desarrollar en su totalidad la relación clínica, y limita las opciones que médicos y pacientes tienen para negociar sus objetivos y metas; además se presentan oposiciones entre el médico y usuario al momento de señalar al responsable de que

no se cumplan los objetivos planteados en la relación de ambos. (HERRERA Nelson, 2000).

Un tercer estudio denominado **Derechos y Obligaciones en la Relación Médico - Paciente**, realizado por Ricardo Barona Betancourt, docente e investigador de la universidad Autónoma de Colombia, indica que las razones de que el paciente acuda al médico, se deben por una alteración en su salud, y busca la ayuda de un profesional de la salud porque éste último, a partir de sus conocimientos médicos, puede tratar de resolver y aliviar sus dolores o enfermedades que esté padeciendo. Igualmente, se afirma que la relación entre ambos actores (médico - paciente) se origina por voluntad de los dos, por acción unilateral del médico en caso de emergencia y por terceras personas quienes lo solicitan.

De otro lado, la investigación afirma que el paciente tiene un nivel de igualdad frente al médico. Además, los médicos deben guardar reserva en cuanto al historial clínico que cuenta el usuario, así como también debe darle a conocer de forma clara y comprensible al paciente los riesgos que se pueden generar al interior de la consulta, en caso de que el paciente no esté en la capacidad de comprender parcial o totalmente la información suministrada, ésta se le debe entregar a sus familiares o allegados. En el estudio se indica también que el médico quedará exonerado de dar a entender los riesgos sólo si el usuario presenta una alteración en su estado mental, carece de parientes que lo acudan, o si la persona debe ser atendida de manera inmediata.

Por otra parte, el profesor Ricardo Barona asevera que para que exista una verdadera relación entre médico y paciente, ésta debe darse completamente, es decir, desde que inicia hasta que finaliza, sin ninguna interrupción, de lo contrario, se estaría generando irregularidades en la misma. Así como el apoyo y consuelo que el profesional de la salud debe darle constantemente al usuario, lo cual es una obligación para contribuir a una buena relación médico - paciente. El estudio indica además que el sitio donde se lleve a cabo la consulta médica, ayuda a que la relación se desarrolle de la mejor manera, teniendo en cuenta que el consultorio debe generar

respeto y buen ambiente. (BARONA, Ricardo;, 2001, págs. 55 - 63).

Dentro del contexto local, se desarrolló el trabajo denominado **Salud para todos, con su eslogan Sisben, derecho para los menos favorecidos**, liderado por la estudiante practicante Ruby Lorena Morales y otros, del programa de Comunicación Social y Periodismo de la Universidad Surcolombiana de Neiva.

El objetivo de este proyecto consistía en crear espacios de deliberación ciudadana en torno a la salud pública, haciendo énfasis en el servicio del régimen subsidiado con el fin de que la comunidad de Neiva la conociera y la evalúa. El proyecto se realizó enfocándose en dos temas fundamentales que son el concepto del Sisben y su utilidad; cómo funciona, cuáles son las empresas prestadoras de este servicio; veedurías ciudadanas de salud y gran debate general de la ciudadanía ante el régimen subsidiado.

El trabajo se desarrolló por medio de investigaciones y entrevistas donde contrastaba la información desde fuentes oficiales como la Gobernación, Secretaría de Salud, diferentes médicos del sector público y privado, casos en particular de pacientes y seguimiento a estas investigaciones hechas a la comunidad neivana, sobre lo que opinaban y los conocimientos que tenían del Sistema de Afiliación de los Beneficiarios a cualquier programa social (educación, salud, vivienda, alimentación) Sisben, y se encontró que no todas las personas tenían la posibilidad de acceder fácilmente al servicio de salud, algunas presentaban dificultades para la obtención del mismo. (MORALES, Ruby L., 2002).

De otra parte, en el año 2005 se presentó en el Programa de Psicología de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana de Neiva, el trabajo de grado **Estudio descriptivo sobre la calidad de la relación médico-paciente en el servicio hospitalario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E. S. E. de Neiva: perspectiva de los pacientes**, por el estudiante Jovel Moya, entre otros, donde tuvieron como objetivo describir la

calidad de la relación médico-paciente en el servicio hospitalario del Hospital U. H. M. P. E. S. E. de Neiva desde la perspectiva de los pacientes.

La investigación permitió la realización de encuestas aplicadas a 100 usuarios, quienes se encontraban hospitalizados en las dos últimas semanas del mes de diciembre del año 2004, con la finalidad de analizar las perspectivas de los usuarios en 5 dimensiones (concreción, rapport, empatía, respeto y satisfacción). En este estudio se encontró que: el 41% de los usuarios percibió que la atención recibida fue regular, el 40% de la muestra valoró la concreción como regular, el 39% valoró el rapport como muy bueno, el 40% valoró la empatía como negativa, el 34% valoró el respeto como regular, y el 52% valoró la satisfacción como muy buena.

El resultado de esta investigación concluyó que los pacientes valoraron la satisfacción como la capacidad técnica del médico para lograr el restablecimiento de la salud, delegando a un segundo plano habilidades sociales que permiten relacionarse con el otro, manifestar necesidades y resolver conflictos. Se evidenciaron falencias por parte del médico al momento de adaptar su lenguaje a las condiciones del usuario, considerar su individualidad y autonomía frente al conocimiento de la situación clínica, pronóstico y resultado de los análisis practicados. Por otra parte, la hospitalización dificulta el estilo de vida del paciente y las actitudes que asume frente a la misma.

En definitiva la investigación contribuyó a fortalecer la visión del Hospital Universitario de Neiva, en cuanto a la búsqueda por mejorar la calidad de atención y servicio, teniendo en cuenta tanto los parámetros de oportunidad, como de eficiencia y eficacia al momento de cumplir con las necesidades y expectativas de sus usuarios. (MOYA, Jovel, 2005).

Un tercer estudio a nivel local, es el trabajo de grado **Actitud de los Usuarios Hacia la Satisfacción en el Acceso a los Servicios de Salud en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva** del año 2008, por Freddy Alberto Méndez López, egresado de

la Facultad de Salud del Programa de Medicina de la Universidad Surcolombiana de Neiva. El objetivo de esta investigación fue determinar la actitud de los pacientes de Consulta Externa del Hospital U. H. M. P. frente a la satisfacción en cuanto al dominio estrecho del acceso a los servicios de salud.

La investigación basada en un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, quería determinar la actitud de los pacientes hacia los servicios de la salud, llevando a cabo la recolección de la información a partir de un cuestionario hecho a 50 personas entre las edades de 18 a 45 años de ambos sexos, de estratos socioeconómicos mayormente de 1 y 2 y menormente 3, y quienes carecían en su gran totalidad de un adecuado nivel educativo. Con esta entrevista se logró evaluar las variables demográficas y la escala de Likert con el fin de llegar a establecer la actitud de los pacientes. El estudio dio como resultado que frente a los componentes cognitivo y afectivo se presentaron actitudes positivas (90,8% y 80% respectivamente), en cuanto al componente conductual se dio una actitud neutra (64,7%), y frente a la satisfacción en el acceso a los servicios de salud, se observó una actitud general favorable (78,5%).

Finalmente, unos de los determinantes del nivel de satisfacción de los pacientes son la comodidad física, el apoyo emocional y el respeto por las preferencias de éstos, e igualmente se presentan las falencias con el cuidado recibido. Se ve como una necesidad el formar y educar a la población quienes son el objeto de estudio, para de esta manera lograr una orientación precisa de las mismas a la hora de querer acceder a los servicios de salud, en la generación de las conductas y estilos de vida sanos, y de igual forma ir en la búsqueda de mejorar la calidad en la atención de la salud por parte del Hospital Universitarios de Neiva. (MÉNDEZ, Freddy, 2008).

2. Fundamentación Teórica

2.1. Comunicación médico/paciente

En este trabajo se considera la relación médico paciente como el acto central de la actividad clínica y el escenario de la disciplina. El diálogo dentro de este campo de la comunicación en la salud, se ha visto desde tiempos atrás como la base de la entrevista clínica, una guía para la exploración del paciente y en el medio terapéutico fundamental. Dentro de este trabajo, se logra un amplio análisis en cuanto al rol clínico, pedagógico y curativo de la comunicación entre el médico y el paciente al momento de basarse en lo que es el diálogo y la conversación, y a la vez permite ver una gran diferencia de éstas con los procesos en donde se involucra la discusión y formas menos interactivas de comunicarse.

Por otro lado, algunos aspectos que tienen relación con la interacción entre el médico y el paciente, tiene que ver con la limpieza, los espacios y la distribución donde se presta el servicio de salud, la inconformidad con las instalaciones, con la calidad de la entidad y además, con los profesionales que en ella trabajan, ya que éstos influyen en la forma en que el paciente inicia su relación con el médico.

La comunicación en la salud ha sido definida como el proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos en la toma de decisiones para el cuidado de la salud humana. Se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Las habilidades comunicativas efectivas son parte del quehacer de un buen médico y por lo tanto, la comunicación es considerada una de las competencias básicas en la formación médica. Por esta razón se han incluido cursos formales de

comunicación médica en los currículos de las escuelas de medicina de la mayoría de las universidades. (SANTA MARÍA, Mauricio, 2000, pág. 11).

En el ejercicio profesional, el uso de habilidades de comunicación efectiva, busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente. Una comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos.

Parte importante del aprendizaje de cualquier competencia es la definición clara que desglosa sus componentes: conocimientos, habilidades y actitudes. Hoy existe una base sólida de evidencia que aporta al conocimiento de cuáles son los componentes de una comunicación efectiva en medicina.

Por esta razón los hombres y los pueblos de hoy se niegan a seguir siendo receptores pasivos y ejecutores de órdenes. Sienten la necesidad y exigen el derecho de participar, de ser actores, protagonistas, en la construcción de la nueva sociedad auténticamente democrática. Así como reclaman justicia, igualdad, el derecho a la salud, el derecho a la educación, etc., reclaman también su derecho a la participación. Y, por tanto, a la comunicación. Los sectores populares no quieren seguir siendo meros oyentes; quieren hablar ellos también y ser escuchados. Pasar a ser *interlocutores*. Junto a la «comunicación» de los grandes medios, concentrada en manos de unos pocos grupos de poder, comienza a abrirse paso una comunicación de base; una comunicación comunitaria, democrática. (KAPLÚN, Mario, 1998, pág. 54).

Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente,

el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. Esta relación ha existido desde los albores de la historia y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales. (RODRIGUEZ, Héctor, 2006, pág. 1).

El Doctor Héctor Rodríguez subraya que resulta de suma importancia en la RMP (Relación Médico Paciente) tener en cuenta las características personales del médico y del paciente. Por parte del médico, es fundamental que conozca su carácter, sus debilidades, su nivel de información, hasta donde puede manejar una situación determinada y cuando debe recurrir a otro colega. Debe tomar en cuenta el gran significado profesional de su prestigio científico y social.

Otro aspecto que menciona Rodríguez, es tener en cuenta lo que persigue el paciente, el estado afectivo de ambos y la posición de cada uno. El médico como profesional por lo general es ubicado por el paciente en una posición de superioridad, por lo que el médico debe con su actuación equilibrar esta situación. Otro aspecto fundamental en la RMP (Relación Médico Paciente) lo constituyen las vías de comunicación. Esta comunicación puede ser: verbal por medio de la palabra, la extra verbal por medio de gestos, expresiones faciales, el tacto, sobre todo al realizar el examen físico y por último el instrumental utilizado como complemento.

Como lo menciona el doctor Héctor Rodríguez Dentro de los aspectos básicos de en la comunicación verbal médico paciente está el conocimiento de los fenómenos psicológicos, con una comunicación apropiada, teniendo en cuenta los modelos sociológicos que pueden influir

modificando el mensaje dado en la RMP (Relación Médico Paciente), además es necesario ver al paciente como un receptor activo seleccionador de lo que quiere atender dentro de una gran masa de mensajes en situaciones que no logran comprender por ser un lenguaje técnico que maneja los médicos. En este tipo de situaciones se identifican aspectos importantes en la comunicación no verbal, por una parte la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar señales no verbales emitidas por las personas que le rodean y por otra parte la expresividad no verbal de los pacientes que tan útil suele ser para el médico, estas comunicaciones no verbales se puedan captar a través de la voz, el contacto físico, la mirada, la expresión facial, los gestos y el olfato entre otros.

Hoy en día las nuevas tecnologías comunicacionales como el correo electrónico e internet influyen positivamente salvando barreras geográficas, profesionales, lingüísticas, económicas, llevando el avance médico a los sitios más remotos mejorando así la continuidad del proceso médico y facilitando la presencia de pacientes cada vez más informados, sin embargo, a pesar de todos estos beneficios, la mayoría de los médicos manifiestan recelo en establecer una comunicación médico-paciente por estos nuevos medios, por lo que en un futuro inmediato hay que compatibilizar las nuevas técnicas comunicacionales con el humanismo de una comunicación dentro de la RMP (Relación Médico Paciente).

Para Eugene y Ruth Hartley, la importancia y naturaleza de la comunicación en el ser humano va más allá de transmitir, evolucionar y hacernos entender. Por medio de ella también se le permite al ser humano formar parte de una vida social donde puede establecer y mantener contacto con otras personas, creando un sentido de pertenencia a un lugar, una familia, un grupo, una sociedad, un contexto etc. Por lo tanto, según Hartley, la comunicación permite constituir en las personas la vida en comunidad, que ofrece continuar la existencia y el desarrollo del ser humano comunicativamente, además, de hacer posible esa interacción que se requiere para convertirse y conservarse como seres sociales. *“Gracias a que el hombre tiene la habilidad de*

comunicarse, las sociedades humanas pueden ser consideradas intrincados sistemas nerviosos cooperativos". (HARTLEY Eugene y Rut, 1986).

Autores como Jacqueline García y otros, argumentan que la comunicación es un proceso social de construcción de sentido en colectivo, un proceso de relación y diálogo entre individuos, grupos sociales, comunidades, en la que se ponen en juego complejas dimensiones de la vida social, política y cultural. Para García, No solamente la comunicación es un espacio en el que se explica y se pueden mediar diversos conflictos colectivos, sino que también es el lugar desde el que es posible configurar de modo participativo una agenda pública y de debate público democrático en torno a las decisiones fundamentales de una comunidad, grupo social, un país, etc.

2.2. Concepto de comunicación

A lo largo de la historia se ha venido desarrollando el concepto de comunicación, “la palabra es descrita como comunicación, proviene del latín communis que significa común. Tanto el latín como los idiomas romances han conservado el especial significado de un término griego, el de “Koinoonia”, que significa a la vez comunicación y comunidad. En castellano el radical “común” es compartido por los términos comunicación y comunidad. Ello indica, como punto etimológico, la estrecha relación entre "comunicarse" y "estar en comunidad". En pocas palabras, se "está en comunidad" porque "se pone algo en común" a través de la "comunicación".

“A finales del siglo XIV, “communication” se convierte también en el objeto del que se participa en común, y dos siglos más tarde, en el medio para proceder a esta participación. Sin duda en el curso del siglo XVIII, con el desarrollo de los medios de transporte, es cuando el término se pluraliza y se convierte en el término general abstracto para

denominar a carreteras, canales y más ferrocarriles, en el primer tercio del siglo XIX, en Estados Unidos y hacia 1950 en Gran Bretaña, el término comienza a designar a las industrias de la prensa, el cine, la radio y la televisión”. (NIEVES Felipe, 2006).

Tiempo después surgieron las escuelas que abordan el tema de la comunicación, una de ellas “la Escuela de Frankfurt se funda en 1923 en el Instituto de Investigación Social, Cuestionan la función de la comunicación de masas. Buscaban el rescate de la capacidad crítica individual y el respeto de la diferencia. Esta le temía a la Ilustración, ya que la veía peligrosa y como una manera de explotar al ser humano. Recordemos que la Ilustración era el movimiento cultural por el cual la razón estaba por encima de todo y sólo se podía alcanzar la ‘sabiduría’, ‘ser ilustrado’ a través del conocimiento”. (TORAL Santiago, 2011).

En siglo XIX, apareció la Escuela de Chicago. “Fue la primera es destacar la importancia de los medios de comunicación en la sociedad y la interacción social. Los investigadores de esta escuela no se limitaban al modelo lineal clásico de emisor > mensaje > receptor, sino que veían la comunicación como un proceso simbólico, y este proceso es que el que mantiene a la sociedad. Es por esta razón que la metodología empleada en la Escuela de Chicago se conoce como etnográfica, ya que estudia las costumbres y tradiciones de los pueblos”. (CRUZ Jennifer, 2011).

Por otro lado la Escuela de Palo Alto, conocida también como el “colegio Invisible”, comienza en 1942 con Gregory Bateson, que se asocia con Ray Birdwhistell, Edward T. Hall, Erving Goffman y Paul Watzlawick, en una ciudad llamada Palo Alto al sur de California. Estos autores procedían de disciplinas distintas y de lugares e instituciones diferentes, dentro de sus estudios se encontraba la construcción del término comunicación.

Estudiosos como, Ruesch y Baterson escriben el libro *communication: The Social Matrix of Psychiatry* que aparece en 1951. En un capítulo final ambos autores proponen una teoría general de la comunicación. 17 años después aparece el libro *Pragmatics of Human Communication* de Paul Watzlawick, Janet H. Beavin y Don Jackson, la visión de la comunicación desarrollada en esta obra es la que caracteriza a todos los autores estudiados aquí: “la esencia de nuestro mensaje al lector es que la comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas”. Todas las investigaciones dieron lugar a varias teorías que desarrolló el término. Unas de las más conocidas fue la teoría sistémica, cibernética y matemática de la que hicieron parte Shannon y Wiener.

Se han propuesto varias definiciones de la comunicación basados en el clásico modelo de –Emisor – Receptor- Mensaje, donde se menciona la acción de estímulo respuesta. Sin embargo según Mario Kaplún, todo trabajo debe ejercerse a partir de diálogos y dinámicas grupales, en donde cada persona participe y pueda expresarse de forma abierta, y dejar a un lado aquella relación tradicional que continuamente se construye, en donde una persona es quien comunica (EMISOR) y los demás sólo escuchan pasivamente (RECEPTOR), La comunicación suele darse dentro de un proceso de intercambio en donde las personas y grupos sociales, comparten sus distintas experiencias de vida, sus puntos de vista y sentimientos, estableciendo de esta manera una relación entre sí y dejando a un lado la individualidad para formar un proceso social colectivo. (KAPLÚN Mario, 1998, pág. 55).

La verdadera comunicación no está dada por un emisor que habla y un receptor que escucha, sino por dos o más seres o comunidades humanas que intercambian y comparten experiencias,

conocimientos, sentimientos (aunque sea a distancia a través de medios artificiales). Es a través de ese proceso de intercambio como los seres humanos establecen relaciones entre sí y pasan de la existencia individual aislada a la existencia social comunitaria. Así Kaplún advierte que el proceso comunicativo abarca también los procesos comunitarios o colectivos.

No obstante Mónica Juliana Hernández, advierte que los emisores no pretenden imponer su propio mensaje, sino que se trata de construir un capital cultural que se da por medio del acercamiento a los sujetos y el compromiso hacia este, el gran interés en el campo del desarrollo es conocer la percepción, sentimientos y asimilaciones de cada individuo o agrupación, estos como receptores o beneficiarios de los proyectos, Mónica lo sitúa en dos ramas, la primera centrada en una organización popular, y la otra que le apuesta al ámbito masivo y a la opinión pública, esto de igual manera que los sujetos poseen distintas dimensiones, una individual y otra colectiva.

Por su parte para Rosa María Alfaro, lo comunicativo es una dimensión básica de la vida de las relaciones humanas y socioculturales. Es el reconocimiento de la existencia de actores que se relacionan entre sí dinámicamente, a través de medios o no, donde existe un UNO y otro, o varios OTROS, con quienes cada sujeto individual o colectivo establece interacciones objetivas y principalmente subjetivas; es decir que se interpelan intersubjetivamente.

No hay entonces hecho concreto de la vida y del desarrollo que no comprometa la subjetividad y la interacción entre varios. Son relaciones que van definiendo las identidades, los modos de incorporarse a los procesos de socialización y a la definición de la vida cotidiana y sus cambios, esos cambios de los cuales cada individuo debe adaptarse, dependiendo del contexto

donde se encuentra, esto logra comprender y entender las diferentes relaciones en una comunidad. (ALFARO Rosa M., 2006, pág. 122).

Para Alfaro la comunicación hace posible entonces que dialoguen las heterogeneidades personales, sociales, y culturales, allí donde ella existe es posible articular, fomentar, mediar y por lo tanto integrar sin eliminar las diferencias, cuestionando la desigualdad y el aislamiento. *“La comunicación no depende sólo de la voluntad y las características socioculturales y psicológicas de los actores sino de los contextos en que se encuentran”*. Asegura Alfaro.

La comunicación y la cultura constituyen hoy un campo primordial de batalla política: el estratégico escenario que le exige a la política densificar su dimensión simbólica, su capacidad de convocar y construir ciudadanos, para enfrentar la erosión que sufre el orden colectivo, como lo dice Jesús M Barbero, la comunicación parte de la construcción de un ámbito en colectivo, donde se generan diferentes percepciones y se respeta las diferentes opiniones del otro, para construir un ambiente de libertad. (BARBERO Jesús M, 1992) Argumenta Barbero inclinando el concepto hacia los procesos culturales.

Para Mario Kaplún, la Comunicación es el proceso por el cual un individuo entra en cooperación mental con otro hasta que ambos alcanzan una conciencia común”.

En esta investigación concebimos la comunicación como lo menciona Kaplún, “la comunicación es entendida como la construcción colectiva de vínculos y sentidos, vínculos sólidos que son un puente en los procesos comunicativos, que son los diferentes tejidos comunicativos, de mirar los contextos y procesos que construyen los diferentes grupos sociales, también Kaplún plantea que la comunicación definida como *"el intercambio de sentimientos,*

opiniones, o cualquier otro tipo de información mediante habla, escritura u otro tipo de señales".

La comunicación es el proceso de toda la vida social".

2.3. Concepto de comunicación médico paciente

Para el doctor Ricardo Barona, la comunicación médico-paciente, es la esencia del ejercicio de la medicina, es decir, es una forma especial de relación entre personas; donde por la general una de ellas, el paciente, acude motivado por una alteración en su salud a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar, mejorar o sanar, o cuando menos aliviar el sufrimiento de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente.

Para Héctor Rodríguez, las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, 1 pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. 2 Esta relación ha existido desde los albores de la historia y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales.

James F Drane, argumenta que en la comunicación Médico/paciente se deben tener en cuenta las expresiones verbales que median el conocimiento de las características del usuario, al igual que aquellas situaciones de expresiones no verbales que permiten por medio de la observación, detallar y descubrir engaños de parte de los pacientes, en ocasiones ocultando información, ansiedad frente al diagnóstico, insatisfacciones frente al tratamiento entre otras.

Para Drane, la comunicación establecida en el marco de los servicios médicos entre el paciente y el médico no es espontánea, está predeterminada a través de los respectivos papeles asumidos por los interlocutores. Es responsabilidad del médico dirigir el proceso comunicativo. Dada su preparación técnica está capacitado para esta tarea primordial. La práctica médica desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de habilidades clínicas. (DRANE James, Como se un Buen Médico, el Carácter y las virtudes de un Buen Médico, 19988, págs. 37 - 38).

Es por esto según James el paciente debe sentirse cómodo, en un ambiente de naturalidad y confianza, evitar expresiones de reproche, actitudes de superioridad que puedan dar la impresión de hallarse delante de un juez y no de un profesional que lo comprenderá y ayudará sobre la enfermedad, pronóstico, curación y rehabilitación del paciente, el médico debe adecuar el lenguaje técnico al popular sin llegar al vulgar, debe establecer un diálogo amable, inspirar confianza; es importante e imprescindible escuchar el parecer del paciente en cuanto al tratamiento sugerido, complementarios y efectos secundarios del mismo, el respeto al paciente consiste en reconocer su valor como persona además de tratarlo con cortesía. Si entre el médico y el paciente no existe una buena relación personal, se puede llegar a afectar la confianza que el enfermo deposita en el profesional de la salud.

La Lic. Aracelis Reyes Castillo y otros manifiestan que El campo de la comunicación en la salud ayuda a que se pueda informar, influir y motivar encuentros tanto individuales, como institucionales y públicos en lo que respecta a importantes asuntos de la salud. De igual manera, se logra una prevención de la enfermedad, una política de los cuidados de salud y un aumento de la calidad y salud de las personas. (REYES Aracelis, 2005).

Dentro de la relación médico-paciente, existen unas características personales tanto del uno como del otro. El médico debe conocer muy bien sus debilidades, carácter, el nivel de información que posee; por otro lado, el paciente suele siempre colocar al médico en una posición superior a él, por lo tanto, el médico es quien debe equilibrar ese nivel.

La RMP (Relación Médico Paciente) es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud y adquiere no solo un valor en el orden social, sino además un importante valor terapéutico. La vía de comunicación entre el profesional y el paciente, es una pieza clave para ejercer una buena relación, esas relaciones comunicativas se pueden construir una comunicación verbal haciendo uso de la palabra; una extra verbal (gestos); expresiones faciales; el tacto entre otras.

El paciente tiende a sentirse protegido contra los efectos sociales de la enfermedad por parte del médico, y al mismo tiempo, está posibilitando el acceso a la atención médica y ayuda hospitalaria cuando el paciente así lo desee. Se forma entonces una relación social, haciendo alusión a las condiciones socioeconómicas del paciente, permitiéndole tener o no igual acceso a la ayuda del médico.

Por otra parte, el carácter del médico, define igualmente la atención brindada a las necesidades de los pacientes. Todos los elementos como los denominados diagnóstico, terapéutico, simbólico, social, afectivo y religioso, hacen parte de las distintas dimensiones del contacto médico-paciente. El sólo dominar técnicamente la enfermedad no basta, el médico como profesional, necesita de sus cualidades personales para lograr un compromiso pleno con sus pacientes.

Es fundamental que el médico conozca y comprenda las características individuales de cada paciente, esto le permite establecer una mejor relación con él, ayudarlo a vencer sus temores y dificultades, es su tarea entender las esperanzas, miedos, ansiedades y situación social del paciente para poder establecer una relación, considerando la integridad de la persona, el médico actúa como consejero, el paciente es el que toma la decisión, el médico no puede manipular, forzar o engañar al paciente en la toma de decisiones.

Como lo menciona Aracelis Castillo el (Médico) se encarga de desempeñar un servicio, este tiene el derecho de comprender las diferentes situaciones de sus pacientes, de este depende si su paciente interpretó bien la consulta, y toma en cuenta las recomendaciones de la misma (Consulta), sin dejar de lado que el paciente se halla sentido en confianza durante la intervención, Se asume que *“La Salud es el grado en que una persona o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones, y de satisfacer sus necesidades y enfrentarse adecuadamente al ambiente. La salud por lo tanto debe considerarse como un recurso más de la vida cotidiana y no como un objetivo en la vida”*.

A través de la Comunicación, los hombres se convierten y se conservan como seres sociales. Sin ella, no podrían unirse, emprender obras en cooperativa, ni impulsar su dominio físico. Como los inventos y los descubrimientos casi siempre dependen de la acumulación de información y de un desarrollo gradual de los conceptos transmitidos de una generación a la siguiente, sin comunicación sólo habrían podido lograrse los inventos más elementales y los procesos de pensamiento más rudimentarios.

Cuando comparamos lo que hemos aprendido de la experiencia directa, con lo adquirido por medio de la comunicación de los demás (palabras impresas, conversaciones, y toda la gama de la comunicación) el alcance de nuestra propia experiencia parece asombrosamente limitado.

La comunicación hace posible para un individuo sacar provecho de lo que se ha llamado "experiencia de los sistemas nerviosos de otros" y aprender de esta manera lo que su propio sistema nervioso puede haber pasado por alto. Gracias a que el hombre tiene la habilidad de comunicarse, las sociedades humanas pueden ser consideradas como intrincados sistemas nerviosos cooperativos. (HARTLEY Eugene, 1986, págs. 21 - 38).

Para el individuo en desarrollo, la comunicación con sus semejantes desempeña tres funciones fundamentales: 1) modela al mundo que le rodea, 2) define su propia posición en relación con los demás y 3) le ayuda a adaptarse con éxito a su medio ambiente. En las últimas dos funciones ejerce una influencia crítica sobre la información de su personalidad y su sensación del propio ser. Le ofrece indicaciones y le fija puntos de referencia por medio de las cuales puede guiar su conducta. A través de la comunicación son transmitidos los valores y normas de su grupo, y consciente de éstos le permiten expresar sus necesidades de manera que le produzcan satisfacción.

Aunque la comunicación generalmente tiene lugar por medio de símbolos verbales, las formas verdaderas de estímulo a que se debe el contacto son numerosas. "Un leve movimiento de cabeza, un guiño, un golpe en el tambor de la selva, el parpadeo de una luz de señales, un trozo de música que nos recuerda algún evento del pasado, algunas nubes de humo en el aire del desierto, los movimientos y posturas de un ballet... todos son medios que los hombres han usado para transmitir ideas".

La comunicación en la cultura deja entonces de tener la figura del intermediario entre creadores y consumidores, para asumir la tarea de disolver esa barrera social y simbólica

descentrando y desterritorializando las posibilidades mismas de la producción cultural y sus dispositivos.

Cada proyecto de desarrollo debe contener una estrategia comunicativa precisa que defina las relaciones a construir, los métodos, sus etapas, sus posibles conflictos y soluciones, sustentados en diagnósticos no sólo sociales, sino también comunicativos, abordando la intersubjetividad.

Es muy importante reconocer la comunicación en todos los ámbitos de nuestras vidas, está enmarcada en cada acción que realicemos, es tan innata como la vida misma, es nuestro medio de transporte de ella depende hacia dónde podemos llegar, y más si se trata de conocer un diagnóstico en un determinado grupo, es por esto que la comunicación juega un papel primordial en cada sociedad dependiendo del contexto que nos encontremos, y más allá de conocer las percepciones de determinada comunidad, es conocer que con ella se puede lograr desarrollar un exitoso diagnóstico que nos lleve a aprender más de ella y comprender todas las percepciones de los diferentes actores.

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo de estudio

Para el desarrollo del presente estudio se utilizó el método mixto de investigación, que comprende las dimensiones tanto del enfoque de tipo cualitativo como el enfoque cuantitativo, los cuales nos permitieron un abordaje completo de las dimensiones subjetivas y objetivas de la caracterización de la comunicación en la relación médico paciente.

Se considera “el enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, para responder a un planteamiento del problema o para responder a preguntas de investigación. Como indica Tashakkori y Teddlie (5) un estudio mixto lo es en el planteamiento del problema, la recolección, análisis de los datos y el informe del estudio”, así lo indica el blog Practica de Docente. (MUÑOZ, Claudio, 2013, pág. 219)

Método cualitativo

El método cualitativo suministra o provee datos descriptivos de aquellos aspectos impalpables del comportamiento del ser humano y de la vida, como las creencias y actitudes, además este método es útil para entender e interpretar los problemas sociales, debido que les permiten a los investigadores estudiar la relación o el vínculo entre las personas, entes sociales y la cultura.

El método cualitativo generalmente responde preguntas como ¿por qué?, ¿qué?, ¿cómo? Y ¿para qué? Es decir que busca la significación de las cosas, además es explicativo y explicativo, cabe destacar que aquí los resultados que se obtienen son muy representativos pero no pueden ser proyectados, y usa entrevista, la observación localiza y grupos de discusión como método de recolección de los datos, esta técnica solo capta cualidades diferenciarías mas no mide.

Un análisis cualitativo va de una etapa otra que pasa a una categorización y conceptualización, haciendo un resumen, dejando que la misma información marque y hable por sí misma, que al mismo tiempo se va depurando durante el proceso y creando nuevas propuestas y ordenando la información final según la apreciación de la misma.

Método cuantitativo

El método cuantitativo de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) es “la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, además señalan que este enfoque es secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase y parte de una idea, que va acotándose y, una delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolló un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de las hipótesis”. (ANGULO LOPEZ Eleazar, 1987).

De otra parte, el estudio se llevó a cabo gracias a un trabajo de campo realizado en el Hospital Universitario de Neiva, en el área de Neurocirugía, con el propósito de conocer la relación médico paciente y los componentes de la comunicación utilizados en esta especialidad, para este estudio se utilizó el método cualitativo con enfoques cualitativos, esto permitió la caracterización e identificación de cómo se comunicaron los actores.

Las técnicas o los instrumentos requeridos para la recolección de la información, básicamente fueron encuestas a pacientes y entrevistas semiestructuradas a los médicos

respectivamente, y matriz de protocolo, de los cuales nos permitirán conocer y poder indagar en el proceso de nuestra investigación.

La utilización de estas herramientas son la base principal para reforzar nuestra Investigación, la encuesta en la que fueron inscritas preguntas y registradas las respuestas abiertas y/o cerradas de quienes participan de ella, estarán dirigidas a los usuarios del régimen subsidiado que obtienen el servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Neiva.

Las entrevistas se realizaron de forma individual: las individuales fueron a profundidad, informales y no estructuradas, esta fue ser una conversación que se tuvo frente a frente, dirigida a los médicos pertenecientes al servicio de Consulta Externa en dicha Institución. Para las entrevistas se tuvo en cuenta un cuestionario que sirvió como guía, con el propósito de obtener los resultados de datos objetivos o subjetivos, los datos objetivos se obtuvieron en otro tipo de fuentes mientras que los subjetivos se relacionaron con valores, actitudes y opiniones de los entrevistados.

Temas importantes que se trataron en la entrevista con los médicos: el servicio, la confianza que éste suministra a sus pacientes, la escucha, el tiempo de la consulta, satisfacción de los pacientes entre otros importantes aspectos.

3.2. Técnicas e instrumentos para la recolección de información

Una **encuesta** es un procedimiento de investigación, dentro de los diseños de investigación descriptivos (no experimentales) en el que el investigador busca recopilar datos por medio de un cuestionario previamente diseñado o una entrevista, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información (como sí lo hace en un experimento). Los datos se obtienen realizando un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, integrada a menudo por personas,

empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación. También tenemos que tener en cuenta que este tipo de instrumento es un método Cuantitativo.

La encuesta que se aplicaron a los pacientes, se dio con el fin de conocer las percepciones y satisfacciones de los pacientes en cuanto a la atención prestada por el Hospital y por el médico quien le brinda el servicio de consulta; donde indagamos a los pacientes respecto a la comunicación en el servicio el servicio de Neurocirugía dentro del hospital, si creían que son acordes los tiempos de consulta, el lenguaje que utilizan los médicos con ellos, la escucha prestada e indagamos si éstos tienen en cuenta las opiniones de sus pacientes, la jerga clínica o profesional que suelen emplear en la mayor parte de los casos y el relacionamiento de los actores.

Por otro lado, con este método de la encuesta, se quiso también conocer si existe o no problemáticas, barreras comunicativas entre los médicos y pacientes del servicio de Consulta Externa de la especialidad de Neurocirugía. En este sentido conocimos el grado de confianza y la interacción entre ambos actores que se investigaron.

Las encuestas se aplicaron a usuarios de los extractos 1 y 2, se desarrolló con 100 pacientes del régimen subsidiado que obtienen el servicio de Consulta Externa, especialidad Neurocirugía del Hospital Universitario de Neiva, en la encuesta se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: edad, sexo, procedencia, preguntas como: 1. ¿Se siente satisfecho con la atención prestada por el Hospital?, 2. ¿Cómo considera usted es el servicio de Neurocirugía?, 3. ¿Cómo considera la atención prestada por el médico?, 4. Según su criterio el médico que lo atendió fue: Amable, Comprensivo respetuoso y sociable, Cordial, serio y callado, Preguntón y malgeniado.

Asimismo, se preguntó sobre la consulta de Neurocirugía: la calificación sobre el acceso a las citas, la percepción del médico, el tiempo de la consulta, la satisfacción del usuario y que intervino en el proceso de comunicación entre médicos y pacientes.

Los pacientes respondieron sobre el nivel de confianza con el médico y la imagen que tenían del mismo. Además recogimos opiniones sobre los aspectos a mejorar según sus consideraciones. (Ver anexo # 1 pág. 96).

La **entrevista**, En tanto método de investigación cualitativo, las entrevistas en profundidad tienen mucho en común con la observación participante. Del mismo modo que los observadores, el entrevistador "avanza lentamente;" al principio. Trata de establecer *rapport* con los informantes, formula inicialmente preguntas no directivas y aprende lo que es importante para los informantes antes de enfocar los intereses de la investigación.

Se utilizó este método de la entrevista a profundidad a los médicos con los que se trabajó, donde se estableció lo que piensan frente a las actitudes de los pacientes, pues son éstos últimos los que buscan el servicio del profesional de la salud (el médico) para un diagnóstico y así les formula e indicaciones. Además, se conoció qué observaron los médicos con respecto a la forma en que los pacientes llegan a la consulta: las diferentes posturas que tomaban durante ésta y las barreras comunicativas, que impidieron una buena empatía entre los actores.

Igualmente se conoció el rol del médico como profesional de la salud, indagamos si este estaba ejerciendo correctamente su papel pero si en medio de este oficio, hace un buen uso de la comunicación con sus pacientes. En este sentido se conocieron aspectos como, la atención, la escucha que los usuarios requieren para un buen servicio.

También se analizó las diferencias culturales al momento de entablar un diálogo basado en las diferencias de saberes y jergas tanto del paciente (lenguaje tradicional) y del médico (lenguaje profesional).

Por otra parte se conoció si los médicos estaban de acuerdo con algunas normas exigidas en el sistema de salud, como el tiempo de duración de la consulta que es de 15 minutos, si en este lapso, lograron ejercer un diálogo con sus pacientes y una buena relación, e igualmente se detectaron algunas rupturas en la relación comunicativa entre médico y paciente. (Ver anexo # 2 pág. 97).

La **matriz de protocolo**, Es el método por el cual se establece una relación concreta e intensiva entre el investigador y el hecho social o los actores sociales, de los que se obtienen datos que luego se sintetizan para desarrollar la investigación.

Este método es una "lectura lógica de las formas" y supone el ejercicio y "metodología de la mirada" (deconstrucción y producción de nueva realidad). La selección de datos: comprende la recogida de información en la situación de que se trata. Las informaciones que hay que recoger dependen de los objetivos que uno se fije. Puede hacerse en función de una hipótesis preconcebida o de una manera más explícita, en función del objetivo que se persigue con la investigación.

Es importante conocer que gracias a este método de investigación se pudo lograr identificar diferentes situaciones, que fueron útil a la investigación, optamos por esta técnica que nos suministró la información necesaria para caracterizar a los actores y con lo que definimos su rol al momento de la consulta y por consiguiente los factores que intervinieron respecto a la comunicación.

La matriz de protocolo fue la guía (observación) que nos facilitó conocer más de los diferentes pacientes (usuarios), gracias a que logramos observar diferentes dinámicas y actitudes de los mismos, dentro del consultorio, no solo a pacientes sino a sus respectivos médicos, este

ejercicio se desarrolló con el consentimiento informado de los usuarios antes de entrar a su consulta y que ellos aprobaron mediante una firma. (Ver anexo # 3 pág. 98).

3.3. Procesamiento de datos

El objetivo del estudio fue indagar acerca del rol del profesional de la salud en la relación comunicativa medico paciente, esta unidad de Neurocirugía contó para el estudio con el servicio de 3 médicos especialistas.

Esta entrevista fue desgravada y procesada para el respectivo análisis de la información, es decir las tres entrevistas utilizadas en el estudio fueron registradas en grabadoras periodísticas, después fueron transcritas para analizar las respuestas de los médicos, de esta manera determinamos los temas importantes de sus repuestas para la triangulación de información, que dio como resultado el papel de los médicos frente a la comunicación con sus pacientes.

Por otra parte, la matriz de protocolo sirvió para poder identificar las diferentes percepciones de los usuarios en cuanto el servicio, esta matriz de información es una herramienta muy importante para la investigación, ya que por medio de ella, podemos conocer más acerca de los pacientes, en ella observamos información más precisa de los usuarios, información como: sus nombres, edad, sexo, procedencia, estrato, ocupación, síntoma, número de intervenciones, tiempo-duración de la consulta, espacio, también tendremos en cuenta la imagen del profesional de la salud, la confianza que suministra el médico a sus pacientes, la anamnesis, lenguaje verbal y no verbal, la escucha, proxémica, simbología, quinésica, fortalezas comunicativas, datos generales de los médicos como nombres, edad, sexo, procedencia y jornada laboral.

Con la obtención de estos resultados, dentro de nuestra investigación analizamos los mismos con el propósito de lograr que la entidad de salud, adopte medidas necesarias desde el ámbito comunicativo, para el mejoramiento de sus servicios de Consulta Externa, y que los

diferentes usuarios encuentren un cambio importante dentro de las dinámicas que viene desarrollando el Hospital en la ciudad de Neiva.

Dentro de nuestra investigación tomamos como muestra una población de 100 pacientes (Usuarios) y 3 médicos (Especialistas), de los cuales a los pacientes se les aplicó las respectivas encuestas y a los médicos las entrevistas semiestructuradas, de ahí se partió a un análisis estadístico para identificar con cada uno de las herramientas o instrumentos de recolección de información.

También se hizo la tabulación de los datos cuantitativos, categorizados y analizados que dio como resultado un informe final claro y sustentados, que motiva a la institución a crear un plan de mejoramiento desde la comunicación, en mejora de la prestación de servicios y la reputación de la misma.

4. Resultados y discusión

4.1. La comunicación en la salud

La comunicación es el medio por el cual una persona influye sobre otra y es a su vez influenciada en ella, se convierten en el portador real del proceso social. Hace posible la interacción. A través de ella los hombres se convierten y se conservan como seres sociales. Así lo afirma Eugene L. Hartley y Ruth E. Hartley. En este sentido la comunicación hace parte vital de los seres humanos e interviene en todo tipo de proceso social o cultural.

Esta forma un campo de estudio muy amplio que se puede tomar desde distintos enfoques, uno de ellos y poco investigado ha sido la comunicación salud. Según lo plantea el autor James F Drane, La comunicación establecida en el marco de los servicios médicos entre el paciente y el médico no es espontánea, está predeterminada a través de los respectivos papeles asumidos por los interlocutores. Es responsabilidad del médico dirigir el proceso comunicativo, dada su preparación técnica está capacitado para esta tarea primordial. La práctica médica desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de habilidades clínicas. (DRANE James, Como ser un buen médico, 1998)

La relación médico - paciente es definida como método científico “tiene un carácter empírico-experimental, hipotético-deductivo, riguroso, sistémico, estandarizado y verificable”, que conduce al proceder profesional hacia una “actitud cognitiva dialéctica y exploratoria muy valiosa”. El ejercicio de la medicina es indispensable en la sociedad y la comunicación que se establece entre estos actores es el resultado de la efectividad del servicio y en consecuencia el bienestar de las personas.

En este sentido, el sistema general de seguridad social en salud de Colombia ha sido objeto de muchas críticas, a raíz de las constantes reformas al sistema que buscan cumplir con el principio de la calidad en salud, sin embargo los avances han sido mínimos a tal punto que el sistema es cada vez más insuficiente.

“La función de regulación del sistema de salud recae sobre el Estado, a través de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud. La CRES (15) tiene entre sus funciones la de definir el POS y su listado de medicamentos, así como la unidad de pago por capitación (UPC) de cada régimen. La Superintendencia de Salud es la entidad que vigila a los actores del sistema y el Ministerio de Salud fija las políticas del sector salud bajo, la dirección del presidente de la República. De otra parte, las interacciones entre los tres principales actores del sistema: Estado, aseguradores y prestadores de servicios, involucran actividades de auditoría”. (AMADO Efrain, 2007, pág. 115).

En Neiva el panorama de salud no es ajeno a la crisis en el sector, esta es una ciudad terciaria, con una población de aproximadamente 493,186 habitantes. Cuenta con un Hospital de alta complejidad, este tiene una larga trayectoria de 40 años es muy reconocido en la región y actualmente atiende a 1,000 usuarios del régimen subsidiado, en su mayoría.

El Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, cuenta con 41 especialidades de alta complejidad, trabajan alrededor de 50 médicos 10 de ellos son especialistas capacitados en otros países, en la entidad trabajan más de 100 personas entre administrativos, enfermeras y auxiliares. Cifras vigentes en el año 2014.

De otro lado, la entidad está dotada con equipos médicos y quirúrgicos de alta tecnología y se caracteriza por ser un Hospital de alta complejidad, es un centro de acopio de muchos pobladores de la región Surcolombiana. Personas que buscan su salud y bienestar, no obstante el centro de salud no es ajeno a las críticas pues las quejas más comunes detectadas en nuestro

estudio, se resumen en la ineficiencia en los servicios y la tramitología; aspectos que caracterizan las deficiencias del sistema de salud en nuestro país.

En definitiva “el Sistema de Seguridad Social en Salud colapsó. Para el gobierno, el problema sigue siendo un asunto financiero. Para quienes pensamos que llegó al límite, se trata de un problema de estructura. Son visiones muy diferentes, tanto de las causas de la crisis como de las soluciones. Estas diferencias se expresan en las iniciativas legislativas que cursan en el Congreso de la República”. (HERNÁNDEZ Mario, 2008). Es claro que el panorama es poco alentador y mientras las propuestas y las reformas continúan, es necesario visibilizar las problemáticas internas de los centros hospitalarios, donde la salud debe ser vista como calidad de vida y dignidad humana.

En esta medida nos centramos en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva donde desarrollamos un trabajo investigativo desde el punto de vista comunicativo que dio lugar a las características de la relación médico paciente en el servicio de consulta médica general, del régimen subsidiado, especialidad Neurocirugía

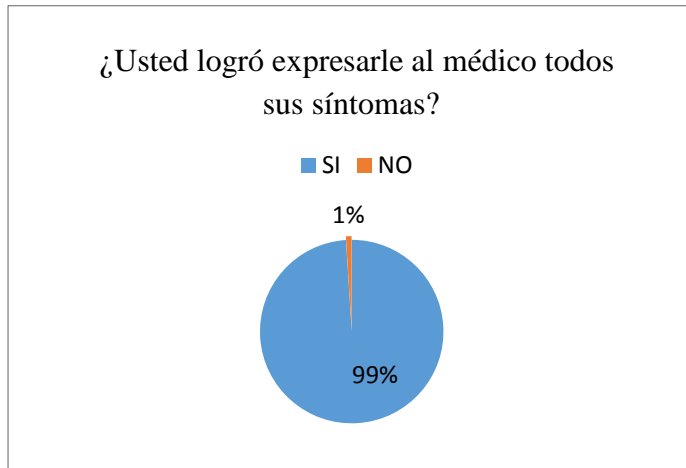
4.2. Formas de comunicación en la relación médico – paciente

Para determinar la comunicación entre estos actores de la investigación, fue necesario analizar cada una de las formas comunicativas establecidas al momento de la consulta, desde el ingreso del paciente al consultorio, el desarrollo de la entrevista médica, diagnóstico, recomendaciones, hasta culminar la consulta. En cada uno de estos pasos estuvimos presentes para detectar cada acción comunicativa y de ahí partir para definir la relación del médico con el paciente que da cuenta de la calidad en la atención y el nivel de satisfacción del usuario. En este sentido se analizaron las siguientes formas de comunicación:

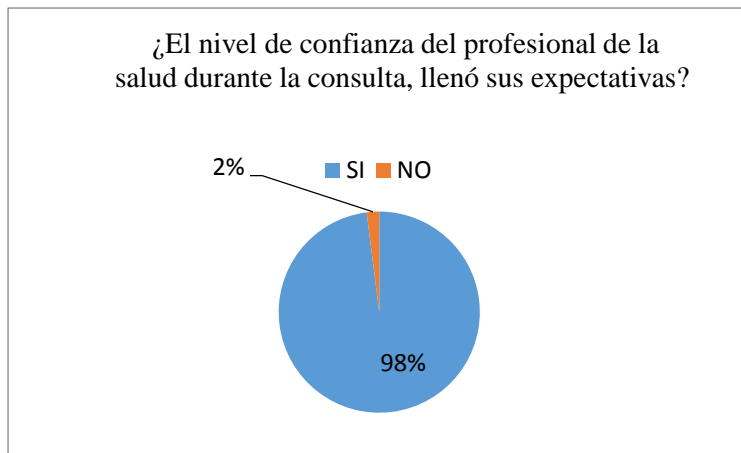
4.2.1. El lenguaje

Es considerado como “el vehículo por medio del cual se logra con mayor frecuencia la comunicación –el lenguaje– contiene tanto las definiciones como las limitaciones que dirigen la forma en que el individuo se acerca al mundo externo. Pueden considerarse como una acumulación de las experiencias humanas simbolizadas”. En el caso del médico y el paciente este factor tiene gran importancia ya que es necesario un lenguaje acertado donde no haya barreras culturales o educativas que impidan la comprensión. Eugene L. Hartley y Ruth E, Hartly afirman, “aún con el mismo idioma la gente que vive en ambientes culturales diferentes suelen no comprenderse y su falta de entendimiento afecta su capacidad para trabajar juntos”. Entonces estamos hablando de una relación muy susceptible a incomprensiones; sin embargo los pacientes de la especialidad de Neurocirugía donde se realizó nuestra investigación aseguraron que se dio una buena relación entre el médico y el paciente. El 99% de los usuarios respondieron que logró expresarle al médico todos sus síntomas, es decir se sintieron escuchados, comprendidos y el 98% dijeron que el nivel de confianza con el médico llenó sus expectativas. Así mismo al preguntarles por la calidad en el servicio de Neurocirugía el 95% de los pacientes consideran que es bueno.

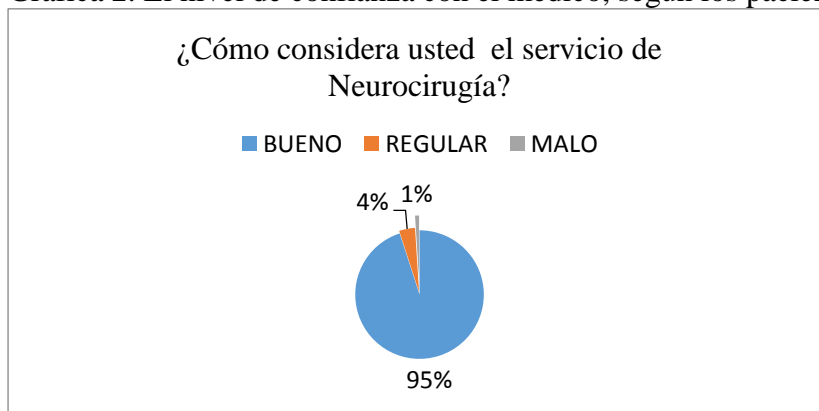
Aspectos positivos que mide la calidad en el servicio de esta especialidad. (Ver graficas 1,2, 3.).



Grafica 1. Los pacientes lograron expresarle sus síntomas al médico.



Grafica 2. El nivel de confianza con el médico, según los pacientes, fue bueno.



Grafica 3. El servicio de Neurocirugía es considerado bueno.

En este caso tomamos dos actores para caracterizar, para entender el papel que juega cada uno al momento de la interacción. Por un lado están el médico (a), un profesional apto para ejercer su labor, que en el caso de los Hospitales son seleccionados por convocatorias públicas y cuentan con gran experiencia profesional.

En Colombia “sólo el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, entonces de conformidad con el art. 2 de la Ley 14 de 1962, sólo pueden ejercer la medicina y cirugía las siguientes personas:

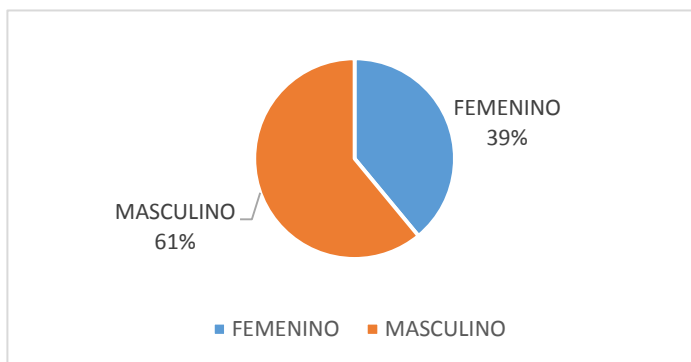
- Los que han adquirido título de médico y cirujano expedido por las facultades o escuelas universitarias reconocidas por el Estado.
- Los colombianos o extranjeros que han adquirido título de médico y cirujano en facultades o escuelas universitarias de países con los cuales Colombia ha celebrado tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios.
- Los colombianos graduados en el exterior, con título de una facultad o escuela universitaria de reconocida competencia en concepto de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, pero si el concepto es desfavorable el interesado debe aprobar un examen de idoneidad.
- Los extranjeros graduados en países con los cuales Colombia no tenga celebrado tratados sobre reciprocidad de títulos universitarios, que posean título de médico o cirujano adquirido en universidades de reconocida competencia en concepto de la Asociación Colombiana de Medicina y hayan aprobado el examen de idoneidad”.

Los médicos involucrados en este estudio fueron tres, dos hombres y una mujer, especialistas Neurocirujanos. El doctor Juan Pablo Solano y Juan Carlos Ortiz, ambos docentes de la Universidad Surcolombiana del programa de Medicina. La doctora Edna Katherine Camargo que además de laborar en el Hospital trabajaba en otra clínica durante media jornada. Los tres con edades que oscilan entre los 38 y 40 años y procedentes de la ciudad de Neiva.

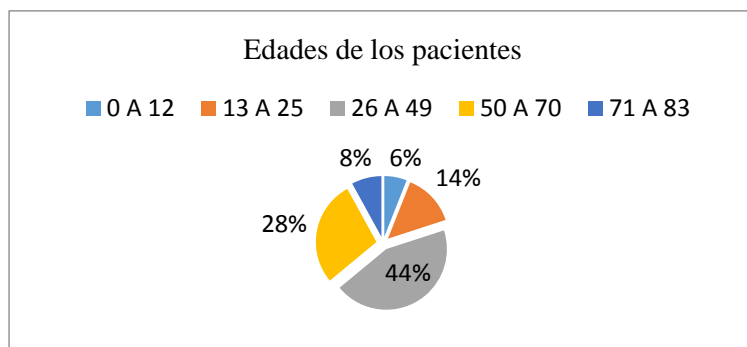
Por otro lado tenemos el paciente una persona natural, de cualquier procedencia y sin características específicas, que acude a una consulta por la necesidad de bienestar.

En el caso de la especialidad de Neurocirugía del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, de los 100 pacientes alrededor del 30% era procedentes de Neiva, el resto de ciudades aledañas como Ibagué, Caquetá, Cauca, Medellín entre otras, y de varios municipios del departamento del Huila.

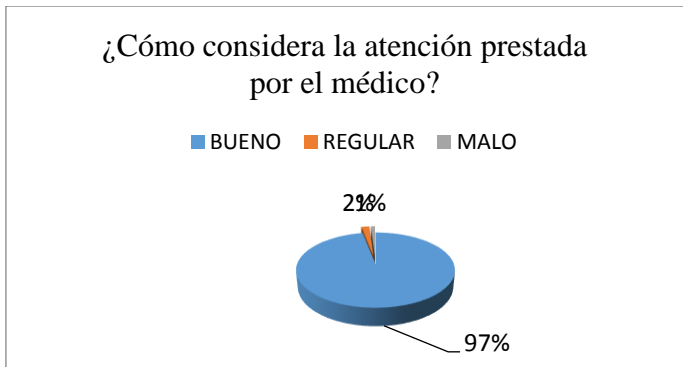
Los datos generales arrojados de los 100 pacientes que hicieron parte de la investigación fueron los siguientes: (Ver graficas).



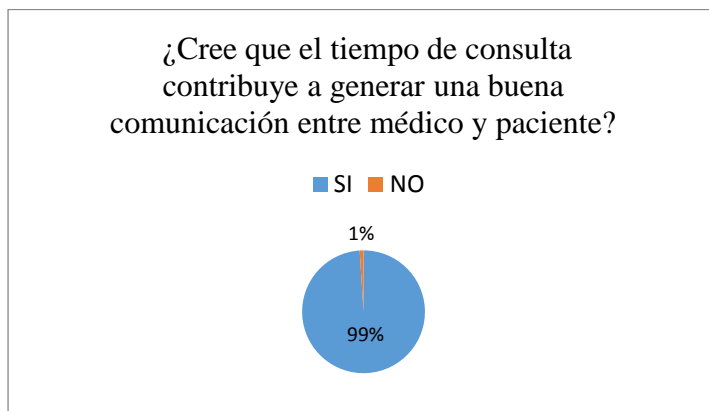
Grafica 4. Proporción de hombre y mujeres. La mayoría de pacientes que hicieron parte de la investigación fueron hombres, exactamente el 31% fueron de sexo masculino.



Grafica 5. El 44% de los pacientes que hicieron parte del estudio están entre los 26 y 49 años.



Grafica 6. La atención prestada por el medico fue calificada como buena.



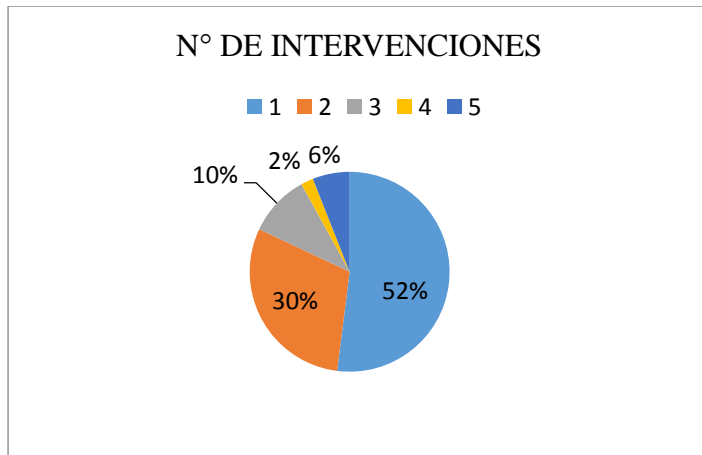
Grafica 7. El tiempo de la consulta de Neurocirugía según los pacientes incide en la comunicación.

De otro lado, estos usuarios también cuentan con unas características fundamentales para definir la relación y es el nivel educativo, pues en su mayoría son personas que no han alcanzado un nivel universitario, y algunos no alcanzaron el bachillerato; como también encontramos varias mujeres que son ama de casa y hombres que son agricultores; aspecto que puede interrumpir la comunicación y se conoce como barreras culturales. Ejemplo de esto es cuando el médico utiliza términos que el paciente no conoce ni comprende y el médico a veces no se toma el tiempo de explicarlo. El 11% de los usuarios encuestados dijeron que el principal problema de la comunicación era la falta de comprensión en la cónsula.

Si analizamos lo observado al momento de iniciar la consulta, por lo general los médicos lo primero que preguntaban era: ¿Cuál es el motivo de la consulta? Donde en repetidas ocasiones

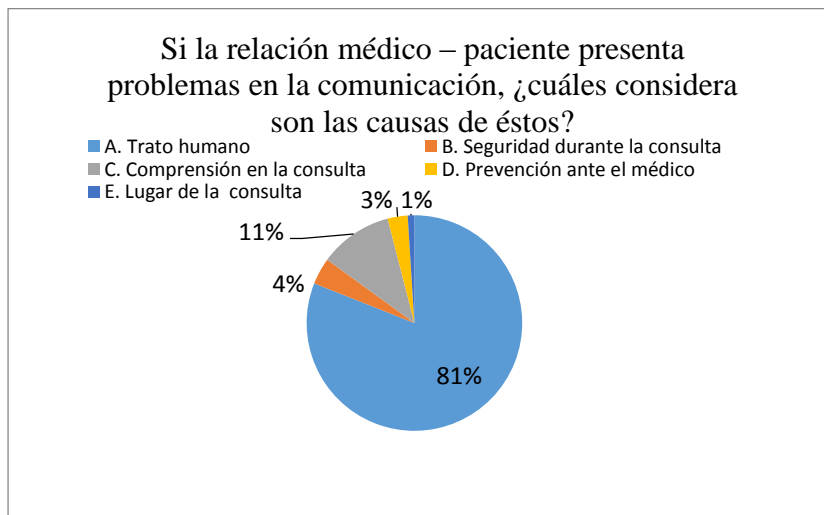
el saludo se omitía, paso indispensable para generar confianza con el paciente. El paso siguiente era que el médico hacía el interrogatorio conocido como la anamnesis, método por el cual el médico toma la información necesaria para detectar lo que tiene el paciente, durante la entrevista los profesionales solicitaban los exámenes (dependiendo del caso) y los analizaba para sacar conclusiones. A partir de esto el usuario comenzaban a resolver sus dudas y algunos cuando sentían que ya habían preguntado bastante, era usual que escuchar, ¿Doctor puedo hacer una última pregunta? El médico siempre respondía que sí. Por lo general durante el estudio se analizó que los médicos de esta especialidad siempre se tomaban su tiempo para resolver las dudas de sus pacientes, además predominaba la característica que todos les inculcan a sus pacientes la importancia de seguir los procedimientos, y recomendaciones como y cuando ellos lo indicaban.

Ellos eran médicos especialistas, encargados de informar los resultados de exámenes que diagnostican, enfermedades graves, por ejemplo la aparición de un tumor, la pérdida de la movilidad, o patologías terminales. Muchas veces estos médicos no tomaban la precaución de informar al usuario de tal manera que no hiriera susceptibilidades, ya que un total del 30% de los usuarios iban a la cita por un según control, (otros hasta 5 controles), es decir venían de un proceso previo de diagnóstico y estaban a la expectativa; pero cuando les daban una noticia grave, se notaba la expresión de preocupación, la mirada perdida, el puño en el mentón, entre otras acciones. (Ver grafica 8).



Grafica 8. Se daban de 1 a 5 intervenciones médicas.

Lo anterior nos indica que aunque la imagen de los médicos ha sido bueno y se preocupan por la satisfacción del usuario, sabemos que existió una debilidad en momentos donde los médicos no miden la susceptibilidad del paciente al informarles una patología grave, lo cual generaba inconformismos. Exactamente el 81% declaró que había deficiencias en la comunicación debido a la falta de trato humano. (Ver grafica 9). Por otro lado los pacientes coinciden en resaltar el profesionalismo de los médicos y destacan actitudes como amabilidad, comprensión, respeto entre otras, un 95% de los encuestados así lo afirmó.



Grafica 9. Los usuarios consideran que si el trato humano entre médico y paciente no es acorde, es el principal problema de comunicación.

4.2.2. Comunicación no verbal

“Las señales adicionales al lenguaje, son empleadas con frecuencia en una forma compleja para indicar sentimientos y actitudes”. La quinésica y proxémica evidencian la intención con que una persona comunica un mensaje, es por eso que en este estudio se observó estos dos factores, donde se detectó que todos los médicos hacían movimientos con las manos mientras hablaban y gestos con el rostro, sin embargo algunos mientras el paciente respondía fijaban su mirada en el computador, lo cual causaba distracción al paciente e impedía una comunicación fluida. “Siempre media una relación activa, adquiriendo sentido la palabra, el cuerpo y las imágenes, desde lo que todos hablan y escuchan mutuamente, incluso a través del silencio”. (ALFARO Rosa M, 1993, pág. 2).

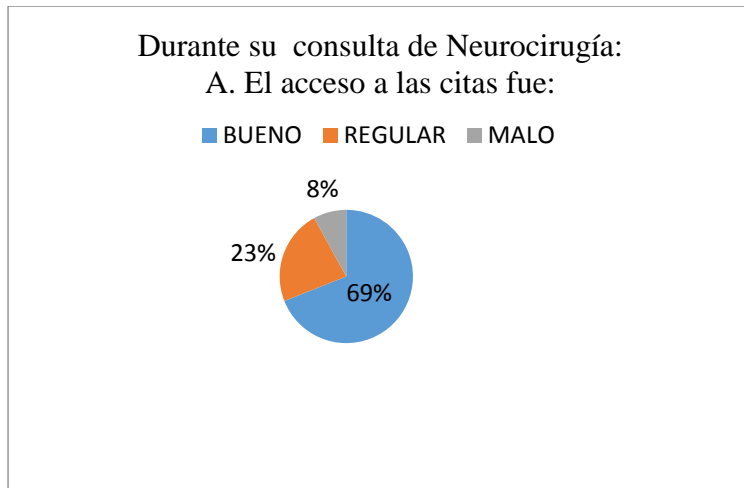
Cuando hablamos de la relación médico- paciente los profesionales suelen detectar el tipo de paciente con el que se encuentra de acuerdo a sus expresiones y actitudes, por ejemplo al preguntarles a los médicos: ¿cuál considera es la actitud que más predomina al momento de la consulta externa, especialidad de Neurocirugía? Los tres el decir el 100% de los interrogados, respondieron que, “los pacientes que se quejan de manera exagerada“. El doctor Juan Pablo Solano afirmó: “Yo noto que hay muchos pacientes que llegan iracundos a la consulta, sobre todo por los efectos de la pertinencia, porque como el paciente solicitó la cita hace 6 – 7 meses y hasta ahora es cuando se viene el problema del paciente, entonces el paciente se desgasta muchas veces de 6 a 10 minutos de la consulta contando sus disquisiciones, sus ires y venires en una entidad y en otra, buscando una autorización u otra y desgraciadamente eso no hace parte del acto médico como tal, pero eso es como ir a un call center, que no es de la empresa, pero tú vas y te desahogas es allí, entonces es como si el paciente viniera y se desahogará de todos los problemas y dificultades que tiene con su entidad, con el hospital, con su médico y no está teniendo en cuenta que el tiempo está corriendo”, comentó el médico.

De la misma manera el doctor Juan Carlos Ortiz, argumentó que: “Aquí todos los pacientes se quejan, el paciente que se queja de manera exagerada es el 99% de los pacientes, porque con razón: es gente que lleva esperando 6 meses, 8 meses para que lo atiendan en una Consulta Externa, entonces no puede uno esperar una buena respuesta por parte del paciente, llegan a quejarse de manera exagerada”.

De esta manera, si analizamos la comunicación dada en estas circunstancias, vemos que es un factor directo que impide una buena retroalimentación, pues el médico se centró en direccionar al paciente hacia sus preguntas, mientras el paciente formaba un ambiente tenso con su actitud de insatisfacción y sus gestos de ira, rabia o descontento. Por lo general en casos observados, alzaban el tono de la voz, hacían movimientos exagerados con las manos, fruncían su rostro y hasta decían palabras soeces que está expuesto a escuchar el médico. Ellos por su parte ya están acostumbrados a manejar estas situaciones. Existen entonces barreras comunicativas asociadas a factores externos que fácilmente impiden la efectividad en la consulta porque como lo mencionan los médicos el tiempo no se logra aprovechar.

Aquí también evidenciamos un problema estructural del régimen subsidiado, hay cobertura pero los trámites administrativos son muy lentos y la espera se convierte en meses, a tal punto que en nuestro estudio un paciente cuando le fue asignada la cita se le llamó para confirmarle y nos informaron que la persona había fallecido. Esto genera una imagen desfavorable para la entidad; sin embargo el 23% dijo que el acceso era regular y el 8% de los pacientes, aseguró que fue malo. (Ver grafica 10).

En este sentido, la comunicación no verbal es el complemento de nuestro lenguaje y del propósito con el que se comunica un mensaje, así fue tenido en cuenta para este estudio.



Grafica 10. El 69 % de los pacientes dijeron que el acceso a las citas era bueno.

4.2.3. Imagen del profesional de la salud

Los pacientes muestran su distancia y respeto hacia el profesional de la salud y cada expresión corporal del médico es lo que crea su imagen. En este caso cuando se le preguntaba a las personas sobre ¿cómo les parece la atención por parte del médico? El 97% de los encuestados respondieron que buena; asimismo, hablaban bien de los médicos y de su responsabilidad como profesionales. Respuestas como: el médico me escucha, sabe atender todas mis dudas, tiene paciencia para explicar, muestran disponibilidad para atender a los pacientes, el médico sabe tratar a sus pacientes, quedé conforme con mi diagnóstico, los doctores de esta unidad son muy buenos, entre otras buenas referencias y respuestas a la pregunta sobre la atención en la unidad de Neurocirugía. En este sentido el 81% de los pacientes dijeron que quien los atendió fue el médico esperado.

De esta manera, predominó una imagen buena del profesional de la salud, médicos con un alto nivel de profesionalismo que ya conocían el tipo de pacientes acorde al contexto de la región

y comprendían las inconsistencias del sistema de salud que no solo perjudica a los pacientes sino también a ellos en su libre ejercicio profesional, así lo argumentaron.

“A veces en la formulación, no se puede formular en forma libre porque no le suministran los medicamentos a los pacientes” afirma la doctora Edna Katherine Camargo. Esto es gracias a las restricciones del POS donde solo ciertos medicamentos pueden ser formulados.

La imagen de los doctores se da desde la primera cita del paciente, allí el usuario crea su percepción frente al profesional y de esto depende el nivel de confianza que se da en citas posteriores. Centrados en esta especialidad podemos afirmar que los médicos tienen buena imagen según las cifras mencionadas anteriormente, sin embargo si lo contrastamos con otras áreas o especialidades la imagen es otra, eran las afirmaciones de los pacientes.

Un argumento frecuente de los usuarios al momento de la encuesta es que afirman que los médicos de la especialidad de Neurocirugía son muy bueno y esperarían que así fueran los de otras especialidades. Pues no se han sentido conformes con la atención en otras. Una paciente argumenta. “tiene una buena actitud, ya que otras unidades los doctores son como de mal genio”

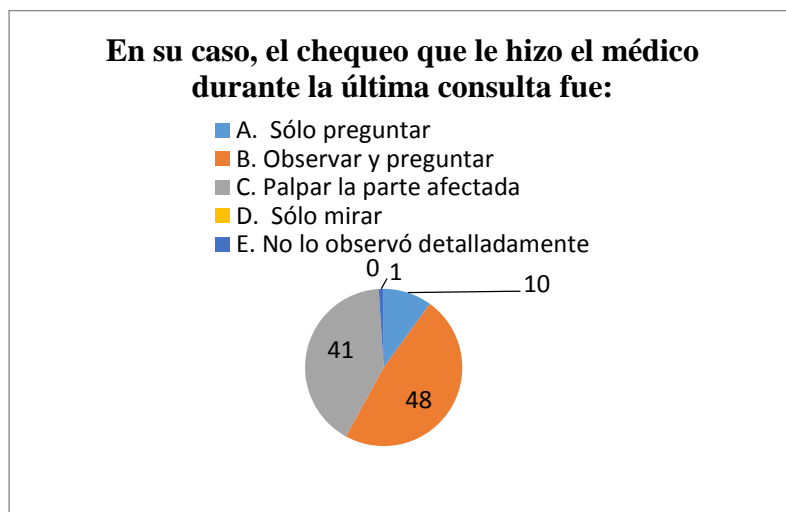
Si bien es cierto, todos los factores anteriores influyen en la imagen que crean los públicos sobre los médicos, esto también influye de manera significativa en la imagen que se crea de la entidad, pues una organización se mide de acuerdo a la reputación y aceptación por parte de sus públicos.

Según Paul Kapriotty Pei “la Imagen Corporativa puede ser reconocida como un capital importante para una organización, y hace necesario que se planifique una actuación coherente que pueda influir en la imagen que se formen los públicos”. (CAPRIOTTI Paul , 2009, pág. 13). En este sentido es claro que la buena imagen de los médicos influye pero no abarca la magnitud del Hospital que es acorde a la coherencia que se percibe de todos los servicios del máximo centro asistencial de Neiva.

4.2.4. Locación y símbolos

El espacio donde se da la relación médico – paciente en la especialidad de Neurocirugía es similar a todos los consultorios del Hospital; esta especialidad solo disponía de uno, donde se rotan los tres médicos especialistas. Es un consultorio pequeño, allí se encontraba ubicado un escritorio, tres sillas, la camilla y los implementos básicos que necesita el médico. El consultorio se tornaba incomodo ya que se encontraba el médico, el paciente y su acompañante más dos residentes que algunas veces son 2 o 5. Por esta razón el 48% de los usuarios dijeron que la consulta solo se basó en observar y preguntar, razón por la que se notaban prevenidos ante la presencia de más personas. Sin embargo el médico siempre buscaba no violar la privacidad del paciente y estos no mostraban molestia ante el espacio físico de la consulta. El 1% dijo que el lugar de la cónsula generó problemas en la comunicación. (Ver grafica 11).

Como símbolos sólo encontramos un certificado de cirugía general ubicado en la pared. Así podemos afirmar que la locación y los símbolos no incidieron en dificultades comunicativas ante la relación entre el médico y paciente de la especialidad de Neurocirugía.



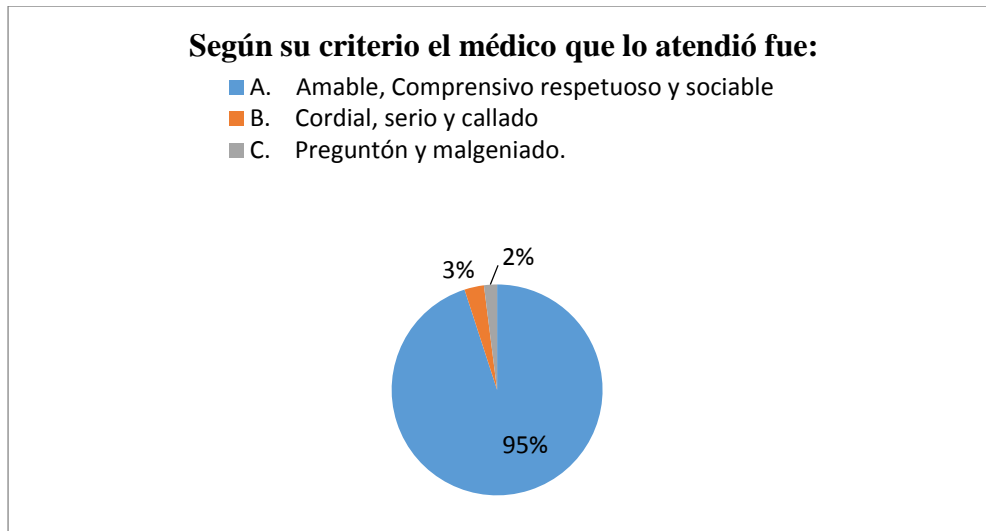
Grafica 11. El 48% dijo que la consulta se basó en observar y preguntar.

4.2.5. La interacción

La comunicación es interacción. Es generalmente un proceso de ida y vuelta, que entraña estímulo y reacción entre organismos y que es tanto recíproco como alternado. La reacción evocada por un comunicado se convierte a su vez en un estímulo y un comunicado por su propio derecho. De esta manera, en una serie de comunicaciones, cada una puede ser tanto respuesta como estímulo, así lo afirman académicos. La relación entre dos o más personas permite la interacción desde un proceso de estímulo respuesta; así lo podemos evidenciar entre dos actores que se desconocen, como lo es el médico y el paciente, ellos interactúan a partir de una necesidad vital, la salud, el médico permite que esta interacción inicie por método de la anamnesis o interrogatorio médico.

En la especialidad de Neurocirugía se dio una buena interacción pues el simple hecho de que el paciente no solo vaya una vez sino hasta 4 veces, genera confianza y empatía entre los actores. Por ejemplo el médico Juan Pablo Solano es de buen humor y en ocasiones los pacientes toman confianza con él por esta razón. Fue así que cuando se les preguntó sobre cómo les pareció el médico que los atendió, el 95% de los encuestados respondió: amable, comprensivo, respetuoso y sociable. (Ver grafica 12).

En conclusión evidenciamos una comunicación recíproca donde a pesar de las barreras culturales se dio una buena interacción.



Grafica 12. El 95% de los usuarios calificó al médico como amable, comprensivo, respetuoso y sociable.

4.2.6. La empatía

“La capacidad del lenguaje para servir como medio de comunicación se deriva de la primitiva reacción empática del organismo”. (Hartley, Eugene L. Hartley y Ruth E., 1986) Más allá la empatía es situarse en el lugar de la otra persona para entenderla, papel fundamental que deben jugar los médicos para comprender las decenas de pacientes que pasan por su consultorio. Aspectos como entender su contexto, su cultura, son fundamentales para ejercer una comunicación efectiva.

De igual forma los pacientes se muestran como personas de pensamiento abierto que saben lo importante que es la labor de un médico y su respeto hacia ellos es evidente.

Los pacientes claramente resalta el profesionalismo de los médicos y destacan actitudes como: saber escuchar, comprender, observar, interactuar, saber explicar, respetuosos, entre otros, que definen un nivel de empatía favorable.

En esta medida cuando un usuario queda satisfecho inmediatamente suma puntos la calidad en el servicio, porque el servicio depende de la persona que lo ofrece y este le suma

imagen a la entidad que representa, en este caso el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

Para Gonzalo Retamal Moya la empatía “Es una especie de percepción y de comprensión del comportamiento del otro que conduce a una sensibilidad por sus necesidades y a una flexibilidad para saberlas manejar con justicia y objetividad. Significa comprender al otro, aunque no se esté de acuerdo con él o no se aceptan totalmente sus puntos de vista. Es un poco el secreto de la comunicación. La comprensión del otro conduce a establecer dos principios básicos de la comunicación efectiva”. (RETAMAL Gonzalo, 2008, pág. 74). Es sin duda una cualidad muy importante de los médicos para lograr comprender a sus pacientes y entender su contexto, y por supuesto de los pacientes para entender lo exigido por el médico y aceptar sus recomendaciones.

La empatía fue un factor importante para determinar la relación médico paciente en nuestra investigación. Solo el 3% de los usuarios anotó que los médicos mostraron una actitud de serios y callados.

4.2.7. La comunicación en las organizaciones

“La comunicación empresarial debe ser comprendida en su naturaleza vectorial y al mismo tiempo transversal. Y deja de ser considerada como una clase de acción aislada, independiente de las demás formas de acción, como son las tareas de gestión por personas y su desarrollo, la gestión de los recursos financieros y técnicos, la gestión productiva, comercial etc. Si todos los recursos que dispone la organización son gestionados como tales, la comunicación no es solo un recurso más, sino que debe ser congruente forzosamente con la estrategia general de la empresa y establecer a partir de aquella, la estrategia comunicativa, ella abarca la acción factual; la de los hechos, los actos, la realidad, la conducta global, a los cuales la acción

comunicacional expresa, da sentido y la difunde. Es el valor de los mensajes, las relaciones, la cultura institucional compartida, los valores”. (JOAN, 2009, pág. 18). Así define la comunicación en las organizaciones, Joan Acosta; una estructura compleja de acciones, creencias y valores que reflejan la identidad corporativa de una empresa. De ella depende la reputación que asimilen los públicos.

“Para Ítalo Pizzolante “La comunicación empresarial se hace estratégica en la medida que sabemos dónde estamos y a dónde queremos llegar. Para lograrlo, debemos contar con una visión entrenada para analizar y comprender "espacialmente", aquello que rodea a la empresa y las diferentes situaciones que vive, consciente de sus propias raíces: la "cultura corporativa". (PIZZOLANTE Italo, 2003, pág. 35). Desde este punto de vista Pizzolante aborda la geometría de la comunicación en la cual define tres dimensiones básicas para entender las dinámicas organizativas, estas son el entorno, contorno y dintorno.

Según el autor el entorno encierra todo lo que rodea la organización y tiene relación con ella para formar su imagen corporativa; el contorno comprende la personalidad de la empresa, o identidad corporativa; y el dintorno que define la cultura organizacional de una empresa. Enfatiza que “Es el dintorno empresarial quien condiciona y "ancla" aquello que es y puede ser la empresa, allí, en ese "volumen", está "encerrado" la forma de ser y hacer las cosas en una organización, el estilo de vida de un ser humano que compartido con otros, dentro de la empresa, la caracterizan y la hacen particular”.

Desde esta perspectiva la comunicación organizacional es parte fundamental de la estrategia empresarial de cualquier organización. La comunicación es más que medios, es interacción, relaciones humanas etc. Todas las empresas le apuestan a la comunicación como medio para lograr la reputación.

De acuerdo a la investigación, nos centramos en una organización muy representativa en la región como lo es el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, entidad que cuenta con reconocimiento en los habitantes del sur colombiano. En general la imagen del Hospital desde la especialidad fue buena. El 95% de los pacientes dijo que el servicio de Neurocirugía era bueno.

El estudio se enfocó en la comunicación desde los servicios, es decir la comunicación interna. Es precisamente de lo que sucede en los servicios, lo que genera en sus públicos la imagen y posterior reconstrucción de la Reputación hacia la organización.

Partimos de la relación médico – paciente, actores que son los directamente responsables de los resultados de la comunicación y sus efectos.

Desde la especialidad de Neurocirugía, donde llegan miles de personas buscándole solución a enfermedades de alto riesgo; dimensionamos fortalezas en el servicio pero también muchas debilidades. Los pacientes que llegan a esta instancia es porque han venido de un largo proceso de exámenes y han sido evaluados por varios médicos, entonces son los que regularmente se encuentran con las deficiencias en los servicios y por supuesto las inconsistencias del régimen de seguridad social. Encontramos casos de personas que se quejan por la demora en la asignación de citas, hasta 8 meses han tenido que esperar muchos de ellos. También se daban inconformismos por el desorden administrativo en procesos como autorizaciones, entrega de medicamentos, sacar exámenes; pues las personas se desgastan y pierden bastante tiempo, solo en trámites, en este sentido cuando preguntamos que como le parecía el acceso a las citas médicas, solo el 69% respondió que bueno, el resto regular y malo.

4.3. Percepciones de los actores

Las persecuciones es una derivación de cuanto se observa y se manifiesta en dos campos específicos del intelecto humano.

- El campo interior: (el sujeto formula apreciaciones propias y conceptos de lo que percibe)
- El campo exterior: (el sujeto comunica o verbaliza su especulación de lo percibido).

4.3.1. Buena atención de los médicos

Los usuarios creen que los médicos son profesionales con alta calidad humana, esto tipo de situaciones se evidencia cuando el profesional de la salud, entra en contacto con el paciente, y este a su vez transmite confianza y seguridad al usuario.

Se presenta un grado de afinidad entre médico y paciente, generando un clima de armonía y confianza entre ambas partes, es por esto que los pacientes manifiestan que los profesionales de este campo tienen buena atención.

Sin dejar de lado, que se fortalecen los lazos de amistad, hasta tal punto de llegar a recibir o tener contacto con el médico en horarios y lugares externos al centro asistencial.

4.3.2. Mal manejo en asignación de citas

Generalmente las personas manifestaban que las citas demoran en ser asignadas de 6 meses hasta un año, incluso algunos murieron esperando una cita.

Este problema ocasiona que las personas perdieran tiempo ya que la mayoría pertenecía a zonas rurales, ven una gran falencia en el sistema de asignación de citas, ya que no les garantiza a los usuarios una fecha estipulada para la consulta, demorando más de seis meses o hasta el año en ser asignada.

Los usuarios manifiestan que el sistema de asignación de citas se debe modificar, ya que para que sean prolongadas estas lo más temprano posible y no generar problemas de lugar y tiempo.

Piden se les tenga más en cuenta situaciones donde los pacientes se ven obligados a transportarse de lugares rurales, esto imposibilitan el traslado y la puntualidad de la consulta.

4.3.3. Falta de personal médico para la atención en el área de neurocirugía

Muchas fueron las reacciones de los pacientes, por la falta de personal médico en este campo, esto dificulta las consultas, debido a la falta de personal los pacientes eran conscientes de que debido a este panorama, se presentaban las demoras en las asignaciones de las citas.

Manifiestan los usuarios que el hospital debe ser consciente de asignar más personal capacitado en esta área, para prestar un mayor servicio al número de pacientes, y evitar problemas en la prolongación de citas.

4.3.4. Impuntualidad al momento de las consultas

En situaciones los pacientes se mostraron inconformes por las llegadas puntuales de los médicos, ya que ellos se encontraban en ocasiones con una hora de anticipación a la consulta, y el médico se presentaba con un atraso en su hora de llegada máximo de media hora, esto genera discordia entre los pacientes, por el cual se molestaban con el médico, hasta tal punto de manifestarles la inconformidad.

Los médicos en su tarea como profesional, manifestaban a los usuarios, que por el hecho de ser solo tres en este campo, el retraso en su hora de llegada, era porque se encontraban en ese instante cumpliendo labores del área de neurocirugía es decir en procesos quirúrgicos.

- reconocen que el médico no los va a curar por la gravedad de las enfermedades.

- Desconfianza del proceso investigativo
- Es necesario seguimiento en el servicio
- Congestión del servicio

Los pacientes indicaron que hay impuntualidad de los médicos y que estos no son suficientes para atender y cubrir el servicio.

Los enfermeros y demás personas que hacen el trámite de la cita no prestan una buena atención y además ven necesario que se les recuerde la fecha y hora de la cita.

4.3.5. Reacciones de los médicos

- Los pacientes no siguen las recomendaciones médicas
- Incomprensión de los procesos médicos por parte de los pacientes
- Aunque encontramos pacientes que al momento de la consulta comprenden los procedimientos y las indicaciones médicas, había una mayoría de usuarios que no comprenden los procesos médicos.
- Solo algunos usuarios son conscientes de la gravedad de las enfermedades
- Los médicos consideran que el servicio de la especialidad es incipiente debido a la demanda de usuarios, sin embargo ellos creen que cumplen con su función.

4.4. Barreras comunicativas en la relación médico – paciente

El uso de la comunicación en el campo de la relación médico – paciente se ha considerado como una parte esencial no solo para los profesionales de la salud, sino también para los usuarios, porque además de entablar relaciones interpersonales efectivas, permite crear confianza entre

ambos actores, lo que a su vez conlleva a generar resultados positivos en lo que respecta al cumplimiento de los tratamientos clínicos.

Y aunque es clara la importancia de propiciar escenarios comunicativos entre médicos y pacientes, no hay que desconocer los obstáculos que en medio de este proceso podrían llegar a formarse, lo que implicaría que la relación se deteriora, e incluso nunca llegará a entablarse.

Las barreras comunicativas son obstáculos que pueden llegar a distorsionar, desvincular o impedir totalmente el mensaje, las barreras pueden ser por falta de planeación, distorsiones semánticas, expresión deficiente, pérdida en la transmisión y mala retención, escuchar mal, comunicación interpersonal, desconfianza, amenaza y temor, periodo insuficiente para ajustarse al cambio o sobrecarga de información. “En conclusión una barrera no es un obstáculo imposible para comunicarnos, sino que a veces nosotros mismos provocamos esas barreras por el simple hecho de no ser una comunidad unida y así llegando a los extremos que ahora vivimos, la comunicación es esencial en la vida de nosotros porque sin ella esta humanidad no progresará”.

En este sentido, se hablaría que algunos de los factores que pueden romper por completo con una comunicación efectiva en el campo de la relación médico – paciente, son por un lado, la falta de escucha entre los actores implicados, quienes no lograrían establecer un diálogo eficaz al momento de las consultas.

No tener una escucha activa disminuye la confianza y satisfacción tanto del médico hacia el paciente, como del usuario hacia el profesional de la salud, porque desde el inicio se estaría originando una comunicación débil y por ende un mal procedimiento clínico. (CÓFRECES Pedro, 1990 - 2010).

En su artículo ‘Reconociendo las barreras en la comunicación médico – paciente’, el médico y psiquiatra estadounidense, Timothy E. Quill, de la Universidad de Rochester, en Nueva York, afirma que las barreras en la comunicación médico – paciente pueden llevar a que el sentido de confianza, respeto, curiosidad y franqueza se pierdan, impidiendo de esta manera una eficaz recolección de datos y la implementación de un plan de tratamiento.

Según Quill, el médico debe reconocer cuando en medio de la interacción con su paciente, se presente la existencia de una barrera, porque de esta forma empezaría a utilizar sus habilidades para definir y explorar, y posteriormente buscar las estrategias que permitan superarla.

Continuando con los factores que provocan una mala comunicación, se habla también que la resistencia inesperada, la incomodidad emocional por parte del médico, el mal desempeño de un tratamiento, o la exacerbación de una enfermedad crónica, pueden llevar a que se rompan los lazos interpersonales entre los dos actores. (TIMOTHY QUILL, 2003, pág. 1).

Así mismo, el uso de léxicos técnicos o poco entendibles por parte del médico, puede generar de manera inmediata una barrera comunicativa con algunos de los pacientes, porque en muchas oportunidades el usuario no logra comprender en su totalidad los términos usados por el galeno.

Tomando en cuenta el estudio y análisis adelantado en el servicio de consulta médica general, en la especialidad de Neurocirugía del Hospital Universitario, Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E., estas situaciones lograron evidenciarse por los mismos pacientes, quienes afirmaron que en algunas de las consultas, no percibieron de manera positiva lo dicho por el médico, o lo entendieron de manera parcial.

De aquí parte la necesidad de que los profesionales de la salud utilicen un lenguaje acorde con cada uno de sus pacientes, quienes muchos de ellos terminan siendo analfabetos, y por ende no comprenden los términos médicos.

Otro factor que puede alterar una relación interpersonal hace referencia a los comportamientos del médico. El no saludar con la disposición adecuada al usuario, no verlo a los ojos en medio de una consulta, no escucharlo, no ejercer una empatía o un tacto al interior del consultorio, puede llevar a que no se genere una confianza entre los dos actores.

Lo mismo sucede con los espacios donde se generan las consultas médicas, deben ser escenarios amplios y que permitan una privacidad, de lo contrario no se entablará una efectiva comunicación al inicio, el desarrollo, ni al final de la interacción entre el médico y el paciente.

Otra barrera en la comunicación médico – paciente tiene que ver con la disposición de citas por parte de la entidad de salud, en este caso en la especialidad de neurocirugía del hospital local de Neiva, donde muchas veces los usuarios deben esperar hasta 8 meses para que les programen una cita con el neurocirujano, sin importar la enfermedad que padezcan, sean éstas graves o no.

Esta problemática ha causado descontento por parte de los usuarios, quienes a pesar de ser registrados en la base de datos por espera de consulta con el médico neurocirujano, muchos de ellos llegan a la cita con complicaciones más fuertes de salud.

Incluso en el estudio realizado, logramos comprobar que muchos de los pacientes programados para cita han fallecido luego de algunos meses de espera.

Por otra parte no se puede dejar de lado la duración de una consulta médica. Lo obligatorio para el área de neurocirugía son 15 minutos, sin embargo en el estudio se logró evidenciar el inconformismo por parte de muchos pacientes, quienes al manifestar el poco tiempo dedicado por parte de los médicos, calificaron el nivel de consulta como malo y poco profesional.

Según los usuarios, entre más largo sea el tiempo dentro de un consultorio médico, mejor es la relación interpersonal entre los dos actores, porque de esta manera los médicos pueden llegar a comprender lo que realmente aqueja a los pacientes.

En la revista de Comunicación y Salud, 'La comunicación en la relación médico – paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010', se considera que el tiempo de la consulta contribuye a una comunicación eficaz. (CÓFRECES Pedro, 1990 - 2010).

Estos factores han impedido un adecuado desarrollo de la relación médico – paciente, campo de la salud en la que se ve obligatoria la necesidad de vincular la comunicación, porque es una herramienta importante para que los médicos no sean ajenos a lo que siente el usuario, sino que por el contrario se humanicen, escuchen, entablen un diálogo ameno, creen un círculo de confianza y logren entender lo que el usuario padece, para así mismo llegar a un tratamiento efectivo.

4.4.1. Barreras de la comunicación interna

La comunicación interna puede ser frágil y vulnerable, donde puede presentar distintas situaciones que puedan impedir su efectividad, dentro las principales barreras tenemos: Físicas: deficiencia técnica de los canales y soportes; Fisiológicas: Limitaciones orgánicas de los receptores; Sociológicas: Disputas de los comunicantes; Culturales: Diferencias intelectuales o de

mentalidad entre los comunicantes; Administrativas: Sistemas inadecuados en la organización; Lingüísticas: Desconocimiento de los códigos o signos en la comunicación; Psicológico: Trastornos personales y problemas de carácter, como son depresión, ansiedad, irritabilidad entre otras conductas.

En este sentido, durante el ejercicio realizado en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, se pudo evidenciar que la barrera comunicativa entre médico y paciente es de carácter cultural, ya que en su gran mayoría las personas de zonas rurales del Huila y departamentos vecinos con un nivel bajo de escolaridad, utilizando así un lenguaje más coloquial (diferencias intelectuales).

“La cultura es la identidad compartida por un pueblo o una nación, y proporciona el telón de fondo necesario para comprender la forma de vivir y ver el mundo de sus gentes, como las culturas se desarrollan de forma diferente, es lógico que al comunicarse unas con otras aparezcan ciertas barreras y dificultades causadas por dichas diferencias”.

Así lo evidenciamos con los pacientes de la especialidad de Neurocirugía ya que ellos no lograban comprender el lenguaje de los médicos al momento de la consulta.

Barreras físicas y culturales

Locación: El espacio donde se realiza la consulta es muy pequeño e incómodo, además porque la mayoría de los pacientes se presentan con acompañante, ya que son pacientes con enfermedades crónicas.

Igualmente en el consultorio se encontraban de 2 a 5 practicantes de la carrera de medicina y enfermería quienes participaban en la consulta a través de los interrogantes del

médico que ellos debían resolver para detectar el diagnóstico del paciente. Esta acción en la mayoría de los casos incomodaba a los usuarios porque sentían invadida su privacidad.

Por otro lado, dentro del consultorio no había distinciones de los médicos tratantes que demuestran la trayectoria profesional de cada uno de ellos, lo cual le daría más confianza en sus pacientes.

Asimismo, en lo relacionado al servicio de los pacientes que se dirigen a una consulta especializada de neurocirugía debían estar en la sala de espera durante un largo período. En este lugar hay pocas sillas las cuales son compartidas con otros pacientes de diferentes consultas y la mayoría de las veces son insuficientes y por eso los pacientes con enfermedades crónicas de esta especialidad se quedaban de pie.

4.4.2. Lenguaje

Dentro de lo que se evidenció en los pacientes durante su diálogo con el médico, es que había gran escasez de fluidez verbal, porque se daban obstáculos para entender su proceso médico, esto imposibilitaba la concentración y la capacidad de interrogar, además de la falta de dominio sobre el tema y las razones por las cuales asistieron a las consultas.

Sin embargo respecto al lenguaje escrito, no hubo inconformidades ya que los pacientes creen la implementación de fórmulas médicas elaboradas de forma digital y no manual, garantizando que no haya barreras en el lenguaje escrito, lo cual significa una fortaleza para el servicio de la especialidad.

Por otro lado dentro de los factores negativos está la falta de atención. En el consultorio se encontraban muchos elementos distractores en el momento de la consulta, entre ellos: teléfonos

móviles, tabletas y algunos pacientes ingresaban con radios sintonizando una emisora local entre otros objetos, que impedían la atención y la comunicación entre médico paciente; teniendo en cuenta que dentro del reglamento estos elementos están prohibidos durante la consulta.

Otro factor que influye en la comunicación es la falta de memorización de algunos pacientes con respecto a las recomendaciones del médico, ya que habían usuarios que en ciertas ocasiones ya habían sido tratados por el profesional de la salud, y no acataban las órdenes del médico, es decir no seguían paso a paso las “formulas médicas”, lo que influye en la actitud del profesional de la salud, quien se mostraba desconcertado argumentando al usuario que esto retrasaba el proceso y genera pérdida de tiempo.

Por otro lado algunos de los especialistas poco creían en la justificación de los pacientes con respecto a la falta de memoria para no acatar las recomendaciones, a lo que advertían que es un compromiso del usuario para facilitar el proceso.

Entre tanto algunos pacientes manifestaban sentirse nerviosos momentos previos a la consulta, teniendo en cuenta que no habían cumplido con las recomendaciones, mientras se daba la consulta reflejan inseguridad, ansiedad, y prevención, porque sabían que el médico les podía llamar la atención.

4.4.3. Retroalimentación

Retroalimentación hace parte de los factores que influyen en las barreras comunicativas, entre los dos actores (médico-paciente) donde se evidenció poca interacción, que permitiera al paciente adaptarse al nivel cultural del médico, ya que los pacientes sentían poca empatía y consideraban que era el médico quien debía establecer el estímulo que permitiera una buena

retroalimentación a partir de que ellos tomaran el rol del usuario, y el paciente el papel del médico.

No obstante en los dos actores seguían el protocolo de la consulta, que consiste en:

1. El médico hace el respectivo llamado al paciente.
2. El médico saluda al paciente y este igual.
3. Se lleva a cabo el interrogatorio médico.
4. Se realizan las recomendaciones finales.

En estos puntos se evidencia que hay normal desarrollo del procedimiento de la consulta para permitir una mejor retroalimentación, y que las barreras se dan exactamente por razones culturales.

7. Propuesta comunicativa

Teniendo en cuenta la investigación realizada, acerca de la caracterización de la relación médico paciente, desde los aspectos comunicativos, en el Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, en el área de Neurocirugía es necesario orientar hacia una propuesta metodológica que permita el mejoramiento de las falencias encontradas.

Para lograr mejorar estas falencias, acerca de la comunicación organizacional existe un mecanismo metodológico basado en crear estrategias con el propósito de generar cambios que ayuden al fortalecimiento de la organización.

La matriz DOFA, conocida como una herramienta analítica que permite trabajar con toda la información necesaria, para analizar debilidades internas, oportunidades externas, fortalezas internas y amenazas externas, componentes que se cruzan de tal manera que lo negativo se mejore mediante los aspectos positivos y estos, se potencialicen mediante las fortalezas.

El análisis de esta matriz debe enfocarse solamente hacia los factores claves para el éxito de la organización, además debe resaltar las fortalezas y las debilidades internas y comprender las oportunidades y amenazas claves de entorno organizacional.

Para la construcción de una matriz DOFA, se necesita realizar un diagnóstico, que en este caso son los resultados de esta investigación. El siguiente paso es analizar los resultados encontrados en el diagnóstico, hacer una lista de las fortalezas, debilidades, amenazas, y oportunidades que deberán ir ubicadas en la matriz y luego hacer el respectivo cruce estratégico, que consiste en comparar las fortalezas con las oportunidades, las debilidades con oportunidades, fortalezas con amenazas, y por ultimo debilidades con amenazas.

Luego se procede a plantear acciones para mejorar los aspectos negativos y positivos encontrados en la investigación, resaltar sus fortalezas y mejorar en sus debilidades, esto basado en los aspectos comunicativos.

Esto constituye lo que se denomina como plan estregado o plan de acción, que incluye actividades que conduzcan al desarrollo de los objetivos de cada estrategia. Así se lograría tener una propuesta comunicativa que debe desarrollar la organización para el mejoramiento de sus procesos comunicativos.

En este sentido, los resultados de este estudio servirán como diagnóstico para que los encargados del área de comunicación desarrollen las propuestas de mejora y bajo sus mecanismos el centro asistencial logre un buen posicionamiento, tanto local, como regional y nacional.

7.1 Aspectos estratégicos

“La comunicación es un eje estratégico, es el sustento, la guía y el centro en torno al cual gira la dinámica organizacional. Por tal motivo, supone para la organización inscribir todos sus procesos administrativos, productivos, comerciales, etc., así como sus diferentes públicos (desde sus colaboradores, proveedores, consumidores, gobierno, profesionales del sector, competencia, agremiaciones, entre otros) en una permanente interacción estructurada e integral que permita de manera productiva y competitiva alcanzar sus objetivos corporativos”. (FUENTES Sandra, 2010).

En este sentido la especialidad de Neurocirugía del Hospital Universitario de Neiva, cuenta con algunas fortalezas que pueden ayudar a mejorar la relación comunicativa entre médicos y pacientes, así se pudo establecer tras el desarrollo y análisis de la investigación en esta

dependencia. No obstante es necesario reconocer los factores negativos que alteran este mismo proceso y en los cuales se debe intervenir.

Dentro de la unidad también se evidenció la necesidad de establecer una estrategia comunicativa lo que se define como “una propuesta de solución que busca dinamizar la gestión de una organización en unos tiempos y espacios determinados”. (PÉREZ Rafael, 2001, pág. 62). El propósito es generar interacción y humanizar la relación médico paciente ya que los términos empleados por los profesionales son poco asimilados por el paciente generando retroceso en los procedimientos de la especialidad, debido a que el usuario no entiende lo dicho, por lo que no procede a cumplir con sus tratamientos, citas entre otros.

Es así que se busca que la organización sin importar que esté o no en crisis implemente soluciones a las falencias existentes que logren resultados que no solo se definen en cifras sino en la percepción del público frente al servicio.

Cabe anotar que es necesario precisar en las otras especialidades la oportunidad de mejorar las estrategias de comunicación, lo que le permitiría a la entidad prestadora, mejorar las condiciones de servicio y elevar los estándares de calidad a nivel local, regional y nacional.

Por su parte la especialidad de Neurocirugía tiene varios puntos positivos que hacen que este espacio médico cuente con fortalezas para desarrollar estrategias comunicativas que permitan una sinergia entre su público interno y externo.

Según el estudio desarrollado en la especialidad de Neurocirugía, relacionado con la comunicación médico paciente en el Hospital Universitario de Neiva, se logró detectar que lo más destacado por los usuarios al momento de la consulta fue la buena imagen de los servicios que ofrecieron los médicos.

Por tal razón, uno de los aspectos relevantes de la dependencia que concluyeron los usuarios, era que el tiempo de la consulta había sido el adecuado en la mayoría de los casos, esto permitió que se diera un mejor diagnóstico y que el paciente resolviera sus dudas.

Relacionado con el servicio, también se evidenció que los usuarios tenían una buena imagen del profesional de la salud y mostraban respeto hacia él, esto permite que en general la especialidad cuente con una buena percepción de calidad en la consulta por parte de los usuarios.

Por otro lado los actores vieron positivo el desarrollo de la investigación para lograr que el Hospital conociera los resultados y así éste tomara medidas para indagar cada especialidad y generar propuestas para la mejora del servicio en todo el centro asistencial.

Teniendo en cuenta estos aspectos de la investigación, no se puede descartar que existen algunas falencias reconocidas tanto por médicos como pacientes que afecta la comunicación, interacción y por consiguiente el servicio.

El principal factor que incomoda a los usuarios es la demora en la asignación de citas, seguido del hacinamiento en la sala de espera donde deben compartir con pacientes de otras especialidades, igualmente manifestaron inconformismo por el pequeño espacio del consultorio.

De otra parte, pese que algunos pacientes afirmaron que los médicos se mostraban amables y el servicio ofrecido era el adecuado, otros usuarios manifestaron lo contrario, al asegurar que la presencia de terceras personas en el sitio de la consulta (Practicantes, acompañantes, e investigadoras) sumaba hasta 7 en el consultorio, llevaba que el médico efectuará un buen papel de su oficio como medida de precaución por la investigación.

Otra falencia que se pudo verificar dentro del estudio, es la poca comunicación visual que en algunas consultas se daba por parte el profesional de la salud, quien se limitaba a escribir en el computador mientras el paciente le expresaba las dolencias que padecía, y no lo miraba a los ojos.

Respecto al proceso médico, en muchas consultas se presentaban retrasos en el mismo, debido a los incumplimientos por parte de los usuarios, quienes no seguían las recomendaciones entregadas por el neurocirujano, lo que implicaba además que la enfermedad del paciente se convirtiera en una condición de gravedad y hasta terminal.

Esto se debe a que habían incomprendiones por parte del paciente debido a su bajo nivel de escolaridad, y según ellos porque el médico empleaba un lenguaje técnico, lo que impedía una eficacia comunicativa.

Finalmente, una de las debilidades más relevantes que se presentó en esta especialidad, es la poca cantidad de especialistas en el área para la atención de pacientes no solo de la ciudad de Neiva, sino también de otros municipios del Huila, e incluso de algunas regiones del sur del país, dando como resultado que se generaban largos lapsos para la asignación de citas (hasta nueve meses de espera).

Como consecuencia de esto, se detectó igualmente que en el tiempo de espera, se presentará el deceso de algunos pacientes, quienes no alcanzaban a ser atendidos por los médicos.

Teniendo en cuenta estos aspectos mencionados y los resultados arrojados por la investigación, planteamos la necesidad de que desde las directivas del hospital, se tomen las medidas pertinentes que permitan mejorar las falencias presentadas en la especialidad de neurocirugía, y éstas sean ejemplos a seguir en otras dependencias de la entidad, para que garanticen la calidad en los servicios, basados en una buena comunicación.

Conclusiones

- Al momento de las consultas médicas se presentaron fallas en el proceso comunicativo, relacionado con la comunicación verbal y visual, debido al nivel cultural de cada actor. Esto generó barreras comunicativas desde el ámbito cultural que imposibilitaban la comprensión por parte del paciente y la efectividad del servicio por parte del médico.

- Dentro de la caracterización de la comunicación fue necesario analizar la locación donde se desarrollaron las consultas. En este sentido se detectó que no es acorde a lo establecido por la Resolución 2003 y el Decreto 1011, que indica las características que deben cumplir los consultorios médicos. El espacio del consultorio de la especialidad de Neurocirugía era reducido y no constaba con los 10 metros cuadrados como lo exige la nueva norma, que además determina que estos espacios deben incluir entre otros elementos, baño y lavamanos. Este factor más las fallas en el proceso comunicativo entre los actores, no permitió la efectividad en el servicio.

- Se presentan algunas dificultades a la hora de entablar una comunicación entre los actores involucrados, ya que falta compromiso por parte de los usuarios para que ésta se dé correctamente, lo que terminó generando molestias en los médicos, quienes a su vez no lograron un proceso médico adecuado.

Debido a las barreras comunicativas, tanto culturales como físicas, detectamos que los usuarios de la especialidad de Neurocirugía no aplican los procedimientos previos y en la mayoría de los casos, ni los curativos, ya que hay un nivel alto de incomprensión y por consiguiente de desconfianza.

- Se presentan barreras comunicativas dentro de la relación médico – paciente, al evidenciarse que no fue posible lograr una adecuada comunicación entre los dos actores, como consecuencia a que algunos pacientes presentan niveles de escolaridad más bajos que los neurocirujanos. Esto imposibilitó el diálogo entre ambos porque no hubo un entendimiento claro de los términos empleados en la conversación.

Según un informe periodístico de El Espectador “el 6,4% de los colombianos mayores de 15 años son analfabetas. El 2,3% de los hombres declara no saber leer ni escribir, mientras para las mujeres esa cifra es de 2,9%. La brecha realmente alta está entre las ciudades y el campo: en las cabeceras, la tasa de analfabetismo se ubicó en 4,2%, mientras que para las áreas rurales es de 14,2%”.

Se evidenciaron varias falencias dentro de la investigación realizada durante los meses correspondientes a enero, febrero y comienzos de marzo del año 2014, sin embargo desde el enfoque estratégico de la comunicación estas, pueden ser resueltas aprovechando las fortalezas que como área especializada, cuenta, a diferencia de las otras dependencias de la entidad.

- Con la investigación se percibió que así como hay que mejorar el contacto físico entre los actores involucrados, principalmente por parte del médico, también debe mejorarse el lenguaje visual que se vio absorbido por las nuevas tecnologías empleadas por los neurocirujanos dentro del consultorio médico.

- Asimismo se puede concluir que la comunicación, como lo indica Pablo Múnera, “es la capacidad que tiene el hombre de simbolizar, de negarse o responder de diferentes maneras ante un estímulo, y de preguntar- cosa que no hace ningún animal- son

diferencias suficientes para justificar el énfasis en la comunicación humana de cara a una conceptualización de la comunicación corporativa”.

- Se destacó la comunicación como el eje transversal de cualquier organización, al detectar mediante la investigación, que es un factor vital tanto en el ámbito profesional, como en la vida de cada ser humano.

- La comunicación según Mario Kaplún, permite la creación de vínculos y sentidos; en el caso de la relación médico – paciente, esta logró que exista un contacto no solo visual, sino también físico entre los dos actores involucrados en la investigación, en este sentido influye en el ser humano desde el ámbito social, y no desde la significación de lo cotidiano.

- La comunicación es un factor fundamental dentro de cada organización para el desarrollo de sus metas y políticas, e indispensable a la hora de llevar a cabo los diferentes objetivos, en este caso del Hospital Universitario de Neiva; es decir la comunicación actúa como el “vehículo” que conduce al direccionamiento de los objetivos misionales de la entidad.

Recomendaciones

Es necesario mirar la comunicación como eje de dirección de la organización para obtener constantemente el mejoramiento continuo que los llevara a los registros calificados y a las diferentes certificaciones a que tiene lugar los diferentes entes de salud.

El Hospital desde hace algunos meses atrás inició trabajos de remodelación de la planta física del edificio, por tal razón las directivas adecuaron otros consultorios para algunas especialidades entre ellas Neurocirugía. Estas quedaron en el sótano del Hospital donde hay espacios muy reducidos.

Según el Ministerio de Salud, los consultorios médicos para el servicio de consulta general de los diferentes centros médicos y hospitalarios del país, deben contar con unas dimensiones adecuadas para la óptima atención que se le debe brindar a cada uno de los pacientes.

En este sentido, como mínimo, los consultorios deben ser de 10 metros cuadrados, e igualmente atender por separado a niños y adultos. Así mismo, estos espacios deben llevar área de consulta, examen y valoración, aspectos que fueron necesario analizar, ya que intervienen en las fallas comunicativas entre los actores.

De otro lado, es importante resaltar que cada uno de los consultorios médicos tanto para consulta general, como para el área de especialidades, deben contar con lavamanos, algunos con la salida de gases medicinales, iluminación, ventilación natural, y suficiente iluminación eléctrica.

Por su parte, uno de los actores que hizo parte de nuestra investigación, Juan Carlos Ortiz, y al que le consultamos sobre las medidas establecidas, argumentó que el consultorio de la

especialidad de Neurocirugía del Hospital Universitario de Neiva, debe tener las mismas medidas, llevar además una camilla y lo más importante, un fácil acceso para cada uno de los usuarios que allí ingresen, como lo establece el Ministerio de Salud para todo el territorio colombiano.

Según Esaín Calderón, médico general, las medidas para un consultorio médico son obligatorias en todo centro o institución de salud del país, y en caso de hacer caso omiso a la norma que establece las respectivas dimensiones (Resolución 2003, Decreto 1011) que dice las características que deben llevar estos espacios, los consultorios deben ser deshabilitados y ubicados en otro escenario para mejorar las condiciones del servicio y por consiguiente la persecución del usuario.

El incumplir la norma, implica que los procesos entre el médico y el paciente, se afecten drásticamente, lo que llevaría a que no se desarrolle una efectiva comunicación entre ambos actores.

“Un solo consultorio en la nueva norma debe ser de 10 metros cuadrados incluido baño. Hay que mirar que si viene de antes del 2002 o 2003, no le aplican esas dimensiones sino 8 metros cuadrados, las normas se aplican dependiendo de la fecha de construcción del centro, pero hoy en día es de 10 metros cuadrados”, aseguró el médico.

Hay que tener en cuenta que en los casos donde la norma no se aplica como se establece, los únicos obligados a hacerla cumplir son los gerentes de los centros médicos donde se presente este hecho, y a nivel externo, la respectiva Secretaría de Salud Departamental que es la encargada de hacer la gestión de vigilancia y control de estas instituciones.

El sistema de salud pública en Colombia demuestra serios problemas en la cobertura y uno de los factores que influye en esto, es el bajo número de especialistas.

Según un informe del periódico EL TIEMPO “en muchos casos y en determinadas áreas, las citas con los especialistas de los afiliados a las EPS carecen de la oportunidad requerida, y el tiempo de espera se amplía”.

El viceministro Fernando Ruiz dijo en el mismo informe que, “en el 2003 el promedio para tener una cita era de ocho días; en el 2008 subió a 17 y en el 2010, a 19”. Teniendo en cuenta estas cifras y las detectadas en la investigación se analiza que este índice sigue creciendo; por lo tanto se sugiere estrategias que permita la eficiencia en la asignación de citas.

La especialidad necesita implementar estrategias comunicativas que fortalezcan su comunicación interna y permita la interacción con su público interno (usuarios).

Las estrategias de comunicación se definen como “planes por los cuales las organizaciones tratan de transformar o implementar nuevos conceptos dentro y fuera de las empresas. Son un medio por el cual se mantiene informado y satisfecho a todas las personas que conforman la organización por medio de la comunicación”. (CARDENAS Ana M, 2008, pág. 27).

En este caso, se deben plantear estrategias enfocada en implementar canales internos de comunicación, campañas informativas y actividades pedagógicas que logre generar fidelización de clientes y por consiguiente una buena reputación de la organización.

Asimismo, es necesario no perder el contacto con los usuarios y brindarles información a tiempo especialmente de la asignación de las citas médicas.

En tanto a los médicos vemos viable que se implementen capacitaciones y tácticas estratégicas con el propósito de humanizar el servicio. Es necesario que los actores ejerzan un buen proceso comunicativo que permita mayor confianza durante la consulta. En este sentido, los pacientes no verán al profesional de la salud, solo como un funcionario más sino como ese ser humano que le puede brindar un acompañamiento en su tratamiento médico.

Brindar un mejor proceso al sistema de la asignación de citas, ya que estas son muy demoradas, y es la causa principal causa de incomodidad a los pacientes.

El hospital debe seguir indagando sobre los procesos comunicativos entre médicos y pacientes en el área de neurocirugía, para dar continuidad a este tipo de investigaciones que garanticen la mejora en el servicio.

Colombia está produciendo más médicos de los que es capaz de emplear. El número de especialistas se ha duplicado en menos de una década, y lo hará nuevamente si no se establece un control adecuado. La década de los noventa se ha destacado por ser una época de reformas de los sistemas de salud; la gran mayoría de los países se han hecho conscientes de los graves problemas sociales y económicos que origina un exceso de médicos y están estableciendo normas para regular su producción local y su inmigración. (ROSSELLI Diego, 2001, pág. 397).

En nuestro país existen las siguientes especialidades: Anestesiólogos, Cardiólogos, Dermatólogos, Ginecobstetras, Neumólogos, Neurocirujanos, Neurólogos, Oftalmólogos, Ortopedistas, Otorrinolaringólogos, Psiquiatras, y Urólogos.

Glosario

Concepto de médico

El médico es aquella persona que pertenece y hace parte del ámbito de la medicina, según el término también permite referirse al profesional tras cursar los estudios necesarios y obtener el título correspondiente, cuenta con una autorización legal para ejercer la medicina.

La práctica médica implica una relación entre el médico (quien se desempeña como agente activo), el enfermo (el paciente o agente pasivo que recibe la acción del primero) y por tercera está la enfermedad (la relación o eslabón entre las partes antes mencionadas).

Así mismo la concepción actual de salud, supone que la enfermedad no es condición imprescindible para que exista una relación médico paciente, ya que se conoce como salud al estado que goza persona cuando experimenta el bienestar del cuerpo, pero también de la mente, en otras palabras alguien puede visitar a un profesional de la salud sin estar enfermo (para realizarse un chequeo por ejemplo).

Dentro de las diferentes tareas que realiza un médico se encuentra la recolección de información necesaria del estado del paciente a través de diversas herramientas, para desarrollar lo que se conoce como (historia clínica), el análisis de esta información permitirá establecer un programa o tratamiento y la información del paciente con respecto a su propia salud.

Concepto de paciente

El paciente o usuario es aquella persona que sufre de dolor, molestia y por ende solicita asistencia médica, este debe estar sometido a cuidados de los profesionales de la salud para su mejoría, él debe ser consciente en una serie de etapas en este proceso.

El paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico o un profesional de la salud, que según su diagnóstico se somete a una serie de exámenes o tratamientos para calmar o curar su enfermedad.

Antes de conocer su sintomatología, el paciente debe pasar por una serie de procedimientos, dentro de ellos está: la identificación de los síntomas, el diagnóstico, tratamiento, y el resultado, muchas veces el paciente no acepta los dictámenes médicos y son escépticos en algunas situaciones con la determinación del médico tratante.

A tal punto de no llevar al día las recomendaciones del médico, dificultando el proceso de tratamiento ya que existiría una barrera en lo que se diagnosticó y no seguir las recomendaciones al pie de la letra como lo sugiere el profesional de la salud.

Así se da a conocer que el paciente o usuario, es indispensable que en el momento de una consulta con el profesional de la salud, muestre interés tanto por su cuerpo como sus sensaciones, síntomas y demás alteraciones en su salud, para llevar a feliz término la consulta.

Concepto de especialidad médica

Una especialidad médica son los estudios cursados en un periodo de posgrado, que reúne una serie de conocimientos en un área específica del cuerpo.

Estas especialidades facilitan al paciente mayor receptividad en el momento de un diagnóstico según la especialidad clínica, cada órgano del cuerpo le corresponde una especialidad.

En algunas ocasiones hay desconocimiento de las especialidades por parte de las pacientes, a los que deben acudir para atender determinados padecimientos, y sintomatologías.

Concepto de neurocirugía

Esta especialidad médica es la encargada del manejo quirúrgico de algunas enfermedades que afectan al sistema nervioso central, periférico y vegetativo; trata lesiones del cerebro, la columna vertebral y nervios periféricos.

Algunas de estas enfermedades tratadas son los abscesos cerebrales y espinales, ataque cerebral, aneurismas cerebrales, canal estrecho lumbar, craneosinostosis, epilepsia, enfermedad de Parkinson, e Hidrocefalia.

La cirugía neurológica abarca el tratamiento quirúrgico no quirúrgico y estereotáctica de pacientes adultos y pediátricos con enfermedades del cerebro y las meninges, la base del cráneo y de sus vasos sanguíneos, incluyendo el tratamiento quirúrgico y endovascular de procesos patológicos de los vasos intra y extra craneales que irrigan al cerebro y la médula espinal.

Concepto de las EPS en Colombia

Una entidad promotora de salud conocida en sus siglas como EPS, son empresas del Sistema de Salud en Colombia, las cuales no prestan servicios médicos, sino que promueven dichos servicios a usuarios en un esquema de aseguramiento. Las personas se afilian a las EPS para luego ser atendidas en clínicas y hospitales, los cuales brindan servicios médicos y no cobran por estos a los pacientes.

Las EPS actúan en los dos regímenes de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Algunas EPS tienen autorización para actuar en los dos regímenes citados. El primero es financiado directamente por el afiliado a través de un pago como cotizante: el segundo es el Estado quien le cubre los gastos al usuario que no tiene la capacidad económica para ser cotizante.

Existen también EPS mixtas y la principal EPS pública existente en el 2011 es Caprecom EPS que es la que originalmente era la Caja de Previsión Social del sector de las Comunicaciones.

Las EPS están supervisadas por la Superintendencia de Salud colombiana y reguladas por las legislaciones gubernamentales y el Ministerio de Protección Social.

Concepto de IPS

Los Institutos Prestadores de Salud son las instituciones que en Colombia prestan los servicios médicos de consulta, hospitalarios, clínicos y de cuidados intensivos.

Las IPS son instituciones privadas, y son contratadas por las EPS (Entidades Promotoras de Salud), que se encargan de cumplir con los servicios que éstas ofrecen a los usuarios.

Para cumplir con sus responsabilidades las EPS deben conformar una red de servicios para lo cual cualquier entidad promotora de salud puede contratar a clínicas y hospitales (IPS) de forma independiente y autónoma o pueden garantizar el acceso a los servicios con su propia red en lo que se denomina integración vertical, en una magnitud permitida por la Ley. Además deben contratar un porcentaje determinado mínimo con instituciones prestadoras de servicios públicos.

Concepto régimen subsidiado

Es un mecanismo al que pueden acceder las poblaciones más pobres del país, como las pertenecientes a los niveles 1 y 2 del Sisbén, sin capacidad de pago, y quienes se benefician a través de un subsidio total otorgado por el Estado colombiano.

Así mismo, las personas de la zona urbana que hagan parte de los niveles 2 y 3 del Sisbén, también tienen derecho a acceder a este régimen por medio de un subsidio parcial.

Quienes se beneficien con los subsidios totales, pueden recibir el conjunto básico de servicios de atención en salud, que se encuentran establecidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS – S).

Por su parte, en los subsidios parciales, los usuarios reciben algunos beneficios el POS – S como, atención integral de enfermedades de alto costo; atención integral en traumatología y ortopedia, incluida la rehabilitación física necesaria en estos casos; atención integral del embarazo, parto y puerperio, al igual que sus complicaciones; y atención integral al menor e un año.

Las personas que cuenten con un vínculo laboral vigente, se encuentren pensionados, o quienes como beneficiarios de otra persona estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a algún otro de los regímenes de excepción, no tienen derecho a beneficiarse con el Régimen Subsidiado.

El régimen subsidiado es aquel en que se encuentran las personas sin capacidad de cotizar al Sistema por lo cual el Estado les proporciona los medios para su afiliación mediante los subsidios a la demanda.

Referencias

- ALFARO Rosa M. (1993). *La Comunicación como Relación para el Desarrollo*.
- ALFARO Rosa M. (2006). *Comunicación para el Desarrollo, una Comunicación para otro Desarrollo*.
- AMADO Efrain. (2007). *Modelo de Salud en Colombia*.
- ANGULO LOPEZ Eleazar. (1987). DECISIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN .
- BARBERO Jesús M. (1992). *Pensar la Sociedad desde la Comunicación Un lugar Estratégico para el debate a la Moderniad*.
- BARONA, Ricardo;. (2001). Derechos y Obligaciones en la Relación Médico - Paciente. *Revista Médico Legal*.
- BETANCOURT, B. R. (2001). *Derechos y Obligaciones en la Relación Médico - Paciente*.
- BOHORQUEZ Francisco . (2004). El Dialogo Como Mediador de la Relación Médico - Paciente. *salud publica Volumen 12*.
- CAPRIOTTI Paul . (2009). *Branding Corporativo*.
- CARDENAS Ana M. (2008). *Estrategias de Comunicación basado en un Diagnostico Empresarial*.
- CÓFRECES Pedro. (1990 - 2010). *La Comunicación en la Relación Médico - Paciente*.
- CÓFRECES Pedro. (1990 - 2010). *La Comunicación en la Relación Médico Paciente*.
- CRUZ Jennifer. (2011). *La Escuela de Chicago, su Visión de la Comunicación*.
- DRANE James. (1998). *Como ser un buen médico*. San Pablo.
- DRANE James. (19988). *Como se un Buen Médico, el Carácter y las virtudes de un Buen Médico*.

- E, H. (1986). *La Importancia y Naturaleza de la Comunicación* .
- FUENTES Sandra. (2010). *La Comunicación, Eje Estratégico de las Organizaciones*.
- HARTLEY Eugene. (1986). *La Importancia de la Comunicación*.
- HARTLEY Eugene y Rut. (1986). *La Importancia de la Comunicación*. México.
- Hartley, Eugene L. Hartley y Ruth E. (1986). *LA IMPORTANCIA Y NATURALEZA DE LA COMUNICACION*. México: Iberoamericana.
- HERNÁNDEZ Mario. (2008). *Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social*.
- HERRERA Nelson. (2000). *Representaciones Sociales de la Relación Médico - Paciente*. Bogotá.
- JOAN, A. (2009). *Estrategia de la Complejidad*.
- KAPLÚN Mario. (1998). *Una Pedagogía de la Comunicación*.
- KAPLÚN, M. (1998). *Una Pedagogía de la Comunicación, Modelos de Comunicación y Modelos de Educación*.
- KAPLÚN, Mario. (1998). *Una Pedagogía de la Comunicación, Modelos de Comunicación y Modelos de Educación*.
- MÉNDEZ, Freddy. (2008). *Actitud de los Usuarios Hacia la Satisfacción en el Acceso al Servicio de Salud en el Hospital Universitario de Neiva*.
- MORALES, Ruby L. (2002). *Salud para Todos Sisben derechos para los menos favorecidos*.
- MOYA, J. E. (2005). *estudio descriptivo sobre la calidad de la relación médico - paciente Hospital Universitario de Neiva*.
- MOYA, J. E. (s.f.). *Estudio descriptivo sobre la calidad de la relación médico-paciente en el servicio hospitalario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S E. de Neiva: .*
- MOYA, Jovel. (2005). *Estudio Descriptivo sobre la Calidad de la Relación Médico - Paciente*.

MUÑOZ, Claudio. (2013). MÉTODOS MIXTOS: UNA APROXIMACIÓN A SUS VENTAJAS Y LIMITACIONES EN LA INVESTIGACION DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD.

Nelson, H. (200). *Representaciones Sociales de la Relación entre Medicos y Pacientes*. Bogotá.

NIEVES Felipe. (2006). *Conceptos de Comunicación*.

PÉREZ Rafael. (2001). *estrategias de Comunicación*.

PIZZOLANTE Italo. (2003). *La Geometría de la Comunicación Empresarial*.

RETAMAL Gonzalo. (2008). *La Importancia de la Comunicación*.

REYES Aracelis. (2005). *La Comunicación en la Salud*.

Ricardo, B. B. (2001). *Derechos y Obligaciones en la Relacion Médico - Paciente*.

RODRIGUEZ Maria A. (2008). *La Relación Medico - Paciente Ciencias Médicas*.

RODRIGUEZ, Héctor. (2006). *La Relación Médico - Paciente. Salud Pública*.

ROSSELLI Diego. (2001). *Estimación de la Oferta de Médicos Especialisats en Colombia*.

SANDOVAL Carlos. (2002). *Investigación Cualitativa*. Bogotá.

SANTA MARÍA, Mauricio. (2000). *Un diagnóstico General del Sector Salud en Colombia*.

TIMOTHY QUILL. (2003). *Reconociendo las Barreras en la Comunicación Médico - Paciente*.

TORAL Santiago. (2011). *Comunicación la Escuela de Frankfurt*.

Universidad de Antioquia. (2006). *Plataforma académica para pregrado y posgrado*. Obtenido de Aprende en Línea:

<http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/unidades-academicas/facultades/salud-publica>

Anexos**Anexo 1. Encuesta a pacientes hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.**

OBJETIVO. Indagar las percepciones de los pacientes del servicio de neurocirugía, sobre el servicio y la atención durante la relación con el médico que se da en la consulta.

PÚBLICO. Pacientes del régimen subsidiado atendidos en el servicio de neurocirugía.

Edad: **Sexo:**__ **Procedencia:**_____

1. ¿Se siente satisfecho con la atención prestada por el Hospital?

Sí___ No__

2. ¿Cómo considera usted es el servicio de Neurocirugía?

a. Bueno b. Regular c. Malo

3. ¿Cómo considera la atención prestada por el médico?

a. Buena b. Regular c. Mala

¿Por qué?:

4. Según su criterio el médico que lo atendió fue:

- a. Amable, Comprensivo respetuoso y sociable
b. Cordial, serio y callado
c. Preguntón y malgeniado.

5. Durante su consulta de Neurocirugía:

- a. El acceso a las citas fue Bueno ___ Regular___ Malo___
b. El médico fue el esperado Si ___ No___
c. El tiempo de la consulta fue Bueno ___ Regular ___ Malo___
d. Quedó satisfecho (a) Si___ No___ Por qué?
-
-
-

6. ¿Cree que el tiempo de consulta contribuye a generar una buena comunicación entre médico y paciente?

Si__

No__

7. Si la relación médico – paciente presenta problemas en la comunicación, ¿cuáles considera son las causas de éstos?

- a. Trato humano
- b. Seguridad durante la consulta
- c. Comprensión en la consulta
- d. Prevención ante el médico
- e. Lugar de la consulta

8. ¿Considera que el lenguaje que utilizó el médico fue el adecuado al momento de diagnosticarlo?

Si_____

No_____

9. En su caso, el chequeo que le hizo el médico durante la última consulta fue:

- a. Sólo preguntar
- b. Observar y preguntar
- c. Palpar la parte afectada
- d. Sólo mirar
- e. No lo observó detalladamente

10. ¿Usted logró expresarle al médico todos sus síntomas?

Si__

No__

¿Por qué?

11. ¿El nivel de confianza del profesional de la salud durante la consulta, llenó sus expectativas?

Sí __

No__

12. ¿Comprendió las indicaciones dadas por el médico?

- a. Todas
- b. La mitad de ellas
- c. Muy pocas
- d. Ninguna

13. Cuáles son sus consumos mediáticos durante su tiempo libre:

- a. Prensa
- b. Radio
- c. Televisión
- d. Internet

14. ¿Qué le gustaría proponer para mejorar la comunicación en la relación médico – paciente durante la consulta?

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 2. Entrevista Semi-estructurada para médicos Consulta externa, especialidad Neurocirugía Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.

Objetivo: Indagar acerca del rol profesional del médico en la relación comunicativa médico - paciente en el servicio de consulta externa, especialidad Neurocirugía.

Público: Médicos que atienden en consulta externa, especialidad de Neurocirugía del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Procedencia: _____

1. ¿Se siente satisfecho (a) con las garantías laborales que le ofrece el sistema de salud del régimen subsidiado?

1.1. ¿Presenta restricciones al momento de ejercer su trabajo en el campo de la salud?

1.2. ¿Cree que ha ejercido correctamente su rol como profesional de la salud?

2. ¿Considera que existen o no dificultades comunicativas al momento de la consulta con los pacientes?

2.1. ¿Cuál considera, es la mayor barrera comunicativa entre el médico y el paciente del régimen subsidiado en el momento de la consulta externa en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo?

3. ¿El tiempo estimado para consulta es suficiente según su criterio personal?

3.1. ¿Cree que la anamnesis es un método efectivo para obtener la información necesaria de los pacientes?

4. De los diferentes tipos de pacientes, ¿cuál considera es la actitud que más predomina al momento de la consulta externa, especialidad de Neurocirugía?

CATEGORIZAR PACIENTES.

4.1. En algunos casos los pacientes no atienden las recomendaciones del médico tratante, ¿por qué cree usted que sucede esto?

4.2. ¿Considera usted que incide el nivel educativo y cultural de los pacientes y médicos, en la efectividad del servicio en la salud?

5. ¿Qué importancia le da a la comunicación en los temas involucrados en la relación médico - paciente?

5.1. Cuáles son sus consumos mediáticos durante su tiempo libre:

- a. Prensa
- b. Radio
- c. Televisión
- d. Internet

5.2. ¿Qué otras labores desempeña?

**Anexo 3. MATRIZ DE PROTOCOLO EN LA INTERVENCIÓN COMUNICATIVA, EN EL SERVICIO DE
NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA HERNANDO MONCALEANO PERDOMO E.S.E.**

DATOS – ACTORES									
NOMBRE	E DAD	E X O	PROCED ENCIA	EST RATO	OCUPAC IÓN	SINTOMA	N° de interven ciones	TIEMP O/ duración de la Consulta	ESPACIO

OBSERVACION- INTERVENCIÓN COMUNICACIÓN

IMAGEN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:

CONFIANZA SUMINISTRADA POR EL MÉDICO:

ANAMNESIS :

LENGUAJE VERBAL Y NO VERBAL:

ESCUCHA: BUENA____ REGULAR____ MALA _____ DESCRIBIR:

PROSÉMICA

SIMBOLOGÍA

KINÉSICA

OBSERVACIÓN

LIMITANTES COMUNICATIVAS	FORTALEZAS COMUNICATIVAS
ORAL	ORAL
ESCRITA	ESCRITA
DIGITAL	DIGITAL

DATOS – MÉDICOS				
NOMBRE	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	JORNADA LABORAL

OBSERVACIONES:

Anexo 4. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación médica.

Caracterización de la relación comunicativa médico – paciente en el servicio de consulta externa del régimen subsidiado, especialidad de Neurocirugía del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.

INVESTIGADORES:

Lina Lorena Molano Ramírez, Diana Mayerly Murcia Torres y Karol Pérez Martínez.

SEDE DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO: Hospital Universitario, Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. Objetivos del estudio

Analizar las dinámicas comunicativas entre Médicos y Pacientes del régimen subsidiado, en el espacio de consulta externa, del servicio de Neurocirugía, del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E, durante el período de Febrero y Marzo de 2014.

2. Justificación del estudio

Las habilidades comunicativas son parte del quehacer de un buen servicio, así la entrevista durante la consulta no está centrada en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos, por lo tanto, la comunicación es considerada una de las competencias indispensables en la formación médica.

Aspectos como la utilización del lenguaje, tiempo, ambientación y retroalimentación puede provocar la satisfacción o no del usuario.

La comunicación en la salud ha sido definida como el proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos en la toma de decisiones para el cuidado de la salud humana y la calidad en del servicio.

3. Beneficios del estudio

Los pacientes relacionados con este estudio tendrán la posibilidad de solicitar información sobre el mismo, su proceso y resultados. El Hospital quedará con un informe de diagnóstico donde mostramos la situación actual y análisis que den cuenta de la relación entre estos actores; así mismo a partir de las conclusiones se busca generar la necesidad de crear una estrategia comunicativa como medida de intervención.

Al finalizar el estudio se realizará un artículo científico que será presentado a una revista indexada como forma de visibilizar la investigación.

4. Procedimientos del estudio.

Metodología

El estudio es cualitativo con método descriptivo, un diseño flexible que nos garantiza la información necesaria para lograr el objetivo propuesto.

Las técnicas o los instrumentos requeridos para la recolección de la información, básicamente es observación al momento de la consulta, encuestas a pacientes y entrevistas semiestructuradas a los médicos.

En las encuestas irán registradas las preguntas y diferentes opciones de respuestas abiertas y/o cerradas, éstas nos ayudarán a realizar una observación detallada, tener en cuenta las percepciones de los pacientes que se contrastaran lo que sucede durante y después de la consulta externa. Análisis de locación de la Consulta, del lenguaje, de la simbología, el lenguaje no verbal, tiempo de duración de la Consulta, entre otras, hacen parte del proceso.

El análisis de resultados permitirá que la Institución adopte medidas necesarias desde el ámbito comunicativo, para mejorar y reforzar los servicios de Consulta Externa, y que los diferentes usuarios encuentren un cambio importante dentro de las funciones que desarrolla el Hospital en la ciudad de Neiva.

5. Riesgos asociados al estudio

Esta investigación según el Artículo 11 resolución N° 008430 de 1993, se clasifica en la siguiente categoría:

Investigación sin riesgo

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el

estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

6. Aclaraciones: Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con el Dr. Lina Molano, celular 3203206817, Mayerly Murcia, celular 3118411304 O Karol Perez celular 3182570630.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____ c.c N° _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevisto. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL PARTICIPANTE.

C.C N°

NOMBRE DEL TESTIGO

FIRMA DEL TESTIGO.

C.C N°

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su responsable)

He explicado al Sr.(a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha

Anexo 5. Evidencias fotográficas

Foto 1. Los elementos con que cuenta el consultorio de Neurocirugía



Foto 2. En el consultorio por lo general hacían presencia más de 3 personas.



Foto 3. La sala de espera antes de las citas.