

Artículos

Lógicas institucionales de la relación médico-paciente desde la percepción de los médicos: estudio desde el área de consulta externa en una IPS de primer nivel*

Institutional logics of the doctor-patient relationship from the physicians' perception: study from the outpatient consultation area in a first-level institution providing healthcare IPS

Lógicas institucionais da relação médico-paciente na percepção dos médicos: estudo a partir da área de consulta ambulatorial em uma instituição prestadora de cuidados de saúde IPS de primeiro nível

Viviana A. Gutiérrez-Rincón^a

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

vgutierrez@javerianacali.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4584-2370>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cao37.ildptp>

Recibido: 14 julio 2023

Aceptado: 02 julio 2024

Publicado: 28 agosto 2024

Diana Gil

Angiografía de Occidente S.A., Colombia

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Daniela Largacha

Institución Universitaria Colegios de Colombia, Colombia

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Resumen:

Este artículo tiene el propósito de comprender, a partir de las lógicas institucionales, los factores que hacen parte de la relación médico-paciente desde la percepción del médico, en el área de consulta externa de una institución de salud en la ciudad de Cali, Colombia. Se utilizó una metodología cualitativa de tipo exploratorio-descriptivo, por medio de 23 entrevistas a médicos generales, que fueron analizadas con el enfoque sistémico de datos cualitativos de la Teoría Fundamentada. La evidencia empírica permitió identificar los factores recurrentes e interrelaciones de las diferentes lógicas que intervienen en la relación médico-paciente, agrupándolas en cuatro dimensiones: médica, organizacional, social y educativa. La interacción entre todas las lógicas institucionales refleja la complejidad de la relación médico-paciente y la necesidad de gestionarla de manera multidireccional. Esta investigación contribuye a la literatura en gestión, más específicamente, las lógicas institucionales permitiendo dilucidar la percepción de uno de los grupos de actores involucrados en las actividades diarias que intervienen en la relación médico-paciente, como voces de las múltiples lógicas en competencia involucradas.

Códigos JEL: I10, L20

Palabras clave: Relación médico-paciente, lógicas institucionales, atención médica, médicos generales.

Abstract:

This article has the purpose of understanding, based on institutional logics, the factors that are part of the doctor-patient relationship from the physician's perception, in the outpatient consultation area of a healthcare institution in Cali, Colombia. An exploratory-descriptive qualitative methodology was used, through 23 interviews with general practitioners, which were analyzed with the systemic approach of qualitative data of the Grounded Theory. The empirical evidence allowed us to identify the recurring factors and interrelationships of the different logics that intervene in the doctor-patient relationship, grouping them into four dimensions: medical, organizational, social, and educational. The interaction between all institutional logics reflects the complexity of the doctor-patient relationship and the need to manage it in a multidirectional manner. This research contributes to the literature on management, more specifically the institutional logics allowing us to elucidate the perception of one of the groups of actors involved in the daily activities that intervene in the doctor-patient relationship, as voices of the multiple competing logics involved.

Code JEL: I10, L20

Keywords: Doctor-patient relationship, institutional logics, healthcare, general practitioners.

Resumo:

Este artigo tem como objetivo compreender, a partir das lógicas institucionais, os fatores que fazem parte da relação médico-paciente na percepção do médico, na área de consulta ambulatorial de uma instituição de saúde da cidade de Cali, Colombia.

Notas de autor

^a Autora de correspondencia. Correo electrónico: vgutierrez@javerianacali.edu.co

No desenvolvimento da pesquisa foi utilizada metodologia qualitativa exploratório-descritiva, por meio de 23 entrevistas com médicos generalistas, que foram analisadas com a abordagem sistêmica de dados qualitativos da Teoria Fundamentada nos Dados. A evidência empírica permitiu identificar os fatores recorrentes e as inter-relações das diferentes lógicas que intervêm na relação médico-paciente, agrupando-as em quatro dimensões: médica, organizacional, social e educacional. A interação entre todas as lógicas institucionais reflete a complexidade da relação médico-paciente e a necessidade de geri-la de forma multidirecional. Esta pesquisa contribui para a literatura de gestão, mais especificamente para as lógicas institucionais, permitindo elucidar a percepção de um dos grupos de atores envolvidos nas atividades cotidianas que intervêm na relação médico-paciente, como vozes das múltiplas lógicas concorrentes envolvidas.

Códigos JEL: I10, L20

Palavras-chave: Relação médico-doente, lógicas institucionais, cuidados de saúde, médicos de clínica geral.

Introducción

Un elemento considerado de carácter fundamental en la práctica médica es la relación médico-paciente. Esta relación es tan crítica que su valor terapéutico ha sido reconocido en las áreas de antropología médica, sociología médica y educación médica (Lazzaro-Salazar & Pujol-Cols, 2022). Y como toda relación interpersonal, la relación médico-paciente es compleja, dinámica y está constituida por múltiples factores.

A pesar de que esta relación vincula no solo a los médicos y los pacientes, sino también a otros actores como las instituciones de salud, la mayoría de estudios y mediciones de calidad se centran en el usuario (Guerrero et al., 2022; Lazzaro-Salazar & Pujol-Cols, 2022), lo que no ha permitido realizar una gestión multidireccional de la relación. La relación médico-paciente se ha ido deteriorando con el paso de los años, como exponen Escobar et al. (2020) cuando afirman que desde la década de 1990, con la reducción en la interacción de los médicos con sus pacientes, el diálogo se hizo menos fluido, esto a partir de las nuevas lógicas del mercado en la salud. Por su parte, Márquez (2014) plantea que la mercantilización de la salud lleva a los médicos a disponer de menor tiempo de atención con el paciente y restringir medicamentos o tratamientos de diagnóstico que no se encuentren cubiertos por sus planes de salud, en el caso colombiano el Plan Obligatorio de Salud (POS).

A la problemática descrita, se suma que, en todo proceso de atención, la relación médico-paciente es mediada por los procesos administrativos y de atención que debe seguir el médico a partir de diferentes lógicas institucionales, como las lógicas gerenciales y de mercado, que han cambiado los principios organizacionales, centrándose en temas como la planeación, los paquetes de servicios, la identificación de centro de costos (Scott et al., 2000). Por lógicas institucionales entendemos las prácticas, valores, creencias y reglas socialmente construidas, que guían las acciones de individuos y organizaciones (Thornton & Ocasio, 1999). La perspectiva de lógicas institucionales reconoce la existencia de múltiples fuentes de racionalidad en la sociedad, que pueden permitir o restringir la agencia de diferentes actores, la interrelación entre individuos, organizaciones e instituciones (Thornton & Ocasio, 1999).

Entre los factores estudiados que influyen en la relación médico-paciente, se identifica la dificultad en la comunicación, debido a que las organizaciones de salud y los médicos deben ajustar los procesos de atención y sus comportamientos a las lógicas gerenciales y de mercado. Estudios desarrollados en Colombia, sostienen que las causas de una competencia comunicativa debilitada se deben principalmente a que no se reconoce como un factor relevante en el ejercicio de la medicina entre el médico y el paciente (González et al., 2015). Estudios a nivel internacional han identificado una “limitada adquisición de las habilidades comunicativas necesarias para interactuar adecuadamente con el paciente y su entorno, además de limitar la capacidad para comprender el proceso salud-enfermedad” (Hernández, 2013, p. 255), por ejemplo, en Estados Unidos, la dificultad en la comunicación en la relación médico-paciente se reporta en el 70% de casos de insatisfacción en servicios de salud (Pornnirmal, 2015).

En este sentido, los retos que debe enfrentar el personal médico al desempeñar sus funciones profesionales son extensos, al tiempo que convoca múltiples factores que provienen de diferentes lógicas institucionales, que

coexisten, compiten y cooperan (Leotta & Ruggeri, 2022); incluidas las políticas públicas sobre la atención en salud, así como el avance de la tecnología y los nuevos conocimientos que día a día se generan, situación que pueden actuar en contra de la relación médico-paciente, propiciando una percepción de mala calidad en la atención y cuidado de la salud (Mejía & Romero, 2017).

Otros estudios muestran que la satisfacción del paciente está directamente relacionada con la satisfacción del médico tratante, toda vez que es él quien brinda el servicio directamente, por lo tanto, se identifica la necesidad de incluir las lógicas de los médicos nuevamente a la relación médico-paciente. García et al. (2002), sostienen que las organizaciones prestadoras de servicios de salud deberán considerar tanto la satisfacción del usuario como la de los profesionales implicados en el proceso, de lo contrario se obtendrá una opinión sesgada. No obstante, en Colombia la situación analizada por Pinilla et al. (2020), muestra que en muchas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) la percepción de satisfacción en el servicio se concentra en la visión del usuario “sin detenerse a evaluar los posibles inconvenientes a los que se ven enfrentados los profesionales de salud, que varían desde el tiempo de consulta, edad del paciente, antecedentes poblacionales, educación de los usuarios, regionalismos entre otros” (Pinilla et al., 2020, p. 8).

A pesar de las diversas investigaciones sobre los cambios de los modelos de atención y la relación médico-paciente, autores como Hidefall et al. (2023), argumentan que estos estudios pasan por alto el papel de las lógicas institucionales que pueden proporcionar diferentes perspectivas del marco institucional en el que se enmarcan los actores y sus acciones. En este sentido, sugerimos que la tensión entre diferentes lógicas puede influenciar las prácticas, creencias y comportamientos de los actores involucrados en la relación médico-paciente afectando la calidad en la prestación de los servicios de salud, por lo que se hace necesario gestionar esta relación desde un enfoque multidireccional.

Así, con esta investigación buscamos comprender los factores asociados a la relación médico-paciente, desde la percepción del médico, soportado en la teoría institucional desde el enfoque de lógicas institucionales, esto debido a que en los últimos años esta relación se ha centrado en el paciente y en las lógicas gerenciales y de mercado, dejando de lado las lógicas de los profesionales de salud, actores que intervienen en las actividades diarias de la relación médico-paciente. Para dar alcance a este objetivo, se selecciona el método de investigación de caso debido a su capacidad para proporcionar un análisis profundo y detallado de fenómenos complejos dentro de su contexto real (Eisenhardt, 1989; Yin, 2018). Este enfoque es particularmente adecuado cuando se busca comprender las dinámicas específicas, las interacciones y los procesos internos (Stake, 1995). Al centrarse en un caso específico, este método permite una exploración intensiva de variables contextuales y proporciona una comprensión más rica y matizada del tema en estudio (Creswell & Poth, 2018).

Marco Teórico

Lógicas institucionales

Thornton y Ocasio (1999, 2008) definen las lógicas institucionales en términos de prácticas, símbolos culturales, creencias, valores y reglas socialmente construidas que dan forma a las acciones de los individuos y las organizaciones, y pueden proveer identidad y significados a los actores, además de legitimidad. Cada orden institucional promueve su lógica, con principios organizativos que causan ciertas conductas que pueden entrar en conflicto con otras. Complementando esta definición, Scott et al. (2000) argumentan que las lógicas institucionales son las que direccionan, motivan y legitiman los comportamientos de actores en un campo, al mismo tiempo, un cambio de lógicas genera cambios en los tipos de resultados que se esperan, en las acciones y en las justificaciones que dan los actores a estas acciones.

Wu et al. (2023) argumentan que las investigaciones sobre lógicas institucionales se han centrado en la comprensión de las relaciones entre instituciones y organizaciones e individuos dentro de las organizaciones, las cuales se pueden agrupar en tres temáticas: única lógica institucional dominante, que es la temática con mayor número de investigaciones, seguida por los estudios sobre dos lógicas en competencia, y finalmente los estudios sobre múltiples lógicas institucionales.

Las investigaciones sobre una única lógica institucional dominante se han enfocado en cómo diferentes tipos de lógicas dominantes influyen en el comportamiento de las organizaciones y actores individuales (Friedland & Alford, 1991) y en su desempeño (Lewis & Carlos, 2022). Por otro lado, las investigaciones sobre dos lógicas institucionales en competencia, se han centrado en las contradicciones que enfrentan las organizaciones e individuos cuando no existe una lógica dominante y sus respuestas estratégicas frente a estas contradicciones (Greenwood et al., 2011; Pache & Santos, 2013). Finalmente, las investigaciones sobre múltiples lógicas institucionales, compitiendo, colaborando y coexistiendo (Seo & Creed, 2002; Lounsbury & Crumley, 2007; Pache & Santos, 2013), se han centrado en los efectos de diferentes lógicas en individuos y organizaciones, sus relaciones, decisiones y prácticas (Thornton & Ocasio, 2008; Wu et al., 2023).

Finalmente, Wu et al. (2023) argumentan que pocas investigaciones se han centrado en la relación entre múltiples lógicas institucionales y las interacciones con actores en diferentes niveles, sugiriendo la necesidad de investigaciones que exploren los mecanismos que subyacen en la relación entre organizaciones, equipos e individuos con respecto a múltiples lógicas institucionales dentro de una organización.

Lógicas institucionales en el sector salud

La utilización de una perspectiva institucional para el estudio del sector salud ha sido defendida por diversos autores (Scott et al., 2000; Oliveira et al., 2021), permitiendo ir más allá de los factores institucionales, para comprender las lógicas del sector y las relaciones entre los diferentes actores que lo conforman. El sector salud ha experimentado cambios en sus lógicas institucionales (Hedefall et al., 2023). Diversos estudios han buscado comprender las lógicas que han sido parte de los diferentes modelos de atención, pasando de sistemas de salud dominados por profesiones y una lógica profesional que enfatiza la calidad de la atención, el profesionalismo y la excelencia clínica (Freidson, 1967), a un modelo dominado por las lógicas del estado, del control gerencial y de mecanismos de mercado (Scott et al., 2000), y finalmente, a la atención centrada en el paciente, que incluye lógicas gerenciales y de mercado (Rathert et al., 2013). Pero se resalta la necesidad de incluir otras lógicas, clasificadas como de no-mercados, que incluyen las lógicas de la comunidad que varían según el contexto, pero al mismo tiempo pueden incentivar la participación de la comunidad en la atención en salud, en busca de una mejor calidad en sus procesos de atención (Oliveira et al., 2021).

Estas investigaciones sobre actores individuales y organizacionales se enfocan fuertemente en estrategias, estructuras y prácticas. Varios autores argumentan que se debe prestar más atención a los microprocesos de complejidad institucional y la actividad organizativa cotidiana en contextos profesionales para comprender desde la percepción de los profesionales en salud como se utilizan lógicas institucionales en su día a día (ten Dam & Waardenburg, 2020).

Relación Médico-Paciente

La relación médico-paciente ha cambiado a través de los años. Hasta la década de 1980, prevalecía el modelo paternalista, donde el control de la relación se encontraba concentrado en el médico, que tomaba las decisiones, dirigía las acciones, indicaba y/o realizaba los procedimientos diagnósticos terapéuticos, sin tener en cuenta los valores y preferencias de los pacientes, y por el otro lado, se tenía un paciente que requería ayuda y que no cuestionaba las decisiones del médico (Bravo et al., 2013; Brennan et al., 2023).

Para Lázaro y García (2006), la manera en que se empezaron a relacionar médicos y pacientes a finales del siglo XX, tuvo más cambios que todos los siglos anteriores, en la medida que pasamos de un modelo paternalista a uno más autónomo. Este papel más activo y autónomo del paciente en su propio tratamiento ha generado que la atención se centre en él (Park et al., 2023), cambiando la dinámica de la relación médico-paciente. Este modelo de atención centrada en el paciente implica que, donde antes la atención era impulsada por el proveedor y centrada en la enfermedad, ahora se pasa a sistemas de atención de la salud que integran las preferencias, necesidades, deseos y experiencias del paciente en cada fase de consulta médica, tratamiento y seguimiento (Brennan et al., 2023; Park et al., 2023).

A grandes rasgos, la relación médico-paciente se define como un proceso interpersonal, en el que dos personas logran una interacción mediada por una connotación de tipo ético y profesional. En palabras de Martínez (2018):

La relación médico-paciente constituye el componente humano de la atención, es un elemento imprescindible de la asistencia sanitaria que permite, por un lado, acercarse al paciente y conocerlo, y, por otro, valorar el impacto de la enfermedad, entender la perspectiva vital de la persona enferma y sus expectativas, e instruirla en los cuidados que necesita. (Martínez, 2018, p. 12)

A su vez, Compte et al. (2020) clasifica esta relación en dos formas “una cooperación guiada establecida con pacientes que pueden cooperar en los procesos de diagnóstico y tratamiento, o como una participación mutua que implica el seguimiento y cumplimiento del tratamiento” (Compte et al., 2020, p. 209); de esta manera se entiende que el proceso compete a todo el entorno de la profesión médica, pues como sostiene Carvallo (2005), implica el saber científico, que permite al médico comprender los sistemas humanos y las patologías que pueden afectarlos; junto con perfil humanista, en donde el profesional deberá entender a su paciente en toda su extensión de ser humano, pues este posee valores, actitudes y sentires que inciden en la interacción con el médico. Asimismo, esta situación es recíproca, toda vez que el médico también tiene un sistema de valores que pondrá en relación con su paciente. En este sentido, Compte et al. (2020), sostienen que es posible destacar tres roles de los médicos en esta nueva relación:

1. El médico es visto como experto, con información importante para el paciente, quedando en libertad para elegir el tratamiento según sus principios
2. El médico se percibe como consejero que informa sobre la patología del paciente, riesgos y beneficios de las intervenciones, en relación con las opiniones y valores del paciente.
3. El médico puede ser visto como un individuo con capacidad para deliberar, junto al paciente, sobre el tipo de valores que se relacionan con la búsqueda de salud que ambos tienen.

Adicionalmente, Villalobos y Calvanese (2021) sostienen que el manejo adecuado de la relación médico-paciente es un paso importante para el éxito de un sistema de salud, pues en el proceso se vincula: “un acto de comunicación con lenguaje oral, gestual, corporal, en el que la observación del médico se encuentra basada en su capacidad para ver, oler, oír, sentir física y percibir emocionalmente” (Villalobos & Calvanese, 2021, p. 1070).

A pesar de los cambios en los modelos, se siguen presentando problemáticas debido a que la relación y la medición de su calidad se evalúa de manera unidireccional, centrada en la percepción de los pacientes, y muy pocos estudios han examinado la percepción de los médicos, su bi-direccionalidad o multidireccionalidad (Lazzaro-Salazar & Pujol-Cols, 2022). Herrera et al. (2010) argumentan que diversos factores, tanto en el ámbito del médico como del paciente, requieren de un manejo multidireccional de la relación médico-paciente, que incluye la parte administrativa de la entidad donde labora el médico, ya que esto incide en las dinámicas relacionales, pues deben vincularse los límites de los planes de salud o POS, el tiempo, los costos, de tal manera que se ve impedido para desarrollar todo su potencial profesional. Agregándose que:

El constante flujo de información manejado por los pacientes acerca de procedimientos, enfermedades y las barreras legales a las que se ven expuestos los médicos (demandas por parte de los pacientes y auditorías por parte de las EPS), minan el proceso

de interacción clínica, contrario a su propósito inicial de optimizar la calidad de la consulta para el beneficio del paciente y del médico, en esta instancia se hacían auditorías para mejorar la calidad y la información debe mejorar la comprensión del paciente (Herrera et al., 2010, p. 349).

Retornar la percepción del médico a la relación médico-paciente, se relaciona con cuatro objetivos que exponen Sikka et al. (2015), a partir de los cuales se propone la comprensión de la fuerza laboral como resultado de una experiencia amena. No se trata de felicidad en el trabajo, sino del hecho que los médicos y el personal, en general, perciban que están logrando objetivos y que su papel contribuye al mejoramiento de la atención. En palabras de los autores:

El núcleo del compromiso de la fuerza laboral es la experiencia de alegría y significado en el trabajo de atención médica. Esto no es sinónimo de felicidad, sino que todos los miembros de la fuerza laboral tienen un sentido de logro y significado en sus contribuciones. Por significado, nos referimos al sentido de importancia del trabajo diario. Por alegría, nos referimos al sentimiento de éxito y realización que resulta de un trabajo significativo. (Sikka et al., 2015, p. 608)

De esta manera, a los objetivos de cuidar al paciente, de proteger la salud y de trabajar bajo costos que sean alcanzables por la población, debe agregarse el sentido en el trabajo, a través del cual el personal médico encuentre significado para lo que hace; de lo contrario se presentarán ausencias de sentido, muchas veces experimentadas por factores psicosociales, muy comunes en este entorno laboral. Asimismo, Sikka et al. (2015), consideran que gran parte de las metas de salud que no se logran y la baja satisfacción de muchos profesionales se deben a un entorno disfuncional de trabajo, propiciado por cambios graduales en la manera como se prestan los servicios de salud a partir de la segunda mitad del siglo XX en todo el mundo, considerando que “Las complejas e íntimas relaciones de cuidado se han reducido a una serie de tareas transaccionales exigentes, con un enfoque en la productividad y la eficiencia, alimentadas por las presiones de la disminución de los reembolsos” (Sikka et al., 2015, p. 609).

Entre tanto, Bascuñán (2005) considera que se han generado múltiples descripciones de modelos para la relación clínica como una manera de comprender la responsabilidad del médico y del paciente. Esto significa que la relación a establecerse dependerá de las particularidades del paciente (lo que percibe y cómo lo percibe). En suma, con la situación clínica que se presente ante él; no obstante “cualquiera sea el modelo que se adopte, el énfasis actual está puesto en el respeto y participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones sanitarias” (Bascuñán, 2005, p. 12).

Relación médico-paciente y la percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud

Escobar et al. (2020) resalta que la relación médico-paciente debe cumplir los requisitos de humanismo y solidaridad, ya que es –y seguirá siendo– el aspecto más sensible en el mantenimiento y recuperación de la salud humana, sobre la relación del médico-paciente en términos de necesidad o conveniencia. En este estudio se realizó una revisión teórica desde el contexto cubano, afirmando que a los estudiantes de medicina se les enfatiza en que el paciente, como ser humano, requiere una atención holística, que incluya la ayuda, consuelo, muestras de afecto, empatía, tolerancia y de bondad, que surge al entablar relaciones tanto temporales, como psicológicas, de diálogo y auscultación profunda, en un ambiente de fraternidad y profesionalismo, debido a que la falta de estos elementos genera barreras en la relación, causando quejas e insatisfacciones de la población respecto a la calidad en la atención de salud.

Un estudio realizado en China evaluó la calidad de la relación médico-paciente durante la pandemia de COVID-19, desde la perspectiva del paciente. En este estudio se identificó que la percepción de calidad en la atención mejoró en comparación con la que se presentaba antes de la pandemia, principalmente debido a factores como la comunicación entre médico-paciente, el tiempo de consulta, la actitud del médico y el conocimiento médico. Asimismo, el estudio evidenció una correlación positiva entre la confianza y la relación

médico-paciente, resaltando la importancia de la empatía y el conocimiento médico como factores que pueden afectar la relación entre pacientes y médicos. Concluyéndose que, entre más confíen los pacientes en sus médicos, mejor será su relación, y viceversa, pero recomienda una mejor educación médica tanto para pacientes como los profesionales de salud. La confianza es fundamental en la práctica médica, pues constituye la base y el núcleo de una relación armoniosa, además de ser clave para el funcionamiento efectivo del sistema médico (Zhou et al., 2021).

Por su parte, Hamid et al. (2021), examinan y cuantifican la relación médico-paciente con base en los factores que se han reconocido como vitales para una interacción productiva entre el paciente y el médico. En este estudio se concluyó que la naturaleza y el grado de la relación médico-paciente regulan la calidad de la atención. Una relación médico-paciente agradable aumenta la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados, al garantizar una atención médica de calidad. En el estudio, la percepción pública hacia los médicos fue evaluada como negativa (84,8%), debido a factores como la discriminación a los pacientes por nivel socioeconómico y a la no asignación de tiempos adecuados de consulta, siendo estos factores cruciales para la relación médico-paciente.

En Colombia, un estudio permitió establecer que en una institución educativa existía una amplia preocupación por la formación de profesionales con adecuadas competencias comunicativas, de tal manera que fuese posible fortalecer la relación de los médicos con los pacientes como una parte del perfil profesional de los egresados, elementos que afectan la percepción de calidad en la atención en salud. De esta manera, el desarrollo de dicha habilidad corría por cuenta de algunas asignaturas del pensum; no obstante, en la práctica no existía un eje temático transversal, enfocado en la orientación y armonización de las estrategias pedagógicas y tampoco estaban formalizados ni existían estrategias de evaluación para determinar si las habilidades comunicativas eran las adecuadas (González et al., 2015).

Herrera et al. (2010), analizando las representaciones sociales que se dan en las relaciones médico-paciente en la ciudad de Bogotá, reconocen que, en la atención primaria, no es muy común la confianza y el respeto; por el contrario, se suele presentar una interacción marcada por el miedo, poca calidad y la sospecha de cada parte. La relación médico-paciente está involucrada con estos problemas, no solo porque es el ámbito central donde se evalúa y se trata al paciente, sino porque es el lugar donde se establecen las reglas, la confianza y la forma de ver tanto la enfermedad, como el tratamiento. En ese sentido, Herrera et al. (2010) concluyen que a nivel nacional priman modelos de confrontación y negociación en los procesos de comunicación médico-paciente. De parte del paciente, la negociación se enfoca en obtener una mejor atención, en tanto los médicos imponen su conocimiento sobre lo que es más conveniente, en un contexto de eficiencia y competitividad.

Factores de la relación médico-paciente

A partir de la revisión de literatura, se identificaron y definieron los factores a estudiar en la relación médico-paciente, desde una perspectiva del médico en un contexto organizacional, aclarando que esta identificación no pretende agotar la diversidad de factores que intervienen en la relación. Ver Tabla 1.

TABLA 1.

Factores	Descripción
Empatía	La empatía se define como un grupo de habilidades que incluyen la capacidad de entender las necesidades y preocupaciones del paciente relacionados con su enfermedad y tratamiento, la capacidad de establecer una adecuada comunicación con el paciente, a pesar de sus posibles barreras de lenguaje, y el deseo de poder ayudar al paciente (Hojat, 2016; Matiz-Moya et al., 2023).
Comunicación relacional	La comunicación entre el médico y el paciente, es el inicio de la atención y tratamiento de una enfermedad. Un médico infiere el estado del paciente a través de sus explicaciones, mientras que el paciente puede entender mejor su condición, método de tratamiento y otra información clave a través de la explicación del médico (Park et al., 2023; Brennan et al., 2023).
Humanización de la atención	Humanizar el ejercicio médico, fomentando un razonamiento ético y moral que cubra la comunicación médico-paciente; reconociendo el valor terapéutico de la relación de hechos por parte del paciente, al tiempo que se corrige la sobrevaloración de la ciencia y la tecnología muy común en la práctica médica del siglo XXI (Bohórquez y Gutiérrez, 2016). Desde la perspectiva de la humanización, el paciente debe ser visto como una persona íntegra, haciendo necesario el cambio de foco de atención de la enfermedad a la atención integral del paciente (Oliveira et al., 2012).
Acceso a información	Acceso a información por parte del paciente puede permitir un proceso de toma de decisiones compartido entre el paciente y el médico, pero al mismo tiempo, se convierte en un factor retador debido a que los pacientes pueden encontrarse desinformados debido a fuentes sin evidencias (Brennan et al., 2023).
Procesos organizacionales (administrativos y asistenciales)	Los procesos en la atención de la salud se definen por la entrega y recepción de la atención, y a menudo tienden a centrarse en la confiabilidad, la competencia, coordinación y continuidad de la atención, y capacidad de respuesta a las necesidades (Angst et al., 2012). La fragmentación de los procesos dentro de la organización de salud, tanto a nivel de especializaciones y subespecializaciones médicas, como de los procesos administrativos, buscan incrementar la calidad, eficiencia y seguridad en el cuidado (Busch et al., 2019). A pesar de esto, esta fragmentación, automatización y estandarización de los procesos, generalmente se vincula a la racionalización del tiempo y recursos, generando deshumanización y despersonalización de la atención en salud (Busch et al., 2019).
Educación médica	El plan de estudios de hoy está lleno de requisitos en respuesta a la tradición, las regulaciones, las acreditaciones, las tendencias y los temas de actualidad, y sus cambios se han realizado de manera incremental. La necesidad de generar cambios en el currículo de manera significativa debe estructurarse en torno a los conocimientos y habilidades que más benefician a la salud y bienestar de los pacientes y a los médicos (Wartman, 2021).

Fuente: elaboración propia.

Metodología

Diseño

En este estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo, se utiliza el método de caso de estudio (Eisenhardt, 1989), para facilitar el diálogo continuo entre la teoría y los datos, para comprender, a partir de las lógicas institucionales, los factores que hacen parte de la relación médico-paciente desde la percepción del médico en el área de consulta externa de una IPS de primer nivel de Santiago de Cali, siendo esta un área que presenta grandes dificultades en la satisfacción de los usuarios. Para el análisis de los datos se utilizó la Teoría Fundamentada, más específicamente, el enfoque sistémico de análisis de datos cualitativos (Charmaz, 2006; 2017; Charmaz & Belgrave, 2019), como guía de análisis de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los médicos generales del área de consulta externa, el cual se obtuvo como resultado la tipificación de cuatro dimensiones comunes: médico, organización, educativa y social.

Las entrevistas semiestructuradas se diseñaron a partir de los factores identificados en la revisión de literatura, donde sobresalieron seis factores que influyen de manera frecuente en la relación médico paciente, estos factores son: empatía, acceso a información, comunicación relacional, procesos administrativos, atención humanizada, y educación médica.

Métodos de Recolección de Información

Se realizaron 23 entrevistas individuales semiestructuradas a médicos generales (MG) del área de consulta externa de una IPS de primer nivel, durante los meses de agosto a octubre de 2022. Cuando se llegó a un número de 23 médicos entrevistados se dejó de recolectar información porque se considera alcanzada la saturación de datos (Saumure & Given, 2008), es decir, el punto en el cual la recolección de material empírico adicional no aportaba nada nuevo a la información recolectada (Charmaz, 2006). También se utilizaron las PQRS (peticiones, quejas, reclamos y solicitudes) de los pacientes que acudieron a las consultas realizadas por la IPS, y registradas mensualmente en la plataforma *Isolucion* de la organización, durante todo el año 2021.

Métodos de análisis

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para posteriormente ser codificadas con Atlas ti9. El análisis de la información se realizó en tres etapas: la primera fue una codificación inductiva, es decir, los temas y subtemas provenían de los datos. Posteriormente, se pasó a una codificación por categorías, es decir, a partir de una revisión línea por línea de las respuestas se fueron vinculando a los factores identificados en la teoría, además de ser identificados como *asociado a*, *parte de* o *debilidad de*. Finalmente se reorganizaron los datos en categorías analíticas conceptualmente definidas a través de la codificación axial, llegando a cuatro dimensiones de las lógicas institucionales de la relación médico-paciente: dimensión del médico, organización, educativa y social, las cuales dentro de estas se agruparon los factores iniciales encontrados en la literatura y los que surgieron de las entrevistas. Las cuatro dimensiones estudiadas se relacionan con múltiples conceptos expuestos en las entrevistas con los diferentes médicos generales, a través de redes semánticas, que a partir de gráficas ilustran las relaciones que surgen del análisis de las entrevistas y su codificación.

Para este análisis se utilizó el Enfoque Sistémico de Análisis de Datos Cualitativos propuesto por Charmaz (2006; Charmaz & Belgrave, 2019), con el propósito de reducir los datos, exponerlos, sacar y verificar las conclusiones. Este se conoce también como teoría fundamentada, cuyo método flexible posibilita el análisis de datos y la construcción de teorías basadas en los mismos, lo que permite administrar y optimizar el proceso de investigación además se puede acceder y comprender la realidad de los significados, las percepciones y las experiencias que construyen las personas participantes con relación a una situación en particular. La exposición de los datos describe la forma en la que estos, una vez reducidos, se trasladan a fórmulas más visuales, por ejemplo, las redes semánticas.

Resultados

Los 23 médicos generales que participaron en este estudio (mujeres 69,57%, hombres 30,43%) tienen una edad promedio de 35,5 años (rango 26–66) y un promedio de experiencia laboral de 7 años. Adicionalmente, los médicos entrevistados tienen contrato individual en la modalidad de trabajo a término indefinido, con jornadas laborales de 8 horas diarias.

La información proporcionada por los médicos generales de atención primaria permitió identificar la tendencia y los temas recurrentes al indagar sobre la relación médico-paciente en el contexto abordado. Asimismo, las relaciones establecidas entre los elementos permiten la construcción de concurrencias para comprender la dinámica evidenciada por los médicos generales. Entre tanto, estas concurrencias son insumo para la generación de redes semánticas que ilustran la forma en la que los elementos mencionados por los participantes se relacionan entre sí. De esa forma, se analizan puntos críticos en cuatro dimensiones o componentes, que recogen los factores y preguntas realizadas: dimensión médica, dimensión organizacional, dimensión social y dimensión educativa.

Las cuatro dimensiones de las lógicas institucionales identificadas y estudiadas se relacionan con múltiples conceptos expuestos en las entrevistas con los diferentes médicos generales, esto hace posible construir redes semánticas en Atlas.ti, en cada concepto se pueden observar dos números, el primero acompañado de la letra E significa enraizamiento e indica la cantidad de citas realizadas, y representa la relevancia y validez del concepto; el segundo, al lado de la letra D, significa densidad e indica las subrelaciones evidenciadas a partir del concepto, y expresa el grado de densidad teórica del mismo. La red permite además asociar los conceptos como parte de y como debilidad de, que lleva a generar una mejor comprensión de la relación. De esta manera, se construyen cuatro redes semánticas, una para cada dimensión. Sin embargo, esto no significa que las dimensiones no se relacionen entre sí; de hecho, están estrechamente unidas por compartir algunos de sus factores más representativos.

Dimensión del componente médico

La Figura 1 representa las relaciones de las variables de la dimensión de componente médico con diversos elementos mencionados por los entrevistados, entre estos la empatía, que cobra una importante relevancia por su grado de enraizamiento en las entrevistas sobre la relación médico-paciente, debido a que el concepto ha sido citado 39 veces por los entrevistados. Este componente sugiere a los médicos generales ponerse en la situación del paciente, que se sienta comprendido, siendo vital para lograr una atención efectiva. Sin embargo, debe llevar implícito el profesionalismo para alcanzar la objetividad médica, en este sentido uno de los entrevistados plantea que “la empatía es la capacidad de ponerme en el lugar del otro, una buena relación médico paciente parte en ponerse en los zapatos del paciente y darle la confianza de que va hacer bien atendido” (MG 5, agosto de 2022), otro de los entrevistados menciona que “es una relación donde hay respeto mutuo, la conversación fluye, no se encuentran barreras en la comunicación, existe un tiempo adecuado para poder hacer todo lo de la parte de la consulta” (MG 20, octubre de 2022).

Otro elemento asociado es la atención humanizada, con un enraizamiento de 22, relacionada con el trato digno y respeto, comprendiendo las necesidades del paciente para darle solución a sus padecimientos, como lo expresa uno de los entrevistados “Cuando uno no solamente se encarga de atenderle lo que tiene, sino que lo escucha, trata como de ir más a fondo en lo que realmente siente el paciente y no solamente atenderlo y ya” (MG 10, septiembre de 2022). En este mismo sentido, otro de los médicos resalta que:

Tratar dignamente al paciente, saber que viene con un padecimiento, no viene a que lo tratemos mal por más que creamos que lo que lo trae acá no es algo muy grave, tratar al paciente como uno quisiera que trataran a sus papas o lo trataran a uno. (MG 19, octubre de 2022)

Se encontraron varias debilidades, entre ellas la autonomía médica, cuando se limita al médico general ya que tienen un alcance condicionado por la institución y la regulación, donde muchas patologías deben ser resueltas por especialistas y termina dificultando el seguimiento del paciente al no disponer de citas oportunas. Por otra parte, la desinformación que circula por internet, a través de sitios no confiables, genera falsas expectativas y diagnósticos sin fundamento en el paciente, los cuales pueden no estar relacionadas con su patología; esta situación crea una comunicación en la que el paciente está a la defensiva, predispuesto a estar recibiendo una atención fallida “ellos [pacientes] llegan como exigiendo o, a veces hacer ver que uno está haciendo las cosas mal de acuerdo al concepto que ellos tienen de esas malas fuentes a veces vienen muy estudiados a la consulta” (MG 20, octubre de 2022).

También se puede presentar una consulta con acompañante/familiar del paciente con exigencias de determinados procedimientos, evitando que el paciente sea quien exprese sus necesidades, como lo enuncia uno de los entrevistados “Más que el paciente es el acompañante del paciente, interrumpe, habla, no deja contestar, no permite una buena comunicación con el paciente, es que esto es malo todo es malo, eso daña mucho la relación que uno tiene con el paciente” (MG 7, agosto de 2022).

Además, se encontró que el tiempo de atención no es suficiente para dar solución a lo que el usuario requiere, generando indisposición: “El tiempo que tengo para atender a los pacientes 20 min es muy poco tiempo para atenderlos y los recuperados 15 min no es tiempo para atenderlos bien por la clase de consultas que tienen” (MG 22, octubre de 2022); a lo que se adiciona la falta de insumos y recursos para una atención correcta.

Finalmente, todos estos inconvenientes saturan al personal médico, quienes laboran, sin espacios siquiera de pausas activas sugeridas por salud ocupacional, generando en muchas ocasiones carga de tensión que limitan la posibilidad de prestar una atención médica ideal, generando relaciones médico-paciente, de confianza y respeto.

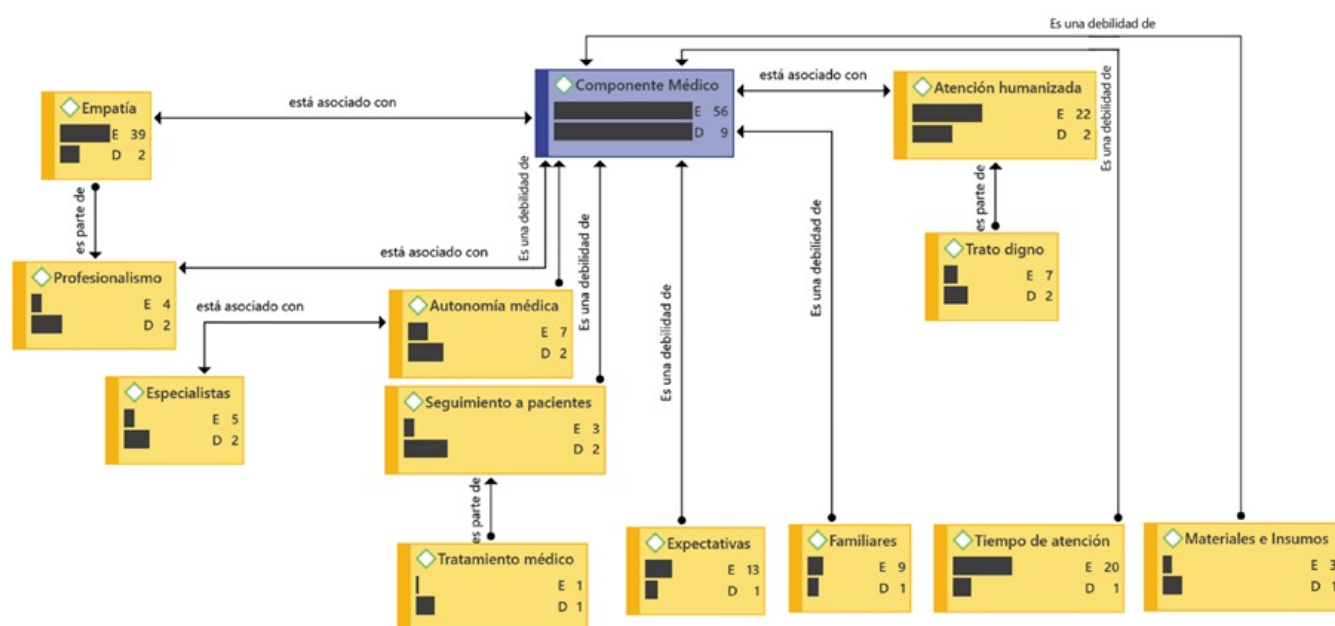


FIGURA 1.
Dimensión del Componente Médico
Fuente: elaboración propia (Atlas.ti9).

Dimensión del componente organizacional

En cuanto a los elementos relacionados con la dimensión del componente organizacional, (ver Figura 2), se destacan los trámites o procesos administrativos, con un enraizamiento de 27, como momentos donde son recurrentes las dificultades en la gestión para trámites de laboratorio. Otro de los trámites que cobra importancia es el de farmacia, donde se presentaron constantes inconvenientes en cuanto a desabastecimiento de medicamentos, además algunas fórmulas requieren trámites de autorización diferente, esto conlleva a un proceso de espera adicional, y predispone la relación médico-paciente: “los consentimientos informados de laboratorio, los formatos de los medicamentos controlados, repetir ordenes que se perdieron de los pacientes” (MG 9, agosto de 2022), “los medicamentos que no salen autorizados y que los pacientes llegan a decirle a uno que porque no están autorizados” (MG 14, septiembre de 2022).

Los médicos entrevistados reconocen la incidencia de los procesos administrativo, en casos como la demora en la entrega de remisiones a especialidades médicas, lo cual retrasa el manejo de ciertas patologías, que en algunos casos se hubiesen podido manejar por médico general, pero por procesos institucionales son competencia de especialidades.

Por otra parte, se encuentran debilidades del área administrativa que impactan directamente a los médicos, como es la falta de respaldo y de protección integral al talento humano:

Nunca nos tienen en cuenta para nada, ahora en pandemia nos tocó más a ninguno nos preguntaron venga doctor como esta que le sucede eso hace falta (...) Que a veces seamos más tomados en cuenta, se preocupan más por lo administrativo que por el personal médico, nadie está pendiente de nuestras necesidades, que haya un programa donde poner nuestras quejas y problemática. (MG 16, octubre de 2022)

Los formatos de quejas y reclamos (PQRS), que sí aplican para los pacientes y usuarios en general, no tienen gran alcance cuando se trata del personal asistencial, así mismo, se pasan por alto los reconocimientos e incentivos, como herramientas para mejorar la motivación, en la medida que se asumen como apoyo y acompañamiento por la organización.

Expresan los médicos que no solo es importante la remuneración por sus servicios, sino también que se identifiquen sus necesidades individuales, implementado algún sistema que permita manifestarlas para luego ser gestionadas. Los médicos comentan que la carga laboral en ocasiones es alta, situación que genera tensión, sin que exista un programa específico de manejo por parte de la organización en este tema “enfocarse en el cansancio, y el estrés laboral, pausas activas, espacios entre paciente para tener que uno tenga un poco de descanso para ir al baño” (MG 12, septiembre de 2022).

Por último, en esta dimensión las restricciones en insumos y recursos a dificulta el proceso de la atención médica, puntos que pueden ser gestionados por la institución y que lleva a mejorar la percepción de bienestar en el talento humano médico.

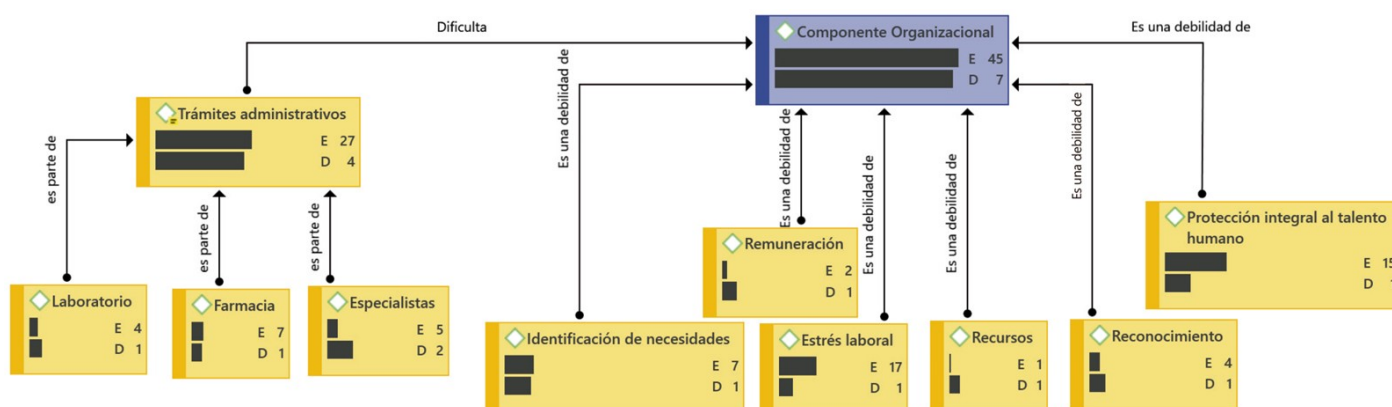


FIGURA 2.
Dimensión Componente Organizacional
Fuente: elaboración propia (Atlas.ti9).

Dimensión del componente social

En la Figura 3 se observan los elementos que conforman la dimensión social y su asociación con la cultura y las condiciones socio-económicas, con enraizamiento de 2 y 4 respectivamente. En este punto, los médicos entrevistados mencionan que los pacientes con diferente nivel socio-económico tienen diferentes maneras de comunicarse; por lo tanto, el médico debe hacer un esfuerzo adicional para lograr explicar de manera adecuada el diagnóstico y tratamiento para que el paciente, según su escolaridad, un ejemplo de esto:

Solamente con el hecho de decir dónde vive usted, con mirarle cuánto cotiza de cuota moderadora, y qué hace, con eso tiene usted para tener una imagen de cómo tratar a un paciente. (MG 3, agosto de 2022)

Trato siempre de hacerme entender con palabras no tan técnicas y hago esquemas o algún dibujo para que sea más fácil y el paciente lo comprenda. (MG 12, septiembre de 2022)

Este componente también se encuentra asociado con la comunicación, con un enraizamiento de 43, pues en algunas ocasiones los pacientes no logran expresar bien su motivo de consulta, limitando la interacción efectiva entre el médico y el paciente; otra dificultad que se presenta es la desinformación causado por el acceso

a internet, generando automedicación y mala interpretación de exámenes médicos, dando como resultado predisposición, miedos, pacientes demandantes, etc.

Llega información que es diferente a la que el médico le cuenta y que muchas veces lleva a las personas suspender un medicamento solo porque lo vio o alguien le dijo, y eso hace que sea muy complicada la parte de la consulta porque ya viene predispuesto (MG 18, octubre de 2022).

Se reconoce, además, algunas habilidades comunicativas que los médicos usan para tener una buena atención del paciente: *la escucha activa*, centrando la atención en el paciente; *lenguaje sencillo*, para explicar el diagnóstico y tratamiento por medio de palabras fáciles de entender y dibujos en algunas ocasiones; *confianza*, lograr una consulta donde el paciente esté tranquilo, para que exprese su motivo de consulta sin problema; *amabilidad y respeto*, también son muy importantes para tener una buena comunicación con el paciente “Mirar fijamente a la persona, cuando tengo contacto visual puedo identificar que puede tener la persona, otra técnica es hablar de una manera no tan técnica para que pueda comprender” (MG 9, agosto de 2022).

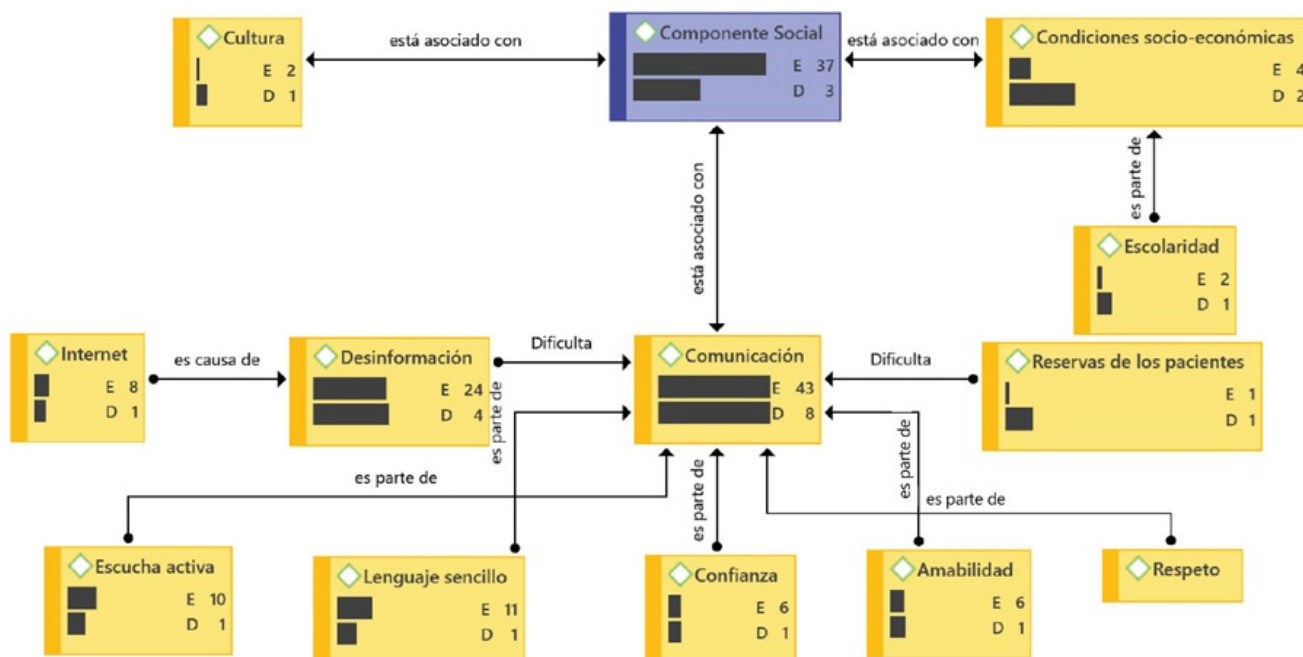


FIGURA 3.
Dimensión Componente Social
Fuente: elaboración propia (Atlas.ti9).

Dimensión del componente educativo

En la figura 4 es posible observar que la gran dificultad relacionada con esta dimensión es la desinformación con un enraizamiento de 24, causada por el acceso a internet. Los medios masivos de comunicación pueden generar dos percepciones diferentes, por un lado como factor positivo, que permite al paciente conocer sobre salud, siempre y cuando consulte fuentes confiables sin interferir en los tratamientos. La segunda percepción radica en que frente a los riesgos que pueden surgir ante la desinformación de internet, debería existir un respaldo a través de pólizas, para aquellos pacientes que no deciden seguir su tratamiento médico si no hacer lo que encontraron por medio de internet: “Es bueno y es malo ahora tenemos ayudas de los laboratorios que permiten que los pacientes tengan información real pero también hay muchas cadenas falsas que hacen que tomen decisiones en su tratamiento que muchas veces los afecta” (MG 15, septiembre de 2022).

También, dentro de la dimensión educativa se encuentran incluidos el trato digno y la capacitación médica con enraizamiento de 7 y 1 respectivamente, en la medida que se enseña a manejar situaciones o pacientes complejos durante la consulta. En cuanto a la humanización, con un enraizamiento de 23, la mayoría de

los médicos entrevistados mencionaron que no tuvieron dentro de los estudios de pregrado una asignatura que los capacitará en ello, lo que genera unas falencias desde la formación médica “No, como tal nos daban humanidades, pero una materia como tal que hable de la relación del paciente no” (MG 21, octubre de 2022).

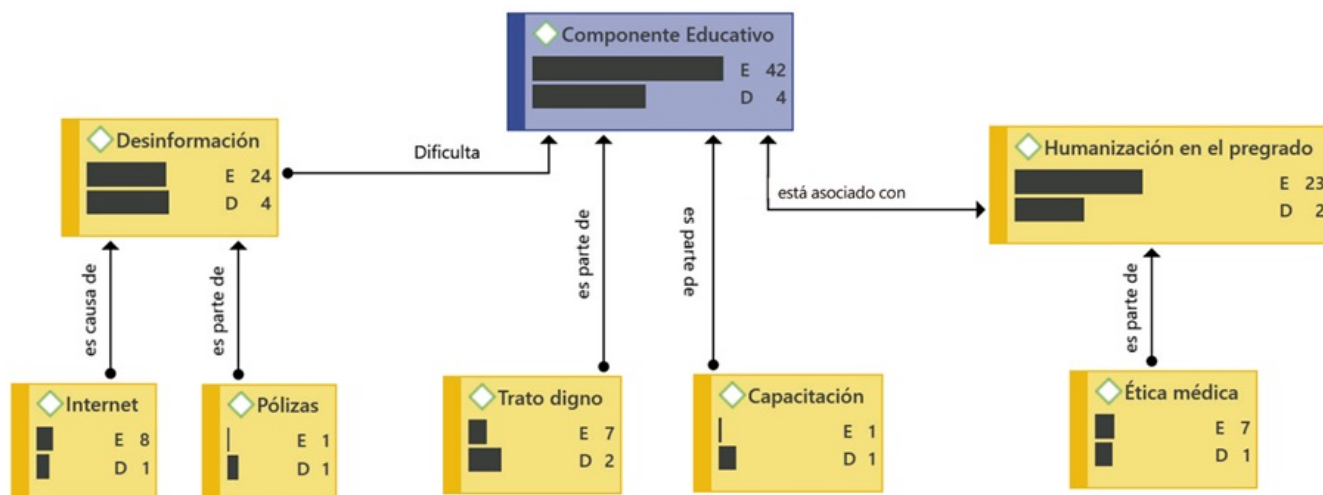


FIGURA 4.
Dimensión Componente Educativo
Fuente: elaboración propia (Atlas.ti9).

Motivos de insatisfacción del usuario frente a los factores que más influyen en el servicio de consulta externa en una IPS de Primer Nivel

Adicionalmente, se obtuvieron datos de motivos de insatisfacción de los usuarios en los servicios de salud prestados en la IPS de primer nivel por parte del servicio integral de atención al usuario. En la figura 5 se observa la clasificación de los principales motivos de queja de los usuarios de los servicios consulta externa, durante el periodo de enero a diciembre de 2022.

Se resalta que el 45% de los motivos de queja en la IPS fueron por “oportunidad de citas médicas” que se traduce en la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere; en este caso valoración por el médico sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. El segundo motivo de queja fue la falta de agenda con un 30%, esta situación implica que el usuario no puede acceder, por lo menos, a una cita lejana porque no se ha generado apertura o ya no existe disponibilidad de las citas; incurriendo así en una falla a la atención con calidad en la salud. Por parte de “insatisfacción en el manejo médico” representó 6% de los motivos de queja.

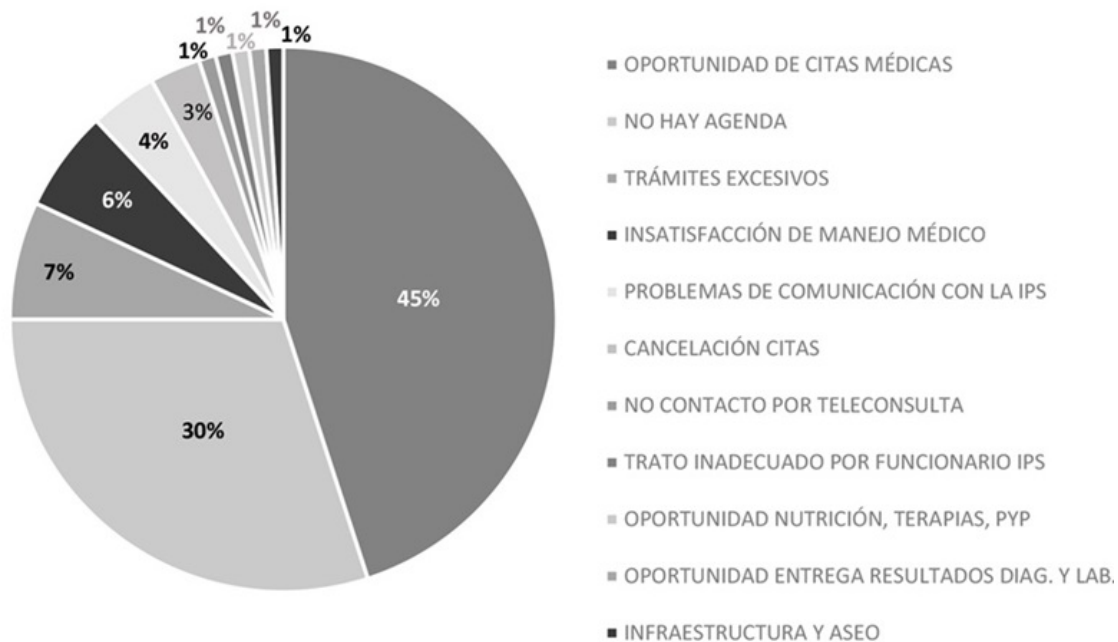


FIGURA 5.
Motivos de queja de los pacientes
Fuente: elaboración propia con datos PQRS.

Las quejas por “insatisfacción en el manejo médico”, a pesar de no representar un alto porcentaje del total de motivos de queja de los pacientes, indican la necesidad de generar una propuesta que busque disminuir la insatisfacción en el usuario desde la relación médico-paciente, ya que se encontraron factores asociados que concuerdan con los mencionados por los médicos en las entrevistas; por ejemplo: “La médico fue muy grosera y nos atendió de mala manera, le faltó ética porque al usuario debieron agendarle cita de programa de hipertensión y el direccionamiento de la IPS fue enviarlo con medicina general, lo que enojó a la doctora”. En este sentido, otro paciente también menciona:

le dije vengo para que me haga el favor de formularme los medicamentos para 3 meses, la médico ‘solo le voy a formular para un mes’, le dije siempre me han formulado para 3 meses, me trato de manera agresiva y vuelve me repite para un mes, en voz alta y agresiva, en tono agresivo me dijo ¿qué medicamentos? le pase el nombre de la glucosamina, le dije por favor esa me la da en formula aparte, me dijo todo me sale en una sola fórmula, no es que lo usted diga y además yo no soy farmaceuta para formular lo que usted quiera. (PQRS-Comunicación personal, octubre de 2022)

Estas percepciones de los pacientes pueden incluirse dentro de varias dimensiones: la organizacional, en cuanto al factor de trámites administrativos, ya que el error inicia desde una falla en el agendamiento al tipo de consulta equivocado, además el tiempo de consulta para medicina general es menor al de consulta de pacientes con patologías crónicas, lo que sugiere que el tiempo otorgado para esta consulta fue menor al indicado; también puede hacer parte de la dimensión educativa y dimensión del médico, donde se puede evidenciar que existen falencias en cuanto al servicio de vocación del profesional, poco tratado en el pregrado, así como bases no muy claras en ética médica, en cuanto a la atención humanizada, fallas en el trato digno al paciente.

Otro ejemplo de cómo las dimensiones y sus factores identificados afectan la relación médico paciente, puede observar en la queja de otro paciente:

La omisión que tuvo en la atención con mi Sra. madre QEPD, desde julio 2021 atendía a mi mamá, y su atención era solo de computador, porque ni siquiera examinaba a mi mamá, a pesar de manifestarle que mi mamá la veía muy baja de peso y su semblante me preocupaba, esta Sra. decía que eso era debido a los dolores del reumatismo y el encierro por pandemia, nunca le recetó vitaminas, ni un examen especializado. (PQRS-Comunicación personal, octubre de 2022)

La lógica asociada a este motivo puede estar vinculada a la dimensión médica, en cuanto al grado de empatía y de atención humanizada, ya que se puede percibir como el familiar comenta que si el médico hubiese observado a su paciente con escucha activa, reconociendo que había presentado cambios físicos, podría haber indagado un poco más y haber tenido otra opción de tratamiento. Además, la disposición para brindar una atención médica efectiva es clave, destacándose la importancia de la comunicación efectiva con el usuario. Igualmente importante es la dimensión educativa, donde la humanización desde el pregrado se convierte en un recurso fundamental para formar al profesional en su calidad humana.

Discusión

Esta investigación ha buscado dilucidar la percepción de uno de los grupos de actores involucrados en las actividades diarias que intervienen en la relación médico-paciente, como voces de las múltiples lógicas institucionales en competencia involucradas en este contexto. Se identificaron cuatro dimensiones de las lógicas institucionales que intervienen en la relación médico-paciente, las cuales son: componente médico, componente organizacional, componente social y componente educativo.

La interacción entre todas las lógicas institucionales y sus dimensiones refleja la complejidad de la relación médico-paciente. Los resultados de este estudio revelan que, en la dimensión del componente médico, los factores de empatía y atención humanizada desde la percepción de los médicos son claves en la relación médico-paciente y en su calidad, debido a que permiten la comprensión de las necesidades del paciente para dar solución a sus padecimientos. Este hallazgo está en línea con lo planteado por Escobar et al. (2020), que postulan que el humanismo es un requisito para el mantenimiento y recuperación de la salud humana, al igual que la empatía que permiten entablar relaciones en un ambiente de fraternidad y profesionalismo. En nuestro estudio, el sub-factor de autonomía médica se identifica como una debilidad dentro de la dimensión del componente médico, debido a que limita las acciones del médico dificultando el seguimiento al tratamiento de los pacientes.

Frente a la dimensión del componente organizacional, el factor de procesos y trámites administrativo se identificó como una debilidad recurrente debido a que genera dificultades en diferentes trámites en el proceso de atención a los pacientes, además de resaltar la necesidad de mejorar las herramientas para alcanzar una mayor motivación en el personal asistencial. Este aspecto se diferencia de estudios previos que sugieren que los procesos organizacionales buscan la confiabilidad, competencia, coordinación y continuidad de la atención (Angst et al., 2012).

En la dimensión del componente social, nuestro estudio identifica la comunicación como un elemento clave para el establecimiento de la relación médico-paciente, en línea con estudios anteriores (Park et al., 2023; Brennan et al., 2023). En nuestro estudio el sub-factor de la cultura y los componentes sociales, es un elemento crítico para lograr una interacción efectiva.

Por último, en cuanto a la dimensión del componente educativo, nuestra investigación destaca la importancia de que la educación médica no se centre únicamente en los conocimientos clínicos. Es fundamental incluir temáticas como el trato digno y la ética médica (humanización), así como herramientas de comunicación, respaldando las afirmaciones de Wartman (2021) sobre la importancia de generar cambios en el currículo al incluir habilidades que benefician no solo la salud sino también el bienestar de los pacientes y los médicos.

En la Figura 6 se muestran los diferentes actores, que desde la percepción del médico, hacen parte de la relación médico-paciente. Además, se presentan los factores y subfactores que se interrelacionan en las diferentes dimensiones de las lógicas institucionales (líneas punteadas). Por ejemplo, los procesos y trámites administrativos, que pertenecen a la dimensión organizacional, influyen en el estrés laboral y los tiempos de atención, interrelacionándose con la dimensión médica. Es interesante resaltar que hay factores que forman

parte de varias dimensiones, como la atención humanizada y la comunicación. La atención humanizada se vincula tanto a la dimensión médica como a la educativa, mientras que la comunicación se relaciona con las dimensiones social y educativa.

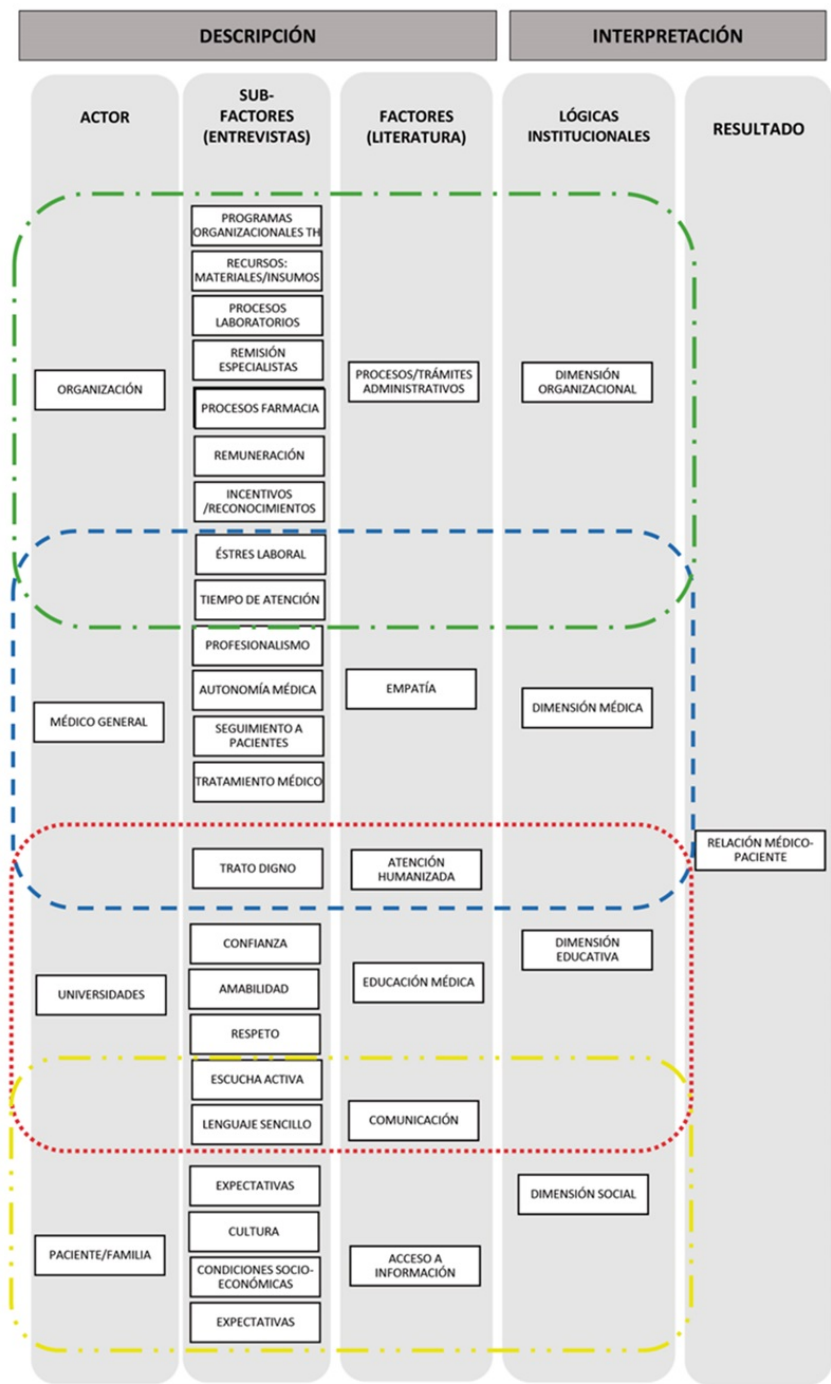


FIGURA 6.
Dimensiones de las lógicas institucionales de la relación médico-paciente
Fuente: elaboración propia.

Esta investigación contribuye a la comprensión de la relación entre múltiples lógicas institucionales y las interacciones con actores en diferentes niveles (Wu et al., 2023), ya que muestra cómo las partes interesadas, no solo los pacientes y médicos, sino también la organización e instituciones educativas, afectan positiva o negativamente los resultados de la relación, pero la gestión y evaluación de esta relación generalmente se ha centrado en solo uno de los actores involucrados, siguiendo los múltiples modelos de atención coexistentes.

Es importante resaltar que, en la institución estudiada no se observa el cambio total de los modelos, por lo cual se tiene una combinación del modelo centrado en el proveedor y del modelo centrado en el paciente, que

muestra la coexistencia y competencia de múltiples lógicas institucionales (Seo & Creed, 2002; Lounsbury & Crumley, 2007; Pache & Santos, 2013). En la Tabla 2 se presentan los modelos centrados en el proveedor y centrado en el paciente, vinculando sus características a las cuatro dimensiones de lógicas institucionales identificadas en esta investigación, al mismo tiempo se muestra cómo una combinación de estas características hacen parte del modelo de atención de la IPS estudiada.

TABLA 2.
Lógicas institucionales de los modelos de atención

Dimensión (Lógicas institucionales)	Modelo centrado en el proveedor (Unidireccional)	Modelo centrado en el paciente (Unidireccional)	Modelo IPS
Médica	• El médico es el que sabe • Diagnóstico basado en el conocimiento científico especializado • El tratamiento es definido por el médico	• El paciente conoce sus necesidades • Diagnóstico con enfoque holístico • El tratamiento se define de mutuo acuerdo entre paciente y médico	• El paciente conoce sus necesidades • Diagnóstico basado en el conocimiento científico especializado
Organizacional	• Programación de citas, según disponibilidad de la organización • Procesos administrativos en busca de eficiencia de los recursos de la organización • Centralizado, con atención y tratamiento por unidad responsable (IPS) y desarticulada	• Programación de citas de acuerdo a las necesidades de atención del paciente • Procesos centrados en la calidad de atención al paciente • Distribuida en red de atención integrada (incluyendo <i>home-care</i>)	• Programación de citas, según disponibilidad de la organización • Procesos administrativos en busca de eficiencia de los recursos de la organización • Centralizado, con atención y tratamiento por unidad responsable (IPS) y desarticulada
Educativo	• Especialización de la medicina, campos de conocimiento aislados, soportado en la evidencia científica	• Holística, personalizada según elementos sociales (nutrición, estilo de vida, entre otros) • Desarrollo de habilidades blandas para una atención humanizada	• Especialización de la medicina, campos de conocimiento aislados, soportado en la evidencia científica • Desarrollo de habilidades blandas para una atención humanizada
Social	• Percepción de los proveedores sobre lo que necesitan los pacientes	• Cada paciente tiene necesidades únicas y contextos socio-económicos diferentes (nivel de educación, etc.)	• Cada paciente tiene necesidades únicas y contextos socio-económicos diferentes (nivel de educación, etc.)

Fuente: elaboración propia basado en Hidefjall et al. (2023).

Conclusiones

El propósito de esta investigación fue comprender, a partir de las lógicas institucionales, los factores asociados a la relación médico-paciente, desde la percepción del médico, en el área de consulta externa de una IPS de primer nivel de la ciudad de Cali. Argumentamos que la gestión de la relación médico-paciente requiere de un enfoque multidireccional (Wu et al., 2023), que vaya más allá de las lógicas gerenciales y de mercado (modelo centrado en el proveedor), y las lógicas de los pacientes (modelo centrado en el paciente). En este sentido, resaltamos la importancia de reincorporar la percepción del médico, que se encuentra inmerso en el

día a día de la prestación de servicios, utilizando y enfrentando diferentes lógicas institucionales (ten Dam & Waardenburg, 2020); esta reincorporación la proponemos a partir de una serie de factores que influyen en la relación médico-paciente y la percepción de calidad en la prestación de servicios de salud.

A partir de una revisión de literatura se identificaron seis factores asociados a la relación médico-paciente, estos fueron: empatía (Hojat, 2016; Matiz-Moya et al., 2023), acceso a información (Brennan et al., 2023), comunicación relacional (Park et al., 2023; Brennan et al., 2023), procesos administrativos necesidades (Angst et al., 2012; Busch et al., 2019), atención humanizada (Bohórquez & Gutiérrez, 2016; Oliviera et al., 2012) y educación médica (Wartman, 2021). La evidencia empírica proporcionada por los médicos generales de atención primaria, permitió identificar los factores recurrentes e interrelaciones de las diferentes lógicas que intervienen en la relación médico-paciente, generando cuatro dimensiones: médica, organizacional, social y educativa.

En los resultados se pudo apreciar que los médicos generales de consulta externa, desde la dimensión médica, resaltan la capacidad de ser profesionalmente empático como un factor primordial para lograr una atención efectiva, humanizada y evitando barreras en la comunicación, que coincide con los trabajos de Villalobos y Calvanese (2021) y Matiz-Moya et al. (2023); además, la desinformación causada por el acceso a internet, a portales no confiables generando una mala interpretación y dando como resultado predisposición, miedos, pacientes demandantes afectando la interacción clínica, que es contrario a su propósito inicial de optimizar la calidad de la consulta para el beneficio del paciente y del médico (Herrera et al., 2010; Brennan et al., 2023).

Frente a la lógica de la dimensión organizacional, se identifica una necesidad de respaldo y protección integral en la organización, ya que para los médicos no solo es importante la remuneración por sus servicios, sino también que se identifiquen sus necesidades individuales. En este sentido, se coincide con los resultados del estudio de Sikka et al. (2015), que indican que, en la mayoría de ocasiones, las metas de salud no alcanzadas y la baja satisfacción de muchos profesionales se deben a un entorno disfuncional de trabajo.

Con respecto a las lógicas institucionales de las dimensiones educativa y social, es importante que las universidades ejerzan influencia de manera positiva en la educación médica. Esto implica realizar constantes actualizaciones curriculares y fortalecer las humanidades médicas, idealmente de manera práctica. Queda claro que esta es una urgencia médico-social, ya que se observa como una deficiencia en el pregrado (González et al., 2015). Además, es necesario implementar estrategias de evaluación para determinar si las habilidades comunicativas son adecuadas.

Finalmente, y a diferencia de otros estudios que se han enfocado en la lógica dominante o en la coexistencia de dos lógicas institucionales en el sector salud (Scott et al., 2000; Oliveira et al., 2021), nosotros identificamos la existencia de múltiples lógicas instituciones (lógicas gerenciales y de mercado, lógicas del paciente, lógicas de los profesionales, lógicas de la familia, lógicas de sociales y de educación), que genera que la relación entre los actores, que se encuentran inmersos en estas múltiples lógicas, sea compleja y afecte sus decisiones y prácticas. Por lo que los cambios en la relación médico-paciente, en busca de una mejor calidad en salud para los pacientes y bienestar para los médicos, y de acuerdo con ten Dam & Waardenburg (2020) y a Hidefjall et al. (2023), requiere de la comprensión de las diferentes lógicas institucionales que cooperan y compiten en el momento de la atención médica, por lo tanto, se debe gestionar esta relación de manera multidireccional, no únicamente la participación desde las instituciones de salud, los médicos y pacientes, sino también entidades educativas y regulatoria, de acuerdo con Lazzaro-Salazar & Pujol-Cols (2022) y Wu et al. (2023).

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Respondiendo a las críticas de años recientes a la mayoría de estudios e instrumentos de evaluación de la relación médico-paciente, una de las limitaciones de esta investigación se centra en la percepción del paciente

(Lazzaro-Salazar & Pujol-Cols, 2022), esta investigación se enfocó principalmente en la percepción de los médicos, buscando comprender desde su mirada las lógicas institucionales que afectan la relación. Por lo cual, estudios posteriores pueden integrar la percepción de otros actores, no solo médicos, pacientes, sino también actores organizacionales, de educación y regulatorios, para contar con una comprensión multidireccional de la relación (Wu et al., 2023).

Otra de las limitaciones del estudio, es que se realizó en una sola IPS de la ciudad de Cali, lo que restringe la posibilidad de generalizar los resultados y las recomendaciones a otras IPS, en adición a que el estudio se centró en seis factores identificados como relevantes en la literatura. En este sentido, para una futura investigación se propone incluir otros factores y aplicarse en otras IPS, como las formas de contratación de los médicos, régimen de la prestación de servicio (contributivo, subsidiado, complementario, prepagada), además de incluir otros actores de la relación, para generar un mejor entendimiento de las dimensiones que afectan la relación médico-paciente.

Implicaciones prácticas

Una de las implicaciones prácticas de esta investigación es proveer, a través de evidencia empírica, una comprensión de los diferentes factores y dimensiones de lógicas institucionales que se encuentran presentes, compitiendo y cooperando, en la relación médico-paciente. Como autores esperamos que esta investigación permita a los médicos generales, instituciones de salud e instituciones educativas, comprender su rol en la relación médico-paciente, fomentando una gestión multidireccional de esta relación.

En nuestra investigación identificamos que la evaluación de la calidad en la prestación de los servicios de salud se concentra en la evaluación realizada por los pacientes, que muestra que los mayores motivos de su insatisfacción en la atención se concentran en procesos vinculados a la dimensión organizacional (oportunidad de citas médicas, agenda, trámites, entre otros). Y que la evaluación que realizan estos actores de la dimensión médica se presenta de manera general (manejo médico). Por esta razón esperamos que nuestros resultados sirvan de guía a las directivas de las instituciones de salud para la generación de estrategias que busquen mejorar la calidad de atención de los pacientes, además de estrategias de que permitan generar calidad laboral a los médicos que en ella laboran, a partir de la gestión y evaluación de los factores que afectan diferentes dimensiones de las múltiples lógicas institucionales en los cuales se encuentra inmersa la relación médico-paciente, por ejemplo: los sub-factores que conectan la dimensión médico y organizacional, como son el estrés laboral y el tiempo de atención; el sub-factor que conecta la dimensión médico y educativa, como es el trato digno; los sub-factores comunes entre la dimensión educativa y dimensión social, como son escucha activa y lenguaje sencillo.

Esperamos también dar luces a las instituciones educativas sobre factores requeridos dentro de los planes de estudio para fomentar mejores resultados en atención de salud, que no solo parten del conocimiento científico, sino también de las habilidades blandas requeridas para la relación médico-paciente, como son la atención humanizada y la comunicación.

Esta investigación también puede contribuir a una mejor comprensión de los modelos de atención, al mostrar que no se cuenta con un modelo de atención centrado en el proveedor o centrado en el paciente, sino una combinación de sus características. Con este entendimiento esperamos que las instituciones de salud, realicen estrategias y mediciones acordes a sus modelos, y no sobre supuestos que no reflejan la realidad de su organización.

Consideraciones éticas

No se requirió aval de un Comité de Ética Científico.

Contribución de los autores

Diana Gil y Daniela Largacha son las autoras de la Tesis de Maestría que dio origen a este artículo. Viviana Gutierrez-Rincon su Directora de Tesis y contribuyó al planeamiento de la investigación, proporcionó recomendaciones metodológicas y brindó lineamientos para el análisis y la interpretación de los datos frente a la teoría.

Financiamiento

No se contó con financiamiento específico que aclarar.

Conflictos de interés

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

Declaración de herramientas de inteligencia artificial (IA)

No se utilizaron herramientas de inteligencia artificial (AI) en la elaboración de este artículo. Además, declaramos que se dio cumplimiento de los principios de respeto a la dignidad y los derechos humanos, así como la precisión y verificación de hechos.

Referencias

- Angst, C., Devaraj, S., & D'Arcy, J. (2012). Dual role of IT-Assisted communication in patient care: a validated structure-process-outcome framework. *Journal of Management Information Systems*, 29(2), 257-292. <https://doi.org/10.2307/41713890>
- Bascuñán, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev. méd. Chile*, 133, 11-16. <https://bit.ly/3GBkXLK>
- Bohórquez, A., & Gutiérrez, P. (2016). Modelos de humanización en salud: viabilidad e implementación en Colombia, revisión bibliográfica. Tesis de Especialización: Universidad CES. <https://bit.ly/3W2M4Wv>
- Bravo, P., Contreras, A., Perestelo-Pérez, L., Pérez-Ramos, J., & Málaga, G. (2013). En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30, 691-697. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400025
- Brennan, N., Langdon, N., Keates, N., Mattick, K., & Gale, T. (2023). Graduates' preparedness for the changing doctor-patient relationship: A qualitative study. *Medical Education*, 57(8), 712-722. <http://dx.doi.org/10.1111/medu.15020>
- Busch, I., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *Patient*, 12, 461-474. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Carvalho, A. (2005). Médicos y profesionalismo. Pacientes e información. *Revista Médica de Chile*, 133(2), 253-258. <https://bit.ly/3wYLqOC>
- Charmaz, K. & Belgrave, LL. (2019). Thinking about data with grounded theory. *Qualitative Inquiry*, 25(8), pp. 743-753. <https://doi.org/10.1177/1077800418809455>
- Charmaz, K. (2006). *Construcción de la teoría fundamentada: una guía práctica a través del análisis cualitativo*. Sage publications.
- Charmaz, K. (2017). Constructivist grounded theory. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 299-300. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262612>
- Compte, M., Marca, G., Menéndez, J., & Frigola, J. (2020). Necesidades de información en pacientes con enfermedades crónicas. ¿Cómo evitar el ruido en la relación médico-paciente? *Revista Latina de Comunicación Social*, 75, 207-223. <https://bit.ly/3POSaXZ>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550. <https://doi.org/10.2307/258557>
- Escobar, N., Fong, J., Terazón, O., Alcaraz, M., & García, M. (2020). La relación médico-paciente: ¿necesidad o conveniencia? *Revista Cubana de Medicina*, 58(1), 1-15. <https://bit.ly/3uIHGQB>
- Freidson, E. (1967). The professional mind. *A Cancer Journal for Clinicians*, 17(3), 130-136. <https://doi.org/10.3322/canjclin.17.3.130>
- Friedland, R., & Alford, R. (1991). Brindring society back. In: symbols, practices and institutional contradictions. In J. W. Powell & P. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in Organizational Analysis*. University of Chicago Press.

- García, H., González, L., Barbosa, R., & Asensio, R. (2002). Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Encuesta a facultativos de los centros de salud Bahía de Cádiz y La Janda. *Atención Primaria*, 30(7), 425-433. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79066-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79066-5)
- González, H., Uribe, C., & Delgado, H. (2015). Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación Médica*, 16(4), 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.10.008>
- Greenwood, R., Raynard, M., Kodeih, F., Mincelotta, E., & Lounsbury, M. (2011). Institutional complexity and organizational responses. *Academy of Management Annals*, 5(1). <https://doi.org/10.5465/19416520.2011.590299>
- Guerrero, D., Guerrero, D., Escobar, O., & Herrera, J. (2022). La relación médico-paciente en la actualidad. Una revisión. *Polo del Conocimiento*, 7(4), 1038–1056. <https://bit.ly/3FFAJX9>
- Hamid, S. A., Begum, A., Azim, M. R., & Islam, M. S. (2021). Doctor-patient relationship: Evidence from Bangladesh. *Health Science Reports*, 4(4), pp. e394.
- Hernández, M. (2013). El humanismo y la relación médico-paciente. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(3), pp. 255-257. <https://bit.ly/3PHe7Iy>
- Herrera, N., Gutiérrez, M., Ballesteros, M., Izzedin, R., Gómez, A., & Sánchez, L. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 12(3), 343–355. <https://bit.ly/3HkYHb9>
- Hidefjall, P., Laurell, H., Johansson, J., & Barlow, J. (2023). Institutional logics and the adoption and implementation of remote patient monitoring. *Innovation Organization & Management*, <https://doi.org/10.1080/14479338.2022.2162907>
- Hojat, M. (2016). *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Springer: Berlin/Heidelberg, Germany.
- Lázaro, J., & García, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. En *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra* (pp. 7–17). <https://bit.ly/3FDzs2v>
- Lazzaro-Salazar, M. & Pujol-Cols, L. (2022). Instrumentos estandarizados para medir la relación médico-paciente: una revisión sistemática de la literatura internacional e iberoamericana. *Rev. Med. Chile*, 150(4), 512-531. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000400512>
- Leotta, A., & Ruggeri, D. (2022). Coherence in the use of a performance measurement system and compatibility between institutional logics in public hospitals. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 19(5), 604-632. <https://doi.org/10.1108/QRAM-08-2020-0123>
- Lewis, B., & Carlos, W. (2022). Avoiding the appearance of virtue: reactivity to corporate social responsibility ratings in an era of shareholder primacy. *Administrative Science Quarterly*, 67(4). <https://doi.org/10.1177/00018392221124916>
- Lounsbury, M., & Crumley, E. T. (2007). New practice creation: An institutional perspective on innovation. *Organization Studies*, 28(7), 993–1012. <https://doi.org/10.1177/0170840607078111>
- Márquez, J. (2014). Relación médico-paciente y mercado de la salud en Colombia. *Interface*, 18(50), 609–617. <https://bit.ly/3PhXHqf>
- Martínez, J. (2018). *La relación médico-paciente*. Ed. Universidad de Barcelona.
- Matiz-Moya, E., Delgado, R., García-Gómez, E. & Vivanco, L. (2023). Empathy and Occupational Health and Well-Being in Ecuadorian Physicians Working with COVID-19 Patients: A Mixed-Method Study. *Healthcare*, 11(8). <https://doi.org/10.3390/healthcare11081177>.
- Mejía, A., & Romero, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrónica*, 39(S1), 932-842. <https://bit.ly/3xeKiH9>
- Oliveira, H., Rodriguez, L., & Craig, R. (2021). Reasons for bureaucracy in the management of Portuguese Public Enterprise Hospitals – An Institutional Logics Perspective. *International Journal of Public Administration*, 45(5), 344-353. <https://doi.org/10.1080/01900692.2021.1995748>

- Oliveira, M., Melo, M., & de Oliveira, H. (2012). Receptiveness and Humanization from the Perspective of Anesthesiologist. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(2), 199-213. <https://www.scielo.br/j/rba/a/ZWDHmDdKTYVLxQ5pVyJFyWf/?lang=en&format=pdf>
- Pache, A. C., & Santos, F. (2013). Inside the hybrid organization: selective coupling as a response to competing institutional logics. *Academy of Management Journal*, 56(4), 972-1001. <https://www.jstor.org/stable/4134353>
- Park, S., Kim, H. K., & Lee, M. (2023). An analytic hierarchy process analysis for reinforcing doctor-patient communication. *BMC Prim. Care*, 24(24). <https://doi.org/10.1186/s12875-023-01972-3>
- Pinilla, D., Aguilar, Y., González, S., & Adarve, L. (2020). *Descripción de la relación médico-paciente en un servicio de consulta externa en el mes de agosto de 2020*. Tesis de pregrado, Universidad Católica de Manizalez. <https://bit.ly/3z5t5Cc>
- Pornimal, J. (2015). Doctor, shut up and listen. *The New York Times*. <https://nyti.ms/3PMKTYQ>
- Rathert, C., Wyrwich, M., & Boren, S. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351-379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Saumure, K., & Given, L. (2008). Data saturation. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, 1(1), 195-196.
- Scott, R., Ruef, M., Mendel, P., & Caronna, C. (2000). *Institutional change and healthcare organizations - from professional dominance to managed care*. University of Chicago Press.
- Seo, M., & Creed, W. (2002). Institutional contradictions, praxis, and institutional change: A dialectical perspective. *Academy of Management Review*, 27(2), 222-247. <https://doi.org/10.2307/4134353>
- Sikka, R., Morath, J., & Leape, L. (2015). The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ quality & safety*, 24(10), 608-610. <https://bit.ly/3a9F1J2>
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE Publications.
- ten Dam, E., & Waardenburg, M. (2020). Logic fluidity: How frontline professionals use institutional logics in their day-to-day work. *Journal of Professions and Organization*, 7(2), 188-204. <https://doi.org/10.1093/jpo/joaa012>
- Thornton, H., & Ocasio, W. (1999). Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: executive succession in the higher education publishing industry, 1958-1990. *American Journal of Sociology*, 105(3), 801-843. <https://doi.org/10.1086/210361>
- Thornton, H., & Ocasio, W. (2008). Institutional logics. In Greenwood, R., C. Oliver, R. Suddaby, & K. Sahlin (Eds.). *The SAGE handbook of organizational institutionalism*. Sage.
- Villalobos, J., & Calvanese, N. (2021). La relación médico-paciente en tiempos de COVID-19. ¿Un cambio de paradigma? *Revista médica de Chile*, 149(7), 1070-1074. <https://bit.ly/3Gv8skL>
- Wartman, S. (2021). Medicine, Machines, and Medical Education. *Academic Medicine*, 96(7), 947-950. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004113>
- Wu, X. J., Tan, X. X., & Wang, X. Q. (2023). The institutional logics perspective in management and organizational studies. *Journal of Business Research*, 167. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2023.114183>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*, 6th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Zhou, Y., Ma, Y., Yang, W., Wu, Q., Chen, S., Liao, Y., Wang, X., Wang, D., Ren, H., Luo, Y., Yang, D., Liu, T., & Wu, X. (2021). Doctor-Patient Relationship improved during the COVID-19 pandemic, but weakness remains. *BMC Family Practice*, 22. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.646486>

Notas

- * Artículo de investigación.

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

Sugerencia de citación: Gutierrez-Rincon, V., Gil, D., & Largacha, D. (2024). Lógicas institucionales de la relación médico-paciente desde la percepción de los médicos: estudio desde el área de consulta externa en una IPS de primer nivel. *Cuadernos de Administración*, 37. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cao37.ildptp>