

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS

CARRERA TRABAJO SOCIAL



**“CALIDEZ EN LA ATENCIÓN A PACIENTES Y SUS FAMILIARES
EN EL HOSPITAL DR. ROBERTO GALINDO TERÁN”**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**

Autor: Jackeline Mescias Cruz

Tutora: Lic. Andrea Mariela Cabrera Pelaez

COBIJA – PANDO – BOLIVIA

2017

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS

CARRERA TRABAJO SOCIAL

**“CALIDEZ EN LA ATENCIÓN A PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN EL
HOSPITAL DR. ROBERTO GALINDO TERÁN”**

Tesis de Grado Sometida a consideración de la Universidad Amazónica de Pando, en el Área de Ciencias Sociales y la Carrera de Trabajo Social.

Requisito para optar al grado de:

Licenciada en Trabajo Social

Por

Jackeline Mescias Cruz

Cobija – Pando – Bolivia

2017

Esta Tesis de Grado, ha sido aceptada en su presente forma por la Universidad Amazónica de Pando, la Dirección del Área de Ciencias Sociales y humanísticas y aprobada por el Tribunal.

FIRMANTES:

MSc. Carol Carlo Durán

DIRECTORA DEL AREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANISTICAS

Lic. Francis Ojopi Seeghers

TRIBUNAL

Lic. Jose Garcia López

TRIBUNAL

Lic. Andrea Mariela Cabrera Pelaez

TUTORA

Univ. Jackeline Mescias Cruz

POSTULANTE

Dedicatoria.

Dedico a mi Madre quien esta en el cielo y desde allá me bendice y protege, a mi Padre que gracias a Dios aun lo tengo a mi lado, a ambos por darme la vida y cuidar de mí siempre.

A mis hijos Yajahira, Jhonatan, Camila y Liam David quienes son mi inspiración, mi fuerza y mi triunfo ante todo.

A las personas que padecen alguna enfermedad y se convierten en usuarios de instituciones de salud.

En la vida hay momentos de alegría, tristeza y esperanzas. Momentos que le permiten a una persona crecer, desarrollar y construir el mundo en el que vive.

Este caminar no se hace solo sino junto a las personas que hacen nuestros días brillantes y radiantes, el éxito o el fracaso van en virtud de la interacción de uno con su entorno y de como pueda llevar a cabo las diferentes etapas de su vida.

Agradecimientos.

A Dios nuestro creador, quien nos dio la oportunidad de pasar por esta vida con igualdad de derechos y oportunidades.

A mi compañero Marcos por su comprensión, apoyo, colaboración, paciencia y sacrificio todo este tiempo.

A mis hijos Yajahira, Jhonatan, Camila, Liam David y mi nieto Iker por impulsarme a superarme y comprenderme en los momentos de crisis.

A todos los usuarios que asisten al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, por brindarme minutos de su tiempo para relatarme sus vivencias.

Al personal administrativo del Área de Ciencias Sociales y Humanísticas por el apoyo.

A los docentes por sus enseñanzas.

A la Lic. Francis Ojopi, que es una amiga y con su apoyo y consejos me ayudo en la construcción del presente.

A la Lic. Martha Salazar por ayudarme en momentos de debilidad y darme ese apoyo de una madre que siempre necesite.

A la Lic. Mariela Cabrera quien acepto ser mi tutora y me apoyo en el proceso de formación.

A todos mis compañeros y compañeras quienes compartieron estos años de formación y de una u otra forma fueron parte de este proceso y la realización de este sueño el mismo que ahora se hace realidad.

Gracias al Tribunal, Lic. Jose Garcia y Lic. Francis Ojopi, por su apoyo y ayuda en el presente trabajo, Dios las bendiga siempre y consagre sus vidas de éxito.

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Índice de contenido.....	iii
Índice de Gráficos.....	vi
Lista de Anexos.....	vii
Resumen Ejecutivo.....	viii
Introducción	
CAPÍTULO I.....	2
JUSTIFICACIÓN, PROBLEMA Y OBJETIVOS	
1.1. Antecedentes.....	2
1.2. Justificación.....	3
1.3. Descripción del Problema.....	5
1.3.1. Planteamiento del Problema.....	6
1.3.2. Formulación del problema.....	7
1.4. Objetivos.....	8
1.4.1. Objetivo General.....	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
1.4.3. Operacionalización de Variables.....	9
CAPÍTULO II.....	10
DISEÑO METODOLÓGICO	
2.1. Tipo de Investigación.....	10
2.2. Enfoque de la Investigación.....	10
2.3. Población y Muestra.....	11
2.4. Tipo de Muestreo.....	12

2.5.	Técnicas de Investigación.....	12
CAPÍTULO III.....		14
MARCO REFERENCIAL		
3.1.	Marco Legal.....	14
3.1.1.	Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.....	14
3.2.	Marco Teórico.....	15
3.2.1.	Definición de Eficacia.....	16
3.2.2.	Cultura de la Calidad.....	16
3.2.3.	Atención con calidad.....	17
3.2.4.	Definición de Calidez.....	19
3.2.5.	Calidez en Salud.....	20
3.2.6.	El trato hacia las personas en servicios de Salud.....	20
3.2.7.	Teoría de la Humanización o Cuidado Humano.....	23
3.2.8.	Determinantes Sociales en Salud.....	24
3.2.9.	La Atención y Acceso a la Salud en Bolivia.....	26
3.2.10.	Contexto Departamental en Salud.....	29
3.2.11.	El Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.....	30
3.2.12.	Trabajo Social en Salud.....	31
3.2.13.	Modelos de Intervención Social.....	33
CAPITULO IV.....		35
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN		
4.1.	Calidez.....	36
4.1.1.	Datos generales de la población encuestada.....	36
4.1.1.1.	Edad.....	36
4.1.1.2.	Genero.....	37
4.1.1.3.	Nacionalidad.....	38
4.1.1.4.	Procedencia.....	39
4.1.1.5.	Estado Civil.....	40
4.1.1.6.	Ocupación.....	41

4.1.2.	Trato de Cordialidad al paciente y a los familiares.....	42
4.1.2.1.	Motivo por el cual acude al Hospital Dr. Roberto Galindo.....	42
4.1.2.2.	Trato que se le brindo al paciente.....	43
4.1.2.3.	Personal que brinda trato a los pacientes.....	44
4.1.2.4.	Forma en la cual le brindaron el trato recibido.....	45
4.1.3.	Sentir de los Pacientes.....	46
4.1.3.1.	Calidez en la atención recibida.....	48
4.1.3.2.	Tiempo que espero el paciente para ser atendido.....	49
4.1.3.3.	Servicio en el que se brindó atención inadecuada al paciente.....	50
4.1.3.4.	Cantidad de veces que el paciente o sus familiares recibieron mala Atención.....	51
4.1.4.	Sentir de los Familiares.....	52
4.1.5.	Ambiente de afectividad.....	54
4.1.5.1.	Servicio de Estadística.....	54
4.1.5.2.	Servicio de Caja.....	55
4.1.5.3.	Farmacia.....	55
4.1.5.4.	Emergencias.....	56
4.1.5.5.	Medicina Externa.....	56
4.1.6.	Relaciones Interpersonales.....	57
4.2	Atención a Pacientes.....	58
4.2.1.	Forma de Atención Inicial.....	58
4.2.2.	Información a paciente.....	59
4.2.3.	Tiempo que espero el paciente para ser atendido.....	60
4.2.4.	Atención a Familiares.....	61
	CONCLUSIONES.....	63
	RECOMENDACIONES.....	65
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	66
	ANEXOS.....	71

Índice de Gráficos

	Pág.
Grafico 1: Edad.....	36
Grafico 2: Genero.....	37
Grafico 3: Nacionalidad.....	38
Grafico 4: Procedencia.....	39
Grafico 5: Estado Civil.....	40
Grafico 6: Ocupación.....	41
Grafico 7: Motivo por el que acude al HRGT.....	42
Grafico 8: Trato que se le brindo en el HRGT.....	43
Grafico 9: Personal que brindo el trato en el HRGT.....	44
Grafico 10: Forma con la cual le brindaron el trato.....	45
Grafico 11: Calidez en la atención recibida en el HRGT.....	48
Grafico 12: Tiempo de espera para ser atendido	49
Grafico 13: Servicio en el que le brindaron mala atención.....	50
Grafico 14: Cantidad de veces que recibió mala atención en el HRTG.....	51
Grafico 15: Información Brindada en el HRGT.....	59
Grafico 16: Tiempo De Espera Para Ser Atendido	60

Lista de Anexos

ANEXO N° 1 (Solicitud Dirigida a Dirección Del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán para realizar la aplicación de encuestas)

ANEXO N° 2 (Encuesta Dirigida a Usuarios que asisten Al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán)

ANEXO N° 3 (Entrevista dirigida a pacientes de medicina interna y consulta externa del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán).

ANEXO N° 4 (Entrevista dirigida a familiares o acompañantes de pacientes de medicina interna y consulta externa del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán)

ANEXO N° 5 (Guía de Observación Aplicada a los Servicios de atención al usuario; Estadística, Caja Central, Farmacia, Emergencias, Medicina Externa, Medicina Interna).

RESUMEN EJECUTIVO

El presente Trabajo de investigación, pretende ser pionero en la investigación acerca de la Calidez que brindan los servidores públicos en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija hacia los usuarios en general y su nivel de satisfacción en el trato que se les ha brindado. Cuando se plantea abordar el tema, se busca describir las causas y consecuencias de este problema social y como repercute la calidez en el trato humano.

El objetivo principal de la Tesis es Caracterizar la calidez en la atención a los pacientes y sus familiares en el Hospital Roberto Galindo Terán, la revisión bibliográfica se baso entorno a la temática y la Teoría de la Humanización o Cuidado Humanos, citando varios autores que explican por que es importantes la calidez en el trato hacia las personas con un diseño metodológico Mixto utilizando la investigación de tipo Descriptiva; aplicando técnicas como la encuesta y observación.

Como principales hallazgos se evidencio que el usuario/paciente y sus familiares no reciben información, cuidados y buen trato por parte del personal de salud, observándose constantes quejas y reclamos sobre malos tratos y mala atención por parte de los funcionarios, la atención que brindan los servidores en salud en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán es inadecuada y carece totalmente de calidez hacia los usuarios los mismos que no se sienten satisfechos al ser atendidos en el nosocomio.

Introducción

En la presente tesis titulada “Calidez en la atención a pacientes y sus familiares en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán” se demuestra descriptivamente el nivel de satisfacción de los pacientes y sus familiares que asisten al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán con respecto a la calidez que les brindan los servidores públicos en salud.

La atención en los servicios de salud suele ser relativamente despersonalizada debido al personal que está en contacto directo e indirecto con el paciente y su familia, pero al mismo tiempo poco humanizada, ya que no existe cercanía ni trato digno para el paciente, acciones que pueden deberse a un sinnúmero de motivos como bajos salarios, malas condiciones de trabajo, presión, etc. Pero que sin embargo son los usuarios quienes asumen las consecuencias al recibir un trato frío e insensible. Es verdad que no se pueden crear vínculos afectivos con los pacientes, pero esto no debe impedir, ni dejar que se produzca la ausencia de calidez en las relaciones humanas.

El profesional de la salud constituye un recurso básico para liderar los cambios esenciales de las instituciones, justamente, “la concepción humanística y social en el personal de salud es fundamento del ejercicio de su práctica y esto orienta al desempeño con honestidad, ética y búsqueda permanente en el mejoramiento continuo” (Hernández, 2013:292).

El objetivo que guio la elaboración de la investigación fue caracterizar la calidez en la atención a los pacientes y sus familiares en el Hospital Roberto Galindo Terán en la ciudad de Cobija, capital del departamento Pando en la gestión 2017.

En el Capítulo II Se presentara a través del diseño metodológico, con un tipo de investigación descriptiva que sirve para la recopilación y análisis de la información, además de los instrumentos y técnicas como la encuesta y la observación.

En el Capítulo III Se describe el marco teórico en sus dos dimensiones:

El Marco Legal, donde se presentan las principales leyes, artículos, políticas nacionales políticas en salud de Bolivia.

En el Marco Teórico se describen diferentes teorías sobre calidez, trato humano, atención en salud, rol de Trabajo Social así mismo contiene la Teoría de la Humanización o Cuidado Humano en la cual se basa la investigación y los diferentes métodos de intervención social.

En el Capítulo IV, se reflejan los resultados y principales hallazgos de la investigación con cuadros gráficos de los resultados que demuestran el nivel de satisfacción de los usuarios y como perciben las personas el trato que se les brinda en la Institución de salud, así mismo se establecen las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

CAPÍTULO I

JUSTIFICACIÓN, PROBLEMA Y OBJETIVOS

1.2. Antecedentes

A nivel global, la satisfacción del usuario es un tema de interés creciente en el marco de la salud pública y de la gestión de los servicios de salud, “es un eje angular de la evaluación de servicios de salud y un resultado de la calidez, la asistencia y de su efectividad, por ser una medida de los resultados de la atención y un predictor de fidelización del usuario” (Llanos, 2001:21).

La Organización Panamericana de la Salud OPS (1998) reconoce que la satisfacción de los usuarios es uno de los indicadores de elección para medir el impacto de las intervenciones en el sector salud en poblaciones como la nuestra (p. 11).

En nuestro país, la satisfacción de los usuarios de servicios de salud es un fenómeno insuficientemente comprendido, en el cual, además, la introducción de enfoques y metodologías de medición de la calidez son recientes.

Es un problema claramente planteado por la literatura internacional establece que existe una importante tendencia de los usuarios entrevistados a manifestar elevados porcentajes de satisfacción de la atención en los establecimientos de primer nivel de atención, a pesar de las condiciones objetivas que deberían conducir a mayores porcentajes de insatisfacción, la percepción del beneficio obtenido por la atención es tan grande, respecto a las carencias y limitaciones del usuario en ese medio, a pesar de existir manifestaciones objetivas de diversos niveles de disconformidad (Cortez, 2001:17).

Como menciona Riberos (2004) Chile, existe una creciente preocupación de las autoridades gubernamentales y de los directivos hospitalarios, por conocer la opinión de los usuarios con respecto a estos servicios públicos del sistema sanitario chileno, debido a la creciente demanda en la atención sanitaria, los servidores públicos han perdido los lazos de relaciones humanas y buen trato al paciente lo cual en cierta medida dificulta la recuperación del mismo (p. 112).

En Bolivia, los análisis sobre calidad de atención realizados por el sector salud se han centrado en la relación existente entre el personal sanitario y el paciente en el acto médico y, más concretamente, en la relación que se establece entre el médico y el paciente.

Según García (2012) En Bolivia la calidad de atención es entendida casi exclusivamente como una responsabilidad individual, pero no se han analizado las causas y consecuencias que conllevan dichas responsabilidades individuales (no tratar adecuadamente al paciente, no hablar su idioma, etc.) es decir, los aspectos sociopolíticos que las condiciona (p. 23).

1.5. Justificación

El interés por conocer cuál es la satisfacción del usuarios en la atención que reciben en las instituciones públicas es de mayor relevancia a medida que pasa el tiempo.

La satisfacción del usuario es un tema de interés creciente en el marco de la salud pública y de la gestión de los servicios de salud, se considera un eje angular de la evaluación de servicios de salud y un resultado de la calidad de la asistencia y de su efectividad, por ser una medida de los resultados de la atención y un predictor de fidelización del usuario (Llanos, 2001:99).

En nuestro país, la satisfacción de los usuarios de servicios de salud es un fenómeno insuficientemente comprendido, en el cual, además, la introducción de enfoques y metodologías de medición de calidad son recientes. Investigadores Cardich y Valencia (2008) muestran como algunas situaciones de deficiencias en la atención del servicio, como tiempos de espera prolongados, medidos por observación directa, mal trato, atención poco amable especialmente en las unidades de emergencia de los establecimientos de segundo nivel de atención (p.15).

Esta situación se observa con mucha frecuencia en los servicios de hospitalización, el contacto de los usuarios con el profesional de salud es muchas veces vertical, breve, sin mayor acercamiento al usuario. En esa dimensión el presente estudio está dirigido a conocer la satisfacción del usuario respecto a la atención que brinda el personal de salud en los servicios de hospitalización, detectar las insuficiencias del servicio que ayuden a formular estrategias de intervención como la capacitación del personal de salud en la atención de calidez y mejore las condiciones del servicio para mejorar la satisfacción del paciente.

Con el acelerado desarrollo urbano y los cambios en los estilos de vida, se presentan nuevas enfermedades que constituyen la base primordial de una situación inquietante para todos. Por lo que se hace indispensable la inversión con recursos en planes y programas de intervención creativos y la voluntad política y el consenso social para impulsarlos.

Algunas irregularidades y manifestaciones percibidas en la atención que reciben los pacientes y sus familiares atendidos en el hospital Roberto Galindo Terán en la ciudad de Cobija, dan lugar al presente estudio, en tal sentido, al identificar los factores que intervienen en la aparición de esta situación para delinear estrategias de prevención a emplear.

Actualmente se experimentan en nuestro medio, diversos cambios en lo social, los cuales alteran el ritmo de vida; hay un incremento acelerado de la población y consecuentemente se incrementa la demanda de atención en salud, y el personal de salud tiene que atender un mayor número de pacientes cada día.

Con la investigación, se pretende identificar los factores de mayor incidencia en la falta de calidez en la atención que reciben los pacientes hospitalizados. El estudio es un tema de importancia para este sector social, porque a través de fuentes de información primaria, se evidenciará el grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares.

Por otro lado, se puede considerar que:

Las personas encargadas de la atención al paciente hospitalizado, al no brindar un trato esperado, podrían afectar a la sociedad en su conjunto, ya que el personal de salud debe estar formado y capacitado para aceptar, asumir y

analizar los problemas de su profesión y desarrollar estrategias, para que su salud permanezca íntegra a lo largo del tiempo. Para ello, será necesario su adiestramiento en recursos adaptativos y eficaces con los que pueda afrontar las dificultades de su vida profesional y lograr el autocontrol (Llanos, 2001:101).

La calidez se refiere a uno de los valores personales que puede tener un individuo. Es un sinónimo de cordialidad o afecto humano, ya que las personas cálidas son aquellas que suelen ser amables con sus semejantes o carismáticas. Cuando se habla de la calidez de una persona se está haciendo alusión a su capacidad de empatía y de poder hacer que el resto de las personas se sienta adecuadamente atendido.

La investigación es de importancia para la disciplina de Trabajo Social, ya que uno de los principios del accionar de la profesión es generar la Justicia Social, respeto a los Derechos Humanos y Dignidad Humana y promoción de la Humanización en todos los aspectos. Uno de ellos y el más importante a considerar es la atención en el área de salud al tratarse de usuarios que están convalecientes, vulnerables y necesitan más calidez en el trato que les brindan los servidores en salud. La intervención del profesional en Trabajo Social tiene la misión entonces en promover los cambios sociales en cuanto a las relaciones humanas y buen trato por parte de los servidores en salud hacia los usuarios y sus familiares.

1.6. Descripción del Problema

La atención con calidez por parte de los servidores en salud es fundamental, ya que de ello depende el éxito o fracaso del tratamiento, atención y recuperación del paciente. Considerando que la calidez debe estar basada en las necesidades de los pacientes desarrollando técnicas o indicadores para mejorarlas.

La calidez en la atención es un compromiso, que requiere recurrir a todos los elementos existentes para alcanzarla. Respecto a la misma, existe la percepción de que hoy los pacientes están buscando profesionales que actúen en forma humana deseando que no sólo resuelvan sus problemas de salud, sino que los escuchen y comprendan el estado actual en el que se encuentra porque no solo su salud física se ve afectada sino también su entorno afectivo.

En los establecimientos e instituciones hospitalarias, Centros y Puestos de Salud; la atención con calidez se ve afectada por los recursos humanos, materiales y financieros limitados y más aún en el Hospital “Dr. Roberto Galindo Terán” que es el único centro hospitalario del Departamento al cual acuden no solo paciente del área urbana sino también del área rural, la mayoría son de bajos recursos o precaria situación económica; y, son candidatos a tratamientos médicos que generan en ellos angustia, tensión y ansiedad, obstaculizando de este modo el restablecimiento de su salud.

Es por eso que se tiene la necesidad de conocer cómo percibe el paciente la calidez de atención brindada por los servidores en salud en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, siendo importante para la evaluación y mejoramiento de la atención de salud. Se debe considerar que la calidez no es un proceso positivo vertical, sino más bien un proceso dinámico ininterrumpido y exhaustivo, de identificación permanente de fallas en las actividades diarias y procedimientos. Dicho proceso debe ser periódicamente revisado, actualizado y difundido con la participación del personal.

Los Servidores en salud deben estar comprometidos con su labor como actuando en forma responsable y dedicada para garantizar la plena satisfacción del usuario en salud.

Dentro de la unidad médica, el paciente pierde sus rasgos personales e individuales, sus sentimientos y valores no se toman en cuenta, y pasa a ser un número de habitación o expediente clínico o una patología o diagnóstico, quedando en el olvido su dimensión emocional y personal única en cada paciente o individuo.

Al mismo tiempo es importante tener en cuenta que los cuidados que brinda la enfermera al paciente debe ser en forma integral, a través de las acciones y procedimientos que realizan para satisfacer las necesidades biopsico-sociales-afectivas, favorecer su recuperación y disminuir el tiempo de permanencia hospitalaria y que el paciente sienta que ha cumplido con las expectativas con las que ingresó al servicio hospitalario.

1.6.1. Planteamiento del Problema

La atención en los servicios de salud suele ser relativamente despersonalizada debido al personal que está en contacto directo e indirecto con el paciente y su familia, pero al mismo

tiempo poco humanizada, ya que no existe cercanía ni trato digno para el paciente. Este es un problema que día a día afecta al paciente y preocupa tanto a los trabajadores como al personal directivo, precisamente por la imagen y la percepción que se tiene del personal de salud respecto a que el paciente se convierte en objeto una vez que ingresa a una unidad hospitalaria a recibir servicios.

Esto se observa comúnmente en los pacientes con largos días de estancia hospitalaria y con un diagnóstico no definitivo o terminal. Por ello se hace preciso busca un equilibrio que permita un compromiso emocional genuino con los pacientes, pero al mismo tiempo, condicionado.

Cuidar a otro ser humano en su cotidianidad es ante todo un acto de vida donde se debe respetar y tener en cuenta la persona y sus costumbres.

Por esto el desarrollo de la atención en salud, no puede dejar aparte, el componente humanista de la relación entre las partes, una que pone su saber para ayudar, aliviar y curar, y la otra que demanda y necesita saber de su condición o estado, pero con un componente indispensable de calidez y confianza.

El principio de beneficencia obliga al personal en salud a poner el máximo empeño en atender al paciente con ética y profesionalismo y hacer cuanto pueda para mejorar su condición.

Es importante tener en cuenta que los cuidados que brindan los servidores en salud a los pacientes debe ser en forma integral, a través de las acciones y procedimientos que realizan para satisfacer las necesidades biopsico-sociales-afectivas, favorecer su recuperación y disminuir el tiempo de permanencia hospitalaria y que el paciente sienta que han cumplido con sus expectativas con las que ingresó al servicio hospitalario y se sienta satisfecho.

1.6.2. Formulación del problema

Por lo expuesto anteriormente y el planteamiento del problema mencionado se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué características de calidez se manifiestan en la atención a los pacientes y sus familiares en el Hospital Roberto Galindo Terán?

Para reforzar la pregunta de investigación se formularon las siguientes preguntas secundarias:

- ¿Cuáles son los fundamentos teóricos que se relacionan con la calidez en la atención a pacientes y familiares en el hospital?
- ¿Cuál es el nivel de cordialidad y afecto humano que brindan los responsables de los servicios en el hospital?
- ¿Cuál es el sentir de los pacientes y sus familiares con relación a la atención en los servicios del hospital?
- ¿Cuáles son las características de afectividad que se manifiestan en los ambientes de los servicios del hospital?
- ¿Cuáles son las relaciones interpersonales entre los servidores, pacientes y familiares en el hospital?

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Caracterizar la calidez en la atención a los pacientes y sus familiares en el Hospital Roberto Galindo Terán.

1.7.2. Objetivos Específicos

- ✓ Determinar los fundamentos teóricos que se relacionan con la calidez en la atención a pacientes y familiares en el hospital.
- ✓ Establecer el nivel de cordialidad y afecto humano que brindan los responsables de los servicios en el hospital.
- ✓ Describir el sentir de los pacientes y sus familiares con relación a la atención en los servicios del hospital.
- ✓ Definir las características de afectividad que se manifiestan en los ambientes de los servicios del hospital.
- ✓ Identificar las relaciones interpersonales entre los servidores, pacientes y familiares en el hospital.

1.7.3. Operacionalización de Variables

- **VARIABLES EN ESTUDIO**
 - Calidez
 - Atención a pacientes

Variables	Definición operacional	Indicadores	Técnicas	Instrumentos
Calidez	Cordialidad en la interrelación entre el personal de salud con el paciente y familiares.	Datos Generales de la población en estudio	Encuesta	Cuestionario
		Trato de cordialidad al paciente y a los familiares.	Observación Entrevista Encuesta	Guía de observación Guía de entrevista Cuestionario
		Sentir de los pacientes.	Entrevista	Guía de entrevista
		Sentir de los familiares	Entrevista Encuesta	Guía de entrevista Cuestionario
		Ambiente de afectividad	Observación	Guía de observación
Atención a pacientes	Conjunto de valores y hábitos practicados por el personal de salud para con los pacientes,	Relaciones interpersonales	Observación	Guía de observación
		Acogida	Encuesta	Cuestionario
		Información a pacientes	Encuesta Observación Entrevista	Cuestionario Guía de observación Guía de Entrevista
		Atención a familiares	Observación Entrevista	Guía de observación Guía de Entrevista

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de Investigación

Fausto (2000) señala que un estudio Descriptivo es aquel en que la información es recolectada sin cambiar el entorno (es decir, no hay manipulación), en ocasiones se conocen como estudios de Observación (p.13).

Gutiérrez (2009) define un estudio descriptivo como cualquier estudio que no es verdaderamente experimental en una investigación humana, un estudio descriptivo puede ofrecer información acerca del estado de salud, comportamiento, actitudes u otras características de estas personas en particular. Los estudios descriptivos también se llevan a cabo para demostrar las asociaciones o relaciones entre las cosas en el entorno (p.122).

El presente trabajo de investigación es descriptivo, dado que se busca determinar la satisfacción de los pacientes y sus familiares con respecto a la calidez recibida en la atención que brinda el personal de salud en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

1.8. Enfoque de la Investigación

El enfoque utilizado para la investigación fue mixto, el modelo mixto, representa el más alto grado de integración entre los enfoques cualitativo y cuantitativo, ambos se combinan en todo el proceso de investigación, o al menos en la mayoría de sus etapas, ambos tipos de estudio son de utilidad para todos los campos.

Por las características del planteamiento del problema y los objetivos trazados, Taylor (1986) señala que cuando se aplican métodos cualitativos y cuantitativos se miden características o variables que pueden tomar valores numéricos y deben describirse

para facilitar la búsqueda de posibles relaciones mediante el análisis estadístico (p.221).

2.6. Población y Muestra

- **Población**

La población sujeto de estudio según los parámetros cuantitativos y cualitativos, para el presente estudio serán los familiares y pacientes que asisten al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, tomando como universo a la población de la ciudad de Cobija que según datos estadísticos del INE (2012) haciende a 55.692 habitantes.

- **Muestra**

El muestro es indispensable para la presente investigación ya que es imposible entrevistar a todos los miembros de una población debido a problemas de tiempo, recursos y esfuerzo.

La muestra será aplicada bajo la siguiente formula:

$$n = \frac{55692 * p * q * N}{(n * e^2) + (z^2 * p * q)}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra = *
z = Nivel de Confianza = 95% =1.96
n = Población de estudio = 55692
e = Error de estimación = 0.10
p = Probabilidad de éxito = 0.5
q = Probabilidad de fracaso = 0.5

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 55692}{(55692 * 0.01) + (1.9 * 0.5 * 0.5)}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.5 * 0.5 *}{(24.4) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{23.433.76}{19.349.2}$$

$$n = 106$$

2.7. Tipo de Muestreo

La muestra se selecciono es de tipo aleatorio simple.

Según Strauss (2003), el muestreo aleatorio simple precisa tener identificadas a todas las personas y consiste en seleccionarlos uno a uno, mediante la utilización de tablas de números aleatorios o programas de cómputos. Todas las personas seleccionadas, pasan a formar parte de la muestra (p.21).

Para la obtención de la muestra se seleccionara a 106 personas que acuden al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, ya sean pacientes, acompañantes o familiares aplicando instrumentos de recolección de datos que previamente se validaron.

2.8. Técnicas de Investigación

Según Arias (2006), Las técnicas de recolección de datos, son estrategias que permiten al investigador llevar a cabo el levantamiento de la información necesaria, con el fin de determinar las condiciones existentes (p. 43).

Las técnicas que se emplearon para la recolección de datos serán las siguientes:

- La Entrevista

La entrevista se reconoce como un recurso de intercambio de información entre un persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado), medio en el cual se realiza una serie de consultas individuales previamente estructuradas en un cuestionario para identificar información que se requiere y determinar posibles problemáticas. Cabe destacar que no se aplica al total de la población.

Para Parandinas (2005) El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un dialogo peculiar donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de estas informaciones (p.192).

La Entrevista fue utilizada en pacientes y acompañantes o familiares que se encontraban en el servicio de internación y en el servicio de emergencias, con la finalidad de percibir el sentir de los mismos con respecto al trato que les brindaron en el nosocomio.

- **La Encuesta**

Es una técnica en la cual se obtienen datos precisos mediante la formulación de preguntas dirigidas al total de la muestra seleccionada.

Se realizaron 106 encuestas según indica el muestreo dirigida a pacientes y acompañantes o familiares en los diferentes servicios del Hospital Dr. Roberto Galindo Teran con la finalidad de indagar sobre el nivel de satisfacción con respecto a la calidez en el trato brindado por parte de los servidores en salud del Nosocomio.

- **La Observación**

Esta técnica permitió analizar y estudiar la realidad del objetivo de estudio, el investigador a través de la observación debe ver las cosas desde un punto de vista analítico profundo.

Según Parandinas (2005) se entiende por observación la expresión de la capacidad del sujeto investigador, de ver las cosas, verlas y observarlas sin cambiar o distorsionar la realidad. En una forma adicional, se trabaja en una revisión bibliográfica minuciosa, que permitirá contar con información para sustentar el trabajo (p.27).

La técnica de observación permitió analizar y describir las relaciones interpersonales de los servidores en salud, el ambiente laboral, horarios de atención, condiciones laborales, etc. Lo cual permitió evidenciar las posibles causales por las cuales exista insatisfacción en los usuarios que acuden al centro hospitalario.

.

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

3.3. Marco Legal

3.3.1. Políticas Nacionales en Bolivia

Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia

La Salud como Derecho Fundamental

Artículo 9. Garantizar el acceso de las personas a la educación, **a la salud** y al trabajo.

Artículo 15. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte.

Artículo 18.

- Todas las personas tienen derecho a la salud.
- El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- El Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.
- El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Determinantes sociales de la salud

Se citan contenidos parciales de los artículos referidos a los determinantes sociales.

Artículo 16. Derecho al agua y a la alimentación. El Estado garantiza la seguridad alimentaria.

Artículo 17. Derecho a recibir educación en todos los niveles.

Artículo 19. Derecho a un hábitat y vivienda digna.

Artículo 20. Derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones.

El derecho a la salud de las naciones y pueblos indígenas

Artículo 30. En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesino tienen el derecho:

A que sus saberes y conocimientos tradicionales, **su medicina tradicional**, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.

Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.

Derechos de los pacientes

Artículo 43. La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

Artículo 44. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.

Ninguna persona será sometida a experimentos científicos, sin su consentimiento.

3.4. Marco Teórico

Según Mora (2011), la atención con calidez define el punto en donde confluyen la satisfacción del paciente/cliente, el deber ser de la práctica por el personal de salud y la más óptima utilización de los recursos (p.22).

En este apartado se realiza un compilado teórico de las principales definiciones, teorías y conceptos que abarca la problemática planteada.

3.4.1. Definición de Eficacia

Para González (2005) deben seleccionarse la tecnología, los medios y las prácticas que hayan probado tener la mayor capacidad de obtener resultados, en estudios controlados y suficientemente representativos, distinguiendo siempre el “Beneficio Máximo Concebible”, pero que no puede ser alcanzado por limitaciones de la tecnología y el conocimiento existente, para poder delimitar con claridad los estándares de desempeño posibles en términos del “beneficio máximo alcanzable” (p.14).

La eficacia se relaciona estrechamente con la eficiencia:

Trata de alcanzarse los objetivos con el mínimo costo, y el mínimo de afectación de la efectividad para ello, conceptualiza la Efectividad como el desempeño observado que debe compararse contra el máximo alcanzable, con el propósito de analizar los factores que lo afectan negativamente, generalmente ligados a deficiencias en la utilización de los recursos, en el diseño de los procesos o en el desempeño del recurso humano, con el propósito de desatar las acciones de mejoramiento adecuadas. Los estándares deben ser fijados por encima del desempeño observado pero por debajo o igual a los que definen el máximo beneficio alcanzable (Flores, 2004: 32-33).

3.4.2. Cultura de la Calidad

Cantú define la cultura de la calidad Tratando de llegar a una definición precisa que involucre todos los aspectos que conlleva una cultura de calidad, Es el conjunto de valores y hábitos que posee una persona que complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, le permiten colaborar con su organización para afrontar los retos que se le presenten, en el cumplimiento de la misión de la organización (2008:21-23)

Acotando puede mencionar que:

Que los valores y hábitos son aquellas impresiones profundas que se tiene sobre la forma en que se vive, sobre lo que se considera correcto o incorrecto. Ahora

bien sabemos que la cultura de calidad no es un hecho espontáneo que sucede solo porque nosotros queremos que suceda. Es más bien un proceso por medio del cual la organización eleva su nivel de eficiencia y productividad en el trabajo (Ibáñez, 2008: 92).

Dentro de la cultura de calidad, Cruz (2007) hace énfasis en la enseñanza, como pilar fundamental definiendo como cualquier metodología o idea que sea de reciente introducción se hace imperativo el hecho de transmitir o enseñar el cómo se debe de llevar a cabo dicho cambio. Por medio de seminarios, talleres y juntas la metodología del cambio será trasladado de manera apropiada (p. 47).

También hay que tomar en cuenta a las personas responsables de ceder el conocimiento. Éstas deben de contar con el entrenamiento previo adecuado, así como mostrar una actitud positiva y enérgica dirigida al cambio en la organización. “El gasto en el que se incurre al momento de entrenar a los empleados es una inversión que rendirá frutos en un lapso de tiempo variable, dependiendo del tamaño de la organización sobre la cual se desea trabajar” (Mora, 2011:99).

Como se explica que:

No solamente deben enseñarse metodologías, se debe transmitir ciertas herramientas de calidad así como la pertinente explicación de su uso, también ciertos hábitos a seguir con el fin de modificar la conducta del individuo en el trabajo. Los hábitos principales sobre los cuales la enseñanza se debe de enfocar son: la mejora continua, la responsabilidad en el trabajo, prevención de errores, hacer bien el trabajo en el primer intento, la planeación de actividades y consistencia en el cumplimiento de compromisos (Mora, 2007:104).

3.4.3. **Atención con calidad**

A través del tiempo Noguera (2011) menciona que la historia de la humanidad está directamente ligada con la calidad desde los tiempos más remotos, el hombre al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observa las características del producto y enseguida procura mejorarlo (p. 116).

A manera de conocer un poco sobre la historia de la Calidad, como concepto.

Tuvo su origen en Japón donde ahora es una especie de religión que todos quieren practicar. Durante la edad media surgen mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se popularizó la costumbre de ponerles marca y con esta práctica se desarrolló el interés de mantener una buena reputación (las sedas de damasco, la porcelana china, etc.) Dado lo artesanal del proceso, la inspección del producto terminado es responsabilidad del productor que es el mismo artesano. Como consecuencia del alta demanda aparejada con el espíritu de mejorar la calidad de los procesos, la función de inspección llega a formar parte vital del proceso productivo y es realizada por el mismo operario (el objeto de la inspección simplemente señalaba los productos que no se ajustaban a los estándares deseados) (Noguera, 2011:117).

Como mencionan Donabedian (2000) el control de la calidad se practica desde hace muchos años en Estados Unidos y en otros países, pero los japoneses, enfrentados a la falta de recursos naturales y dependientes en alta grado de sus exportaciones para obtener divisas que les permitieran comprar en el exterior lo que no podían producir internamente, se dieron cuenta de que para sobrevivir en un mundo cada vez más agresivo comercialmente, tenían que producir y vender mejores productos que sus competidores internacionales como Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania (p. 205).

Sin embargo el término Calidad ha tomado últimamente un especial protagonismo, sin embargo no siempre se utiliza adecuadamente, ya que se piensa que hace referencia exclusivamente a procesos de tipo industrial, por lo que su aplicación se limitaría, por tanto, a ese ámbito. Sin embargo, la Calidad envuelve crecientemente a otras actividades como son la distribución o el servicio.

También se puede hacer énfasis en que:

La aplicación del término Calidad se ha hecho extensivo a organizaciones de titularidad pública, e incluso a la Administración Pública misma, en contraposición a la que tuvo en sus orígenes, centrada fundamentalmente en

empresas privadas. De este modo, el objeto de la Calidad ha sufrido una evolución desde las industrias básicamente productivas hasta las organizaciones de servicios. Desde este punto de vista la calidad es el grado con que un producto concreto satisface los deseos de un consumidor concreto. Lógicamente, a una más alta conformidad acompañará un menor número de reproceso y desechos, con lo que el coste del producto se reducirá, lo que puede traducirse en mayor margen comercial o en un precio menor, con el consiguiente aumento de competitividad (Porro, 2010:211).

En la estructura engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención.

En el proceso incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos.

Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan.

3.4.4. **Definición de Calidez.**

Si bien comenzamos citando las definiciones y concepto de lo que es Calidad en la atención, ahora comprenderemos lo que es Calidez en la atención, referido a lo emocional.

Para ello, se puede apreciar que se puede brindar calidez en la atención desde la perspectiva de cinco pilares:

Superar las prácticas de actuación tradicionales hacia la nueva mística de atención al usuario; Trabajar de manera proactiva e innovadora, teniendo en cuenta las necesidades del paciente en forma integral. Constituir modelos de comportamiento, capaces de transgredir las prácticas de actuación que conlleva la sociedad de flujos lineales hacia cíclicos, desarrollando un nuevo “proyecto

ambiental”. Desarrollar capacidades en los servidores públicos con respecto a la actitud positiva, eficiencia, eficacia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad. Situar a las personas en el centro de la estrategia de la empresa reconociendo su diferencia con el capital y la tecnología, reconociendo las características fundamentales del Capital Humano (Delgado, 2010:86).

3.4.5. Calidez en salud

El área de salud es sin duda alguna el servicio que más frecuenta la sociedad y por lo tanto lo ideal sería que los prestadores públicos en salud, brinden una atención con niveles de calidez que satisfagan a los usuarios.

La calidez de la atención consiste en “la aplicación de relaciones humanas potencializando el efecto de empatía que debe existir en las personas, haciendo sentir a los usuarios importantes sin importar su condición económica, religiosa, racial y mucho menos el padecimiento que tengan” (Ibáñez, 2008: 33).

3.4.6. El trato hacia las personas en servicios de Salud

La atención en los servicios de salud suele ser relativamente despersonalizada debido al personal que está en contacto directo e indirecto con el paciente y su familia, pero al mismo tiempo poco humanizada, ya que no existe cercanía ni trato digno para el paciente.

Según menciona Alvis (2013) este es un problema que día a día afecta al paciente y preocupa tanto a los trabajadores como al personal directivo, precisamente por la imagen y la percepción que se tiene del personal de salud respecto a que el paciente se convierte en objeto una vez que ingresa a una unidad hospitalaria a recibir servicios. Dentro de la unidad médica, el paciente pierde sus rasgos personales e individuales, sus sentimientos y valores no se toman en cuenta, y pasa a ser un número de habitación o expediente clínico o una patología o diagnóstico, quedando en el olvido su dimensión emocional y personal única en cada paciente o individuo (p. 386).

Es verdad que no se pueden crear vínculos afectivos con los pacientes, pero esto no debe impedir, ni dejar que se produzca la ausencia de calidez en las relaciones humanas.

Al respecto, enuncia

Hay que recordar que el hecho de estar el paciente fuera de su entorno y en un ambiente extraño le origina estrés, pérdida de autonomía y se restringe su libertad, su individualidad y naturalidad. Esto se observa comúnmente en los pacientes con largos días de estancia hospitalaria y con un diagnóstico no definitivo o terminal. Por ello se hace preciso buscar un equilibrio que permita un compromiso emocional genuino con los pacientes, pero al mismo tiempo, condicionado (Ríos, 2011:201).

Del mismo modo, la vulnerabilidad y dependencia del paciente puede incrementar el poder de los profesionales de la salud, Por ello es necesario acentuar:

La conciencia de que los profesionales de la salud sirven a la humanidad y que están obligados a respetar los derechos de los enfermos y de sus familias, y que siempre deben recibir información conveniente, completa e inteligible de su diagnóstico y pronóstico (Ríos. 2011:202).

Cuidar a otro ser humano en su cotidianidad es ante todo un acto de vida donde se debe respetar y tener en cuenta a la persona y sus costumbres.

Por ello la atención en salud, no puede dejar aparte, el componente humanista de la relación entre las partes (servidores en salud y usuarios), una que pone su saber para ayudar, aliviar y curar, y la otra que demanda y necesita saber de su condición o estado, pero con un componente indispensable de calidez y confianza.

El principio de beneficencia obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente con ética y profesionalismo y hacer cuanto pueda para mejorar su salud.

Para Hernández (2013) el profesional de la salud constituye un recurso básico para liderar los cambios esenciales de las instituciones, justamente, la concepción humanística y social en el personal de salud es fundamento del ejercicio de su práctica y esto orienta al desempeño con honestidad, ética y búsqueda permanente en el mejoramiento continuo (p. 292).

Para Toro (2012) el respeto a la intimidad y pudor del paciente y el establecimiento de una verdadera relación comunicativa permitirá la expresión libre de pensamientos de ambas partes, basado en respeto y comprensión. Con estas bases y principios lo que se pretende es que los servicios de enfermería sean brindados por un grupo técnico científico con alto grado de responsabilidad y calidad humana, que participen de manera activa y comprometida en todo el proceso de atención al paciente. Es así como éstos deben unificar criterios sobre la naturaleza del ser humano como un ser holístico, defender los derechos de los pacientes, los derechos a la salud, la naturaleza del cuidado de enfermería y su gestión. También deben estar orientadas a consolidar su liderazgo y potencializar la motivación de su personal, la transmisión de los valores que giran en torno al cuidado, fomentar la creatividad y la autonomía en el proceso de toma de decisiones (p. 59).

Es importante acotar que la delegación de responsabilidades en todas las actividades. Estas aunque parezcan a veces habituales y sencillas, las dejamos en manos de personal con menos competencia profesional para que las realice. Así que, tanto los aspectos humanísticos como el conocimiento técnico científico, son igualmente importantes y relevantes en todo el proceso de atención y cuidado.

Para Domínguez (2014) la carta de los derechos de los pacientes, el código de ética y el código de conducta para el personal de salud entre otros, son elementos esenciales para el desarrollo de la humanización de la atención, sin embargo estos deben ser bien comprendidos y asumidos por los directivos y por los trabajadores de las dependencias de las unidades de salud. En el proceso de mejoramiento y humanización del profesional en salud es importante conocer la opinión o la información de los pacientes y/o usuarios de los servicios de salud. El usuario debe ser escuchado y deben establecerse y facilitarse los canales permanentes de comunicación con él, a través de los formularios, buzones de quejas, encuestas entre otras cuestiones (p. 89).

Como mencionan Hernández (2014) es obligación del personal de salud recoger esta información, respetarla, considerarla y resolverla (donde proceda) ya que es imprescindible para acercarnos más al conocimiento real de las necesidades y expectativas de los usuarios y así en forma permanente mejorar la gestión en los servicios de salud con un verdadero enfoque hacia el cliente (p. 90).

Es necesario poner en práctica todo concepto y teoría en acciones personales que se reflejen en un trato humano verdadero y auténtico, es decir que los profesionales de la salud tengan ese espíritu de ayuda al paciente, el gusto por el trabajo bien hecho el cual es un valor que se convierte en un elemento de motivación con una visión integral, multidisciplinaria y de mejora para la organización.

En correspondencia con lo anterior, es preponderante y necesario reflexionar sobre las responsabilidades de todo el personal en salud y los efectos que tiene cuando se falla y se comenten actos de negligencia en el ejercicio de la profesión; los costos económicos, legales, institucionales, emocionales y sociales entre otros, que afectan a la institución, al profesional y también al paciente y su familia.

Así mismo, el profesional en Trabajo Social como agente de cambio tiene que fomentar la excelencia en la educación, aplicar sus teorías a la práctica para desarrollar la mayor calidad posible de atención al cliente; del mismo modo, aprender a mostrar qué hacemos, cómo y por qué lo hacemos, y demostrar competencia, profesionalismo y humanización. No hay que perder la esencia de nuestra profesión.

3.4.7. Teoría de la Humanización o Cuidado Humano

La humanización es un proceso mediante el cual se adquieren rasgos típicos del ser humano, desde el punto de vista biológico, antropológico, espiritual, racional y social.

Humanización del cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad y Calidez centrada individuo, a través de un vínculo.

El cuidado del ser humano en el área de salud según Peplau (2011) Es un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y servidor en salud capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan al personal de salud a practicar la humanización cuya herramienta central del cuidado es el vínculo (p.102).

Medina (2009) sostiene que cuidar a un individuo es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad, se trata de valorar a la

persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar (p.211).

La teoría del cuidado humano basada en tres premisas:

La Primera Premisa habla del cuidado de las personas ha existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes; La segunda Premisa expresa la claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre el personal de salud y el paciente; la tercera premisa menciona el grado de genuinidad y sinceridad de la expresión del personal de salud, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado. El Personal de salud que desea ser genuino debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado en las personas que asisten preponderando ante todo la calidez (Watson, 1979: 14).

La investigación se apoya en la Teoría de la Humanización o Cuidado Humano ya que responde a la problemática planteada y los objetivos propuestos para la investigación abordando el trato hacia las personas por parte de los servidores en salud.

3.4.8. Determinantes Sociales en Salud.

Numera (2001) menciona que las determinantes sociales de salud son ampliamente reconocidas como las causas de la mayoría de las enfermedades más prevalentes. En vista de la evidencia sobre cómo actúan los determinantes sociales en la salud, se considera imprescindible que los servicios de salud se reorienten en consecuencia (p. 76).

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre

Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
3. Medición y análisis del problema

En la Atención Primaria de salud la reorientación tiene que llevarse a cabo no tan solo en la consulta clínica individual, sino también en la forma en que el equipo de salud presta los servicios y en sus relaciones con la comunidad. “El modelo de atención al individuo que permite la orientación a los determinantes en el modelo biopsicosocial, traducido en la práctica en una atención centrada en el paciente, contextualizadora y con visión salutogénica” (Castellón, 2006:182).

Los determinantes sociales de salud según Albó (2004) son los siguientes:

- **El gradiente social:** la esperanza de vida es menor y las enfermedades son más frecuentes, en sociedades socialmente deprimidas. La pobreza económica y social afecta negativamente a la salud. (El doble de riesgo de enfermedades graves y de muerte prematura). La vida contiene una serie de puntos críticos de transición, con cambios emocionales y materiales que pueden afectar a la salud.
- **El estrés.** Las circunstancias estresantes producen preocupación, ansiedad e incapacidad de superación, dañan la salud mental y pueden producir una muerte prematura. Frecuentemente hay más preocupación por la seguridad del entorno físico en escuelas y centros de trabajo que por el ambiente social que puede dañar gravemente la salud.
- **La infancia.** El cuidado y la educación durante el embarazo y la infancia son fundamentales para la salud en la edad adulta. La nutrición, la educación sanitaria, los cuidados preventivos y los recursos económicos y sociales antes durante y después del embarazo mejoran el crecimiento y el desarrollo de los niños y reducen el riesgo de enfermedades.

- **Exclusión social:** la pobreza y la exclusión social tiene un gran impacto negativo sobre la salud. Los ciudadanos deberían estar protegidos con unos ingresos mínimos y un acceso a los servicios. La legislación deberá proteger a las minorías vulnerables frente a la discriminación y la exclusión social.
- **Trabajo:** el estrés en el trabajo incrementa el riesgo de Enfermedad. Las personas que tienen mayor control sobre su trabajo tienen mejor salud. Los trabajos con elevadas demandas y bajo control tienen mayor riesgo de enfermedad. Las mejoras de las condiciones de trabajo conducen a una salud mejor.
- **Desempleo:** la seguridad en el empleo mejora la salud, el bienestar y la satisfacción laboral. Altas tasas de desempleo están asociadas a enfermedad mental y muerte prematura.
- **Apoyo social:** las amistades, las buenas relaciones sociales y una fuerte red de apoyo social mejora la salud en casa, en el trabajo y en la comunidad. Las buenas relaciones sociales pueden reducir el estrés.
- **Adicciones:** la dependencia al alcohol, a las drogas o al tabaco se asocia a muertes violentas, accidentes, intoxicaciones y suicidio.
- **Alimentación:** una buena dieta y adecuados suplementos alimenticios son fundamentales para el bienestar y la promoción de la salud. La malnutrición la deficiencia o el exceso de alimentación se asocia a enfermedades y muerte.
- **Transporte:** el transporte saludable implica menos coches, más bicicleta y caminar acompañado de un buen transporte público. Promueve el ejercicio, reduce los accidentes, incrementa el contacto social y reduce la contaminación (p. 93).

3.4.9. La Atención y Acceso a la Salud en Bolivia

Un Estudio Realizado por Ramírez (2010) “menciona que a lo largo de su historia, el Estado boliviano nunca ha considerado entre sus objetivos prioritarios la mejora de la salud.” Actualmente, el porcentaje del PBI destinado a esta área es de un 3,28%, margen que

demuestra el rango y la prioridad que se otorga a la salud por parte del Estado boliviano. A diferencia de otros países latinoamericanos, el Estado boliviano no otorga gratuidad a la totalidad de sus servicios, sólo son asumidos algunos programas (limitados) de acceso a una verdadera salud pública. Entre ellos se encuentran el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el programa de Tuberculosis, el programa de Zoonosis, el de Salud Sexual y Reproductiva, actualmente el programa de VIH-SIDA y, en las zonas de tierras bajas, el programa de Malaria y Chagas. A lo largo de las últimas décadas, las políticas y programas de salud se han centrado en la salud materno infantil y se han justificado, tanto en el caso de las actuaciones de los organismos nacionales como internacionales, en los elevados índices de mortalidad materna e infantil, que constatan los registros epidemiológicos en problemáticas que son evitables (p. 36).

Los análisis sobre calidad de atención realizados por el sector salud se han centrado en:

La relación existente entre el personal sanitario y el paciente en el acto médico y, más concretamente, en la relación que se establece entre el médico y el paciente. La calidad de atención es entendida casi exclusivamente como una responsabilidad individual, pero no se han analizado las causas y consecuencias que conllevan dichas responsabilidades individuales (no tratar adecuadamente al paciente, no hablar su idioma, etc.), es decir, los aspectos sociopolíticos que las condicionan (Ramírez, 2010:49).

Esta nueva categoría de análisis que no privilegia la triada clásica que considera la existencia e interacción de tres factores para desencadenar la enfermedad –agente patógeno, huésped y medio ambiente- permite considerar críticamente la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud, OMS, para añadirle parámetros que hacen a las determinantes y condicionantes de la salud, es decir aspectos sociales y económicos, con el objetivo de llegar a una definición de salud menos subjetiva y utópica, centrada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Es en este sentido que el Estado debe considerar y asumir una serie de principios tales como la igualdad, la accesibilidad, la gratuidad y equidad, principios estos que privilegian la vigencia del derecho a la salud y la vida como derechos humanos fundamentales.

El concepto de determinantes de la salud fue desarrollado a principios de los años setenta, gracias al Informe Lalonde (1971) se identificaron algunos de los elementos clave que influyen de manera determinante en la situación de salud: el estilo de vida, el medioambiente, las características biológicas humanas y los servicios de salud. Con esto se dio el primer paso para ampliar el concepto de salud que, hasta ese momento, estuvo circunscrito al ámbito médico (biologicista), para abarcar aspectos referentes al comportamiento de los seres humanos, lo cual llevó a ejecutar intervenciones vinculadas a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud (p.12.)

Desde ese entonces, nuevos conocimientos ampliaron este marco conceptual básico:

En la década de los años ochenta, con la creciente afirmación de que los estilos de vida son influenciados significativamente por los entornos, la promoción de la salud comunitaria a nivel internacional, comenzó a incluir factores que se sitúan más allá del campo de la salud, tales como los sociales, económicos y políticos. A partir de este momento, se comenzó a hablar de factores determinantes de la salud (Ramírez, 2010:57).

Como menciona Ramírez (2010) en las últimas décadas, se han acumulado evidencias crecientes de que el aporte de la medicina y la atención en salud son muy limitados y que gastar más en atención sanitaria no producirá una gran mejoría en las condiciones de salud de la población. Paralelamente, hay claras y crecientes manifestaciones de que otro tipo de factores, tales como el acceso a educación, vivienda, alimentación e ingresos tienen una mayor repercusión en el estado de salud de la población. Así, con la denominación de determinantes de la salud, se designa el conjunto de condiciones y elementos que influyen en el estado de salud de individuos, familias y comunidades. Ahora bien, es necesario puntualizar que estas determinantes no actúan aisladamente, sino que son las interacciones complejas entre ellas, las que propician que tengan una amplia y profunda repercusión en la salud (p. 66).

El Ministerio de Salud (2014) lanza la estrategia Bolivia Digna, en la cual se desenvuelve el sector salud; en donde se plantea la erradicación de la pobreza, erradicación de exclusión social, eliminación de la discriminación, la marginación y la explotación, con un enfoque de

provisión de servicios básicos, como también acciones que generen capacidades económicas a familias y comunidades, buscando en las sociedades sus raíces culturales, el respeto a los derechos humanos, el sentido de pertenencia, la seguridad, el respeto a las formas de organización social y los derechos de las minorías, el principio de libertad cultural y de respeto a la diferencia y a la diversidad.

En síntesis, la atención en salud y las referencias y hallazgos bibliográficos solo reflejan datos que exponen la Calidad en la Atención y no así la Calidez en la Atención, mucho menos la satisfacción de los usuarios en salud.

3.4.10. Contexto Departamental en Salud

Datos obtenidos del INE (2012) revelan que la situación al interior del departamento de Pando, revela que las disparidades entre municipios son relativamente bajas. De los 15 municipios del departamento, Cobija, Porvenir y Bolpebra presentan una tasa de pobreza extrema menor a 30% mientras que los restantes 12 municipios presentan una incidencia en el rango de 30% a 69%. No se observan municipios con tasas de extrema pobreza de 70% o más. Dicha situación refleja condiciones de desigualdad menores que el resto del país (p. 67).

Los últimos años han sido un periodo muy importante para la mejora de las condiciones de vida de la población boliviana y pandina como se explica a continuación:

La reducción sostenida de los índices de pobreza, el aumento de la cobertura en la educación primaria y secundaria, la disminución de las tasas de mortalidad infantil, la mejora en el estado nutricional de los niños, así como el aumento de la cobertura de partos institucionales son un claro ejemplo de este progreso. Estos avances, en parte, tienen relación con la continuidad de políticas de Estado desarrolladas desde fines del siglo pasado, como con nuevas iniciativas orientadas al logro del ejercicio universal de derechos enunciados en la Constitución Política del Estado. Políticas tales como las transferencias condicionadas y no condicionadas, el nuevo modelo de salud, y la nueva ley educativa apuntan en este sentido (Buitrón, 2015: 129).

Un informe de la Organización Panamericana de Salud, emite que el Departamento Pando, ha mostrado mejoras interesantes en el ámbito social, especialmente en la mejora de la salud

materna, reducción de la desnutrición infantil y aumento de la cobertura en primaria. Sin embargo, indicadores relacionados con el abandono y deserción en primaria, así como las coberturas en la educación secundaria presentan cifras menos alentadoras, al igual que las de mortalidad infantil, que sólo alcanzan niveles similares a los promedios nacionales. Tanto para el total nacional como para el departamento, la evolución de varios de los indicadores de bienestar ha empezado a mostrar una desaceleración (p. 21).

Este fenómeno, no es un problema exclusivo de Pando o Bolivia, pues afecta o ha afectado a países que alcanzaron notables mejoras en indicadores sociales. Ello revela la necesidad de nuevos mecanismos de política pública, mejores procesos participativos, atención sobre la calidad de los servicios públicos, nuevos marcos de coordinación institucional, tanto sectorial como territorial, así como nuevos mecanismos de control social.

Las brechas en el acceso a la educación y a la salud, la falta de calidad de los servicios públicos y, en general el rezago de ciertos grupos en el logro de mejores condiciones de vida son un tema central de la agenda pública, puesto que son problemas que atentan contra el cumplimiento de los preceptos básicos de la Nueva Constitución Política del Estado: el ejercicio universal de derechos tales como la educación, la salud, la no discriminación, los ingresos dignos y el trabajo.

3.4.11. El Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

El Hospital Dr. Roberto Galindo Terán de Segundo Nivel ubicado en el municipio de Cobija capital del Departamento Pando, fue creado el 15 de noviembre de 1950 bajo la dependencia del Servicio Departamental de Salud (SEDES). “Según los datos revisados, lleva el nombre en honor al primer médico que asistió en servicios de salud en Pando, el Dr. Roberto Galindo Terán” (Hurtado, 2015:13).

La Misión del Hospital Dr. Roberto Galindo es “otorgar prestaciones de salud con calidad y calidez, en busca de lograr la satisfacción del paciente cumpliendo las normas y reglamentos de atención inmediata para contribuir en el desarrollo humano del municipio de Cobija” (Hurtado, 2015:14).

Tiene la Visión de “ser acreditado con infraestructura y tecnología avanzada, recursos humanos capacitados y especializados que brinden atención con calidad y calidez solidaria, con equidad de género y generacionales, en vía hacia un tercer nivel” (Hurtado, 2015:14).

El Nosocomio Dr. Roberto Galindo Terán es una Institución pública de atención en salud de Segundo Nivel, siendo la única referencia hospitalaria en el departamento Pando, atendiendo a los 15 municipios que contempla el Departamento, así mismo atiende a pacientes provenientes del Beni y de los países fronterizos del Brasil y Perú (Hurtado, 2015:14).

Con respecto a la temática no se cuenta con antecedentes sobre la Calidez en la Atención a los usuarios del Hospital Roberto Galindo Terán, mucho menos sobre su nivel de satisfacción demandas, sin embargo cabe mencionar que ya sean realizado investigaciones con respecto a la calidad en la atención y las condiciones de familiares de Pacientes internados, pero no existen antecedentes sobre estudio en la calidez de la atención.

Por lo tanto, el presente es un documento pionero en la recopilación y análisis de información acerca de la Calidez en la atención a pacientes y usuarios que acude al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

3.4.12. Trabajo Social en Salud

El Accionar de Trabajo Social en Hospitales de Segundo Nivel, es una disciplina teórico práctica cuya intención es:

Auxiliar a los individuos (pacientes), familias y la comunidad en conjunto con el fin de lograr una clara comprensión de los problemas sociales que afectan su salud. Su función es enfocarse en los factores socioeconómicos. Para tal intención, enfoca su interés en la investigación de factores económicos, sociales y psicológicos que influyen en el proceso de salud – enfermedad para que al conocerlos, promueva la participación consciente y organizada, del individuo dentro de su grupo social; para modificar sus niveles de salud (Román, 2012:43).

Ander-Egg (1998) define al Trabajo Social en el área de salud abarca conceptos de atención al cliente/paciente desde los múltiples factores que la determinan como resultado de factores económicos y sociales; se profundizan en los conceptos de Calidad de vida y atención/apoyo social. El primero, como factor importante para interpretar y conocer sus hábitos y condiciones de vida y el segundo, como el papel fundamental que juega Trabajo Social en la atención a los pacientes y familiares o acompañantes en salud (p.102).

Ulloa (2010) realiza un aporte al mencionar que el Trabajo Social en sus principios estuvo íntimamente vinculado con el mejoramiento de las condiciones generales de la vida humana. Los primeros trabajadores sociales fueron verdaderos reformadores de la sociedad, pero como resultado de las conquistas logradas, su labor comenzó a separarse en instituciones y se concentró en los problemas de los casos dejando una mínima parte dedicada a la acción social (p. 23).

Ahora está entrando en un nuevo período que le permitirá completar el círculo de su trayectoria, volviendo al punto de partida con mejor preparación y mayor experiencia. La creciente aceptación del hecho de que los factores económicos y sociales son la base de la mayor parte de los problemas individuales y de grupo, impone un cambio en el Trabajo Social.

Ulloa (2014) menciona, que los últimos acontecimientos mundiales, provocadores de una depresión muy intensa y como consecuencia, de un aumento considerable del número de necesitados, han hecho crecer la responsabilidad de esta profesión y la han enfrentado con las modificaciones sufridas por la sociedad. Ahora se impone la necesidad de colocar en primer plano a la organización social (p. 24).

Cuando analizamos la intervención de Trabajo Social en salud como se expone anteriormente “el rol que desempeña el trabajador Social es fundamental para permitir el acceso a la salud de toda la comunidad con la finalidad de permitir a la población una mejor calidad de vida” (Hernández, 2011:15).

Una población informada y con educación social en salud, resguardará su integridad y la de su familia. Es la intervención del profesional en Trabajo Social que mediante la promoción en salud y la educación comunitaria permiten que el sujeto tenga una perspectiva diferente en cuanto a la realidad social en el área de salud en un proceso social que permite de alguna manera el desarrollo social tanto del sujeto como de la persona.

3.4.13. Modelos de Intervención Social

El Modelo Utilizado para la investigación fue el Modelo Sistémico, sin embargo a continuación se mencionan los Modelos reconocidos para la intervención.

Modelo se refiere según Hill (1986) al conjunto de principios de acción relativos a un campo definido de fenómenos o de experiencia. Es la inclusión en un todo, en una unidad de los aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y también filosóficos, de una forma determinada de práctica (p. 17).

- a) **Modelo de Gestión de Casos:** En los años setenta se conocía poco sobre la gestión de casos. Su aparición del “casework” Un modelo que aparece en el Trabajo Social como resultado de la preocupación por ofrecer una intervención cada vez más eficiente, eficaz y al mismo tiempo más económica. En este caso Mery Richmond (1920) define la intervención a partir de un conjunto de evidencia extraídas de la realidad mediante la actividad sensible del profesional y el contexto de verificación y solución a las dificultades del cliente, Mery Richmond empleo por primera vez ese término establecer un diagnostico social y conceder al cliente el socorro adecuado. Que consiste en el estudio de caso, su diagnóstico y su tratamiento (p.26).
- b) **El Modelo Centrado en la Tarea:** También se ha aplicado en el trabajo de grupo y el trabajo familiar. Reid (1992) mediante este modelo busca resolver los problemas planteados por los clientes y en consecuencia lo primero que se plantea es cómo explicar la aparición de los problemas, en qué consiste y cómo hay que tratarlos. El trabajo centrado en la tarea tiene que ver con problemas que:
- Los clientes sociales reconocen y aceptan.
 - Pueden ser resueltos mediante acciones que pueden ser realizadas sin la presencia de los Asistentes Sociales.
 - Pueden ser definidos claramente.
 - Emanan de los “deseos insatisfechos” del cliente, en vez de estar definidos por extraños (esto podría excluir a los clientes involuntarios).
 - Proceden de extremos de la vida de los clientes que éstos desean cambiar.

- El Trabajador Social debe tratar de entender la conducta del cliente en lo que se refiere a la solución de problemas.
- El objetivo es preciso, limitado, y a corto plazo. Se inscribe en el marco de referencia del cliente y no en el del trabajador social.
- Se trata en primer lugar de especificar el problema. También importa el contexto social y la reacción de los demás.
- Debe existir un contrato, que determinará las dificultades a resolver, el objetivo a alcanzar y las tareas y el tiempo necesarios para llevarlo a cabo. Indicará quien, qué, cuándo y dónde se hará. (p. 13 -14).

c) **Modelo Humanista y existencial:** El modelo humanista y existencial citado por Hill (1986) es un modelo que ha tenido una gran repercusión en el Trabajo Social, porque proponen, más que unas determinadas técnicas de intervención o una determinada estructuración de la misma (aspectos cruciales en otros modelos), una filosofía de intervención que se encuentra muy acorde con los pilares en los que se asienta el Trabajo Social, como son el máximo respeto a la persona que necesita apoyo y la no imposición del proceso de intervención (p. 23-24).

El Trabajo Social humanista respeta la diversidad, la pertenencia étnica, la cultura, los estilos de vida y de opinión, denuncia las formas de violencia y de discriminación, rechaza la estandarización y el modelamiento del ser humano, respetando la capacidad de acción y de elección de éste, impulsando la cooperación, el trabajo comunitario y la comunicación.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan los datos recabados de la aplicación de encuestas, entrevistas y guía de observación mismos que están clasificados como indica la operacionalización de las variables: Calidez y Atención a Pacientes.

Los datos se expresan en porcentajes y también en literal de acuerdo a las entrevistas y la guía de observación misma que determina los resultados obtenidos en la presente investigación, los cuales se enfocaron en determinar la calidez en la atención a los pacientes y sus familiares en el Hospital Roberto Galindo Terán.

De la población global se tomó como muestra a 106 pacientes y acompañantes que acuden a diferentes servicios del Hospital Roberto Galindo Terán mediante instrumentos aplicados para la obtención de datos cuantitativos y el análisis de los datos cualitativos.

Una vez aplicadas las técnicas e instrumentos de investigación, se obtuvieron los resultados para dar revalidación del presente y de esta manera pueda tener un sustento científico y acercamiento a la realidad del objeto de estudio.

Se presentan hallazgos que determinan las características de la calidez en la atención a los usuarios del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

Una vez aplicadas encuestas, entrevistas y guías de observación se obtuvieron los resultados que se detallan a continuación, mediante la utilización de los gráficos, porcentajes, y criterios personales desde el punto de vista investigativo.

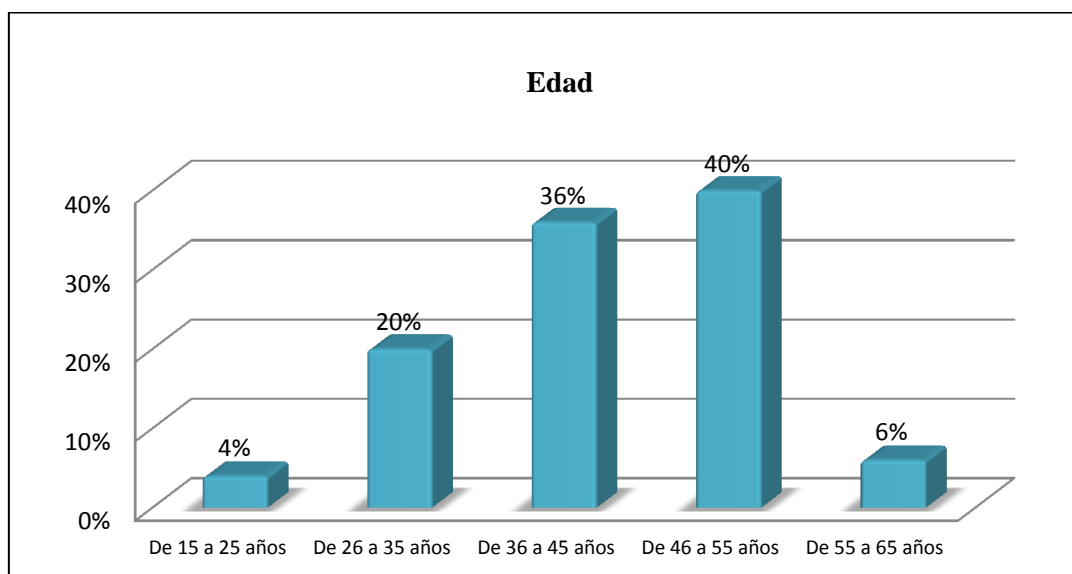
El Capítulo IV se compone por segmentos que responden a la operacionalización de variables y los instrumentos aplicados como se detalla a continuación.

4.2. Calidez

4.2.1. Datos generales de la población encuestada

4.2.1.1. Edad

Grafico 1

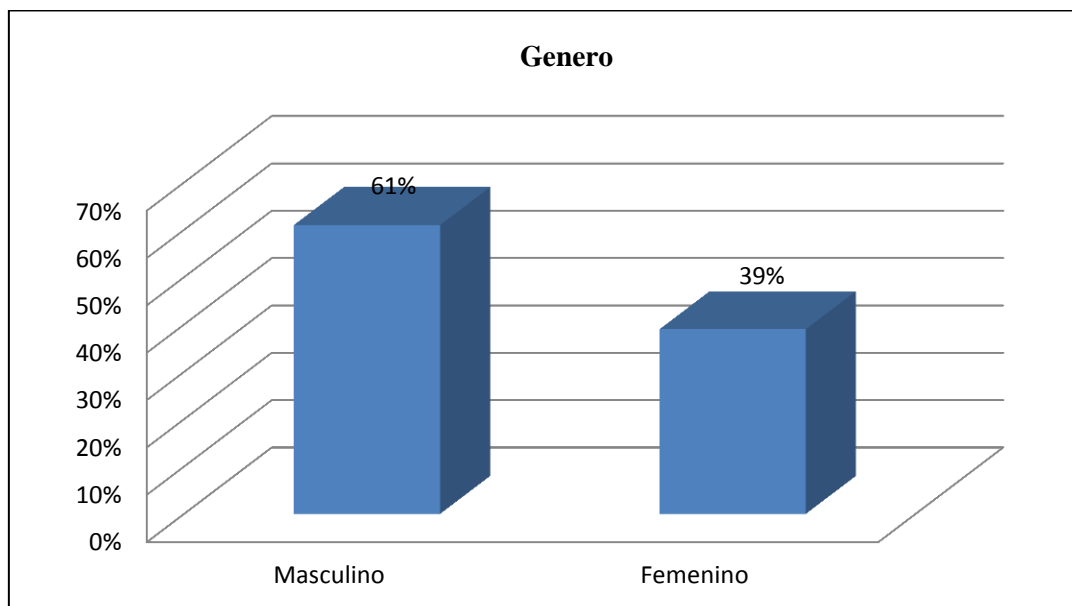


Fuente: Elaboración propia

El 40% de los encuestados tienen entre 46 y 55 años de edad, 36% entre 36 a 45 años de edad y el restante 20% entre 26 a 35 años de edad. Lo que nos da a conocer que la mayoría de los usuarios que acuden al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán son autónomos e independientes para manejarse solos. Los rangos de edad determinados en el gráfico pueden también analizarse desde el punto de vista de que entre los 36 a 55 años de edad los usuarios precisan con más frecuencia ser atendidos en un centro de salud.

4.2.1.2. Genero

Grafico 2



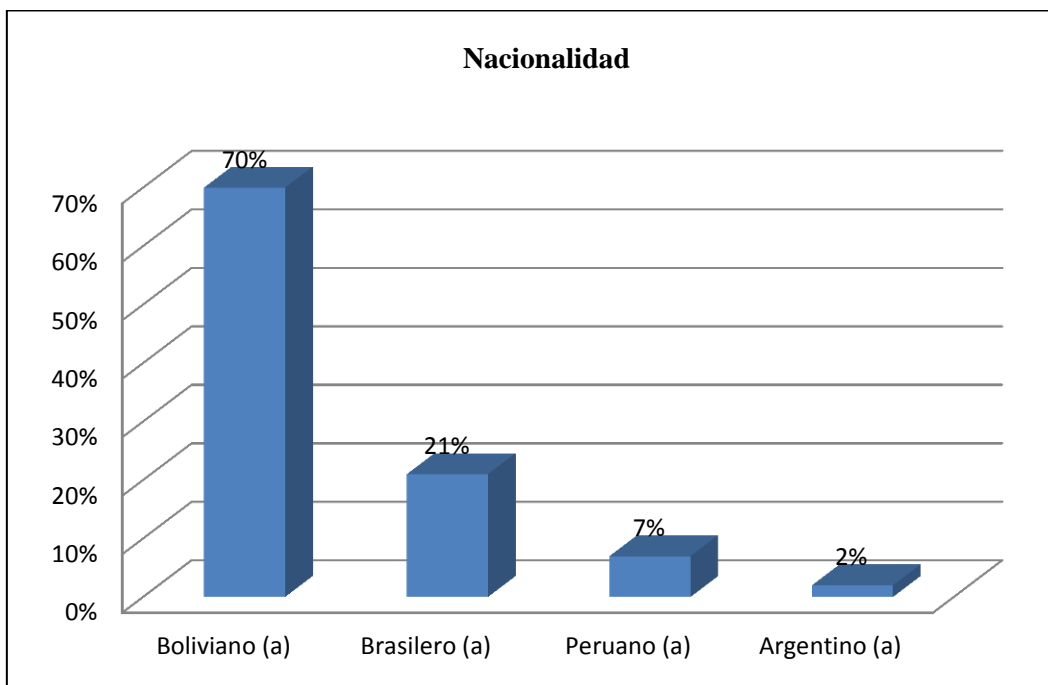
Fuente: Elaboración propia

De la población encuestada, notoriamente se destaca que el 61% son del sexo masculino, presentando este genero una mayor frecuencia de vulneración ante padecimientos a ser tratados en un Centro de Salud de 2º nivel.

Sin embargo cabe destacar que un 39% de las encuestadas son género femenino quienes pueden ser más susceptibles a ciertas enfermedades y se considera hasta ahora un grupo vulnerable ante situaciones de discriminación y malos tratos en diversos ámbitos y sectores sociales.

4.2.1.3. Nacionalidad

Grafico 3

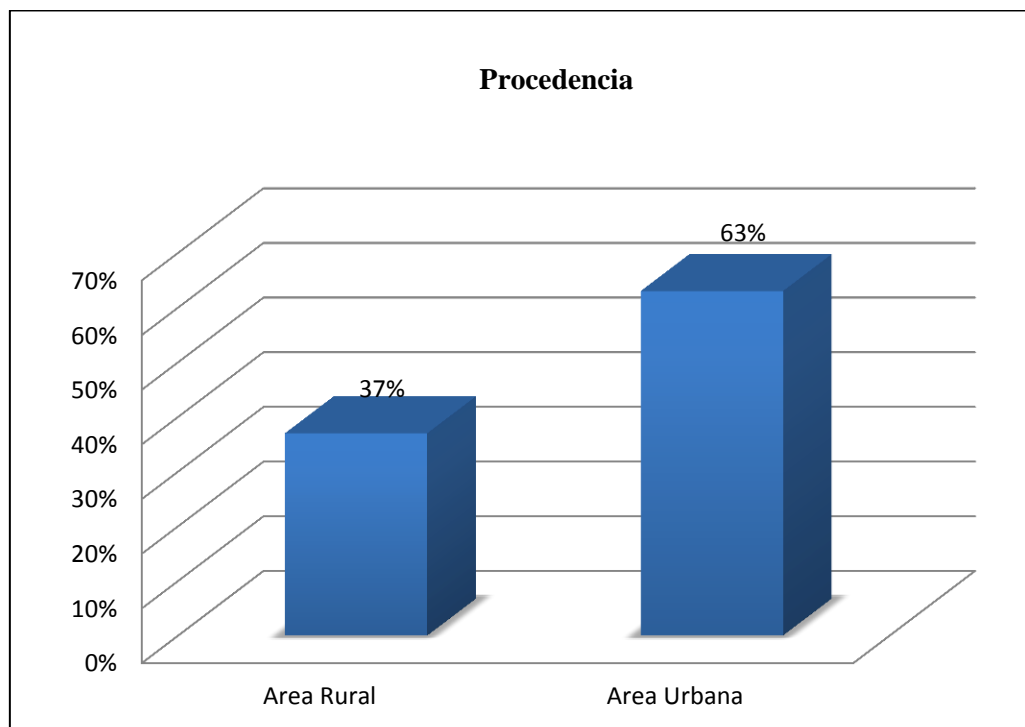


Fuente: Elaboración propia

Al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán acuden personas de los 15 municipios que contemplan el Departamento Pando, pero también está abierto a atender a personas tanto de otros departamentos como de países vecinos. De los datos recaudados se evidenció que 70% de los usuarios son de nacionalidad boliviana ya sea pandinos, paceños, benianos, etc. Sin embargo cabe destacar que puesto que 21% de los usuarios encuestados eran brasileños y 7% de nacionalidad peruana, dejando esto en claro que el Nosocomio presta servicios en salud atendiendo a usuarios de otros países. Cabe mencionar que la ciudad de Cobija capital del Departamento pando colinda con los países del Brasil y Perú siendo una ciudad fronteriza y de referencia en la atención en salud, debido a que en el Hospital Roberto Galindo Terán se encuentra varias especialidades a las que pueden acceder los usuarios extranjeros, por tal motivo y también por cuestiones económicas acuden al Nosocomio convirtiéndose en usuarios de salud.

4.2.1.4. Procedencia

Grafico 4

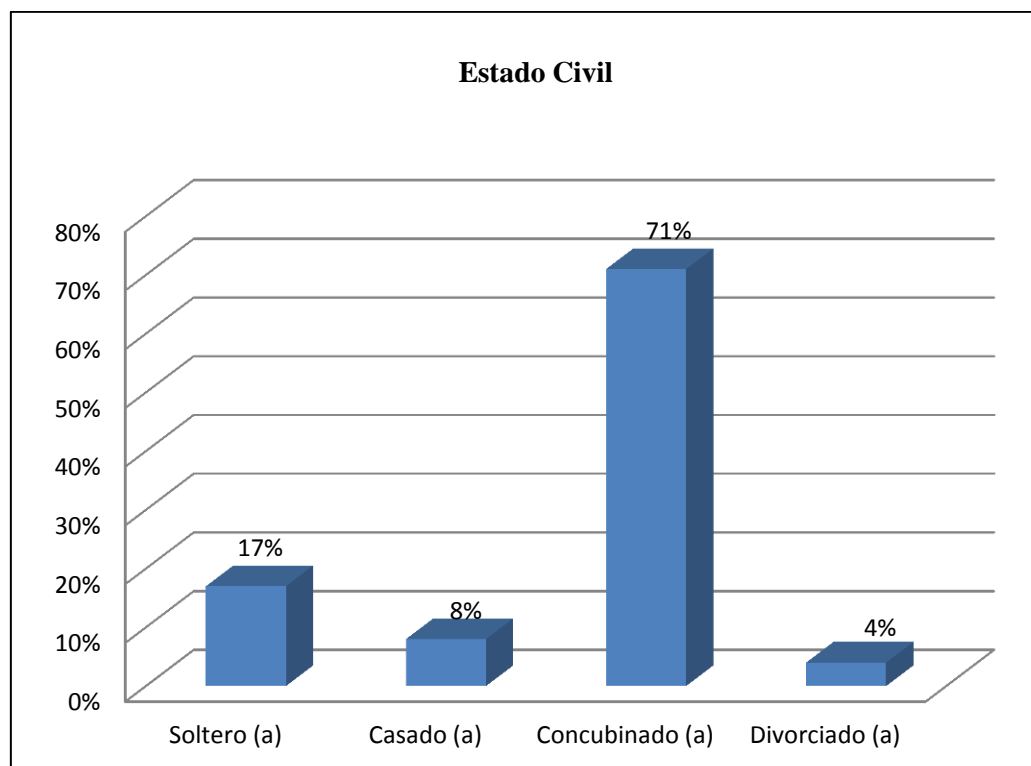


Fuente: Elaboración propia

La procedencia de los usuarios es en un 63% del área urbana, sin embargo 37% de los encuestados proceden del área rural siendo referidos por un centro de salud, en muchas ocasiones en compañía de familiares o médicos del lugar de origen o en su defecto solos, al ser procedentes del área rural puede que muchas veces sean objeto de malos tratos o impaciencia por parte del personal de salud puesto a muchos servidores en salud utilizando palabras técnicas que en la mayoría de los casos los usuarios procedentes del área rural no comprenden y esto genera malestar e inconformidad para el personal de salud, podría ser una variable que conlleve el trato sin calidez por parte de los usuarios en salud. Así mismo puede que los usuarios al no comprender bien el diagnóstico o tratamiento no lo lleven a cabo y su salud corra riesgo, todo debido a la mala comunicación y la falta de calidez en el trato que se le debe brindar a los usuarios.

4.2.1.5. Estado Civil

Grafico 5

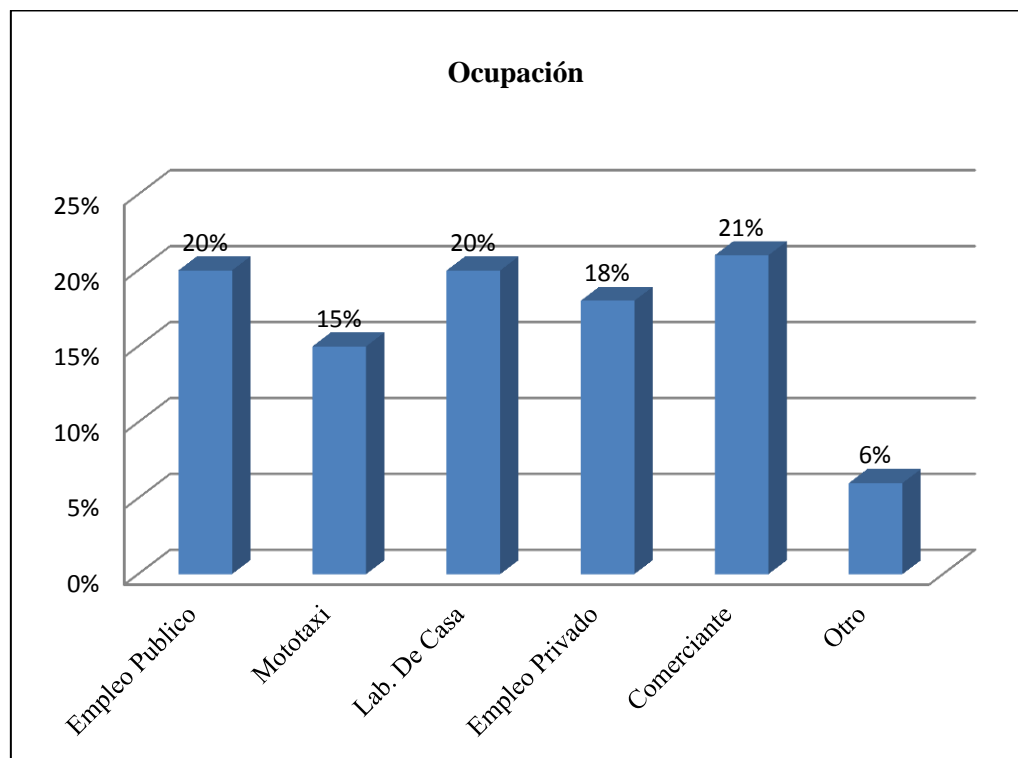


Fuente: Elaboración propia

El 71% de la población encuestado convive en concubinato, dejándonos para analizar que el estado civil de la mayoría de los usuarios sea un referente social para recibir atención en la salud. Destacar que un 17% se encuentran en soltería y 8% son casados civilmente. Es importante mencionar que hoy en día el matrimonio legalizado no forma parte de las costumbres dentro de la sociedad, la unión libre o concubinato es la forma en la que la mayoría de los ciudadanos se encuentra y esto en cierta forma puede ser dificultoso a la hora de padecer alguna enfermedad, ya que la atención médica de carácter institucional es decir sin ningún seguro de salud tiene que ser cancelada ya sea por el paciente o sus familiares y se han dado ya casos según lo que menciona el Administrador del Hosp. Dr. Roberto Galindo Terán, que la pareja del paciente no quiere asumir los compromisos económicos al no estar casada (a) con el usuario. Motivo que dificulta también la atención oportuna y eficiente.

4.2.1.6. Ocupación

Grafico 6



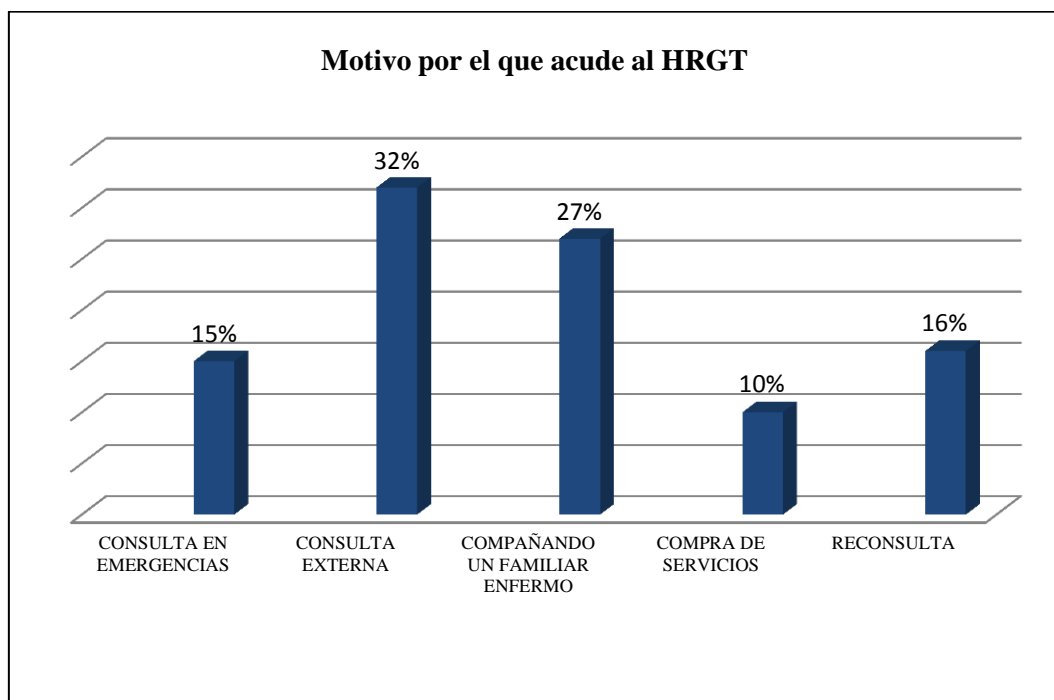
Fuente: Elaboración propia

De la población encuestada, 21% se dedican al comercio informal, seguido por un 20% al empleo público sin goce de seguro de salud y una cifra igual se dedica a las labores en casa. 18% mencionaron dedicarse a realizar empleo privado y 15% se dedican a trabajos de moto taxistas, el 6% restante se dedican a otro tipo de empleo, sin embargo cabe destacar que la crisis económica por la que actualmente se esta atravesando a nivel departamental las fuentes laborales son escasas y las personas tienen que improvisar actividades económicas para poder subsistir, lo cual dificulta en gran magnitud que los usuarios acudan al nosocomio oportunamente, dejando su salud en ultimo lugar y acudiendo cuando se agrava su estado, lo cual también genera cierto malestar en los servidores de salud, lo cual puede ser otro motivo para no brindar calidez a la hora de tratar a los usuarios.

4.2.2. Trato de Cordialidad al paciente y a los familiares.

4.2.2.1. Motivo por el cual acude al Hospital Dr. Roberto Galindo

Grafico 7

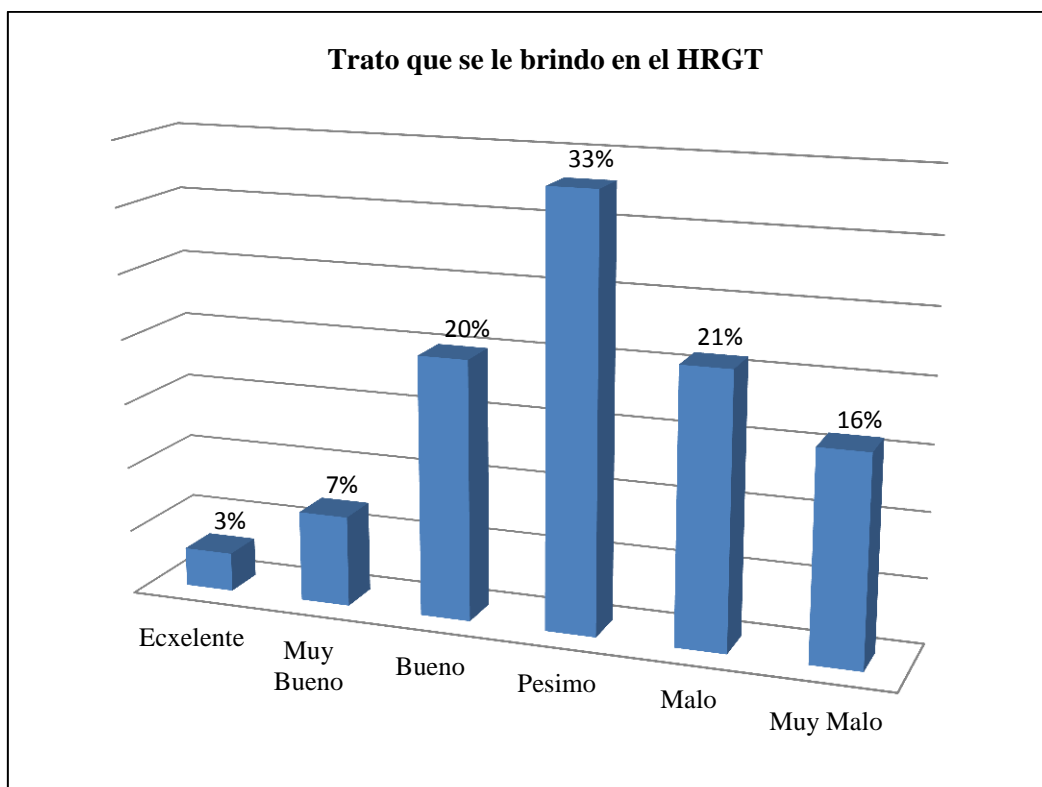


Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los encuestados se encontraban en el servicio de consulta Externa, que es el primer momento de atención a los usuarios. Se les consulto a los encuestados el motivo por el cual acudían al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, a lo cual 32% acudían para Consulta Externas, 27% acompañaban a un familiar o conocido, 16% por motivo de Re consulta, 15% para consultas en emergencias, 10% para comprar algún servicio que ofrece el Hospital. Pese a existir Centros de Salud en la ciudad de Cobija, estos no cuentan con los servicios que ofrece el Nosocomio de 2° nivel.

4.2.2.2. Trato que se le brinda al paciente

Grafico 8

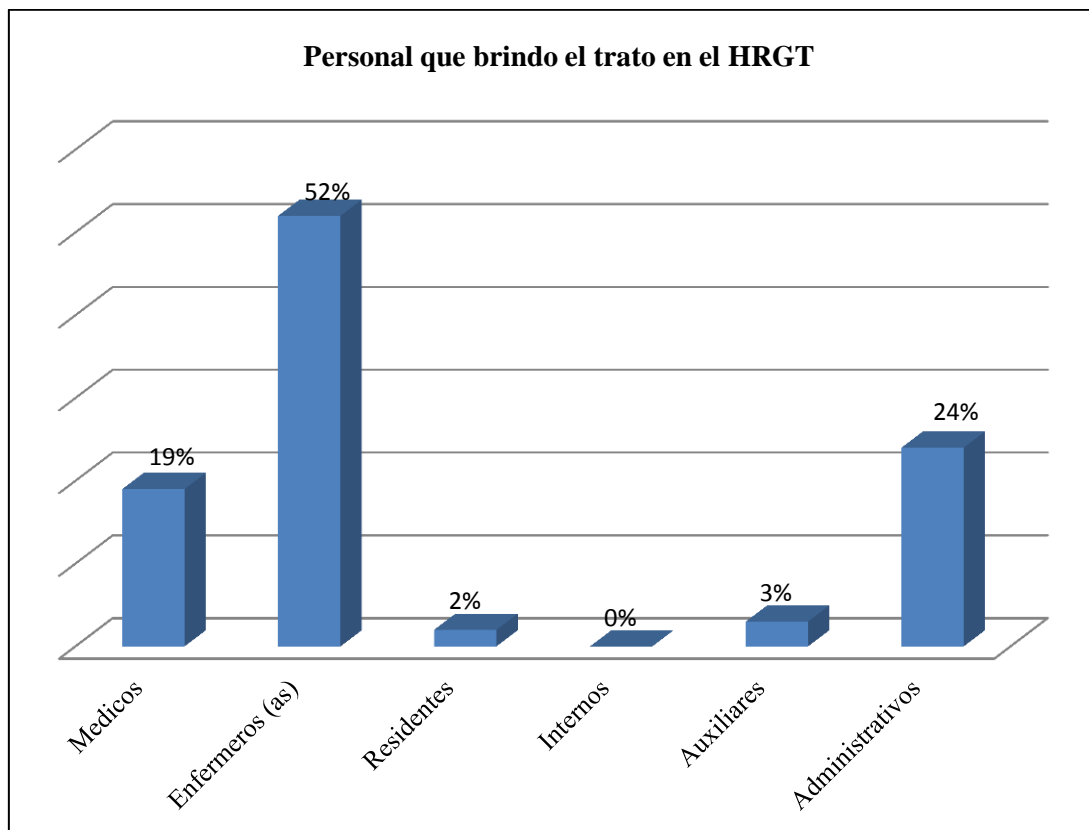


Fuente: Elaboración propia

Para poder identificar el nivel de satisfacción que el paciente o familiar acompañante tenían al momento de realizarles la entrevista se consulto en primera instancia sobre el trato brindado en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán. 33% de los encuestados mencionaron haber recibido un pésimo trato, 21% mencionaron que el trato fue malo, 20% mencionaron que se les brindó un trato bueno, 16% menciono que el trato fue muy malo. Datos que claramente demuestran que los usuarios no están satisfechos con el trato que se les brinda al acudir al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán habiendo sido víctimas de trato sin calidez por parte de los servidores en salud.

4.2.2.3. Personal que brinda trato a los pacientes

Grafico 9



Fuente: Elaboración propia

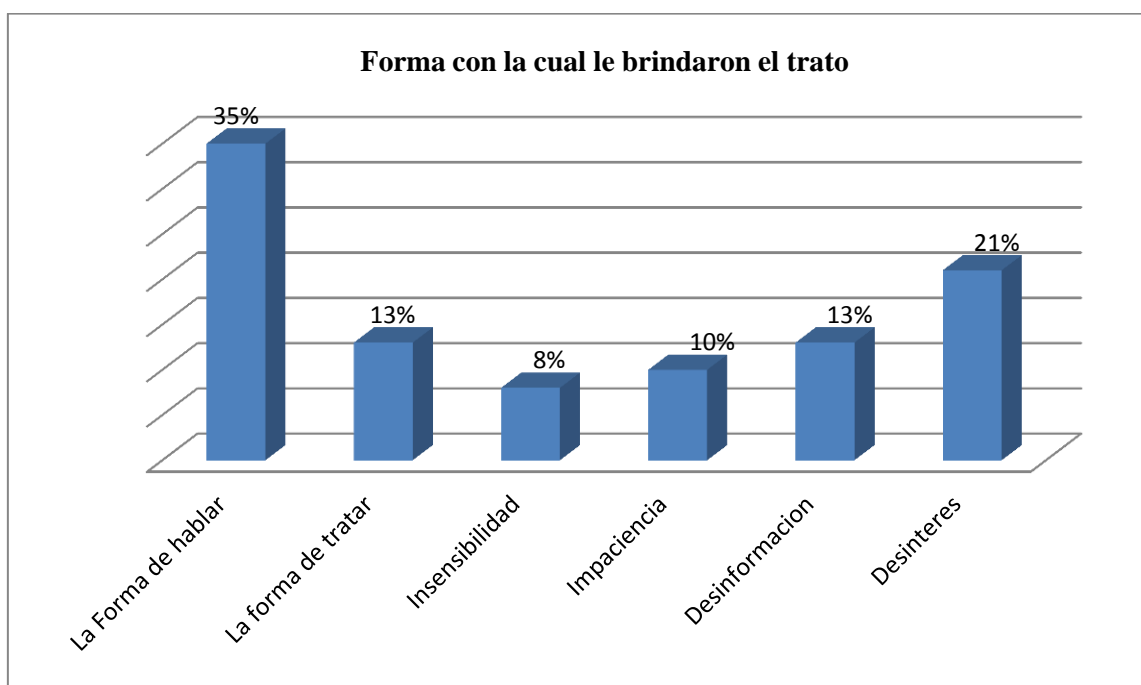
Con la intención de conocer por parte de que personal de salud recibieron el trato inadecuado, se les pregunto a los encuestados quien les brindo malos tratos en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, a lo cual el 52% menciona que el personal de enfermería brindo malos tratos seguido en 24% por el personal administrativo y un 19% por los médicos. Cabe destacar que el personal mencionado es el que recibe a los pacientes y se convierten en el primer contacto que tiene el usuario con el Nosocomio, los cuales deberían ser quienes mejor trato brinden y tener cordialidad y calidez al momento de recibir a los usuarios en el nosocomio. Se le consultó a la Jefe Médico del Nosocomio si es que el personal de salud del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán ha recibido cursos o talleres de capacitación en relaciones humanas y buen trato al paciente, los cuales son de carácter obligatorio según el Ministerio de salud y Deportes, a lo cual al Dr. Arias menciono que si se han llevado a cabo estos cursos y que un

número importante de los servidores en salud había recibido el mismo, también menciono que puede que las condiciones laborales, atraso en el pago, condiciones en el interior del nosocomio, falta de insumos y demás pueda generar que los servidores en salud brinden un trato inadecuado. Sin embargo nada justifica que no exista amabilidad al momento de tratar a las personas, con mucho más razón si esta persona padece alguna enfermedad y menos si el que brinda el trato es un servidor en salud.

En cuanto a la forma en la cual se trató al paciente, según el inciso 6 “El personal que atiende a los usuarios se comporta de forma amable” de la guía de observación, se pudo observar que el trato carece de amabilidad al atender a los paciente en los diferentes servicios del nosocomio, la atención que se brinda no contiene rasgos de calidez por lo cual se percibe la insatisfacción de los usuarios en cuanto al trato brindado.

4.2.2.4. Forma en la cual le brindaron el trato recibido

Grafico 10



Fuente: Elaboración propia

Al preguntar de qué forma los usuarios afectados por el trato sin calidez se vieron agredidos, el 35% menciona que la forma de hablar del personal de salud les molesto al ser una forma

inadecuada de tratar a las personas, 21% mencionaron que se vieron afectados por la falta de interés, 13% no brindó la información necesaria al usuario, 13% se quejó del trato recibido y un 8% menciona sentir insensibilidad por parte del personal de salud. Estos datos reflejan que el trato a los usuarios en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán no tiene calidez y el personal de salud no brinda un trato digno a los pacientes o a sus acompañantes.

Cabe mencionar que tanto médicos como personal de enfermería, que como indica el gráfico N°9 son quienes brindan un peor trato a los usuarios en salud, realizan un Juramento de Ética y Humanismo en el que se considera como un valor fundamental el trato a la dignidad humana, donde el principio primordial es el respeto a sí mismo y absoluto e incondicionado a todo ser humano. Muchos profesionales en salud olvidan dicho juramento a la hora de tratar a los usuarios en salud ya sean pacientes o familiares.

Es cierto que no se pueden crear vínculos afectivos con los pacientes, pero esto no debe impedir, ni dejar que se produzca la ausencia de calidez en las relaciones humanas. Hay que recordar que el hecho de estar el paciente fuera de su entorno y en un ambiente extraño le origina estrés, pérdida de autonomía y se restringe su libertad, su individualidad y naturalidad.

Por ello es necesario acentuar la conciencia de que los profesionales en salud están para servir a la humanidad y están obligados a respetar los derechos de los pacientes y de su familia, y que siempre deben recibir información conveniente, completa e inteligible de su diagnóstico y pronóstico con amabilidad, respeto, tolerancia y paciencia.

Al Aplicar la entrevista a pacientes tanto internados como en consulta externa/emergencias, mismos que al respecto del trato

4.2.3. Sentir de los Pacientes

Al consultar a los pacientes como se sentían el trato brindado por los servidores en salud dentro del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, la respuesta de uno de ellos fue:

“nadie atiende bien, las enfermeras lo tratan a uno como si no valiera nada, el medico encima llega cuando le da la gana y no hay nadie que informe de horarios, tuve problemas desde el ingreso, al sacar mi ficha no podía pararme bien y el muchacho

que entrega fichas me trato sin nada de amabilidad, es una tortura venir a este hospital” Entrevista a paciente en el servicio de emergencias.

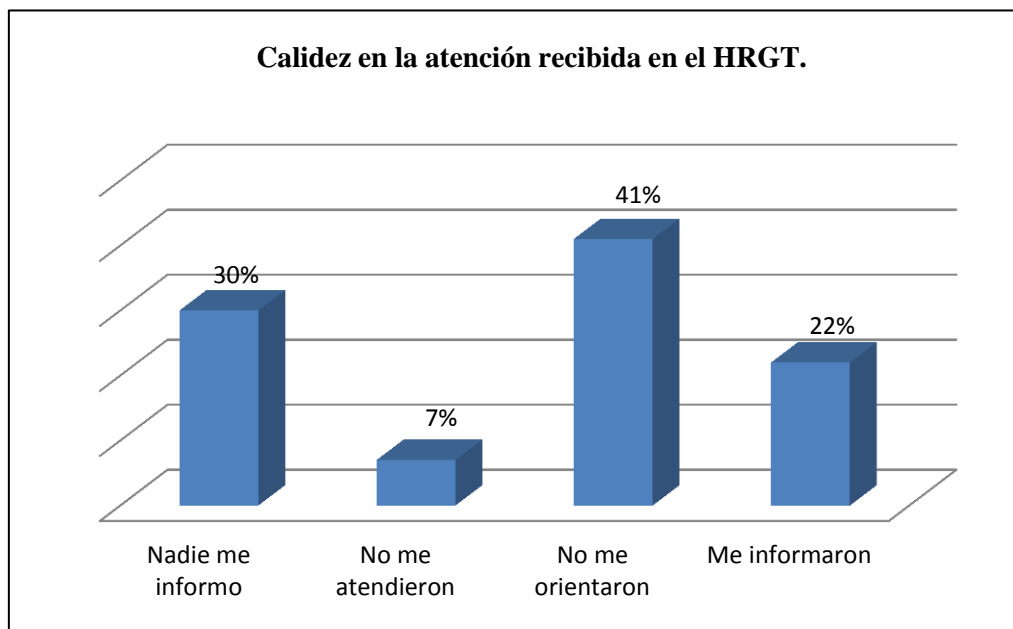
Se consultó en otra oportunidad a una paciente en el servicio de internación misma que a la misma interrogante respondió:

“me siento bastante molesta, el trato es realmente malo, por parte en especial de los médicos y las enfermeras, los internos e internas son los únicos que están pendientes de uno, pero el medico que me toco a mi no viene casi nunca, mi cirugía se atraso unos tres veces por que el quirófano vivía lleno y no había espacio, aparte que yo sin muchos recursos me preocupaba en cuanto seria mi cuenta, por ultimo cuando viene mi médico no dice nada no me responde a mis dudas no me informa de nada, es un idiota, disculpe la expresión” Entrevista a paciente de servicio de internación.

La respuesta del paciente internado en cirugía es inquietante ya que la situación por la que atravesaba y la falta de una atención adecuada lo tenían en un estado de insatisfacción y malestar completamente.

4.2.3.1. Calidez en la atención recibida

Grafico 11

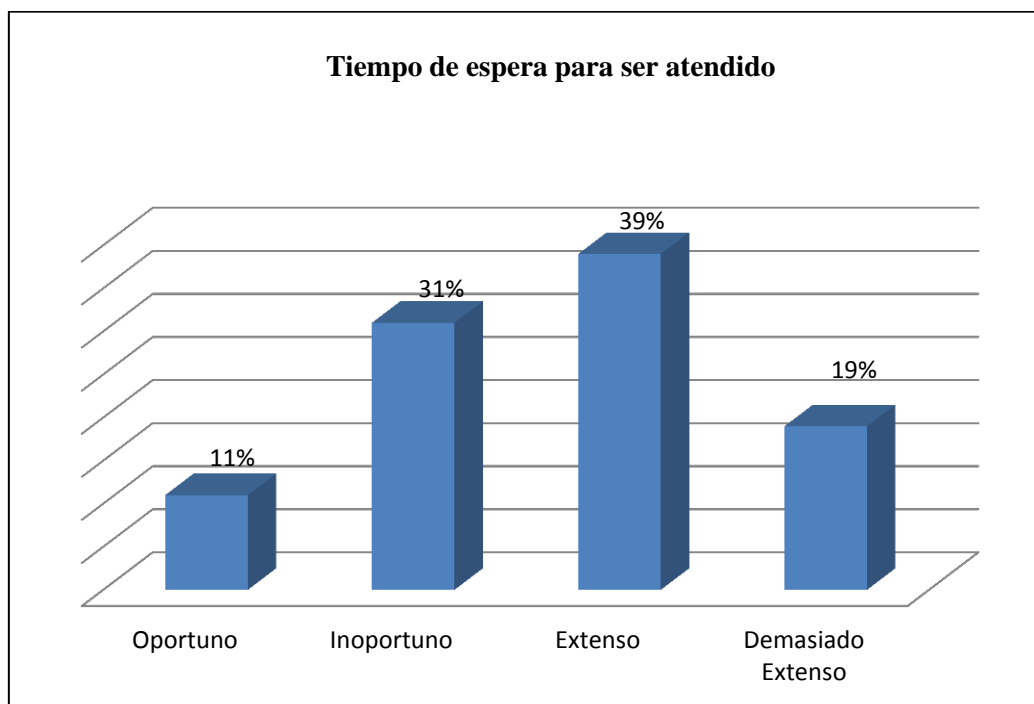


Fuente: Elaboración propia

Generalmente cuando una persona acude a una institución de salud lo primero que realiza es preguntar por el servicio que busca acceder. En relación a los usuarios encuestados del hospital Dr. Roberto Galindo se realizó la interrogante sobre la información u orientación que necesitaban al momento de ingresar al Nosocomio a lo cual el 41% menciono no haber sido orientado de ninguna forma y un 30% menciono no haber recibido información de ningún tipo. Sin embargo un 22% menciona haber recibido información en la institución de salud, una cifra que no se compara con la falta de orientación e información hacia los usuarios.

4.2.3.2. Tiempo que espero el paciente para ser atendido

Grafico 12



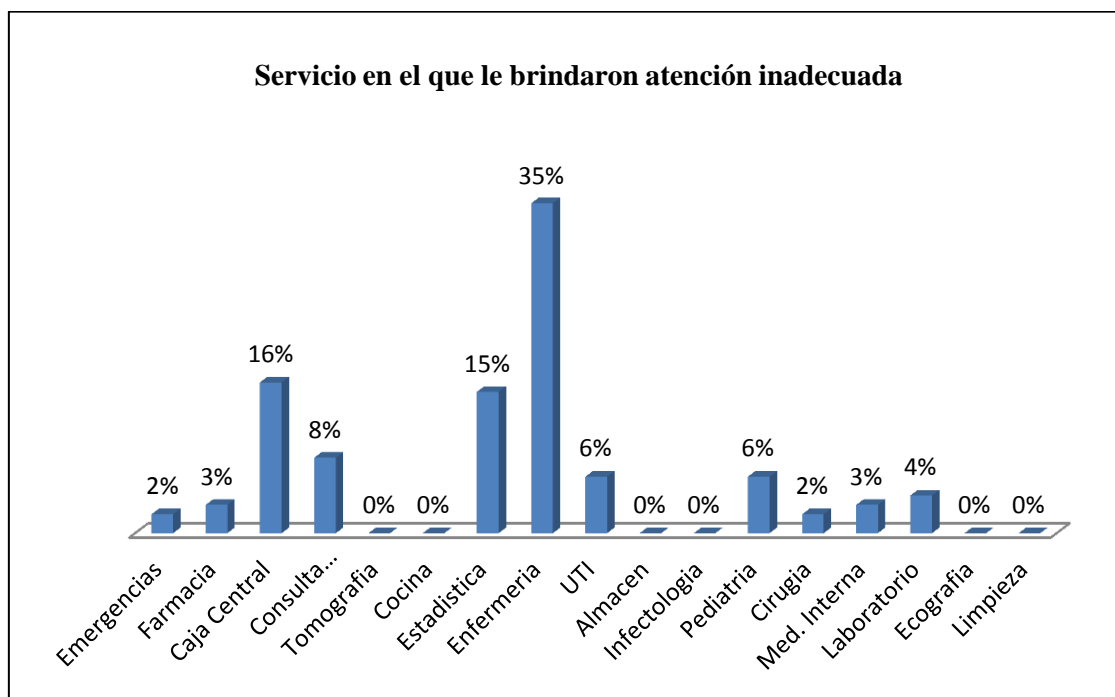
Fuente: Elaboración propia

Los pacientes esperan un buen trato, una buena atención y priorización a sus necesidades en salud cuando acuden al Hospital. Al consultarles a los usuarios si el tiempo de espera que aguardaron para ser atendidos generó satisfacción, el 39% mencionó ser un tiempo extenso, 31% mencionó ser tiempo inoportuno, 19% mencionó que el tiempo de espera para ser atendidos es demasiado extenso y un 11% mencionó que el tiempo de espera fue oportuno.

Hasta donde establece el Ministerio de salud y Deportes, solo en el Servicio de emergencia se catalogan la atención de acuerdo a la gravedad en la salud del paciente, sin embargo en los demás servicios debería ser una atención oportuna, adecuada y puntual, para no hacer que los pacientes quienes ya tienen problemas de salud y se encuentran delicados no tengan que esperar un tiempo extenso para ser atendidos.

4.2.3.3. Servicio en el que se brindó atención inadecuada al paciente

Grafico 13

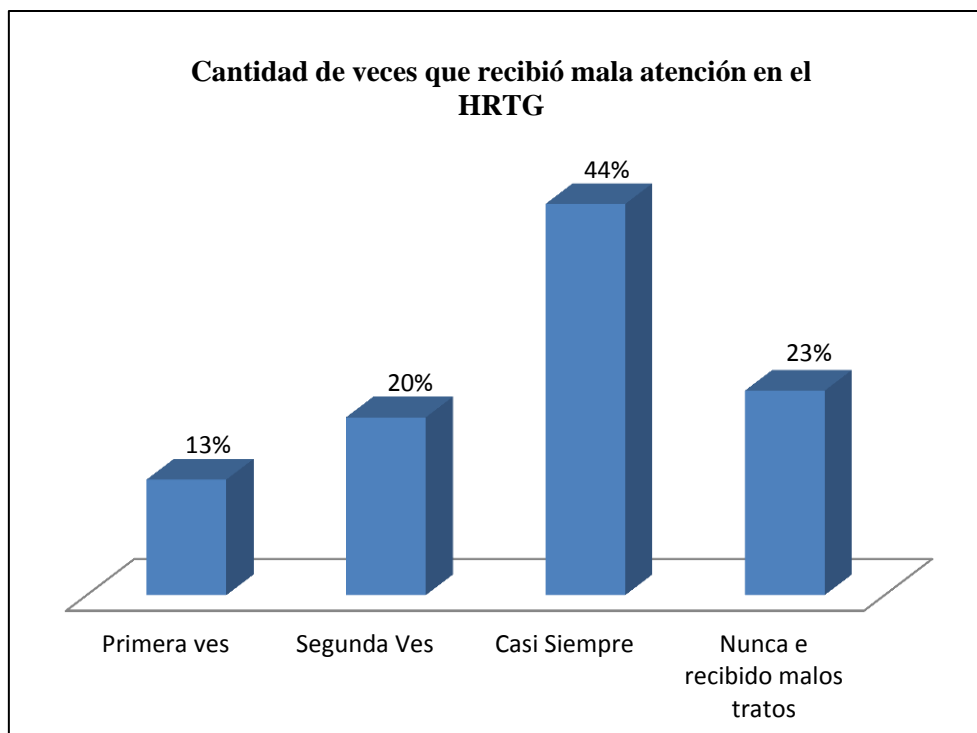


Fuente: Elaboración propia

Los encuestados mencionaron que el servicio en el que peor tratan a los usuarios en un 35% es Enfermería seguido por Caja Central con un 16%, Estadística 15% y Consulta Externa en un 8%. Cabe mencionar que existen un porcentaje que mencionan haber recibido malos tratos en Emergencias, Farmacia, Cirugía, Med. Interna, Laboratorio y Pediatría. Los datos reflejan que prácticamente todos los servicios en menor o mayor cantidad brindan una atención sin calidez a los usuarios. El sentir de los encuestados se considera en base a como se sienten en dependencia de la atención que reciben. Según Sahor (2009) Es deber del funcionario en salud atender con amabilidad y brindar un buen trato a los pacientes o dolientes así mismo a sus familiares explicando de forma precisa y detallada cualquier tipo de información que estos requieran, para eso estamos, por eso nos hacemos llamar servidores, por que servimos a la humanidad y este servicio debe ser el mejor (p. 12).

4.2.3.4. Cantidad de veces que el paciente o sus familiares recibieron mala atención.

Grafico 14



Fuente: Elaboración propia

Se consideró importante consultar la cantidad de veces que el usuario encuestado recibió malos tratos en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán por parte del personal en salud, a lo cual el 44% menciono recibir este tipo de trato casi siempre, mencionando un 23% no haber recibido malos tratos y un restante 33% una a dos veces.

Es importante destacar que los pacientes y familiares cuando reciben malos tratos, en la mayoría de los casos, no denuncian el hecho y mucho menos se quejan en el momento por temor a ser peor atendidos o dejar de ser atendidos a lo cual prefieren aguantar y callar, siendo que están en una institución que tiene la obligación de brindarles la calidez que necesita un ser humano, peor aun si se trata de una persona enferma. Cabe destacar que en el Hosp. Roberto Galindo desde hacen 5 años cuenta con una persona encargada de Defender los Derechos de los pacientes y velar por que sean atendidos con calidez y calidad, sin embargo las autoridades hacen caso omiso a tan funcionaria y a las denuncias que existan.

4.2.4. Sentir de los Familiares

Al realizar la entrevista a familiares o acompañantes de los pacientes del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán se obtuvieron hallazgos considerables.

La primera entrevista fue a un familiar de sexo masculino de 33 años en el servicio de medicina externa quien acompañaba en ese momento a su esposa quien tenía 8 meses de gestación, manifestó:

En la pregunta realizada sobre si sentía que su familiar recibía la atención adecuada manifestó:

“estoy verdaderamente indignado por la falta de humanidad en esta gente, como a ellos no les duele no les interesa lo que pueda sentir el resto, mis esposa está esperando hacen tres horas ser atendida y sus dolores son cada vez más fuertes, la lleve a emergencias y de allá me enviaron acá por que no se trata de una emergencia, imagínese si mi hijo se muere o mi mujer se muere, quien me lo va a devolver, no tienen ningún tipo de consideración con las personas que esta convalecientes, las enfermeras son unas idiotas”

Se denoto bastante la molestia y malestar del acompañante en ese momento ya que era padre primerizo y al ver el sufrimiento que su esposa presentaba y no obtener respuesta por parte de los encargados en la atención que son los médicos y enfermas se molestó bastante, esto denota que los familiares se ven envueltos en la angustia al ver la falta de calidez en la atención que se les brinda a su familiares.

En la segunda interrogante realizada al familiar de la paciente, se le pregunto si existía calidez en el trato que se les brindaba a los pacientes, mismo que respondió:

“que va haber calidez, no existe eso para esta gente, no saben lo que es tratar bien a las personas y menos saben de amabilidad con los que están sufriendo, no tienen un poquito de sensibilidad, no les interesa, deberían renunciar y poner gente que enserio se preocupe”

Como última interrogante al familiar acompañante, se le consulto que mecanismos deberían realizarse para que el trato con calidez hacia los usuarios sea efectivo a lo cual el mismo menciona:

“yo creo que deberían recibir cursos, talleres o cualquier tipo de capacitación en el trato hacia el paciente aparte de tener la paciencia que requiere y la sensibilidad para poder desempeñar su trabajo de buena manera”

La segunda entrevista fue a un familiar de sexo femenino de 21 años en el servicio de emergencia quien acompañaba en ese momento a su progenitora de la tercera edad:

En la pregunta realizada sobre si sentía que su familiar recibía la atención adecuada manifestó:

“llevamos casi dos horas aquí esperando y me dice la enfermera que hay que esperar, hasta cuando no sé, porque mi mama está mal, dice que primero las emergencias se atienden, además me envió a comprar ficha sin explicarme nada, mi madre tiene seguro de vejez me dijo que no importaba y me cerró la puerta en la cara, lo peor es que no hay otro lugar al cual asistir”

Claramente se puede apreciar que la familiar de la paciente se sentía insatisfecha y molesta con el nivel de información y la falta de calidez en el trato que se le brindo al asistir al servicio de emergencias.

En la segunda interrogante realizada al familiar de la paciente, se le pregunto si existía calidez en el trato que se les brindaba a los pacientes, mismo que respondió:

“la verdad es que ninguna persona tiene calidez al tratar con la gente, no saben de relaciones humanas, las enfermeras son aburridas y groseras y los médicos tratan como si fuera uno ignorante y no entendiera nada, no existe ninguna calidez”

Como última interrogante a la familiar acompañante, se le consulto que mecanismos deberían realizarse para que el trato con calidez hacia los usuarios sea efectivo a lo cual el mismo menciona:

“creo que deberían cambiar a todo este personal, la gente que quiere trabajar seguro va a tener mejor actitud”

Las entrevistas realizadas, son un claro reflejo de la insatisfacción tanto de pacientes/usuarios como de sus familiares/acompañantes quienes perciben de cerca la falta de calidez en el trato que se brinda por parte de los servidores de salud, mencionando que no consideran que existan relaciones humanas adecuadas y que el ambiente de afectividad es escaso, según los hallazgos con los instrumentos aplicados se pudo evidenciar que en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, no existe un nivel de calidez adecuado en el trato que le brindan los servidores en salud a los pacientes/usuarios y sus familiares/acompañantes.

4.2.5. Ambiente de Afectividad

Para poder identificar el ambiente de afectividad en los servicios del Hospital Dr. Roberto Galindo se aplicó una Guía de Observación en los servicios que tienen primeros contactos con los usuarios como son Estadísticas, Caja Central, Farmacia, Emergencias y Medicina Externa. A continuación se describirán las observaciones realizadas por servicio.

4.2.5.1. Servicio de Estadísticas

El Servicio de estadística del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán es el lugar en el cual se reparten las fichas para atención en consulta externa mismo que cuenta con 5 funcionarios de los cuales 3 se encargan de la repartición de fichas y 2 son quienes buscan las historias clínicas, estos funcionarios tienen contacto directo con los usuarios comenzando a atender a las 7:00 de la mañana hasta terminar de repartir las fichas de consulta.

Mediante el instrumento aplicado, se observaron los siguientes aspectos:

- Existe cierto nivel de estrés en el personal del servicio ya que son quienes reciben en ocasiones gritos, ofensas y hasta insultos por parte de los usuarios quienes impacientes por realizar la espera desde las 5:00 de la mañana exigen rapidez en la atención, lo cual en muchas ocasiones no depende de los funcionarios sino de la lentitud del sistema de salud.
- El personal no acude a ninguna capacitación que no tenga que ver con las funciones del servicio, no cuentan con el tiempo que necesitan para recibir capacitaciones sobre relaciones humanas y sobre calidad y calidez hospitalaria.

- La forma en la cual tratan los servidores públicos de Estadísticas a los usuarios es aceptable dentro de los patrones de cordialidad que están establecidos en las relaciones humanas, sin embargo la actitud de la atención y la falta de calidez es lo que genera la insatisfacción de los usuarios, muchas veces no es que se dice sino el tono y la manera en como se lo dice, ahí radica la falta de calidez en el servicio de Estadística.

4.2.5.2. Servicio de Caja

El Servicio de Caja del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán es un servicio que trata directamente con los usuarios mismos que cuenta con 5 funcionarios mismos que realizan turnos de 24 horas continuas cada uno.

Mediante el instrumento aplicado, se observaron los siguientes aspectos:

- Se pudo connotar que existe estrés en el personal de caja en horas pico, es decir cuando se reparten y facturas fichas, análisis y otros servicios.
- El ambiente físico es pequeño, acondicionado pero se percibe cierto confort ya que solo se maneja una persona en el ambiente.
- El trato hacia los pacientes carece de calidez, no es de forma amable y en muchas ocasiones se niegan a brindar información.

4.2.5.3. Farmacia

El Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán es un servicio que trata directamente con los usuarios en la dotación y venta de fármacos dentro del nosocomio el mismo cuenta con 6 funcionarios mismos que realizan turnos de 24 horas continuas cada uno, la Responsable del servicio tiene horario de trabajo en el turno de la mañana, sin embargo el personal que atiende a los usuarios hace turnos de 24 horas con rotación diaria.

Mediante el instrumento aplicado, se observaron los siguientes aspectos:

- Se pudo connotar que el personal es poco amable y carece de calidez en la actitud y forma de hablar a los usuarios.
- El personal tiene buenas relaciones interpersonales entre los mismos, se apoyas y tienen empatía.

- El ambiente físico es pequeño, sin embargo les permite la circulación, contando con un área de descanso para el personal de turno
- El trato que le brindan a los usuarios carece de calidez ya que es poco amable y poco humanizado.

4.2.5.4. Emergencias

El Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán es servicio del cual los usuarios tienen más quejas y un alto nivel de insatisfacción aparte de ser el servicio al cual los usuarios acuden directamente:

Mediante el instrumento aplicado, se observaron los siguientes aspectos:

- Se pudo connotar que existe estrés en el personal de emergencia, ya que el movimiento es intenso y continuo, se observó además, que el personal no cuenta con el equipamiento necesario lo cual en cierta medida es la principal causa de estrés y tensión en el personal de emergencias.
- El ambiente físico es pequeño, motivo por el cual también el personal se tensiona y se ve frustrados en lo que respecta a la atención.
- Algunos servidores en salud del servicio de emergencia, carecen totalmente de calidez, brindan un trato inadecuado y no brindan información a los familiares o acompañantes al momento de informarles sobre la atención y estado del paciente lo que ocasiona disgusto, quejas e insatisfacción en los familiares y acompañantes.
- Otra dificultad que se pudo observar, es que los usuarios no leen el cartel en la parte frontal del servicio en donde establece la atención de acuerdo a la emergencia y no de acuerdo a la llegada, lo cual genera conflictos en la atención y la presión que ejercen los usuarios hacia los funcionarios.

4.2.5.5. Medicina Externa

El servicio de Medicina Externa, cuenta con 8 consultorios con la atención en las especialidades de Vacunación, Pediatría, Ginecología, Oftalmología, Neurocirugía, Traumatología, Cardiología, Gastroenterología, Medicina General, Medicina Tradicional y Enfermería.

Mediante el instrumento aplicado, se observaron los siguientes aspectos:

- Cada especialista de turno atiende 10 usuarios por turno, es decir 10 en la mañana y 10 en la tarde, sin embargo, existen muchas quejas y malestar por parte de los usuarios ya que los especialistas no llegan a tiempo y muchas veces priorizan otros usuarios antes de ellos, lo cual obviamente genera malestar.
- Se puede mencionar que según lo percibido el personal de medicina externa recibe y acude a capacitaciones en relaciones humanas, calidad y calidez ya que son quienes tienen más contacto con los usuarios.
- Según se pudo percibir el trato hacia los pacientes es aceptable por parte del personal médico sin embargo algunos médicos no informan de manera total sobre la condición, tratamiento y alternativas de solución a pacientes o acompañantes. En el caso del personal de enfermería, los usuarios se quejan ya que el trato carece de calidad y amabilidad, siendo el personal de enfermería quienes brindan peor trato a los usuarios.

4.2.6. **Relaciones Interpersonales**

Según la Guía de Observación aplicada a los diferentes servicios del Hospital Dr. Roberto Galindo, se pudo apreciar las siguientes observaciones en cuanto a las relaciones interpersonales:

- a) **Medicina Interna:** En los servicios de Medicina Interna que Comprende Pediatría, Cirugía, Gineco obstetricia, Neonatología y Terapia Intensiva se pudo connotar que las relaciones son afectivas entre el personal de salud, llevan una relación estrecha y cálida, se protegen y defienden unos a otros lo que sucede con más énfasis en dependencia de los años de servicio que llevan en la institución.
- b) **Medicina Externa:** El personal tiene buenas relaciones interpersonales entre las ramas profesionales, no siendo el caso en entre funcionarios del área técnica, ya que se percibió algunos roces entre los funcionarios del área manual y técnica.
- c) **Emergencias:** El ambiente laboral en cuanto a relaciones interpersonales se refieren es aceptable pero se observó que el nivel de tensión y estrés no les permite tener una comunicación fluida y en momentos de presión laboral tienden a estar a la defensiva lo cual repercute directamente en los usuarios que atienden.

- d) **Farmacia:** Se observó que el personal sostiene un buen nivel de relaciones interpersonales.
- e) **Caja:** El Personal de Caja se interrelaciona con los demás funcionarios, pero el nivel de afectividad va de acuerdo a la antigüedad de los funcionarios.
- f) **Estadística:** El Personal de Estadística sostiene un ambiente bastante afectivo y colaborativo entre los funcionarios que pertenecen a este servicio, se pudo apreciar que se apoyan y las relaciones son afectivas.

4.3. Atención a pacientes

4.2.1 Forma de Atención Inicial

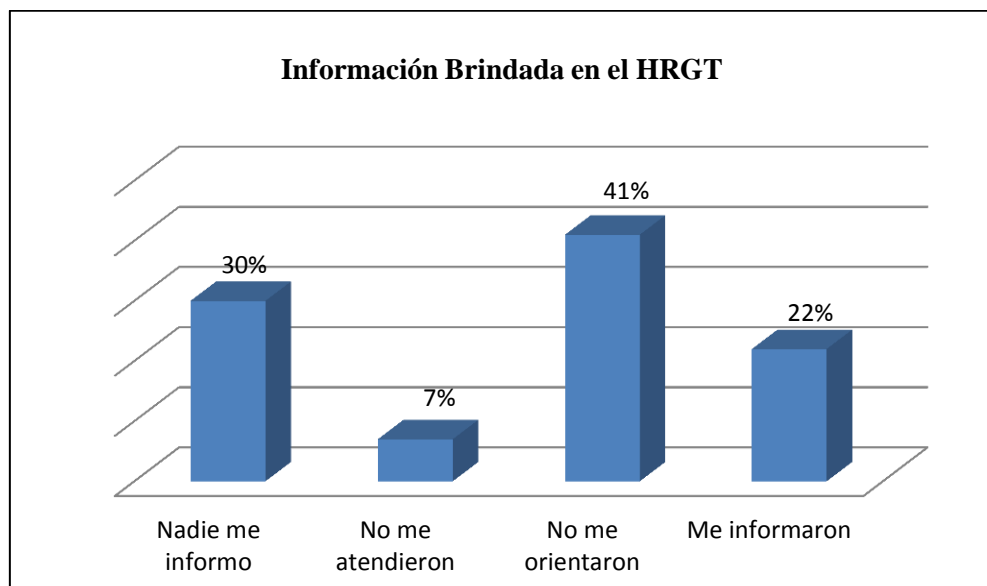
Se aplicó la guía de observación, misma que según el inciso h), indica que el personal de los diferentes servicios no atienden las interrogantes o dudas de familiares o pacientes, derivando en todo momento a que el usuario tenga que acudir a otro lado para adquirir información. Tampoco informa debidamente y de forma amable a los familiares y usuarios teniendo siempre una expresión rígida y de esta manera haciendo sentir poco acogidos a los pacientes y sus familiares o acompañantes.

A esto cabe mencionar que también se observó en respuesta al inciso i) que los servicios no cuentan con la cantidad adecuada de personal para atender a los usuarios, motivo por el cual no les brindan una acogida adecuada en su consulta.

4.2.2 Información a paciente

Mediante la encuesta aplicada se consultó sobre la información recibida a lo cual se obtuvieron los siguientes datos.

Gráfico 15

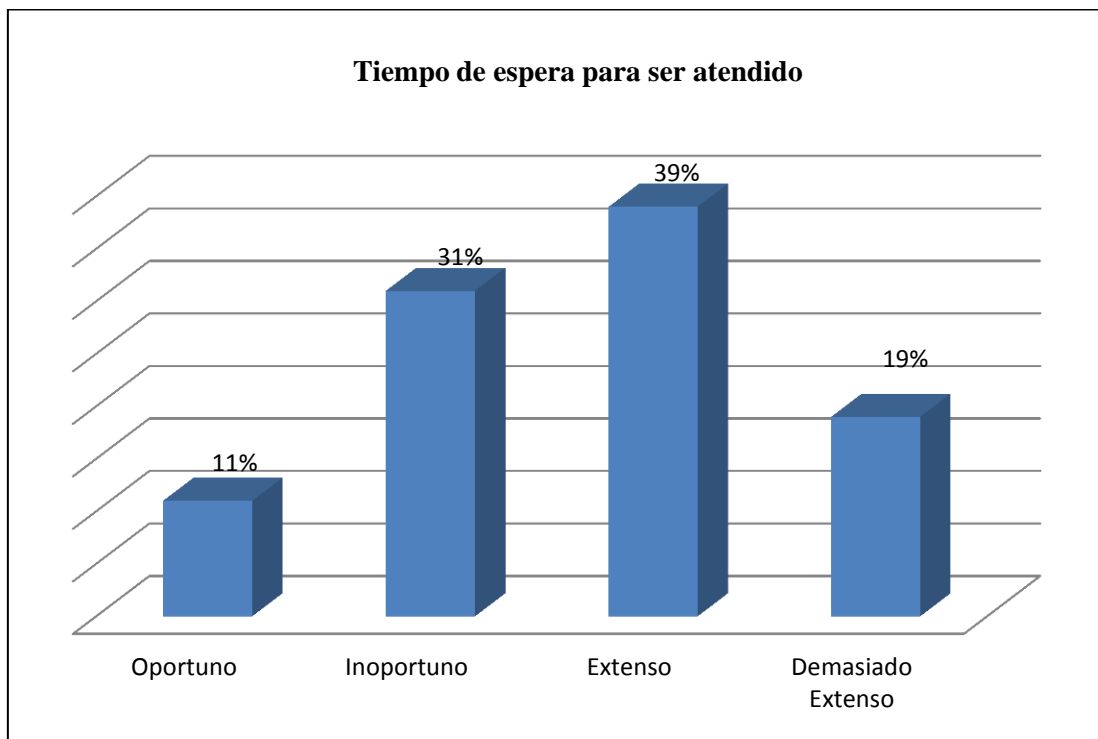


Fuente: Elaboración propia

Generalmente cuando una persona acude a una institución de salud lo primero que realiza es preguntar por el servicio que busca acceder. En relación a los usuarios encuestados del hospital Dr. Roberto Galindo se realizó la interrogante sobre la información u orientación que necesitaban al momento de ingresar al Nosocomio a lo cual el 41% menciona no haber sido orientado de ninguna forma y un 30% menciona no haber recibido información de ningún tipo. Sin embargo un 22% menciona haber recibido información en la institución de salud, una cifra que no se compara con la falta de orientación e información hacia los usuarios.

4.2.3. Tiempo que espero el paciente para ser atendido

Grafico 16



Fuente: Elaboración propia

Los pacientes esperan un buen trato, una buena atención y priorización a sus necesidades en salud cuando acuden al Hospital. Al consultarles a los usuarios si el tiempo de espera que aguardaron para ser atendidos generó satisfacción, el 39% mencionó ser un tiempo extenso, 31% mencionó ser tiempo inoportuno, 19% mencionó que el tiempo de espera para ser atendidos es demasiado extenso y un 11% mencionó que el tiempo de espera fue oportuno.

Hasta donde establece el Ministerio de salud y Deportes, solo en el Servicio de emergencia se catalogan la atención de acuerdo a la gravedad en la salud del paciente, sin embargo en los demás servicios debería ser una atención oportuna, adecuada y puntual, para no hacer que los pacientes quienes ya tienen problemas de salud y se encuentran delicados no tengan que esperar un tiempo extenso para ser atendidos.

4.2.4. Atención a Familiares

Según la Guía de Observación aplicada, la atención brindada a los familiares de los pacientes carece de calidez y buen trato, no se brinda la información adecuada y entendible para que puedan comprender los diagnósticos, no se explica los procedimientos a los que se someterá al paciente y no se analizan alternativas de solución a los problemas.

En la entrevista realizada a familiares que acompañaban a pacientes tanto en Medicina Interna como en Medicina Externa o Emergencias, se indago sobre la atención que estos recibieron en calidad de familiares o acompañantes de los pacientes.

Se consultó cómo fue el Trato que le brindaron a lo cual la primera entrevistada respondió en el servicio de Emergencia:

“Realmente es una lástima como tratan sobre todo las enfermera, lo botan a uno sin darle explicaciones y nunca salen para darnos información de cómo está el paciente, que le van a hacer o si se va a quedar, generando mucha angustia” R.P.S. 45 años familiar de paciente en Emergencias

A la Segunda Entrevista realizada a un familiar en el servicio de Medicina Internase consulto de igual forma como fue el trato que le brindaron a lo cual el segundo entrevistado respondió en el servicio de Gineco obstetricia:

“Mi esposa lleva tres días internada y yo la estoy acompañando, venimos del área rural y no tenemos familia acá en Cobija, creo que por eso no nos tratan bien, sobre todo a mi, me botan a cada rato pero no le hacen caso a mi esposa cuando necesita algo, por eso quiero quedarme a su lado, pero igual me sacan sin escuchar razones, realmente tratan muy mal” C.B.C. 33 años Esposo de paciente en Gineco obstetricia.

A la Segunda consulta sobre si la atención brindada satisfago sus necesidades de información acerca del estado del paciente que acompañaba en el momento de la entrevista, la primera entrevistada respondió:

“Para nada, no se nada desde que entro ahí, no me dicen nada, no me informan nada y hace rato salió una enfermera y en ves de informarme me

gritoneo, no deberían trabajar atendiendo gente, realmente siento tanta impotencia” R.P.S. 45 años familiar de paciente en Emergencias

Sobre la misma interrogante al segundo entrevistado acerca de si la brindada satisfago sus necesidades de información acerca del estado del paciente que acompañaba en el momento de la entrevista, el segundo entrevistado respondió:

“Bueno, acerca de la información, los doctores si me informan pero ellos solo vienen un rato, las enfermeras es que nunca saben nada, no informan nada y cuando les pregunte por que le colocaban tanto remedio no me dijeron nada, eso me molesto mucho” R.P.S. 45 años familiar de paciente en Emergencias

De acuerdo a las entrevistas realizadas se puede mencionar que la atención brindada a familiares tanto en Medicina Externa y Medicina Interna carece de calidez por parte de los servidores de salud hacia los familiares y estos son víctimas de malos tratos y desinformación por parte de los servidores en salud, no teniendo otra alternativa que aguantar ese tipo de atención ya que se trata del único Hospital de segundo nivel en la región pandina.

CONCLUSIONES

De los resultados alcanzados en la investigación, se establecen las siguientes conclusiones respondiendo a los objetivos de la investigación, se concluye mencionando que:

- La revisión bibliográfica de libros, artículos, manuales, guías, tesis, ensayos y fuentes electrónicas permitieron comprender la teoría que sustente la investigación partiendo de la Teoría de la Humanización o Cuidado humano, misma que emite el criterio del buen trato al usuario en salud y como afecta el nivel de calidez que tengan los servidores en salud hacia los pacientes tanto para las relaciones interpersonales como para su recuperación.
- La calidez de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios. En la estructura engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención.
- Los servidores en salud especialmente médicos y personal de enfermería, carecen de calidez en el trato que brindan demostrando mala actitud, formas de expresión toscas y torpes, falta de interés en brindar informas y sobre todo falta de humanismo al tratar con los usuarios y sus familiares, lo cual repercute de forma negativa en el tratamiento y recuperación de los pacientes los mismos que no se sienten satisfechos al ser atendidos en el nosocomio.
- Al definir las características de cordialidad que se manifiestan en los ambientes de los servicios del hospital, se puede mencionar que en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, no se practican actos de Atención con Calidad, se llega a esta conclusión relacionando la insatisfacción existente en los usuarios con la atención que recibieron.
- En relación al sentir de los pacientes, el personal de salud del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán se encierra en protocolos existentes sin agregarle afecto y calidez al trato que el paciente debería recibir para sentirse satisfecho y contribuir a su mejoramiento.

- Existe también escasa calidez con la que los servidores en salud brindan a los usuarios ya que un 41% de pacientes encuestados no recibieron orientación, 30% que no recibieron información y 7% que no hubo ningún tipo de atención, lo cual refleja el escaso interés por parte de los usuarios en salud y el sentir de los pacientes y sus familiares, aparte del tiempo de espera para ser atendidos que en un 39% fue extenso e inoportuno.
- Al no existir las características de afectividad estas se transforman en atención inadecuada que los usuarios mayormente en un 35% se manifiesta en el servicio de Enfermería, 16% en Caja Central, 15% en Estadísticas donde los usuarios obtiene fichas de atención y un muy bajo 8% en Consulta Externa.
- El personal trabaja en un ambiente laboral afectivo, los servidores en salud trabajan bajo presión laboral y sin condiciones adecuadas ni equipamiento lo cual según se observo, genera una reacción negativa en los servidores públicos y esto a su vez repercute negativamente en el trato que le brindan al usuario.

Como conclusión final

- Las Características de Calidez y afecto humano que brindan los servidores de salud en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, no satisface a los usuarios al referir los pacientes encuestados en un 33% que el trato es **pésimo** y que en un 52% es el personal de enfermería quienes brindan este tipo de trato.
- Otra característica que determina la falta de calidez en la atención brindada a los usuarios está en la **forma de hablar** (35%) de los servidores en salud al atenderlos, como muestra el. Por ende se puede concluir que existe muy bajo nivel de afectividad en relación al trato con Calidez de los pacientes, esto se refleja en los datos obtenidos ya que más del 40% de los usuarios entrevistados mencionan que en varios servicios del hospital no son tratados con afectividad haciéndolos esperar largos periodos o no brindándoles la información necesaria, no informando correcta y debidamente sobre los procedimientos y diagnósticos que presenta el usuarios y generando desconfianza e insatisfacción en la atención recibida, además de que este tipo de trato según los usuarios en un 44% mencionaron que **Casi siempre reciben mala Atención** en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

RECOMENDACIONES

Debido a la falta de Calidez en la atención brindada por parte de los servidores en salud hacia los usuarios y sus familiares en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, se recomienda:

- Promover programas de capacitación y concientización continua acerca del Buen Trato, Relaciones Humanas e implementación de Protocolos de atención tanto a pacientes como a familiares para lograr el cambio de actitud de los servidores en salud e incidir en el nivel de satisfacción de los usuarios y de esta manera convertirse en una institución de referencia en cuanto al trato con calidez que se le brinde a los usuarios.
- A las Autoridades institucionales, municipales y departamental general condiciones adecuadas e insumos que necesiten los servidores de salud para que puedan desempeñar una mejor labor y de esta forma repercuta positivamente en la atención que brinden a los usuarios evitando frustraciones e incomodidades o tensión laboral que de uno u otra forma desencadena una atención sin calidez.
- Valorar y promover el rol que desempeña el profesional en Trabajo Social ya que es significativo en la procura de soluciones al trato que se le debe brindar a los pacientes y sus familiares puesto que uno de los pilares del accionar profesional en el área de la salud es la Promoción Social, mediante el cual se promueven actividades de interacción social y se logra concientizar a los servidores en salud sobre los modos y formas de brindar un trato adecuado y además con calidez a los usuarios.
- El desarrollo social en su conjunto debe partir de las relaciones humanas, amabilidad, empatía, buen trato enmarcados en la calidez que se debe recibir en la atención de la salud para lograr un verdadero cambio social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ander-Egg, E. (1998). *Trabajo Social y Desarrollo Comunitario*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lumen.

Alvis, N. (2013). *Percepción sobre el Derecho a la Salud y Acceso a Servicios en Usuarios del Régimen Colombiano*. Bogotá, Colombia: Ediciones Percon.

Albó, D. (2004). *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Quito, Ecuador: Ediciones Bolihispana.

Arias, S. (2006). *Calidad en el sistema de salud en cuanto a la atención que se brinda a usuarios*. Nueva Grana, Bogotá, Colombia: Ediciones Ugram.

Buitrón, J. (2015). *Derecho a la Salud y Acceso a Servicios en Usuarios del Régimen Subsidiado en un Municipio Colombiano*. Publicaciones Colombianas: Revista Salud Pública.

Cantú, L. (2008) *Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud*. Rio de Janeiro, Brasil: Ministerio de Salud.

Cardich, S. y Valencia, G. (2008). *Aplicación de análisis discriminante para evaluar el impacto de la acreditación en salud en Colombia en los indicadores de rentabilidad*. Bogotá, Colombia: Publicaciones Universitaria de Salud.

Castellón, K. (2006). *Antropología de la salud y crítica intercultural: Imaginario rural en torno a las capacidades*. Bogotá, Colombia: Ediciones Ural.

Constitución Política del Estado Bolivia, (2012). *Legislación Boliviana*. Sucre, Bolivia: Gaceta Oficial.

Cortez, C. (2001). *Calidad de atención médica y principios éticos: Acta bioética*. Buenos aires, Argentina: Publicaciones de Asociación de Medicina Argentina.

Cruz, Y. (2007). *Análisis y evaluación estructural funcional e internacional de la red de servicios de atención en salud para el desarrollo de la salud pública*. La Habana, Cuba: Publicación de Rev. Cuba Salud 2012.

- Delgado, O. (2010). *Evaluación de la calidad de salud, un primer paso para la reforma del sistema: Manual de auditoría gestión de calidad en salud*. Barranquilla, Colombia: Ediciones Uninorte
- Domínguez, M. (2014). *Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública*. Asunción, Paraguay: Publicación Revista Acta bioética.
- Donabedian, T. (2000). *La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?: La descentralización de servicios de salud*. Córdoba, Argentina: Ediciones Salud Colectiva.
- Fausto, P. (2000). *La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad*. La Habana, Cuba: Ediciones Cubanacan.
- Gutiérrez, H. (2009) *La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú*. Lima, Perú: Ediciones Abya Yala.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2012). *Censo Poblacional: Porcentaje de Enfermedades no Transmisibles*. La Paz, Bolivia. Publicación INE.
- Flores, O. (2004). *La enfermedad no sólo enferma. Enfermedades e identidad profesional entre los mineros de Potosí*. Potosi, Bolivia: Ediciones Alcalá.
- González, W. (2005). *La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lanús.
- Hernández, U. (2011). *El Trabajo Social en el Area de Salud Tomo I*. La Paz, Bolivia: Ediciones Don Bosco.
- Hernández, U. (2013). *El Trabajo Social en el Area de Salud Tomo II*. La Paz, Bolivia: Ediciones Don Bosco.
- Hernández, U. (2014). *El Trabajo Social en el Area de Salud Tomo III*. La Paz, Bolivia: Ediciones Don Bosco.
- Hill, W. (1986). *Formulación definitiva del trabajo de casos centrado en la tarea*. Sao Paulo, Brasil: Ediciones Amesul.

Hurtado, S. (2015). *Caracterización del Hospital Dr. Roberto Galindo Teran de II Nivel*. Cobija, Pando: Edición Servicio de Salud Departamental de Pando.

Ibáñez, P. (2008). *Aplicación de análisis discriminante para evaluar el impacto de la acreditación en salud en Colombia en los indicadores de rentabilidad*. Bogotá, Colombia: Ediciones Universal.

INE (2012). *Datos Estadísticos del Área de Salud en Pando*. La Paz, Bolivia: INE/ITS.

Llanos, C. (2012). *Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación*. Santiago, Chile: Las Américas.

Medina, H. (2009). *La evaluación de la capacidad de respuesta de los servicios de atención de la salud dentro de un esquema de seguro de salud en Bolivia: perspectivas de los usuarios*. La Paz, Bolivia: OPS/OMS.

Mora, S. (2011). *Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá*. Bogotá, Colombia: Publicaciones Colombianas.

Ministerio de Salud y Deportes. (2012). *Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel*. La Paz, Bolivia.

Noguera, G. (2011). *Evaluación de la Calidad de la Atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud Suroccidente de la ESE Popayán*. Popayán, Colombia: (Tesis de Maestría en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud). Universidad Pública de Colombia.

Numera, M. (2001). *Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile*. Chile: Rev. Medica de Chile.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Informe sobre la Calidad Humana del Servidor en Salud en México*. Ciudad de México, México. Ediciones OMS.

Organización Panamericana de la Salud (1998). *Informe sobre la Calidad en la Atención de Salud Primaria y comunitaria en América Latina*. Madrid, España: Ediciones OPS.

Paradinas, C. (2005). *La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad*. La Habana Cuba: Revista Cubana Salud Pública.

Porro, J. (2010). *Aplicación de análisis discriminante para evaluar el impacto de la acreditación en salud en Colombia*. Colombia: PROSALUD

Peplau, F. (2011). *Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana*. Monterrey, Mexica: SAMU

Ramírez, Y. (2010). *Atención primaria en salud: Una estrategia renovada*. Colombia: Rev. Iberoamericana.

Ríos, H (2011). *Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina*. Colombia: FESCOL

Román, F. (2012). *La humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano*. Río de Janeiro, Brasil: Rev. Enfermería VERJ.

Richmond, M. (1920). *Descripción Introductoria del Caso: Intervención de Caso*. New York. Estados Unidos: RUSSELL SAGE

Reíd, J. (1992). *Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios*. Chile: Revista Médica de Chile.

Román, P. (2012). *Análisis y evaluación estructural funcional e internacional de la red de servicios de atención en salud para el desarrollo de la salud pública en el departamento de Risaralda investigadores*. La Habana, Cuba: Memorias Convención Internacional de Salud Pública

Strauss, P. (2004). *Salud intercultural y pueblos indígenas*. Lima, Perú: BOLIHISPANA.

Taylor, H. (1986). *Introducción a los métodos Cualitativos de investigación*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidós.

Toro, Juan. (2012) *Calidad en las organizaciones de salud*. Paraguay: Revista CES Salud Publica ISSN.

Ulloa Argandoña A. (2010) *Área de intervención del Trabajo Social en la Salud*. Cochabamba, Bolivia: Universidad Gabriel Rene Moreno.

Watson, J. (1979). *Teoría de la Humanización o el Trato Humano; en el Área de la Salud*. Washington dc, Estados Unidos: American University.

Lalonde, C. (1971) *determinantes en salud*. Chile: medinform.

Organización Panamericana De La Salud (2016) Informe De Estándares En Salud. Pando, Bolivia: OPS/PANDO

Ibáñez, J. (2008) *Satisfacción Vs. Rechazo De Los Usuarios*. Ecuador: Flemen S.A.

Riberos, H. (2004) *Intervención En Salud*. Lima, Perú: Ministerio De Salud.

Garcia, D. (2012) *Puentes De Atención En Salud; Calidad Y Calidez*. Chile: Venture.

ANEXOS

Anexo N° 1

Cobija, 20 de marzo de 2017

Señor:

Dr. Rene Richard Arias Astulla
Director
Hospital Dr. Roberto Galindo Terán

Presente.-

Ref.: Solicitud de Permiso para aplicar Encuestas

Señor Director:

Mediante la presente me dirijo a usted no sin antes felicitar la labor que realiza y augurarle éxito en su gestión.

La presente tiene la finalidad de solicitarle muy respetuosamente me permita aplicar encuestas a los usuarios que acuden al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán en busca de atención medica con el objetivo de concretizar la investigación que estoy realizando para realizar mi Tesis de Grado para optar al grado de Licenciada en Trabajo Social en la Universidad Amazónica de Pando.

La investigación es un estudio sobre la Calidez en la atención que brindan los servidores públicos del nosocomio hacia los usuarios y el nivel de satisfacción de los mismos con la atención que reciben.

Sin mas que mencionar y agradeciendo de antemano la aceptación a la presente solicitud, me despido atentamente.


Jackeline Mescias Cruz
UNIVERSITARIA SOLICITANTE



Anexo N° 2



UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
Área de Ciencias Sociales y Humanísticas
Carrera de Trabajo Social

NIVEL DE SATISFACCION EN LA CALIDEZ DE ATENCION POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD A PACIENTES QUE ACUDEN DEL HOSPITAL DR. ROBERTO GALINDO TERAN					
I. DATOS DE LA PERSONA ENCUESTADA					
EDAD:	SEXO: M F	NACIONALIDAD:	PROCEDENCIA:		
ESTADO CIVIL:					
SOLTERO (A)	CASADO (A)	DIVORCIADO (A)	VIUDO (A)	CONCUBINATO (A)	
OCUPACION:			FUENTE LABORAL:		
II. MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL HRGT					
CONSULTA EN EMERGENCIAS					
CONSULTA EXTERNA					
COMPAÑANDO UN FAMILIAR ENFERMO					
COMPRA DE SERVICIOS					
RECONSULTA					
III. SATISFACCION EN LA ATENCION RECIBIDA EN EL HRGT					
a) El Trato que le brindo el Personal que le atendió fue:		b) En Caso de haber recibido un trato negativo, quien le brindo ese trato		c) La forma del trato negativo recibido por el personal de salud fue en:	
Excelente		Médicos		La Forma de hablar	
Muy Bueno		Enfermeros (as)		La forma de tratar	
Bueno		Residentes		Insensibilidad	
Pésimo		Internos		Impaciencia	
Malo		Auxiliares		Desinformación	
Muy Malo		Administrativos		Desinterés	
IV. CALIDEZ EN EL TRATO BRINDADO A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL HRGT					
d) Como lo trato la primera persona que lo atención en el Nosocomio		e) Recibió la información que necesitaba para saber que hacer y con quien dirigirse		f) El tiempo de Espera para ser atendido fue	
Amablemente		Nadie me informo		Oportuno	
Con respeto		No me atendieron		Inoportuno	
Sin respeto		No me orientaron		Extenso	
Groseramente		Me informaron		Demasiado Extenso	
V. IDENTIFICACION DEL SERVICIO QUE BRINDO MALA ATENCION					
Identifique el Servicio en el cual el personal de salud le brindo malos tratos					
Emergencias		Estadística		Pediatría	
Farmacia		Enfermería		Cirugía	
Caja Central		UTI		Med. Interna	
Consulta		Almacén		Laboratorio	

Externa					
Tomografía		Infectología		Ecografía	
Cocina		Trabajo Social		Limpieza	
VI. CANTIDAD DE VECES QUE A RECIBIDO MALOS TRATOS POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DEL HRTG					
Primera ves					
Segunda Ves					
Casi Siempre					
Nunca e recibido malos tratos					

MUCHAS GRACIAS....

Anexo N° 3



UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
Área de Ciencias Sociales y Humanísticas
Carrera de Trabajo Social

ENTREVISTA

Aplicada a pacientes de medicina interna y consulta externa del
Hospital Dr. Roberto Galindo Terán

Edad:..... Sexo: M F
Servicio en el que se encuentra:.....
Motivo por el cual requirió el servicio:.....

1. ¿Cómo se siente con respecto al trato brindado por los servidores en salud dentro del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán?

.....
.....

2. ¿Por qué acudió al Hospital Dr. Roberto Galindo Terán y no a otro centro de salud ya sea público o privado?

.....
.....

3. ¿Cree usted que las relaciones humanas e interacción por parte de los servidores en salud es la adecuada?

.....
.....

(En caso de responder en negativa a la pregunta N°3)

4. ¿Cómo cree usted que se deberían resolver los inconvenientes en las relaciones humanas entre los servidores públicos de salud y los usuarios?

.....
.....

Muchas Gracias.

Anexo N° 4



UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
Área de Ciencias Sociales y Humanísticas
Carrera de Trabajo Social

ENTREVISTA

Aplicada a familiares o acompañantes de pacientes de medicina interna y consulta externa del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán

Edad:..... Sexo: M F

Motivo por el cual se encuentra en el Nosocomio.....

5. ¿Usted siente que la persona/familiar que acompaña recibió un trato adecuado y cálido por parte de los servidores en salud?

.....
.....

6. ¿Siente usted que existe calidez en el trato brindado a los usuarios en el hospital Dr. Roberto Galindo Terán?

.....
.....

7. ¿Qué mecanismos cree usted que deberían emplearse para que el trato con calidez hacia los usuarios del Hospital sea efectivo?

.....
.....

Muchas Gracias.

Anexo N° 5



UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
Área de Ciencias Sociales y Humanísticas
Carrera de Trabajo Social

GUIA DE OBSERVACIÓN

Aplicada a los Servicios de atención al usuario (Estadística, Caja Central, Farmacia,
Emergencias, Medicina Externa, Medicina Interna)
Hospital Dr. Roberto Galindo Terán

- **Servicio Observado:**.....
 - **Funcionarios del Servicio:**.....
5. ¿El servicio cuenta con una persona que se encargue de brindar información?

6. ¿El servicio atiende usuarios directa o indirectamente?

7. ¿Se denota nivel de estrés en el personal del servicio?

8. ¿Se realizan rotaciones de personal en el servicio?

9. ¿El personal del servicio recibe capacitaciones sobre relaciones humanas y atención al cliente?

10. ¿Como es el ambiente laboral en el servicio?

11. ¿El personal que atiende a los usuarios se comporta de forma amable?

12. ¿El personal del servicio atiende a las interrogantes o consultas por parte de los usuarios?

13. ¿El servicio cuenta con la cantidad adecuada de personal para atender a los usuarios?

14. ¿El equipamiento e insumos del servicio permiten a los servidores en salud desempeñar bien su trabajo?

15. ¿El Ambiente físico del servicio es adecuado y permite que el funcionario desempeñe su trabajo de forma adecuada?

Observaciones:

Anexo N° 6 Memoria Fotografica



Pacientes en Consulta Externa.



Personal Médico y de Enfermería
Pacientes y Familiares en el Servicio de Pediatría