

Satisfacción del Paciente y su Relación con el Médico y el Equipo de Salud en una Unidad de Reumatología Docente-Asistencial de un Hospital Público. Estudio Preliminar.

Aurelio Carvallo V.,^{1,2} M. Ángela Carreño N.,¹ Pedro Miranda C.¹

¹Unidad de Reumatología, Hospital San Juan de Dios
Depto. de Medicina, Sede Occidente, Universidad de Chile

²Comité de Ética Hospitalaria, Hospital San Juan de Dios

Summary

In a time where technology has taken on a cult following and where impersonal relations prevail, and where meeting goals in which performance is measured in number of patients who have access to medical care are more pressing than ever, we present a study of the patients' evaluation as to the quality of attention that they receive in a public specialized service, both from the accessibility to care and the place where this is done, as well as the human relationship with the doctor and the medical team.

Based on easy to understand questions that were answered anonymously by 23 patients undergoing routine controls at the rheumatology unit of the San Juan de Dios Hospital, we found that medical hours of the specialty are currently insufficient and at least one third of the patients are unable to obtain an appointment through regular channels (SOME, Statistical Medical Orientation Service in its Spanish acronym), this includes the possibility to access radiological examinations, and medications given by the hospital. Nevertheless, an important approval rate between patients and the health team in general and the treating doctor in particular does stand out, even though little more than half of the patients consider that their illnesses have improved. This dissociation may be due to a good doctor/patient relationship, from which we can conclude that, in spite of dealing with usually chronic and limiting diseases, there is a degree of satisfaction derived from the help and service given.

Key words: *Quality of service, doctor/patient relationship, patient satisfaction.*

INTRODUCCIÓN

Según señala el Ministerio de Salud de Chile, la calidad de la atención médica se basa en “la provisión de servicios accesibles y equitativos, hechos con un nivel profesional óptimo, con los recursos disponibles, para lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios”.¹ En relación a esto, es un hecho que actualmente es difícil encontrar algún aspecto de la salud de las personas que esté desligado de la política sanitaria propia de un país.²

La época actual se caracteriza por un culto a la tecnología, en una comunidad de mercado, en que predomina la relación impersonal. Sin embargo, la relación del médico y del equipo de salud con el paciente es más que eso. Es una relación humana de ayuda y asistencia, en que junto al factor científico y técnico debe estar el ético y humanista, ambos básicos en la atención del enfermo.³ Más allá de la utilidad y las consecuencias que puedan tener ciertas políticas sanitarias, es importante considerar la opinión, los valores y los deseos de las personas.⁴ De este modo se contribuirá a que en nuestros hospitales públicos exista una auténtica justicia sanitaria.

OBJETIVOS

Basados en lo anterior, nos pareció de interés conocer la evaluación, por parte de los pacientes, de la calidad de atención que se les entrega en un servicio público de la especialidad, tanto desde el punto de vista del lugar de atención y accesibilidad a la prestación, como de la rela-

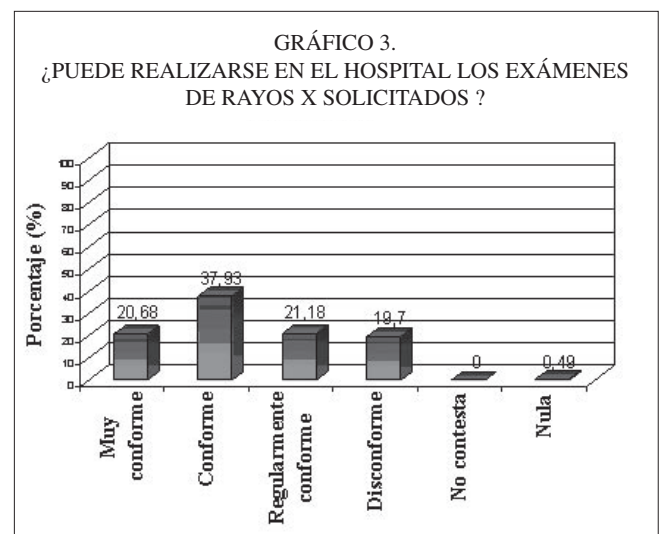
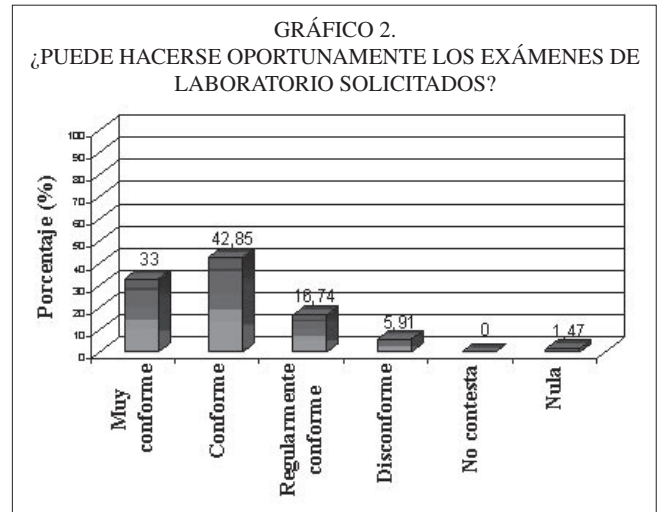
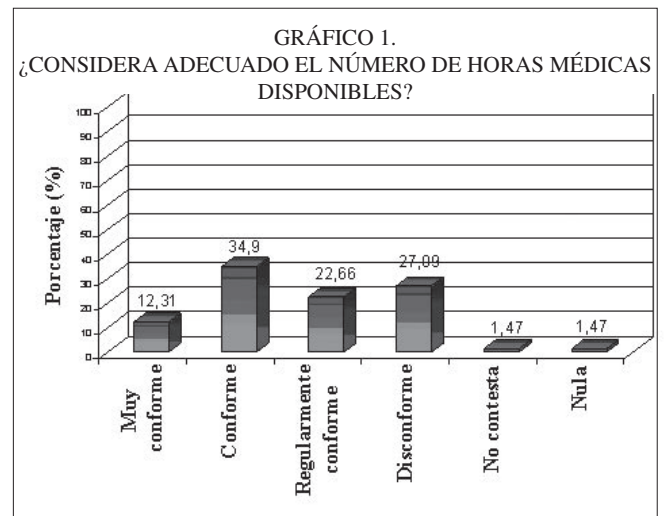
ción humana con el médico y el equipo de salud. Fue de especial interés saber cómo recibía el paciente la información y cuál era su comprensión con respecto a su afección, sus alternativas de tratamiento y el estado actual de su enfermedad.

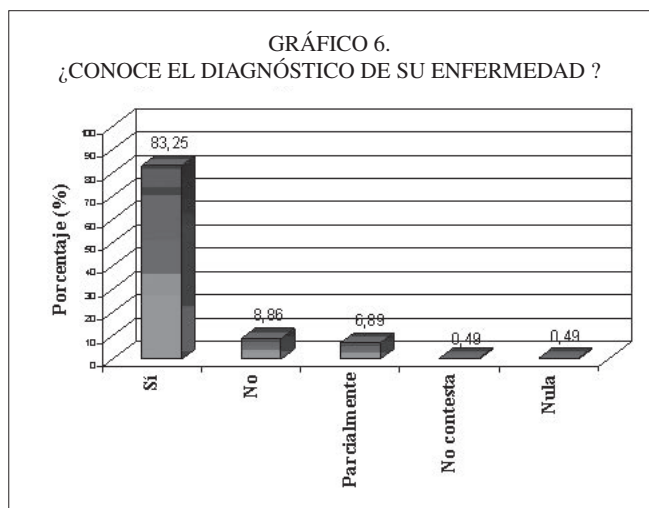
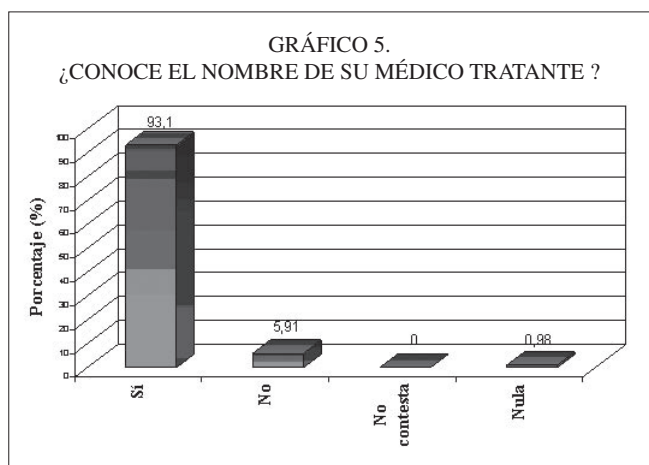
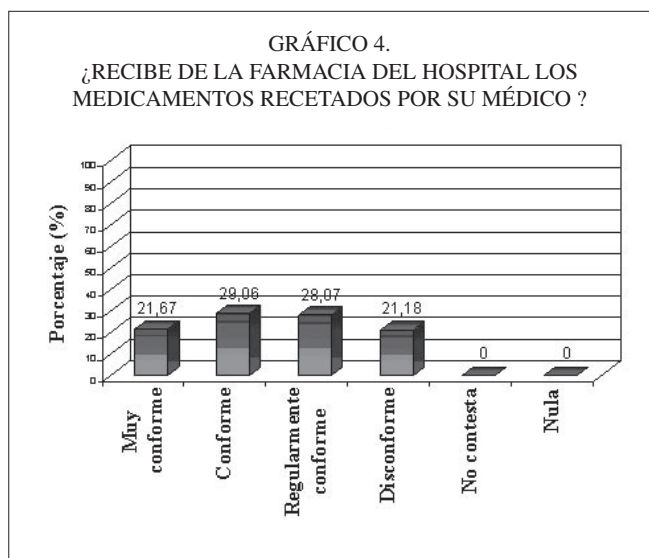
MATERIAL Y MÉTODO

Se confeccionó un cuestionario con 20 preguntas de fácil comprensión que fueron contestadas por 203 pacientes en control habitual en la Unidad de Reumatología del Hospital San Juan de Dios entre julio y septiembre de 2005. Las preguntas, realizadas en forma simple, fueron leídas y respondidas en forma anónima por los pacientes mientras esperaban su atención médica. El cuestionario abarcó siete grandes rubros, que son los que se han considerado en los resultados.

RESULTADOS

1) Accesibilidad a la atención hospitalaria (solicitud de hora, exámenes complementarios): 47,2% considera que las horas médicas disponibles son adecuadas (Gráfico 1), el 62% se manifiesta muy conforme o conforme con el SOME (Servicio Orientación Médico-Estadístico) y el 71% logra obtener la hora de control asignada. 2) Accesibilidad a los exámenes y medicamentos: el 75,8% puede hacerse oportunamente los exámenes de laboratorio solicitados (Gráfico 2); un 58,8%, los exámenes radiológicos (Gráfico 3) y un 50,7% obtiene los medicamentos recetados en la farmacia del hospital (Gráfico 4). 3) Infraestructura: a un 93,6% le parece adecuada la sala de espera y a un 83,2%, los boxes de atención. 4) Relación personal paramédico-paciente: 89,6% está muy conforme o conforme con la atención del personal no médico (técnicos paramédicos, secretaria). 5) Relación médico-paciente: el 93,1% conoce el nombre de su médico tratante (Gráfico 5), el 83,2% conoce su diagnóstico (Gráfico 6), el 84,2% sabe por qué toma sus medicamentos, al 80,3% le parece suficiente el tiempo dedicado a la consulta, el 77,8% conversa con el médico sobre su enfermedad y el 94% está conforme con la atención médica otorgada. 6) Grado de bienestar frente a su enfermedad: el 58,6% considera que su enfermedad está mejor; el 78,8% está conforme con el tratamiento, y 76,3%, conforme con el número de controles. 7) Apoyo extrahospitalario, referido a la Liga de Voluntarios Antirreumáticos (VOLAR): un 26,1% la conoce y le es útil.





DISCUSIÓN

La relación médico-paciente y, más aún, equipo de salud-paciente, ha evolucionado en el tiempo desde el antiguo modelo paternalista, que en cierto modo aún existe (en especial en nuestros hospitales públicos), en que es el médico quien discierne qué es lo mejor para el paciente, sin que sea necesaria una participación activa de éste, hasta modelos actuales, en que el papel del paciente es más activo, más autónomo y, en lo posible, deliberativo.

En este estudio ha sido nuestro interés conocer, como parte de esta autonomía del paciente, su opinión en relación a la atención que se le otorga, la calidad de ésta (y no sólo la cantidad, que es uno de los parámetros por los cuales se mide la eficiencia en la actual política sanitaria) y el conocimiento que tienen de su enfermedad.

Si se analiza la accesibilidad que tienen para ser atendidos, menos de la mitad de los enfermos considera adecuado el número de horas médicas disponibles y, si bien sobre dos tercios de ellos logran obtener hora, bien sabemos que la mayoría de las veces esto significa un importante sacrificio y larga espera. La falta de horas médicas, en este caso, se relaciona directamente con el déficit de reumatólogos en un hospital del sistema público, indispensables para suplir en forma adecuada la necesidad expresada por los enfermos. Esta insuficiente cobertura de atención reumatológica puede ser una muestra y a su vez confirma lo que sucede en general con la especialidad en el país y con la importancia de incentivar la formación y contratación de nuevos profesionales que puedan desempeñarse en centros docente-asistenciales.⁵

En relación a la accesibilidad para realizarse los exámenes complementarios, hay diferencia entre la posibilidad de hacerse aquellos que son de laboratorio propiamente tales (hematológicos y bioquímicos), con una accesibilidad más rápida y amplia, que acceder a los exámenes radiológicos, en que sólo algo más de la mitad logra efectuarlos en forma oportuna. Esto constituye un déficit en una especialidad muy clínica, que si bien necesita poca tecnología, la imagenología adquiere muchas veces gran importancia como apoyo al diagnóstico, evolutividad y tratamiento de estas enfermedades.

Es importante el hecho de que la infraestructura haya sido bien valorizada por los pacientes, ya que, en este caso en particular, está en relación con la motivación del equipo por efectuar arreglos y obtener los fondos para ello. Éstos se pudieron realizar con aportes privados extrahospitalarios, lo que permitió tener lugares más cálidos y dignos, tanto para la espera como para la atención médica misma del enfermo.

Es destacable la alta conformidad con la atención otorgada por el personal no médico, en relación a los requerimientos del enfermo. Le damos el significado del esfuerzo del equipo de salud en general por tener una buena relación con el paciente, expresión de una buena comunicación interpersonal, lo que de este modo contribuye a una mayor satisfacción de los usuarios.

Más allá de lo señalado, fue nuestro interés especial conocer, desde el punto de vista del enfermo, cómo consideraba y cuál era su evaluación de la relación que tenía con el médico, esto es, su visión de la relación médico-paciente. Bien sabemos que ésta constituye un elemento básico del acto médico, y como lo señala J.F. Drane, “la medicina es una forma de encuentro humano que se caracteriza por la ayuda (...). La relación médico-paciente es más que un estrecho convenio profesional. Las personas necesitan ayuda de otros desde el momento que nacen hasta que mueren, pero especialmente (y en forma particular) cuando están enfermas”.⁶ En la especialidad de Reumatología este encuentro alcanza, o debe alcanzar, gran intimidad, desde el momento que se trata de una especialidad eminentemente clínica, que necesita entrega y acuciosidad, tanto para escuchar lo que el enfermo relata, como para efectuar el examen o exploración física. Siendo una relación tan personal, es muy importante lo señalado por los pacientes, en que prácticamente todos (93,1%) conocen el nombre de quien lo examina y es responsable de su tratamiento. Pese a que mayoritariamente aprueban el tiempo dedicado a la consulta, hay aún un 20% que lo considera escaso o insuficiente (se ha logrado mantener hasta ahora la atención de tres enfermos controles por hora y dos nuevos por hora). En este sentido y con el tiempo dedicado a cada paciente, la consulta le permite conversar con el médico sobre diferentes aspectos relacionados con su afección, mostrando finalmente una significativa conformidad con la atención médica recibida (94%). Esto es, un alto porcentaje tiene una buena relación médico-paciente y recibe información adecuada sobre su enfermedad, ya sea relacionada con su diagnóstico, con los exámenes que se debe realizar o con el tratamiento a seguir. De este modo, el enfermo se siente informado. Es un intento por respetar el derecho que debe tener todo paciente competente de saber y poder decidir, en conjunto con el médico, los pasos a seguir en relación al curso de su enfermedad. Es tratar de estimular la autonomía y la responsabilidad del paciente frente a su afección, aún insuficiente, en el sistema público, ya sea porque aún hay desconocimiento médico de lo que esto significa (tiende todavía a una relación paternalista), por el nivel cultural del paciente o finalmente por no contar con el tiempo adecuado.

Es destacable que siendo sólo poco más de la mitad

(58,6%) quienes consideran que su enfermedad está mejor, exista, sin embargo, una alta conformidad con la atención entregada. Es en realidad una disociación, pero que a su vez revela la importancia que otorga quien está enfermo a una buena relación con el médico y el equipo de salud, la que es capaz a través de su ayuda, y pese a las dificultades en obtener las horas y los medicamentos, de suplir al menos en parte estas deficiencias, otorgando bienestar a pacientes portadores de afecciones de tendencia crónica, a veces invalidantes y que ven mermada su calidad de vida. Como lo señala Michael Balint, médico psicoanalista británico de origen húngaro, en experiencias realizadas en Inglaterra por grupos de médicos encabezados por un psiquiatra y orientados a estudiar el problema de la relación médico-paciente, el médico es una droga poderosa, eficiente, capaz de actuar positiva o negativamente, acentuando o mermando el efecto de otras drogas;⁷ sin embargo, y tal cual lo cita A. Roa, “la farmacología –tan rigurosa en el estudio del resto de los fármacos– nunca se ha preocupado de las consecuencias directas, indirectas y colaterales de su uso, de los cambios salutíferos o dañinos que pudiese provocar y de cuál es su dosificación precisa en cada caso”.⁹ Las preguntas: ¿Cómo actúa esta “droga” si no está imbuida de un espíritu humanista y ético más allá del científico?, ¿Cómo actúa si está presionado por el tiempo y las metas en cuanto a la cantidad de pacientes por hora que hay que ver?, ¿Cómo actúa si además los medios son inadecuados e insuficientes?, ¿Qué clase de droga es en estas condiciones? Preguntas que necesitan análisis y sólidas respuestas.

Todo lo señalado nos ha parecido de interés como una exploración del aspecto ético-humanista de la atención médica en un hospital público, en que la demanda de atención es importante y el número de especialistas y los medios con que cuentan suelen ser insuficientes.

Pensamos que en la medicina pública, pese a los esfuerzos realizados y que se están realizando, junto a la importante labor social que cumple, no existe aún una adecuada justicia sanitaria. Como lo señalan importantes sociedades científicas norteamericanas y europeas: “en medio de la explosión tecnológica, fuerzas de mercado cambiantes y globalización”, es fundamental que “los servicios de salud y los médicos que trabajan en ellos permanezcan comprometidos tanto con el bienestar de los pacientes como con las premisas básicas de la justicia social”.⁸

Si bien esta experiencia es sólo de una especialidad, puede estimular a explorar qué sucede en otros centros de atención de nuestro hospital o del país. Es, en realidad, preliminar y por consiguiente incompleta y con imperfecciones, pero es a su vez un intento por conocer algo más de lo que piensa el paciente, como persona enferma y con

medios limitados, frente a la atención que se le otorga. Tiene como significativa la importancia que le da a la relación humana quien padece de una enfermedad y demanda ayuda, la que muchas veces puede suplir, aunque sea en forma parcial, la falta de medios en que se debate nuestra medicina pública, que en forma imperativa debe buscar el modo de alcanzar una auténtica justicia sanitaria. Las prestaciones son aún insuficientes e inquietantes en cuanto a su calidad. El preocuparse fundamentalmente de medir eficiencia a través del número de atenciones realizadas, esto es, alcanzar metas de cuántos pacientes se atienden en un determinado tiempo, está lejos de soslayar en cuanto a cómo se hace esta atención, es decir, cómo es la calidad de ésta. No puede satisfacer la cantidad de prestaciones cuando la eficacia frente al paciente es insuficiente. Como señala Diego Gracia, “sólo por la vía de la justicia es posible luchar contra la injusticia”, y agrega que “la cuestión no está en limitar o no las prestaciones, sino en limitarlas bien”.² La pregunta es: ¿se está cumpliendo con la calidad de atención médica enunciada en la Introducción?

De acuerdo a este estudio, sólo preliminar, se pueden obtener las siguientes conclusiones: en la actualidad el número de horas médicas en la especialidad de Reumatología son insuficientes, como también la posibilidad que tienen los enfermos de acceder a exámenes radiológicos y a la obtención de medicamentos en la farmacia del hospital. Si bien un porcentaje mayoritario de ellos obtiene su hora de consulta a través del SOME, queda aún un tercio

postergado en sus citas y tratamientos. Por otra parte, existe una significativa aprobación del lugar de atención, de la relación con el equipo de salud en general y con el médico tratante en particular; pese a que sólo poco más de la mitad de los pacientes considera que su enfermedad está mejor; esta disociación puede, a su vez, vincularse a una buena relación humana entre médico y paciente, derivada de la cual, pese a tratarse de enfermedades de tendencia crónica, limitantes y a veces invalidantes, hay satisfacción por la ayuda y asistencia que se les otorga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manzini R. La ética como fundamento de calidad. Conferencia como Consultor del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe, OPS/OMS. Santiago, 17 de abril de 1998.
2. Gracia D. Profesión Médica, investigación y justicia sanitaria. Santa Fe de Bogotá. Ed. El Búho Ltda. 1998.
3. Carvallo A. Médicos y Profesionalismo. Pacientes e Información. Rev Méd Chile 2005; 133:253-258.
4. Gracia D. Bioética clínica. Santa Fe de Bogotá. Ed. El Búho Ltda. 1998.
5. Fuentealba C. Propuesta del Presidente de la Sociedad Chilena de Reumatología 2003-2004 (Editorial). Reumatología 2003; 19:58.
6. Drane J.F. Cómo ser un buen médico. Santa Fe de Bogotá. Ed. San Pablo 1993.
7. Balint M. El médico, su paciente y la enfermedad. Buenos Aires, Ed. Libros Básicos, 1961
8. Declaración Conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, American College of Physicians, American Board of Internal Medicine 2002; 136:243-246.
9. Roa A. Ética y Bioética. Santiago de Chile. Ed. Andrés Bello, 1998.