

¿CÓMO RECUPERAR LA CONFIANZA DE LOS PACIENTES HACIA EL SISTEMA DE SALUD?

Introducción

En la siguiente investigación se pretende proponer un problema de salud pública que está afectando en la actualidad la confianza en el sistema de salud de los ciudadanos. Por ello se quiere plantear la siguiente pregunta; ¿Cómo recuperar la confianza de los pacientes hacia el sistema de salud?

Este trabajo se abordará desde la teoría de juegos y de la comunicación como instrumentos para aclarar cómo se establecen y cómo funcionan las relaciones entre paciente e institución salud desde interacciones de cooperación y no cooperación.

Se expondrá además algunas tácticas para huir del dilema del prisionera y de las interacciones no cooperativas. Dejando expuesto un tema interesante y motivador para los lectores que quieren seguir esta línea de investigación y generar un aporte conceptual para recuperar la confianza de los pacientes en el sistema de salud.

Debemos partir de una base y es preguntarnos ¿Por qué los pacientes no tienen confianza y se ha deteriorado la interacción médico paciente? ¿Se puede decir que el mismo sistema estimula la competencia entre todos los participantes?

En el sistema de salud persisten los problemas, evidenciados en las peticiones, quejas y reclamos realizados a las entidades reguladoras de salud. Las cuales serán mencionadas a continuación.

En el Análisis de las Peticiones Quejas y Reclamos (PQRS) del Distrito Capital, I Trimestre 2016, realizado por la Veeduría Distrital se examinan e investigan las quejas y reclamos que

presentan los ciudadanos o las situaciones que, por cualquier otro medio, lleguen a su conocimiento. También realiza el seguimiento al desempeño de las entidades distritales, relacionado con el cumplimiento del Decreto Distrital, 371 de 2010, vinculado con la obligatoriedad de registrar la totalidad de las quejas, reclamos, sugerencias y solicitudes de información que reciban, por los diferentes canales, en el Sistema Distrital de Quejas y Soluciones.

El presente informe contiene el análisis de los PQRS, de los tres primeros meses del año 2016, en el que se identifican y analizan los requerimientos más frecuentes en el Distrito, para los trece sectores, así como los motivos principales por los que la ciudadanía realiza sus peticiones, quejas y reclamos ante la administración Distrital. Igualmente, presenta un análisis comparativo de las peticiones ciudadanas que continúan presentándose en el trimestre en relación con la vigencia 2015.

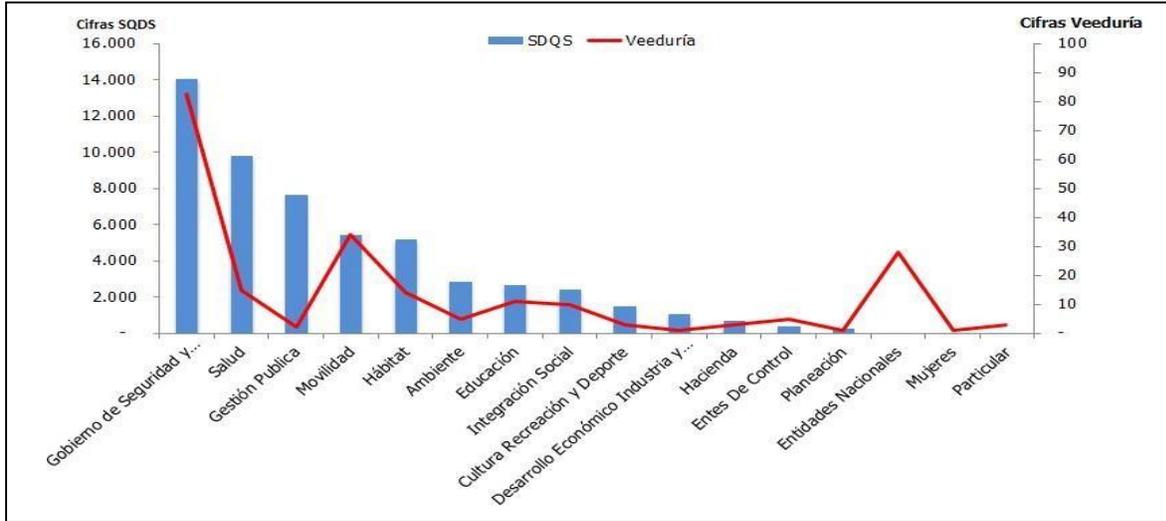
1. Requerimientos Distritales por Sectores

En relación con los requerimientos distritales, se identifican varias fallas en la prestación de servicios que no cumplen con los estándares de calidad y atención de consulta externa. Este aspecto obtuvo el 75% de los reclamos, los más frecuentes se localizan en los Hospitales de Santa Clara, Vista Hermosa, Suba y la Secretaría Distrital de Salud. Por esta razón, es conveniente revisar las razones que están generando las fallas en la prestación de los servicios, para establecer los correctivos necesarios y minimizar los reclamos que, por este concepto, se están presentando en estas entidades.

Las entidades del sector salud deben realizar evaluación y seguimiento permanente al proceso de clasificación de los requerimientos ciudadanos, por subtema y tipologías, porque que

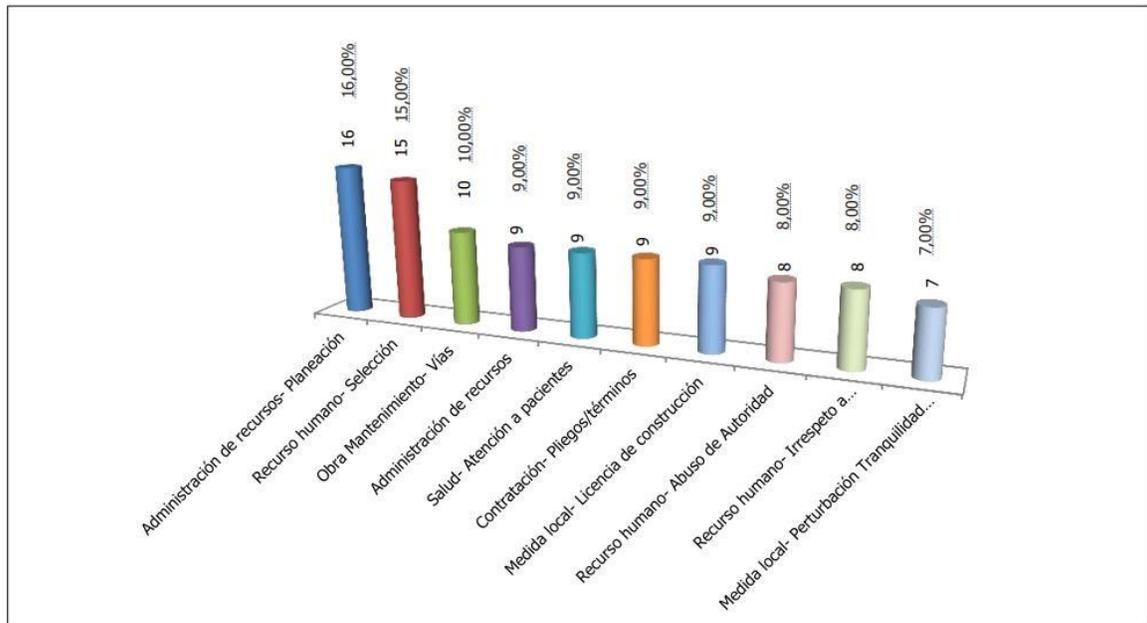
se encuentran deficiencias significativas.

Tabla 1. Requerimientos Distritales por Sector – Primer Trimestre de 2016



Fuentes: Sistema Distrital de Quejas y Soluciones –SDQS y Veeduría Distrital (2016)

Gráfica 1. Principales 10 Subtemas de Requerimientos Recibidos por la Veeduría Distrital Primer Trimestre de 2016

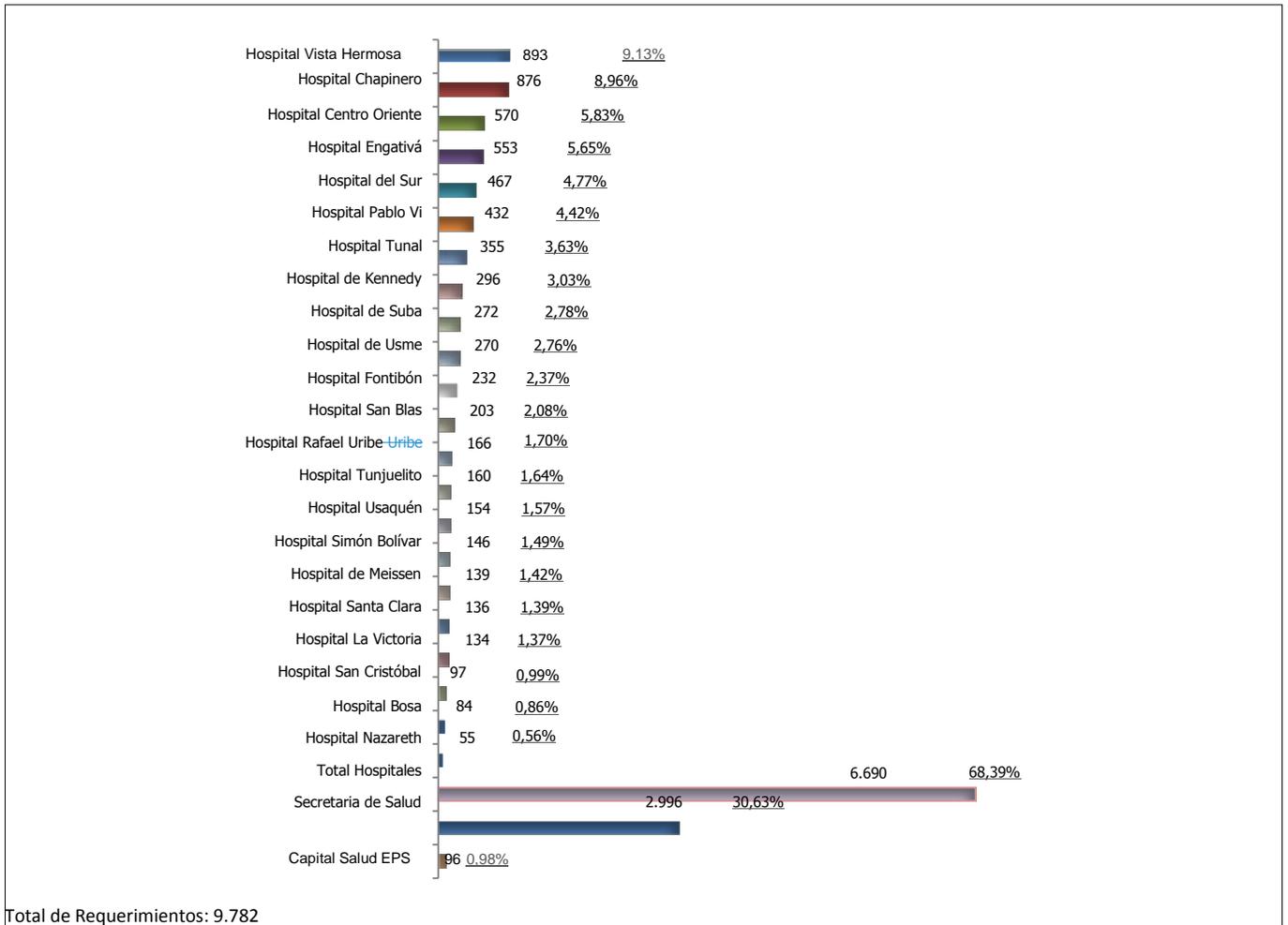


Fuente: Sistema Distrital de Quejas y Soluciones –SDQS (2016)

1.1 Sector Salud

El sector salud tiene la misión de: dirigir, planificar, coordinar y ejecutar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud, de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social. El sector salud presentó, durante el primer trimestre de 2016, un total de 9.782 peticiones ciudadanas que representan el 18,21% del Distrito. La distribución de los mismos se muestra, por entidad, en la Gráfica 2.

Gráfica 2. Hospitales de la red pública - Primer trimestre 2016



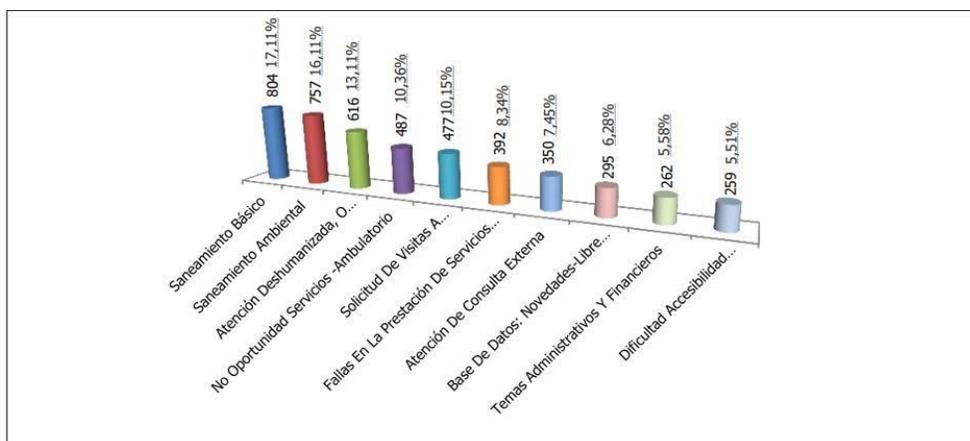
Fuente: Sistema Distrital de Quejas y Soluciones –SDQS (2016)

En relación con la gráfica anterior, el 68,39%, corresponde a los hospitales, el 30,63% son de la Secretaría Distrital de Salud y de Capital Salud EPS el 0,98%. Entre los hospitales se destacan los 6 primeros que obtuvieron el más alto registro: Hospital Vista Hermosa, Hospital Chapinero, Hospital Centro Oriente, Hospital Engativá, Hospital del Sur y Hospital Pablo VI.

1.2 Principales Subtemas Sector Salud

Con el propósito de identificar los motivos por los que se quejan los ciudadanos en el Sector Salud, se priorizaron los 10 subtemas más reiterados, los que se describen en la gráfica siguiente:

Gráfica 3. Principales Subtemas Sector Salud – I Trimestre 2016



Fuente: Fuente Sistema Distrital de Quejas y Soluciones –SDQS (2016)

Los 10 primeros subtemas más recurrentes del Sector Salud, representan el 48,03% del total registrado en la Plataforma del SDQS, que se relacionan a continuación con las entidades en las que son más frecuentes:

-Saneamiento ambiental, el 81,63% son derechos de petición. Los hospitales que más registros presentaron son: Centro Oriente, Sur, Usaquén y Suba.

-Atención deshumanizada, o extralimitación y abuso de responsabilidades, los más reiterados son los hospitales de: Suba, Tunal, Simón Bolívar y Kennedy. Se resalta que el 79,38% son quejas.

-No oportunidad para servicios ambulatorios, el 61,80% clasificado como reclamos. Las entidades del sector, con el mayor número de registros son: la Secretaría Distrital de Gobierno y los hospitales: Tunal, Kennedy y Rafael Uribe.

-Solicitud de visitas a establecimientos comerciales, el 94,12% son registrados como derechos de petición de interés particular. Fueron más reiterados en los Hospitales de: Engativá, Vista Hermosa, Usme y Sur.

-Fallas en la prestación de servicios que no cumplen con estándares de calidad, el 75% son reclamos a: Secretaría Distrital de Salud y los Hospitales Santa Clara, Suba y Vistahermosa.

-El Saneamiento Básico, fue del 96,64%, de los cuales son derechos de petición de interés particular para los Hospitales de; Chapinero, Engativá, Suba y Usaquén.

-Base de datos: novedades-libre elección-traslados-suspensión, se encontró que el 93,89% son derechos de petición de interés particular que corresponden a la Secretaría Distrital de Salud.

-Temas administrativos y financieros, un 40% son derechos de petición de interés particular, siendo más reiterados en la Secretaría Distrital de Salud y los Hospitales del Sur, Centro Oriente y San Blas.

-Dificultad accesibilidad administrativa- problemas recursos físicos, humanos, dotación. El 75,67% son reclamos, que se presentaron con mayor frecuencia en los Hospitales de Kennedy, San Blas, Fontibón y Tunal.

La Veeduría Distrital registró 15 requerimientos relacionados con el Sector Salud, que hacen referencia a los siguientes subtemas:

El 53,33%, se refieren a la atención paciente y corresponden principalmente a la Secretaría Distrital de Salud, Superintendencia de Salud y Capital Salud EPS.

El 13,33%, se refieren a Administración de recursos planeación sobre la Secretaría Distrital de Salud.

Sector Salud, ocupó el segundo lugar en cuanto a los requerimientos ciudadanos registrados en el Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS, con un total de 9.782 que equivalen al 18,21% del total del primer trimestre de 2016, de los cuales el 46,93% fueron registrados como derechos de petición de interés particular.

El consolidado de PQRS, de la vigencia 2015, comprobó que durante el primer trimestre de 2014 permanecen los requerimientos ciudadanos relacionados con saneamiento básico y saneamiento ambiental, con el 89,36%, como derechos de petición de interés particular, que se presentaron con más frecuencia en los Hospitales: Chapinero, Centro Oriente, Suba, Engativá, Usaquén y Sur. Estos datos reiteran la necesidad de fortalecer el trabajo de seguimiento que ejerce el área de Salud Pública, de la Secretaría Distrital de Salud y los Hospitales para lograr una mayor efectividad en la actividad de control.

La atención deshumanizada, extralimitación y abuso de responsabilidades registró el 79,38% de quejas, las que fueron más recurrentes están en los Hospitales Suba, Tunal, Simón Bolívar y Kennedy. Es un reto del Sector Salud, durante la actual vigencia, fortalecer el programa de humanización, con énfasis en el análisis causal, con el fin de formular planes de mejoramiento que respondan efectivamente a la problemática encontrada en cada una de las dependencias de los hospitales.

Las solicitudes de visitas a establecimientos comerciales, alcanzaron el 94,12% de derechos de petición de interés particular. Las más frecuentes se localizan en los Hospitales de Engativá, Vista Hermosa, Usme y Sur. Esta situación recomienda, a la Secretaría de Salud, la definición de una estrategia efectiva para ejercer un debido control y seguimiento sobre las condiciones de higiene y salubridad de los establecimientos comerciales.

En lo referente a las fallas en la prestación de servicios, que no cumplen con estándares de calidad y atención de consulta externa, obtuvo el 75% como reclamos, las más frecuentes se encuentran los Hospitales de Santa Clara, Vista Hermosa, Suba y la Secretaría Distrital de Salud. Se deben revisar las causas que están generando las fallas en la prestación de los servicios, con el fin de establecer los correctivos necesarios y minimizar los reclamos que, por este concepto, se están presentando en estas entidades.

La Supersalud recibió quejas referentes a: multifiliaciones, inoportuna asignación de citas y las deficiencias en la prestación de los servicios. En el Informe de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD), formuladas por los usuarios del 22 febrero del 2018.

Tabla 2. Informe de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD)

| <i>Motivos</i> | <i>Peticiones, quejas, reclamos y denuncias en enero de 2018</i> |
|--|--|
| No poder acceder al servicio de salud que requiere | 29.923 |
| Trámites administrativos (autorizaciones, asignación de citas) | 4.354 |
| Oportunidad en la prestación del servicio | 2.903 |
| No reconocimiento de las prestaciones económicas | 1.477 |

| | |
|--|---------------|
| No disponibilidad de recurso humano e infraestructura para la atención | 54 |
| Otros motivos | 190 |
| Total | 38.901 |

Fuente: Bogotá te escucha. Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, (2018)

A continuación, se presenta el listado de las EPS con mayor número de peticiones, quejas, reclamos o denuncias (PQRD), según el número de afiliados:

Tabla 3. Régimen contributivo

| EPS | Total afiliados | PQRD enero de 2018 | Número de quejas por cada 1.000 afiliados* |
|---|-----------------|--------------------|--|
| CRUZ BLANCA | 492.236 | 1.539 | 3,12 |
| SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S | 907.858 | 1.653 | 1,82 |
| COOMEVA | 2.360.046 | 3.890 | 1,65 |
| MEDIMÁS | 3.454.706 | 4.825 | 1,40 |
| COMFENALCO VALLE | 239.611 | 304 | 1,27 |
| SALUD TOTAL | 2.647.493 | 3.072 | 1,16 |
| SALUD VIDA | 78.790 | 91 | 1,15 |
| NUEVA EPS | 3.472.740 | 3.734 | 1,08 |
| COMPENSAR | 1.412.364 | 1.495 | 1,06 |
| FAMISANAR | 2.061.013 | 2.011 | 0,98 |
| SANITAS | 2.245.950 | 1.717 | 0,76 |

| | | | |
|----------------------|-------------------|---------------|-----------------------|
| ALIANSA SALUD | 210.963 | 100 | 0,47 |
| SURA EPS | 2.783.052 | 1.272 | 0,46 |
| Total general | 22.366.822 | 25.700 | Promedio: 1,26 |

Fuente: Bogotá te escucha. Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, (2018)

Tabla 4. Régimen subsidiado

| EPS | Total afiliados | PQRD enero de 2018 | Número de quejas por cada 1.000 afiliados* |
|--------------------------|-----------------|--------------------|--|
| ECOOPSOS | 298.699 | 362 | 1,21 |
| COMFACUNDI | 129.937 | 135 | 1,04 |
| CAPITAL SALUD | 1.160.496 | 1.150 | 0,99 |
| CAJACOPI | 839.992 | 812 | 0,97 |
| MEDIMÁS | 1.061.336 | 901 | 0,85 |
| SAVIA SALUD | 1.713.882 | 1.132 | 0,66 |
| COMFAMILIAR HUILA | 571.692 | 347 | 0,61 |
| CONVIDA | 554.479 | 334 | 0,60 |
| NUEVA EPS | 979.038 | 506 | 0,52 |
| COMPARTA | 1.756.925 | 901 | 0,51 |
| EMDISALUD | 462.910 | 219 | 0,47 |
| CCF SUCRE | 118.971 | 56 | 0,47 |
| COMFACOR | 568.092 | 263 | 0,46 |
| SALUDVIDA | 1.179.316 | 523 | 0,44 |
| AMBUQ | 848.952 | 282 | 0,33 |
| EMSSANAR | 1.925.498 | 606 | 0,31 |
| COOSALUD | 2.015.703 | 591 | 0,29 |

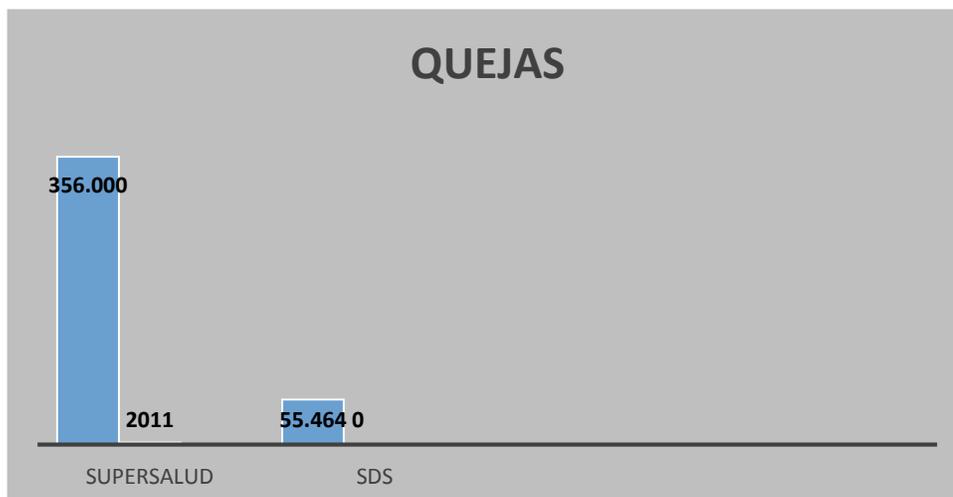
| | | | |
|--------------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------|
| ASMETSALUD | 1.922.582 | 535 | 0,28 |
| MUTUAL SER | 1.552.471 | 407 | 0,26 |
| COMFAMILIAR CARTAGENA | 183.569 | 44 | 0,24 |
| ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA | 475.168 | 72 | 0,15 |
| CAPRESOCA | 178.640 | 26 | 0,15 |
| COMFAMACHOCÓ | 168.770 | 24 | 0,14 |
| CCF GUAJIRA | 223.653 | 25 | 0,11 |
| PIJAOS SALUD EPSI | 81.685 | 8 | 0,10 |
| COMFAORIENTE | 117.806 | 10 | 0,08 |
| MALLAMAS | 311.212 | 25 | 0,08 |
| ANAS WAYUU | 181.238 | 13 | 0,07 |
| DUSAKAWI EPSI | 198.500 | 12 | 0,06 |
| CCF NARIÑO | 184.186 | 7 | 0,04 |
| Total general | 21.965.398 | 10.328 | Promedio: 0,42 |

Fuente: Bogotá te escucha. Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, (2018)

De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría Distrital de Salud, en el sistema de vigilancia y control, los motivos más relevantes son: las barreras para acceder a los servicios incluidos en el plan obligatorio de salud (POS); falta de trato humanizado, inconsistencia en la base de datos, asignación de cita o el tratamiento en sitios aislados al lugar de residencia del ciudadano y la demora en el inicio de los tratamientos prioritarios y para las enfermedades de alto costo.

Según el Sistema de Información Distrital de Barreras de Acceso (SIDBA), de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), entre el año 2008 y el 2011, se reportaron 55.464 reclamos a las aseguradoras, que atienden aproximadamente 1'278.000 afiliados del régimen subsidiado.

Gráfica 4. Quejas de la Supersalud y Secretaria Distrital de Salud

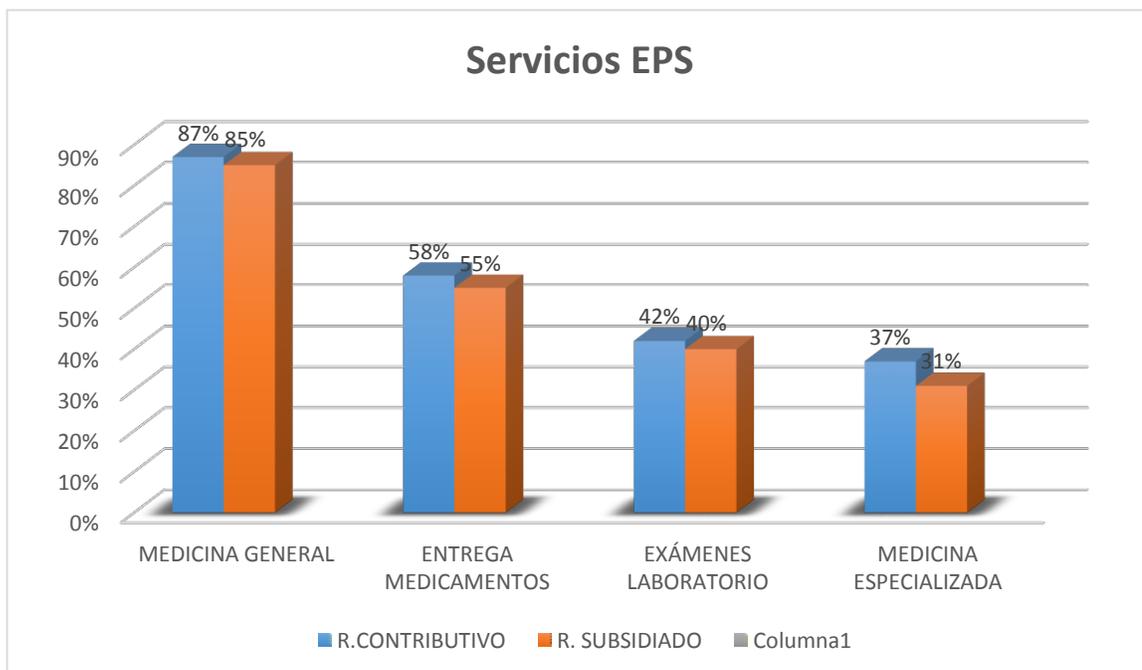


Fuente: Bogotá te escucha. Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, (2018)

El Ministerio de Salud 2018, tiene como función: dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento. En el Informe de Resultados del Estudio de Evaluación de los servicios de las EPS (2014) por parte de los usuarios en el régimen Contributivo y Subsidiado realizado por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, se encontró que:

Respecto a los servicios más demandados de las EPS son; medicina general (87% para el Régimen Contributivo y 85% para el Subsidiado), entrega de medicamentos (58% y 55% respectivamente), exámenes de laboratorio (42% y 40%) y medicina especializada (37% y 31%).

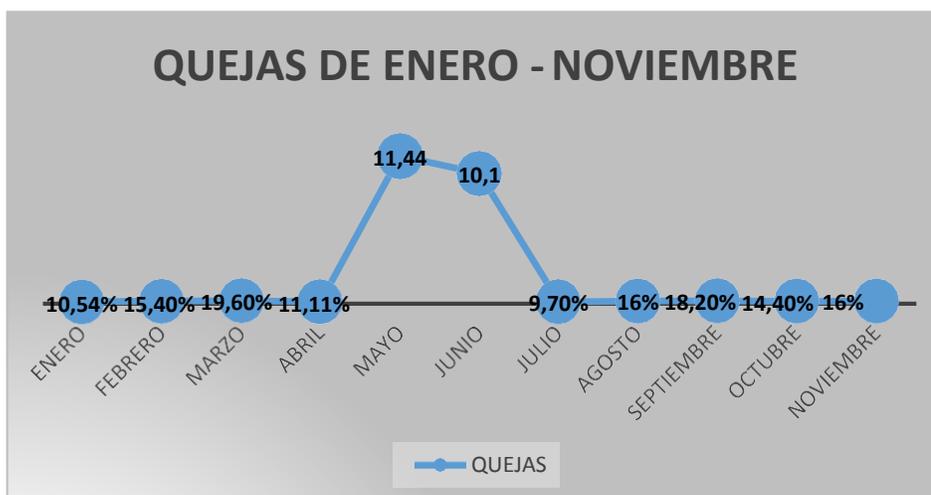
Gráfica 5. Demanda de servicios EPS Régimen Contributivo y Subsidiado 2018



Fuente: Bogotá te escucha. Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, (2018)

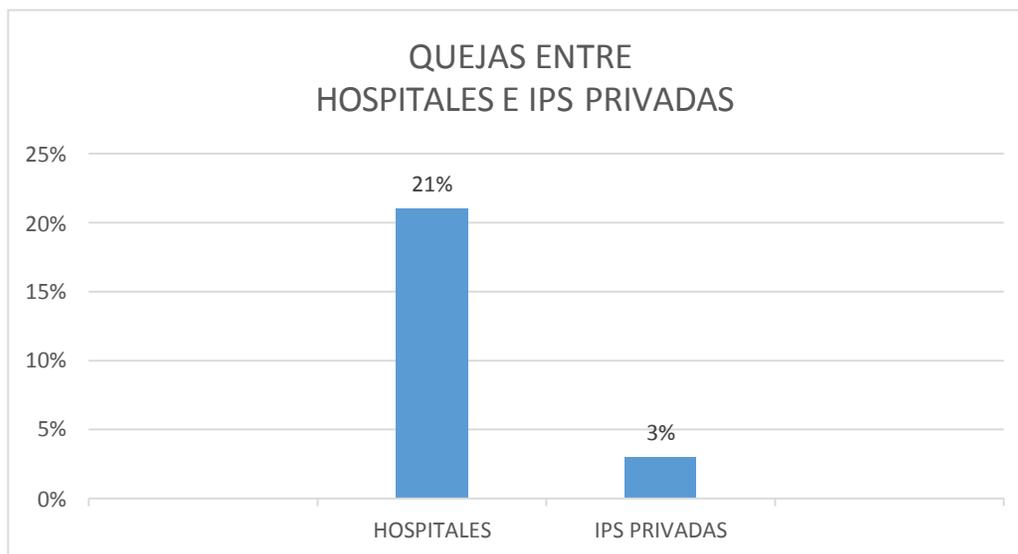
En la Gráfica 6, se presenta el Informe de Peticiones, Quejas y Reclamos del periodo correspondiente al 2017.

Gráfica 6. Quejas de Enero-Noviembre 2017



Fuente: Bogotá te escucha. Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, (2017)

Gráfica 7. Quejas de Hospitales E.S.E., IPS Privadas, 2018



Fuente: Bogotá te escucha. Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, (2018)

Las quejas en los servicios de salud se presentan por la inconformidad del usuario frente a la atención recibida. Las posibles causas de las quejas no son las mismas en hospitales públicos e IPS privadas; de acuerdo con datos estadísticos de la Secretaría Distrital de Salud 2016 y 2018 las quejas más recurrentes se presentan en los hospitales públicos.

Esto se presenta porque no cumplen con los estándares de calidad, por falencias en la prestación de los servicios, déficit en la resolutivez en las necesidades de los pacientes. Reflejado en los siguientes aspectos:

Según datos de la Veeduría Distrital (2016), se localizan en los Hospitales de Santa Clara, Vista Hermosa, Suba, donde se identificaron varias fallas en la prestación de servicios, pues no cumplen con estándares de calidad y atención de consulta externa.

Por otro lado, la atención deshumanizada, o extralimitación y abuso de responsabilidades, los más reiterados son los hospitales de: Suba, Tunal, Simón Bolívar y Kennedy.

No oportunidad para servicios ambulatorios en los hospitales: Tunal, Kennedy y Rafael Uribe.

De acuerdo a información del Ministerio de Salud 2018, del Informe de Resultados del Estudio de Evaluación de los servicios de las EPS (2014). Se presenta inconformidad de los siguientes servicios; Medicina general (87% para el Régimen Contributivo y 85% para el Subsidiado), entrega de medicamentos (58% y 55% respectivamente), exámenes de laboratorio (42% y 40%) y medicina especializada (37% y 31%).

Para la Supersalud según datos estadísticos del 2018, el mayor número de peticiones, quejas, reclamos o denuncias (PQRD) por EPS fue para el régimen contributivo con una totalidad general de 22.366.822 y para el subsidiado 21.965.398. Donde reclaman en general un servicio deficiente, una restricción en el acceso a los servicios, insatisfacción en las respuestas administrativas, inoportunidad en la asignación de citas médicas con especialistas e inoportunidad para la prestación de servicios de imágenes de imagenología y demora en referencia y contrareferencia.

Conforme al más actual informe de la Supersalud de estadísticas de quejas y reclamos y reclamos de pacientes hacia las EPS para el mes de mayo del presente año, se encontró que los ciudadanos interpusieron 56.145 quejas, de las cuales 35.684 son del régimen contributivo, semejante a un 63%, en cambio en el subsidiado se recibieron 15.828 quejas, lo cual es un 28% del total.

Lo cual no es normal, pues según datos de la Supersalud, si se tiene en cuenta que el régimen contributivo tiene una cobertura de afiliaciones aproximadamente de 21 millones de Colombianos, lo que quiere decir que atiende a menos usuarios que el régimen subsidiado

En la gráfica 8, se presenta las quejas 2018 por EPS primer trimestre, donde el mayor número de reclamos fue contra Capital Salud, la aseguradora del Distrito (1.093 quejas). Le siguen Colsubsidio del subsidiado (1.053), Humana Vivir (673), Ecoopsos (391), Solsalud (274), Salud Córdor (222), Caprecom (216) y Unicajas (172). Donde se evidencian datos altos de inconformidades direccionadas hacia Capital Salud EPS.

Es importante aclarar que las quejas, peticiones, reclamos y denuncias de los usuarios ante el Sistema de Salud tienen la misma funcionalidad, esta consiste en garantizar los servicios de salud, de acuerdo con la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que sea competencia de cada entidad. Estas peticiones se pueden presentar ante los entes reguladores ya sea como interés particular o general.

De acuerdo con los Lineamientos para registro de Peticiones Sistema Distrital de quejas y soluciones SDQS, de la Secretaria Distrital de Salud (2018), la diferencia entre peticiones, quejas y reclamos es la siguiente:

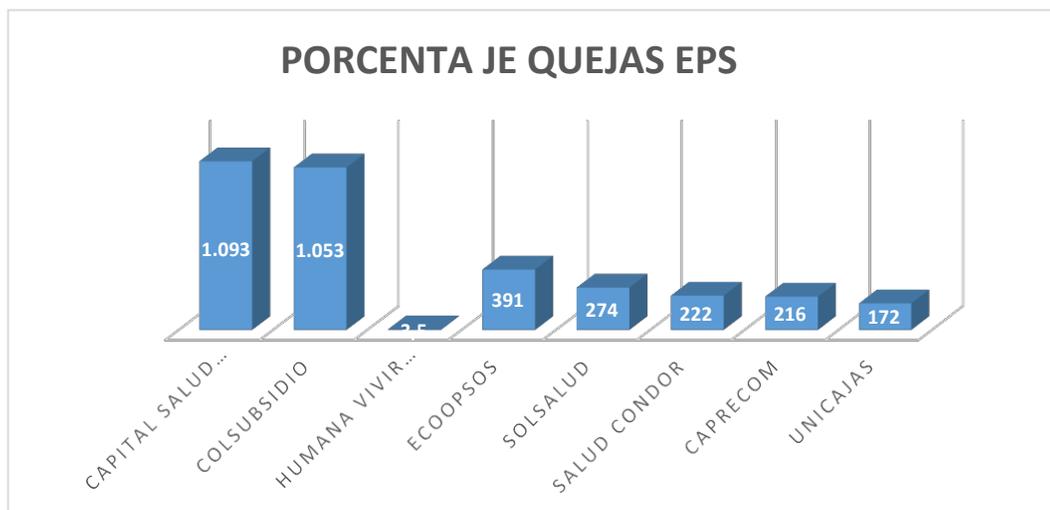
Petición de interés particular: Solicitud para la prestación de un servicio para suprimir una necesidad de interés individual.

Petición de interés general: Solicitud de persona o comunidad frente a un servicio para suplir necesidades a nivel comunitario.

Queja: Manifestación de una persona frente a una condición que cree irregular de uno o varios servidores del sector público en desarrollo de su rol.

Reclamo: Derecho que posee toda la población de reclamar una solución de una inadecuada prestación de un servicio, ya sea por un motivo particular o general.

Gráfica 8. Quejas por EPS 2018



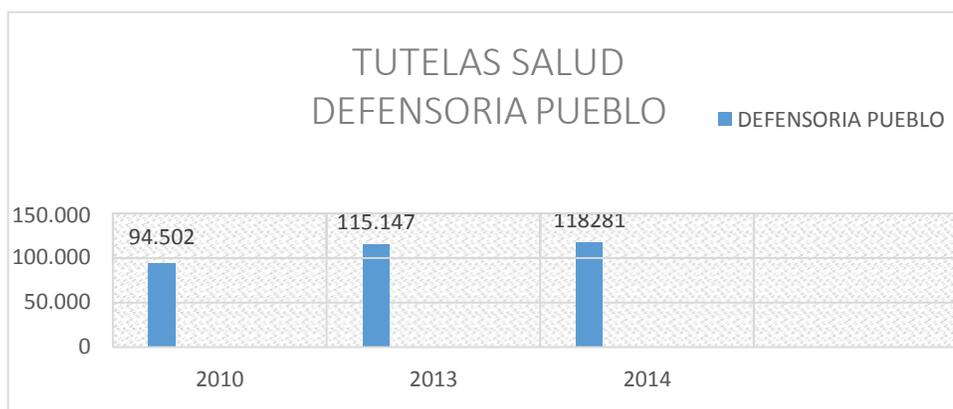
Fuente: Bogotá te escucha. Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, (2018)

Según lo evidenciado la mayoría de inconformidades de EPSS están guiadas hacia Capital Salud, puesto que los usuarios manifiestan inoportunidad de los Servicios, desinformación, flujos de comunicación inadecuados, que impiden visualizar y solucionar las dificultades presentadas del Sistema de Salud.

Se puede complementar el párrafo anterior exponiendo un informe, preliminar, de la Defensoría del Pueblo(2015) quien advierte un incremento sostenido en el número de tutelas para el sector salud, que para 2014 alcanzó un total de 118.281, un 23,7% del total de este tipo de acciones jurídicas interpuestas por los colombianos. Dando a entender que la inconformidad de los usuarios frente al sistema de salud está en incremento progresivo.

Según datos consolidados de la Defensoría del Pueblo, en el 2010, se presentaron 94.502 acciones de tutelas en salud y en el 2014 el número aumentó un 25,2%. Esta cifra sigue en aumento ya que no hay cambio positivo al contrario, ha venido creciendo la desconfianza e inoportunidad del servicio.

Gráfica 9. Tutelas Salud Defensoría del Pueblo, 2018



Fuente: Defensoría del Pueblo (2018) <http://www.defensoria.gov.co/>

En el año 2013 se registraron 115.147 acciones de tutela en materia de salud. En el 2014 el incremento fue de 2,7%. Esta situación es llamativa porque el 70% de las solicitudes de los ciudadanos, están relacionadas con solicitudes de servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Esto significa que son beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

La Defensoría del Pueblo recomendó a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), el cumplimiento tanto en la normatividad como en la ética, garantizando que la prestación de los servicios de salud POS, se den de manera oportuna. Y así mismo se evite que los jueces de la República sean los que, por medio de fallos de tutela, concluyan coadministrando la salud. (Defensoría del pueblo, 2015).

Durante los últimos años, se ha fortalecido el proceso de análisis de situación de calidad en salud, que permite la formulación de un Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad, el cual pretende que la calidad de gestión sea entendida como: la forma de asegurar dinámicas permanentes de ajuste, mejora e innovación en todo el Sistema de Salud y Protección Social.

Este monitoreo es necesario realizarlo de manera continua, garantizando que se analicen las fallas en el Sistema y se creen planes de acción, que mitiguen las dificultades, con el fin que los ciudadanos vuelvan a creer y recuperen la confianza perdida del Sistema de Salud.

Existen problemáticas en las mediciones realizadas a los usuarios para valorar la calidad de salud en el país. Estas surgen porque no se identifican inquietudes y expectativas de los ciudadanos. Si se tuviera una mayor participación social de los mismos se tendría una información útil para crear instrumentos que arrojen las valoraciones de los usuarios frente al Sistema de Salud e implementar acciones de mejora.

2. La Comunicación como proceso

Se aborda esta temática como instrumento para determinar cómo influye la comunicación en el proceso de interacción entre equipo de salud y pacientes y para resolver la pregunta ¿Cómo recuperar la confianza de los pacientes hacia el sistema de salud?

Según Cabello, la pérdida de confianza del público en los servicios de salud se da por la insatisfacción de los pacientes hacia sus médicos. (Cabello, 2001).

El equipo de salud no solo debe cumplir con los parámetros de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Otros factores como la empatía y la escucha, deben tenerse en cuenta. Como bien lo señala Domínguez, (2014) es más relevante el arte de escuchar y la habilidad para interactuar con los usuarios en el sistema de salud.

Por lo anterior, es tan relevante el tema de la comunicación, pues como lo manifiesta Restrepo, (1995), la comunicación es un concepto extenso y existen diversas definiciones de él. No es un proceso lineal y no se puede reducir a una relación causa efecto. El ser humano está construyendo permanentemente sentidos e interpretaciones. Este proceso se puede considerar como una red multidimensional, donde varios sucesos se dan simultáneamente.

La comunicación es un proceso dinámico integrado sincrónicamente que construye mensajes y se les da un sentido (Restrepo, 1995). Para este autor, la comunicación es un proceso de construcción donde se trasmite un mensaje se comunica y se otorga significado a través símbolos lingüísticos, no verbales, pictóricos o anotaciones. Esos símbolos se organizan, seleccionan e interpretan previamente a la transmisión del mensaje (Asunción-Lande, 1986).

Según Asunción Lande (1986), la comunicación es una parte primordial de la existencia humana, pues por medio de ella podemos interactuar y percibir de la realidad. La comunicación difiere entre culturas y nos posibilita resolver problemas (Lande, 1986).

Forero (2011) refiere que la comunicación, de acuerdo con a la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIIC), es como una producción común de sentido, sobre la realidad sociocultural, que está compuesta por un campo de configuración de nociones, visiones, percepciones, intenciones, operaciones y acciones comunes, que se construyen y se configuran nuevamente en otras.

La comunicación se ha abordado, a lo largo del siglo XX, por distintas disciplinas como: filosofía, semiótica, lingüística, psicología, sociología y las ciencias físico-matemáticas. Este abordaje multidisciplinar ha llevado a considerarla como “ciencias de la comunicación” (Herscovici, 1998) citado por Di Paolo. Para el desarrollo del campo de la comunicación es necesario la interdisciplinaridad, pues hay agujeros epistemológicos que la han debilitado como una disciplina que produce conocimiento (Di Paolo, 2011).

Pereira, citado por García, (2014) menciona que: la comunicación se ha estudiado desde varios enfoques, tanto inter como transdisciplinar, pues es un fenómeno que se puede analizar desde distintas ópticas y enfoques, porque de acuerdo con Pereira, la comunicación no puede ser

limitada en los márgenes de compartimiento disciplinario.

La comunicación es un campo de conocimiento que posibilita comprender y explicar los diferentes niveles de interacción y de significación desde una percepción: social, cultural, ética, política, estética y económica (Pereira, citado por García, 2014).

Benoit, citado por García (2014), considera que el acto de comunicar entre dos personas se da cuando las dos partes comprenden el signo. Autores como West y Turner, citados por García (2014), mencionan que la comunicación es un proceso social en el cual los individuos utilizan símbolos para establecer e interpretar el significado de su entorno.

La comunicación es una práctica cotidiana que todos experimentamos. Según Montes (1983) “la comunicación es un fenómeno complejo, ya que es un hecho social; pero es también una categoría que tiene que ser elaborada teóricamente y definirse como proceso con elementos, estructura, relaciones, dinámica”. (p.15).

La comunicación, como fundamento de la interacción social, es el mecanismo que ha hecho posible la existencia de lo que llamamos sociedad. Es el principio básico de la organización social, y como tal, es requisito indispensable para las relaciones sociales. Todo ello pone de manifiesto que la comunicación, antes que nada, es un proceso social articulado en torno al fenómeno de compartir, de poner en común, de vincular (García, 2006).

2.1 La Interacción

Este concepto se abordó porque es parte del concepto de la comunicación y puede servir de herramienta para elucidar cómo se construyen y cómo se llevan a cabo, las relaciones entre paciente e institución salud.

La interacción es el escenario de la comunicación, no existe una sin la otra. La interacción

se puede entender como:”«el intercambio y la negociación del sentido entre dos o más participantes situados en contextos sociales”. También se puede decir que “en la interacción social, el acento está puesto en la comunicación y la reciprocidad entre quienes promulgan, utilizan y construyen los códigos y las reglas” (García, 2006).

Facchini, (2004) menciona que: la interacción comunicativa medico paciente es primordial, ella establece el vínculo básico y constituye la piedra fundamental de toda acción terapéutica. En el enfoque centrado en el paciente, el rol del paciente en el sistema sanitario debe ser activo en el proceso y en su situación de salud. Hay que tener en cuenta también que parte de la relación médico paciente está supeditada por dependencia o autonomía (Facchini, 2004).

Fachini (2004), Inda (2002), Bascuñam (2005) y Jovell (2006) señalan que la interacción entre el paciente y la institución médica, deben ser compartidas y negociadas. Por lo tanto, las dos partes deben tener la capacidad de tomar decisiones y de dar curso a la intervención de manera articulada. En la relación dinámica los roles varían en el tiempo. Cualquiera sea el modelo que se adopte, el énfasis debería estar en el paciente, donde él tome sus propias decisiones, sea autónomo y asuma un rol protagónico.

En la interacción, cada interlocutor intenta adaptarse al comportamiento y expectativas del otro. La interacción implica el establecimiento de reglas, normas y dinámicas compartidas, (García, 2006). En la interacción la percepción, comunicación y el ambiente representan una secuencia de comportamientos verbales y no verbales dirigidos a un objetivo. En la interacción las personas se perciben y juzgan mutuamente. (García, 2006).

Caballero (2005) cita a King Imogene (1990), para priorizar que la interacción es un proceso de percepción y comunicación entre una persona y su entorno o entre dos sujetos. Esta interacción multidireccional construye una experiencia de aprendizaje, en donde dos personas

Interactúan para: encarar un problema, favorecer la evolución y buscar formas de adaptarse a la situación.

2.2 La teoría de Juegos

La teoría de los juegos se expuso por el interés que surgió de esclarecer el comportamiento del médico - paciente y en general del sistema de salud, en interacciones de cooperación y no cooperación y como estas interacciones influyen como cimientos, para el inicio de la recuperación de la confianza de los pacientes en el sistema de salud, que está tan quebrado hoy día.

La teoría de juegos estudia las interacciones estratégicas. Las interacciones estratégicas son aquellas en donde los pensamientos y el comportamiento de los individuos que interactúan, codependen. Todo juego tiene; jugadores, estrategias, reglas y resultados. (Setién, 2015).

Existen dos tipos de juegos: juegos cooperativos y no cooperativos (competitivos). En el tipo de juego cooperativo, se estudia lo que acontece cuando los jugadores llegan a un acuerdo entre ellos, acerca de las estrategias que van a elegir buscando el beneficio mutuo. En el tipo de juego no cooperativo (competitivo), se examina lo sucedido cuando no es posible cooperar y cada jugador elige su estrategia de forma individual, egoísta, (Setién, 2015).

A continuación se abordará el dilema del prisionero para que desde una interacción a base de la cooperación se logren buscar herramientas para escapar al dilema del prisionero y estas interacciones sean más funcionales y beneficiosas para los jugadores.

Según Axelrod, (1986), en los dilemas del prisionero, hay un juego obligatorio entre dos agentes, que implica; costo, pérdida y la toma de una decisión. Que se da por medio de la interacción entre los jugadores.

A su vez el dilema del prisionero nos señala que los jugadores competitivos no pueden resolver su dilema explotándose, por turnos, el uno al otro. En esta situación, los dos tienen iguales probabilidades de explotar y ser explotados, esto no suministra a los jugadores los mejores resultados. La cooperación, entre jugadores competitivos, que están en situación de dilema del prisionero, es posible cuando entre ellos se incrementa las posibilidades de encontrarse en el futuro. (Axelrod, 1986).

Se hablará de la cooperación porque en la interacción médico paciente deben haber unos acuerdos mínimos, en donde se deposita una confianza en el otro. Donde el paciente o el médico traicionasen al otro los dos perderían.

En los juegos de cooperación la reciprocidad es importante. Esto quiere decir que los jugadores actúan con la misma intensidad y calidad. Axelrod, (1986) nos indica que si un jugador coopera tiene derecho por consiguiente a cobrar la ayuda en el mismo valor.

Entonces los jugadores competitivos, pueden optar por una de dos alternativas, a saber cooperar o no hacerlo. El dilema del prisionero se presenta cuando ninguno de los dos coopera y ambos salen perjudicados.

Por su parte en el concepto de juegos de suma cero o teoría de juegos no cooperativos, un **juego de suma cero** plantea un escenario en el que la ganancia o pérdida de un participante se compensa con las pérdidas o ganancias de otros participantes. Sumando la totalidad de las ganancias de los participantes y restando por consiguiente las pérdidas totales, el resultado sería cero.

Es importante mencionar este ejemplo de suma cero, pues en la interacción médico paciente emergen este tipo de juegos, y para que se beneficien los jugadores debe haber cooperación y no competencia.

Aplicando este concepto en el sector salud, se puede mencionar a Porter (2007) y Teisberg (2009) citados por Martínez (2013), quienes aluden que en el sector salud, así haya un aumento de los costos en la atención médica, el precio del servicio no acrecienta. Como consecuencia de que las políticas de la misma se encaminan hacia una competencia de “suma cero”.

Uno de los motivos es que el sector salud está enfocado a reducir los costos totales en la atención y la ganancia, por consiguiente para un actor del sistema se da a costa de otros, con un coste administrativo adicional.

Otra situación es que los prestadores, en vez de buscar el progreso en la atención, por el contrario compiten por planes de salud, por un mayor flujo de pacientes. También para captar influencia y generar poder frente a demás actores del sistema.

Desde aquí surge el problema, pues si los prestadores del sistema de salud tienen sus propios intereses económicos, eso influye en la interacción médico paciente, pues a si mismo los profesionales de la salud deben seguir unas reglas y normas que el sistema les impone y como consecuencia se torna una interacción rígida.

¿De qué depende que no se de este tipo de juegos de suma cero en la interacción equipo de salud paciente?, en que los jugadores se unan para resolver los problemas sin pensar en los propios intereses y beneficios. Pues como lo menciona Porter (2007) y Teisberg (2009), el monto en medicina surge en una competencia en el nivel de malestares específicos, con apreciaciones y tratamientos especializados, lo que contribuye a una competencia de “suma positiva” en la cual, los jugadores en este caso los prestadores del sistema de salud, compiten para ser los mejores en la conducción completa de un determinado conjunto de dificultades presentadas (Martínez, 2013).

Lo anterior para que finalmente se pueda lograr recuperar la confianza de los pacientes hacia el sistema de salud que se ha ido perdiendo de manera progresiva.

2.3 Peticiones, Quejas y Reclamos

Según fuente de la Secretaria Distrital de Salud (2018). La línea “Salud para Todos” “es una nueva estrategia de atención creada por la Secretaría Distrital de Salud, a la cual se puede acceder marcando el teléfono 3649666. El componente principal de esta iniciativa, conocido como línea del Derecho a la Salud, está orientado a mejorar el acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable. Está basado en el cumplimiento de la normatividad vigente como Ley estatutaria en salud 1751 de 2015, el Decreto 4747/07 y la Resolución 3047/08 que obliga a las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios (EPS-IPS) a realizar los procesos administrativos sin que se traslade al paciente o a su acudiente.” (p.2).

De acuerdo con la experiencia en la Línea Salud para Todos, de la Dirección de Servicio al Ciudadano, de la Secretaria Distrital de Salud, las historias narradas por los usuarios señalan que el sistema confunde y desinforma. Mencionan que: la información no está ordenada, de igual manera, no son claros los procesos administrativos ni hospitalarios, el lenguaje es muy técnico y no explican al usuario ni dan recomendaciones. Indican que los ponen a “voltear” de un lado para el otro.

Los usuarios manifiestan con frecuencia que lo que está bien del sistema debe continuar así, y mejorar lo que no funciona, indican que el canal telefónico para solicitud de servicios de salud presenta muchas dificultades y no es posible acceder a él de manera satisfactoria. A su vez declaran que no todos conocen de tecnología, ni cuentan con los recursos para el acceso telefónico.

Por otro lado, los usuarios sugieren ser informados de los cambios que se realizan en el Sistema, para que no sean tan traumáticos y se puedan adaptar fácilmente.

De acuerdo con las manifestaciones de los usuarios y datos arrojados en la presente investigación, se llega a la conclusión, que la mayoría de las inconformidades del Sistema de Salud se originan en las barreras en la comunicación. Las mismas se dan por la rigidez del sistema, la cual no posibilita que la relación médico paciente fluya y los jugadores generen estrategias y reglas en torno al mismo fin. La idea es que dentro de esa interacción haya un juego de cooperación y no de competencia. Por ello es de suma importancia que tanto el médico como el paciente lleguen a acuerdos y busquen el beneficio mutuo. Pues como lo menciona (García 2006), la interacción es un intercambio y negociación entre dos o más participantes.

A su vez aportando a lo anterior se puede decir que dentro de las barreras que se producen en la comunicación, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos; carencia en la capacidad de escucha, lenguaje inapropiado, imposibilidad para generar cercanía y no resolutiveidad de los problemas de los usuarios. Como lo refiere Fachini (2004) la interacción comunicativa médico paciente es primordial y posibilita el vínculo básico.

Las barreras de comunicación se pueden resolver en coherencia con el trabajo de grado; ¿Cómo recuperar la confianza de los pacientes hacia el sistema de salud?, por medio del trabajo en red, para que en el equipo de salud se manejen los mismos flujos de información. Se sugiere se actualicen constantemente los portafolios de servicios, de acuerdo a los cambios del sistema y se fortalezcan todos los medios de comunicación expuestos al usuario.

Otras situaciones frecuentes manifestadas por los usuarios de acuerdo a la investigación de los diferentes entes de control como: la Superintendencia Nacional de Salud, la Secretaria Distrital de Salud y el Ministerio de Salud, se relaciona con el trato deshumanizado, por lo que es tarea de cada funcionario público de las entidades de salud, fortalecer el proceso comunicativo y de interacción, que se genera desde el contacto inicial con los pacientes. Como lo menciona

(Restrepo, 1995), la comunicación es un proceso dinámico, integrado sincrónicamente, que construye mensajes y se les da un sentido.

La interacción es fundamental para indagar y conocer a la persona con la que se está tratando, el diálogo y la capacidad de escucha, permiten conocer, que piensan y que posición tienen los usuarios frente al sistema de salud. La interacción además permite que se generen acciones y estrategias encaminadas a resolver problemas y llenar las expectativas de las personas que acceden al servicio de salud.

En la actualidad, la mayoría de Instituciones de Salud en general, implementan un proceso comunicativo mecánico y lineal, que no permite una adecuada interacción entre miembros, incrementando la insatisfacción y la falta de credibilidad frente al sistema.

La atención en salud no puede ser rígida, todos los pacientes que se tratan son diferentes y no pueden recibir el mismo trato. No todos los usuarios entienden el lenguaje técnico relacionado con la medicina, en general, se debe fortalecer en la manera como estamos direccionando a los usuarios. A su vez no todos entienden los protocolos hospitalarios ni los procesos. El personal debe ser explícito y brindar claridad a las personas en este aspecto.

Desde ahí nace la brecha entre el equipo de salud y el paciente, desde la dificultad para hacerse entender, y brindar la información correspondiente.

Las personas, además de consultar por salud, necesitan información adicional y relaciones de apoyo. Requieren de ser escuchados y que sientan son importantes para la Institución Salud. Se debe tener en cuenta factores no solo físicos sino psicológicos, sociales y culturales del paciente.

Es importante que los pacientes perciban, que para la recuperación de su malestar, es necesario un trabajo de cooperación. El vínculo que se genere debe ser más cercano, para cumplir

una meta en común y esta a su vez, es la piedra fundamental en la acción terapéutica.

Es significativo recuperar la confianza de los ciudadanos en el Sistema de Salud, y esto se logra, reconociendo inicialmente que el sistema actualmente no funciona y que se deben generar cambios drásticos que resuelvan al usuario sus necesidades y satisfagan sus expectativas entre ellas la no vulneración de derechos y que lo normado realmente se cumpla.

Se dejan expuestas unas posibles herramientas que pueden contribuir a fortalecer la interacción médico paciente y a recuperar la confianza perdida en el sistema de salud.

Se debe reestructurar el pensamiento de ganar de manera individual y de pensar en intereses propios.

En la interacción entre médico paciente debe haber una retribución bilateral y una cooperación, donde el médico - paciente sea consciente de sus acciones y de querer cooperar. donde se lleguen a acuerdos y se generen acciones para cumplir los mismos intereses, donde se afronten los problemas.

Se deja expuesta esta problemática de salud pública, con el objetivo de generar reflexión y análisis. Se desarrollen otros planteamientos que favorezcan el progreso futuro de esta temática de investigación. Se contribuya a recuperar la confianza y credibilidad de los pacientes en el sistema de salud, por medio de la cooperación y trabajo en red en torno a los mismos objetivos y metas, para que tanto el personal en salud como los pacientes se beneficien.

Referencias Bibliográficas

- Aguirre-Gas, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública de México*, 32(2), 170-180.
- Alvarez Quintana, J. A., & Hoyos Almanza, A. E. (2012). Evaluación de la satisfacción de los usuarios de EMDISALUD que asistieron al servicio de consulta médica en el primer nivel de atención de la ESE Hospital Antonio Roldan Betancur Apartado en Octubre de 2008 (Disertación Doctoral). Recuperado de: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/309/2/Evaluacion%20de%20la%20satisfacion%20usuarios.pdf>
- Asunción-Lande, N. (1986). Comunicación intercultural. *La comunicación humana ciencia social*. México DF: Mc-Graw Hill.
- Axelrod, R. (1986). *La evolución de la cooperación: el dilema del prisionero y la teoría de juegos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bardin, L. (1991). *Análisis de contenido*. Ediciones Akal. Recuperado de: https://books.google.com.co/books/about/An%C3%A1lisis_de_contenido.html?hl=es&id=IvhoTqll_EQC&redir_esc=y
- Bascuñán, R., & Luz, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile*, 133(1), 11-16.
- Blasco Hernández, T. & Otero García, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *Nure* (33). Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/408/399>
- Bogotá te escucha (2018). Sistema Distrital de Quejas y Soluciones [SDQS]. Recuperado de: <http://www.bogota.gov.co/sdqs>
- Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. *Revista ieRed: Revista*

Electrónica de la Red de Investigación Educativa, 1(1), 1-18.

Cabello Morales, E. (2001). Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente?. *Revista médica herediana*, 12(3), 96-99.

Correa, L. A. V. (1996). Ética en la gestión de los servicios de salud. *Iatreia*, 9(2), 76-82.

Daza de Caballero, R., Torres Pique, A. M., & Prieto de Romano, G. I. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Index de Enfermería*, 14(48-49), 18-22.

Defensoría del Pueblo. (2015). *Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud*. Recuperado de: <http://www.defensoria.gov.co/>

Degenne, A. (2009). Tipos de interacciones, formas de confianza y relaciones. *Redes: Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 16 (1). 62-91. Recuperado de: <http://revistes.uab.cat/redes/article/view/v16-n1-degenne/365-pdf-es>

Di Paolo, B. (2011). La Investigación Mediológica: Reflexión Epistemológica En La Construcción Del Campo Comunicacional: La Complejidad como condición y posibilidad. *Razón y Palabra* (77). Recuperado de: http://www.razonypalabra.org.mx/varia/77_1A%20PARTE/08_DiPaolo_V77.pdf

Facchini, M. (2004). Cambio de conductas en tratamientos de larga duración: Relación médico- paciente. *Medicina (Buenos Aires)*, 64(6), 550-554.

García, M. R. (2014). El papel de las teorías de la comunicación en la construcción del campo académico de la comunicación. Reflexiones desde la historia, la epistemología y la pedagogía. *Correspondencias & Análisis*, (4), 239-259.

García-Rodríguez, F. M., Becerra-Gálvez, A. L., Lugo-González, I. V., & Reynoso-Eraza, L. (2013).

Satisfacción percibida por los pacientes oncológicos en relación con el personal médico. *Rev Hosp Jua Mex*, 80(3), 155-162.

Giacomantone, O., & Suárez, I. B. (2009). Profesionalismo médico, su relación con la educación médica del siglo XXI. *Educación médica permanente*, (1).4-18. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8517/profesionalismo_medico.pdf;jsessionid=24DC5382FC7A783C8B4310FB35AB1C08?sequence=1

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

Hernández, G. P., & Garduño-Espinos, J. (1991). Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. *Salud Pública de México*, 33(6), 576-584.

Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2), 137-143.

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

Inda, I. G. (2002). La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. In *Invertir para la salud: prioridades en salud pública: informe SESPAS 2002* (pp. 567-580). Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

Jaramillo Echeverri, L. G., Pinilla Zuluaga, C. A., Duque Hoyos, M. I., & González Duque, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index de Enfermería*, 13(46), 29-33.

Jovell, A. J., Rubio, M. D. N., Maldonado, L. F., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el

sistema sanitario. *Atención primaria*, 38(4), 234-237.

Lara, J. R. L., García, F. G., & Moral, R. R. (2007). Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. *Atención primaria*, 39(6), 291-297.

Lifshitz, A. (2004). IV. La enseñanza de la competencia clínica. *Gaceta médica de México*, 140(3), 312-313.

López Pavón, Y. I., Escobar, C. E. M., & Sirias Campos, J. M. (2016). *Satisfacción de los usuarios sobre la atención brindada en el servicio de fisioterapia de consulta externa, del Hospital Alemán Nicaragüense Agosto-Diciembre 2016* (Disertación Doctoral) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Martínez, O. (2013). Competencia en el sector salud entre juegos de" suma cero. *Acta Médica Colombiana*, 38(1).

Ministerio de Salud y Protección (2014). Informe de resultados, Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-resultados-eps-2014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección (2015). Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf)

Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*, 114(Supl 3), 26-33.

- Montes, E. (1983). Hacia una fundamentación de la comunicación como ciencia. *Signo y pensamiento*, (2), 12-15.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿ Cuáles son las habilidades efectivas?. *Revista médica de Chile*, 138(8), 1047-1054. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n8/art16.pdf>
- Restrepo, M. (1995). Comunicación para la dinámica organizacional. *Signo y pensamiento*, 14(26), 91-96.
- Restrepo, P. A. (1998). La formación en bioética: una alternativa de la relación médico-paciente. *Persona y bioética*, (3), 89-94.
- Rizo García, M. (2006). La interacción y la comunicación desde los enfoques de la psicología social y la sociología fenomenológica. Breve exploración teórica. *Anàlisi: Quaderns de comunicació i cultura*, (33), 045-62.
- Rodríguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4),
- Rodríguez, A. (2006). Modelos de la relación médico-paciente reflejo de la deshumanización de la salud. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 35(1), 55-62.
- Ruiz-Moral, R. (2007). Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 619-623.
- Saad Hossne, W.& Marques Filho, J. (2012). Relación médico paciente. *Revista Bioética* 23 (2), 301-310. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232069>
- Salas Forero, C. P. (2011). Estado del arte de la nueva comunicación estratégica en Iberoamérica y Colombia. *Signo y Pensamiento*, 30(59), 234-246.
- Salazar Maya, A.M. & Martínez de Acosta, C. (2008). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Avances en enfermería*, 26(2), 107-115.

Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12945/13664>.

Schiappacasse, E. F. (2003). Humanismo y medicina. *Oficina de Educación Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Chile.*

Secretaria distrital de salud. (2018). Lineamientos para registro de peticiones sistema distrital de quejas soluciones SDQS. Recuperado de:

[file:///C:/Users/fausuarios/Desktop/Manejo%20SDQS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fausuarios/Desktop/Manejo%20SDQS%20(1).pdf)

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2018). Recuperado de :

<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Lineasaludparatodos.aspx>

Setién Hernández, T. & Rodríguez Palmero, C.(2015). *El dilema del prisionero y la cooperación.*

[Trabajo de grado] Universidad de Valladolid, España. Recuperado de:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/15834/1/TFG-E-176.pdf>

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

Torres Domínguez, J.A. (2014). *La deshumanización de la relación clínica; la lucha por la autonomía.*(Trabajo de Grado). Universidad Autónoma de Xochimilco. Recuperado de:

https://www.academia.edu/10105240/La_deshumanizaci%C3%B3n_de_la_relaci%C3%B3n_cl%C3%ADnica_la_lucha_por_la_autonom%C3%ADa

Urióstegui, M. L. C., Avila-Martínez, I., Oliver-Márquez, J., Sumano-Catalán, M. (1993). Relación entre médico y paciente en la consulta externa de Unidades de Primer Nivel de atención médica. *Salud*

Pública de México.33 (6). 5765-584. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/106/10633604.pdf>

Velandia, F., Ardón, N., Cárdenas, J. M., Jara, M. I., & Pérez, N. (2001). Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. *Colombia Médica*, 32(1), 4-9.