



UNIVERSIDAD DEL VALLE INSTITUTO DE PSICOLOGÍA

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE LA CIUDAD DE PALMIRA

Trabajo De Grado Para Optar Al Título De Psicólogo

**SANDRA VIVIANA ARBOLEDA MONCADA
DAIANA URIBE PELÁEZ
LUISA MARÍA VÉLEZ RENTERIA**

**Director de Trabajo de Grado:
Psicólogo Henry Granada Echeverri**

**Palmira, Valle del Cauca, Colombia.
2009**



UNIVERSIDAD DEL VALLE INSTITUTO DE PSICOLOGÍA

**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE LA CIUDAD DE PALMIRA**

Trabajo De Grado Para Optar Al Título De Psicólogo

**SANDRA VIVIANA ARBOLEDA MONCADA
DAIANA URIBE PELÁEZ
LUISA MARÍA VÉLEZ RENTERIA**

**Director de Trabajo de Grado:
Psicólogo Henry Granada Echeverri**

**Palmira, Valle del Cauca, Colombia.
2009**

Agradecimientos

A Nuestros Familiares, Madres, Padres, Hermanos, quienes aportaron su granito de arena en nuestra formación personal y académica.

A nuestros Profesores quienes aportaron a nuestra construcción de conocimientos con sus diferentes perspectivas, enfoques y nos orientaron en el que hacer del psicólogo,

A nuestros compañeros que con sus charlas, aportes académicos y personales, nuestro conocimiento no hubiera sido tan nutrido como hasta ahora,

A todas las personas que creyeron en nosotras, gracias, porque sin ustedes no hubiera sido posible este trabajo.

Y por ultimo y no menos importante, a Dios, que permitió que nosotras como compañeras de estudio, nos encontráramos y tuviéramos muchas diferencias ideológicas y personales que permitieron una armonía en nuestra convivencia y construcción de este y muchos proyectos académicos y personales.

Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN
2. JUSTIFICACION
3. REVISION DE LA LITERATURA
 - 3.1. MARCO CONTEXTUAL
 - 3.1.1 Misión
 - 3.1.2 Visión
 - 3.1.3 Valores Corporativos
 - 3.1.4 Principios Corporativos
 - 3.1.5 Portafolio de Servicios
 - 3.1.5.1 Sala de Hospitalización: Servicio de Medicina Interna
 - 3.1.6 Convenios Docente Asistenciales
 - 3.1.7 Sistema de Gestión de Calidad
 - 3.1.7.1 Objetivos de Calidad
 - 3.1.8 Atención al Usuario
 - 3.2 MARCO TEORICO DE REFERENCIA
 - 3.2.1 Representaciones Sociales
 - 3.2.1.1 Representaciones Sociales como Proceso

3.2.1.2 Representaciones Sociales como

Conocimiento con Contenido

3.2.1.3 Nuevos Desarrollos Teóricos: Diversos Enfoques y Teoría del Núcleo Central

3.2.2 Ecología del Desarrollo Humano, Psicología Ambiental y Contextos de Desarrollo

3.2.3 Perspectivas relacionadas con la Atención Médica y su Calidad

4. PROBLEMÁTICA

4.1. Antecedentes

4.2. Formulación del Problema

4.3. Definición Operacional de Términos

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

5.2. Objetivos Específicos

6. MÉTODO

6.1. Tipo de Investigación

6.2. Población y Muestra

6.3. Materiales y Técnica

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1. Primer Momento

7.1.1. Actor Social: Pacientes

7.1.2. Actor Social: Acompañantes

7.1.3. Actor Social: Profesionales de la Salud Médica

7.2. Segundo Momento

7.2.1. Actor Social: Pacientes

7.2.2. Actor Social: Acompañantes

7.2.3. Actor Social: Profesionales de la Salud Medica

8. ANALISIS

8.1. Actor Social: Pacientes

8.2. Actor Social: Acompañantes

8.3. Actor Social: Profesionales de la Salud Medica

8.4. Aspectos Formales Organizacionales

8.5. Calidad Ambiental y Contextos de Desarrollo Humano

9. DISCUSIÓN GENERAL

10. CONCLUSIONES

11. COMENTARIOS

12. BIBLIOGRAFÍA -REFERENCIAS

13. ANEXOS

13.1. De Contextualización del HSVP

13.1.1. Reseña Historia del HSVP

13.1.2. Estructura Orgánica del HSVP

13.1.3. Ley 100 de 1993: Algunos Apartados

13.1.3.1. Reforma: Ley 100 de 1993: Algunos
Apartados

13.1.4. Perfiles de Cargos

13.2. De soporte para la investigación (registros)

13.2.1. Primer Momento (Registro de
Observaciones)

13.2.2. Primer Momento (Registro de Entrevistas)

13.2.3. Segundo Momento (Registro de
Observaciones)

13.2.4. Segundo Momento (Registro de
Entrevistas)

1. INTRODUCCIÓN

En el presente documento se encuentra consignada la investigación del proyecto de trabajo de grado “Representaciones Sociales sobre la Calidad de la Atención Médica en el Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Palmira”, donde se aborda una problemática del área de la Psicología de la Salud, la cual es retomada de manera interdisciplinar con la Psicología Social, tal como lo es la atención médica por parte de los profesionales de la salud y la evaluación de la calidad de la misma por los diferentes actores sociales (pacientes, familiares y profesionales del área), a partir del marco de las Representaciones Sociales. Sin embargo, dentro de tal interdisciplinariedad, se entretajan conceptos básicos y por tanto fundamentales que permiten el surgimiento de los procesos que la psicología social plantea e incluso son necesarios para el abordaje de las situaciones en la psicología de la salud; dichos conceptos son desarrollados de manera puntual en lo conceptual y práctico por la Psicología Ambiental y la Ecología del Desarrollo Humano, tales como los roles, las actividades y los aspectos relacionados con las dinámicas diádicas y los Contextos de Desarrollo Humano .

Así, la psicología social aporta un marco para el estudio de las representaciones sociales y la psicología de la salud, proporciona el objeto de tales

representaciones; sin embargo, ambas, aunque mencionan las dinámicas sociales y los procesos de construcción social como partes fundantes de tales aspectos, no se encargan en profundidad del estudio de dichas dinámicas y los elementos que involucran, cuestión que desarrolla la psicología ambiental y la ecología del desarrollo humano, como se verá a través del marco teórico de referencia.

Por tanto, el presente escrito se desarrolla de la siguiente manera: después de la argumentación y exposición de los ejes puntualizadores de la investigación, se realiza una contextualización de los procesos y características del lugar donde se realizó la misma, es decir, la Sala de Hospitalización de Medicina Interna (SHMI) del Hospital San Vicente de Paul (HSVP) de la ciudad de Palmira, presentándose a continuación, aunque en orden de importancia de forma paralela, una revisión sobre los referentes o marcos mencionados y su relación con la literatura encontrada respecto a la atención médica y la evaluación de su calidad; de forma posterior, se realiza una descripción de la problemática, encontrando elementos como la formulación del problema, los antecedentes –relacionados con los avances investigativos afines a la propuesta- y una definición operacional de los términos claves, con el objetivo de plantear de manera clara, la significación de los mismos y lo que con ellos se pretende; así, se presentan las metas u objetivos que guiaron la propuesta y la consecuente metodología que la orientó. De esta manera, se realiza la presentación de los resultados con sus respectivos análisis y

finalmente, se exponen todos aquellos referentes que hicieron posible el establecimiento de límites, significaciones, desarrollos y sobre todo soportes, tanto de carácter técnico como de contenido en la presente investigación.

2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación, permite conocer la manera en que, tanto los profesionales de la salud como los pacientes y sus familiares, usuarios de la Sala de Hospitalización de Medicina Interna (SHMI) del Hospital San Vicente de Paúl (HSVP), construyen sus representaciones sociales frente al contexto –físico y relacional- en el cual se encuentran inmersos y la forma como éstas influyen tanto en el ejercicio de su profesión como en la evaluación sobre la calidad de la atención recibida, además de presentar un abordaje y panorama de lo que implica tal calidad desde la perspectiva de dichos actores sociales.

Considerando las instituciones de atención en salud u hospitalarias como contextos de desarrollo humano que enmarcan un espacio de múltiples interrelaciones, en las cuales se conjugan las representaciones no solo de las personas que utilizan el servicio (pacientes-familiares) sino del personal encargado de su atención (profesionales de la salud) generando un impacto en los procesos de recuperación en los pacientes, se hace necesario indagar las posibles representaciones que generan dichas dinámicas de interacción, tomando en cuenta la siguiente situación que da muestra de la condición actual y la posible deshumanización de la atención: “La cosificación del paciente por medio de la cual éste pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus

sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos, generando un clima ausente de calor en la relación humana, distanciamiento afectivo por parte del personal, indiferencia o indolencia, la ausencia de un entrelazamiento creativo entre los ámbitos personales del paciente y de los miembros del equipo asistencial que favorezca formas mutuamente enriquecedoras de encuentro, la violación de los derechos del paciente; privacidad, confidencialidad y autonomía que pueden llegar a la negación de sus opciones últimas” (Fernández, M. 1997).

Dado lo anterior y teniendo en cuenta la influencia que ejercen las representaciones sociales que poseen los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) sobre la atención a sus pacientes y viceversa, se puede evidenciar que “los conocimientos que poseen los sujetos en relación a una o varias realidades tiene plena relación con los contextos sociales específicos a los cuales pertenecen, puesto que la realidad que se establece sobre la vida cotidiana es originada por la interacción establecida entre sus pensamientos y sus prácticas” (Berger y Luckmann, 1968 en Badilla, G. 2006), es decir, el contexto en el cual son formados los profesionales de la salud y en el cual se enmarca su participación laboral, ejercen una gran influencia sobre su atención a los pacientes, por ello, “es necesario precisar que no es que existan diferentes realidades objetivas, sino que la propia realidad incorpora en sí misma y como parte constitutiva de sí misma, una serie de características que provienen de la actividad desarrollada por los

individuos que les lleva a formar su propia visión de la realidad” (Ibáñez, J. 1994 en Badilla, G. 2006).

Así mismo, es necesario precisar dentro del marco del desarrollo de la psicología social que “la teoría de la cognición social ha liderado como manera de aproximarse a la vida social. Esta teoría se interesa en las características generales del proceso de percepción, memoria y juicio; las cuales son consideradas como características inherentes al hombre” (Wagner & Elejabarrieta, 1994 en Badilla, G. 2006). En otros términos, se puede decir que la Teoría de la Cognición social centra su interés en los mecanismos de respuesta social, es decir, por los mecanismos a través de los cuales las personas procesan y combinan la información pero no solo a partir de los procesos cognitivos, sino como la realidad social también tiene importancia en la manera como se piensa. Por su parte, las representaciones sociales se focalizan en el contenido específico del conocimiento que orienta a la conducta social, de manera relacional y colectiva.

De igual manera, es necesario tener en cuenta la influencia del contexto dentro de las interrelaciones que se generan para formar las representaciones sociales, es decir la manera como éstas permiten que la SHMI, se convierta en un contexto de desarrollo para los pacientes, familiares y profesionales dadas las condiciones

sociales y ambientales del lugar permitiendo que se transformen las percepciones y acciones de los individuos participantes, teniendo en cuenta que dichas interacciones dentro del microsistema a su vez involucran otros tipos de relaciones mesosistémicas, macrosistémicas y exosistémicas, pues en últimas son espacios de actuación recíprocos cuyas interacciones pueden mejorar o deteriorar la calidad de vida de los actores sociales.

De manera general se puede decir que, las teorías expuestas anteriormente y las propuestas e investigaciones realizadas alrededor del tema humanización – deshumanización, permiten dilucidar la relación que se encuentra entre ellas y la forma como los profesionales de la salud, de acuerdo a sus representaciones prestan la atención a sus pacientes. Es por esto, que el presente compendio, se considera sumamente relevante, por su valor teórico y descriptivo, para una sociedad en la cual, la calidez humana y los lazos afectivos cada vez se tornan más difusos, teniendo en cuenta el grado de avances tecnológicos, el acelerado crecimiento de la población, el afán por la globalización y la imposición de políticas estatales que cada vez tejen una brecha mayor en la relación médico – paciente. Así mismo, se espera que el presente documento alcance sus cometidos y permita aportar un cuerpo de conocimientos a la ardua labor de los profesionales en salud, a su vez a aquellas personas que se encuentran bajo su cuidado y vigilancia, que además sea de gran utilidad para la sociedad en general y sobre todo, permita



abrir las puertas a futuras y fructíferas investigaciones.

3. REVISIÓN DE LA LITERATURA

3.1 MARCO CONTEXTUAL¹

El Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) se encuentra localizado en la ciudad de Palmira, Departamento del Valle del Cauca, tiene dos vías de acceso que conducen a Urgencias y Consulta Externa. El acceso a Consulta Externa está ubicado en la Carrera 29 N°39-51 y el de Urgencias en la Carrera 30.



La anterior Gerencia del Hospital a cargo del Dr. Alfredo Olivares Vallejo suscribió un contrato de concesión con Inversiones DUMIAN, institución que vio la oportunidad en la dotación y puesta en marcha de una unidad de cuidados intensivos y/o intermedios en la ciudad de Palmira; el concesionario eligió,

¹ El presente marco contextual fue Extraído en Marzo de 2007 de <http://www.hsvp.gov.co/index.htm>, actualizado el 10 de Agosto de 2008 y complementado con las observaciones realizadas para la recolección de datos.

suscribió e inició labores en lo que hace mas de 10 años era un área abandonada ubicada en la infraestructura nueva del Hospital pero que se encontraban sin terminar de construir.

Así, la entidad privada habilitó la sala de cuidados intensivos y/o intermedios, la cual permite atender a los pacientes críticos sin que tengan que ser trasladados a la ciudad de Cali, agilizando la oportunidad en la atención.

Por otra parte, existe un contrato de arrendamiento con RTS BAXTER, empresa que se interesó en adecuar y habilitar parte del área antigua del Hospital, para el funcionamiento de la unidad de servicios de diálisis peritoneal y sanguínea, servicio que suple las necesidades de la población del área de influencia del Hospital en esta especialidad.

De esta manera, el Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) de la Ciudad de Palmira, es una Empresa Social del Estado con categoría especial de Entidad pública descentralizada del orden Municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, que ofrece atención integral en salud de nivel I y II de complejidad.

3.1.1 MISION

“Ofertar servicios de Salud eficientes, eficaces y efectivos de I y II nivel de complejidad a todos los usuarios del Municipio y su área de influencia con el propósito de mejorar su estado de salud y la calidad de vida, a través de una atención personalizada, cálida y humanizada con personal altamente calificado, colocando a disposición una adecuada infraestructura locativa y tecnológica facilitando la formación de personal profesional y auxiliar acorde al nivel de atención y capacidad resolutive, que trascienda en la sostenibilidad económica del Hospital San Vicente de Paúl E.S.E de Palmira”.

3.1.2 VISION

“Ser el mejor Hospital de II nivel del Sur Occidente Colombiano, con la mejor capacidad resolutive en servicios de mediana y alta complejidad, soportado en la auto-sostenibilidad económica, en el desarrollo social y organizacional lo cual sea plataforma para convertirse en un Hospital Universitario, que practique siempre la mejora continua de sus procesos, la optimización de los recursos y la capacitación integral de su Talento Humano, buscando el bienestar general de la salud en la región”.

3.1.3 VALORES CORPORATIVOS

- **Calidad:** El desempeño e idoneidad de los profesionales quienes haciendo uso de la tecnología de punta y con un enfoque de pertinencia en las funciones, buscan siempre el bienestar y la óptima atención de nuestros usuarios.
- **Eficiencia:** El Logro de los objetivos institucionales con el aprovechamiento óptimo de los recursos.
- **Honestidad:** Hacer un uso adecuado y transparente de los recursos de la institución de manera pertinente para trazar el cumplimiento de las políticas organizacionales.
- **Lealtad:** Cumplir a cabalidad con los principios rectores de la institución
- **Oportunidad:** Poner a disposición de la comunidad toda capacidad resolutive, de manera oportuna en el momento que ésta lo requiera.

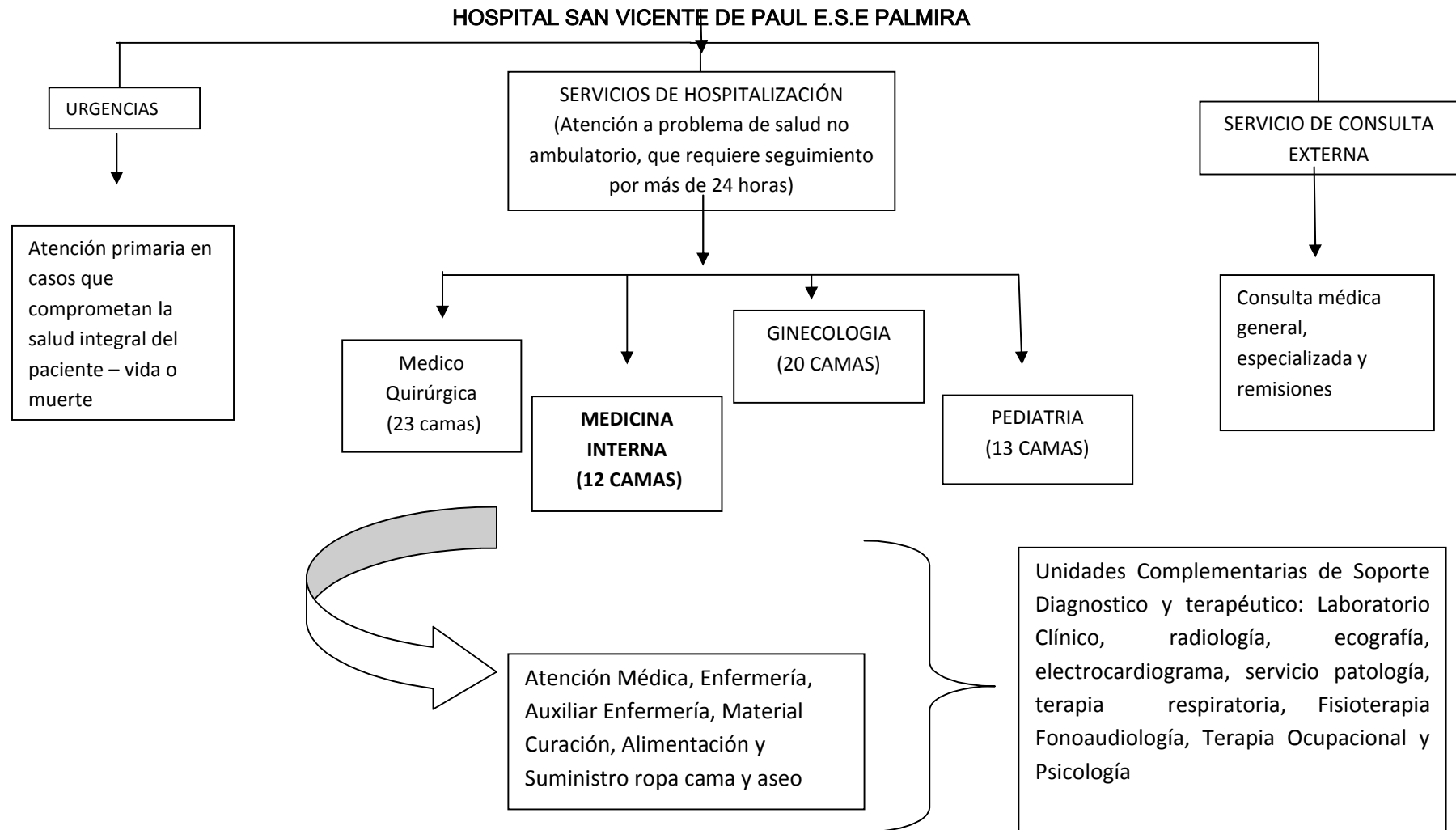
3.1.4 PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- ☐ Calidad en los servicios
- ☐ Trabajo en equipo
- ☐ Compromiso y lealtad institucional
- ☐ El usuario como el componente más importante del Hospital

- ☐ Eficiente manejo de los recursos
- ☐ Compromiso social y saludable
- ☐ Integridad y mejoramiento continuo de los procesos
- ☐ Servicio con Valor Agregado
- ☐ Atención Humanizada
- ☐ Desarrollo Sostenible

3.1.5 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Los servicios ofrecidos por el HSVP de Palmira de acuerdo a su nivel II de atención, el cual se encuentra certificado por la complejidad de sus procedimientos, su especialización médica y los diferentes tipos de intervención que realiza, se presentan a continuación de forma orgánica como parte de tal institución, es decir, con la ubicación y relación de las salas que prestan la atención en salud, además de sus diversas características:



Realizado por Arboleda, S, Uribe, D, Vélez, L. (2008)

3.1.5.1 SALA DE HOSPITALIZACION: SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Siendo el Servicio de Medicina Interna, al interior de la Sala de Hospitalización, el objeto de estudio de la presente investigación, se expone a continuación una caracterización detallada sobre la misma, con el objetivo de ampliar dicho contexto.

De esta manera, se encuentra que, además de lo expuesto anteriormente, dicha sala consta de 8 habitaciones que se organizan y funcionan de la siguiente manera:

- Estación de Enfermería: la habitación destinada para esta sección se encuentra dotada de un escritorio en el cual se realizan y organizan los documentos necesarios y convenientes a la evolución de los pacientes usuarios de la sala, un televisor, una nevera, algunos adornos florales artificiales, una camilla, un teléfono, una grabadora, dos canecas de basura con la bolsa de su respectivo color de acuerdo con el tipo de desecho, 4 muebles metálicos utilizados para la ubicación y mantenimiento de los diversos implementos necesarios en este servicio (medicamentos, algodón, alcohol, sueros, agujas, etc.) y 9 sillas rimax ubicadas en el balcón interno que tiene dicha habitación. En este lugar, se elaboran, organizan y guardan las historias clínicas de los pacientes

usuarios de la sala, es el puesto de trabajo tanto de las auxiliares de enfermería como del medico internista, sin embargo, la atención al cliente (paciente que solicita o familiares que tramitan y publico en general) se realiza en un escritorio extenso y externo ubicado de antesala a dicha habitación. De manera contigua, se encuentra una segunda habitación utilizada para el descanso del personal medico durante sus turnos, constando de dos camas con sus respectivas mesas de noche y un servicio sanitario completo (ducha, batería sanitaria y lavamanos externo).





Fotografías tomadas por Arboleda, S. Uribe, D. Vélez, L. el 04 de Mayo de 2008

- 6 Habitaciones contiguas conectadas por un pasillo –dotado de plantas naturales- destinadas a los usuarios del servicio: dichas habitaciones constan de dos camas con sus respectivas mesas de noche, además de un mueble para cada usuario destinado a la ubicación de los medicamentos y recepción de los alimentos diarios, un servicio sanitario completo (ducha, batería sanitaria y lavamanos externo), instrumentos metálicos necesarios para la ubicación de los sueros o instrumentos médicos intravenosos, botones para llamados de emergencia, dos lámparas de tubo blanco dobles, dos botes de basura con su respectivo color de bolsa para cada tipo de desecho y 1 silla para el acompañante del usuario del servicio. Cada habitación cuenta con un balcón interno con vista al sector aledaño de la ciudad.



Fotografías tomadas por Arboleda, S.

Uribe,

D. Vélez, L. el 04 de Mayo de 2008

- En cuanto al recurso humano, el servicio de medicina interna, cuenta con: un médico internista, una enfermera jefe y 5 auxiliares de enfermería. Así, el médico internista pasa revista a las 8:00 a.m. y a las 7:00 p.m; la enfermera jefe, dado que se encuentra encargada de otras responsabilidades y salas en el hospital, se traslada y revisa continuamente sus diferentes escenarios; de las 5 auxiliares de enfermería, 4 poseen turnos de 8 horas y 1 realiza turnos de 4 horas

para organizar en las jornadas los descansos de las auxiliares de tiempo completo. De manera adicional, la sala cuenta con estudiantes auxiliares de enfermería en práctica de varias instituciones, quienes realizan sus labores+ supervisadas y cuentan con horarios determinados para las mismas. Finalmente, cuenta con un Médico Auditor, que supervisa los procesos de recuperación de los pacientes y es el encargado de fiscalizar la pertinencia de la permanencia de los diversos pacientes en el servicio

Por otra parte, en cuanto a las dinámicas de concurrencia de los pacientes usuarios de la sala y nivel de mortalidad, se encuentra lo siguiente:

Año 2007

UNIDAD DE MEDIDA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Nª DE CAMAS	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	144
Nª. EGRESOS	75	81	93	42	54	52	57	61	43	57	46	49	710
DIAS CAMA DISPONIBLE	372	336	372	360	372	360	372	372	360	372	360	372	4380
DIAS DE CAMA OCUPADA	258	255	252	243	255	206	244	234	174	241	248	230	2840
Nª DIAS ESTANCIA	417	465	426	328	382	276	330	304	224	293	288	286	4019
GIRO CAMA	6.25	6.75	7.75	3.50	4.50	4.33	4.75	5.08	3.58	4.75	3.83	4.08	4.93
% OCUPACIONAL	69.35 %	75.89 %	67.74 %	67.50 %	68.55 %	57.22 %	65.59 %	62.90 %	48.33 %	64.78 %	68.89 %	61.83 %	64.84 %
PROMEDIO DIA ESTANCIA	5.56	5.74	4.58	7.81	7.07	5.31	5.79	4.98	5.21	5.14	6.26	5.84	5.66
MUERTES < 48 HORAS	5	3	8	5	5	2	3	2	6	11	6	8	64
MUERTES > 48 HORAS	4	2	0	2	0	1	2	1	1	0	2	0	15
TOTAL MUERTES	9	5	8	7	5	3	5	3	7	11	8	8	79
REMISIONES	2	1	1	1	17	23	16	15	8	0	0	0	84

Extraído el 10 de Agosto de 2008 desde <http://www.hsvp.gov.co/index.htm>
en Estadísticas

Año 2008

UNIDAD DE MEDIDA	META PROMEDIO MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Nª DE CAMAS		12	12	12	12	12	12							
Nª. EGRESOS	90	61	50	62	66	52	66							
DIAS CAMA DISPONIBLE		372	348	372	360	372	360							
DIAS DE CAMA OCUPADA	330	257	246	289	258	267	304							
Nª DIAS ESTANCIA		337	337	334	367	242	359							
GIRO CAMA		5,08	4,17	5.17	5.50	4.33	5.50							
% OCUPACIONAL		69,09 %	70,69 %	77.69 %	71.67 %	71.77 %	84.44 %							
PROMEDIO DIA ESTANCIA		5,52	6,74	5.39	5.56	4.65	5.44							
MUERTES < 48 HORAS		10	6	6	8	2	2							
MUERTES > 48 HORAS		1	1	1	3	1	0							
TOTAL MUERTES		11	7	7	11	3	2							
REMISIONES		10	10	10	18	15	14							

Extraído el 10 de Agosto de 2008 desde <http://www.hsvp.gov.co/index.htm>
en Estadísticas

3.1.6 CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIALES

El Hospital San Vicente de Paúl, posee convenios Docente - Asistenciales con las siguientes Universidades.

- Universidad San Martín
- Universidad Santiago de Cali.
- Universidad Libre

Lo anterior con el propósito de elevar el nivel científico en la Institución y mejorar los procesos de atención tanto administrativos como asistenciales, capacitando de forma continua a empleados y trabajadores.

También se tiene convenios con Instituciones Técnicas como:

- Instituto Nuestra Señora de Fátima (INFA)
- Instituto INEC
- Instituto Centra 2000 E.A.T. (Empresa Asociativa de Trabajo)

3.1.7 SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

Por medio de la Ley 872 de 2003, se crea el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) para las entidades del estado, como una herramienta de gestión

sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios.

Como principal característica del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), es que este se desarrollará de manera integral, intrínseca, confiable, económica, técnica y particular en cada organización, y será de obligatorio cumplimiento por parte de todos los funcionarios de la respectiva entidad y así garantizar en cada una de sus actuaciones la satisfacción de las necesidades de los usuarios. (Art. 3 Ley 872)

Los requisitos que el SGC debe cumplir son:

- a) **Identificar** cuáles son sus usuarios, destinatarios o beneficiarios de los servicios que presta o de las funciones que cumple; los proveedores de insumos para su funcionamiento; y determinar claramente su estructura interna, sus empleados y principales funciones;
- b) **Obtener información de los usuarios**, destinatarios o beneficiarios acerca de las necesidades y expectativas relacionadas con la prestación de los servicios o cumplimiento de las funciones a cargo de la entidad, y la calidad de los mismos;
- c) **Identificar y priorizar aquellos procesos estratégicos y críticos** de la entidad

que resulten determinantes de la calidad en la función que les ha sido asignada, su secuencia e interacción, con base en criterios técnicos previamente definidos por el Sistema explícitamente en cada entidad;

d) Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurar que estos procesos sean eficaces tanto en su operación como en su control;

e) Identificar y diseñar, con la participación de los servidores públicos que intervienen en cada uno de los procesos y actividades, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generen un impacto considerable en la satisfacción de las necesidades y expectativas de calidad de los usuarios o destinatarios, en las materias y funciones que le competen a cada entidad;

f) Documentar y describir de forma clara, completa y operativa, los procesos identificados en los literales anteriores, incluyendo todos los puntos de control. Solo se debe documentar aquello que contribuya a garantizar la calidad del servicio;

g) Ejecutar los procesos propios de cada entidad de acuerdo con los procedimientos documentados;

h) Realizar el seguimiento, el análisis y la medición de estos procesos;

i) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

Por medio del Decreto 4110 del 09/12/04 se reglamentó que el SGC para las

entidades públicas se debe fundamentar en la Norma NTCGP 1000:2004 (Norma Técnica Colombiana para la Gestión Pública), esta norma esta basada en la serie de normas ISO9000 y contiene en forma genérica los requisitos que el SGC debe cumplir, pero corresponde a todos quienes hacen parte del Hospital San Vicente implementarla de acuerdo a sus procesos y objetivos institucionales.

Para implementar la norma, a través de la resolución 066 de 2005 se creo el Comité de Gestión de la Calidad en el Hospital San Vicente de Paúl el cual está actualmente conformado por:

- Diego Fernando Sarasti – Responsable de la Dirección
- Sin Definir - Coordinadora del Comité
- Clara Inés Sánchez
- Octavio Murillas Peña
- Reynel Plaza
- Diego Fernando Restrepo
- Mauricio Galán
- Mercedes Escandón

Igualmente harán parte de este comité las personas que por necesidad de cumplir con los requisitos de la norma se requiera de su apoyo y conocimiento.

Así, un Sistema de Gestión de Calidad enmarca:

Sistema: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito

Gestión: Actividades para dirigir y controlar una entidad.

Calidad: grado en el que un conjunto de características cumple con los requisitos.

También, se podría decir que un Sistema de Gestión de la Calidad es un conjunto de elementos y actividades que se ejecutan o se relacionan y que permiten dirigir y controlar una organización de forma tal que ésta sea capaz de cumplir con las expectativas y necesidades de los clientes y partes interesadas de la mejor forma posible.

De esta manera, los principios del SGC son:

1. Enfoque hacia el cliente
2. Liderazgo
3. Participación activa de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones publicas.
4. Enfoque basado en procesos

5. Enfoque del sistema para la gestión
6. Mejora continua.
7. Enfoque basado en hechos
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores
9. Coordinación, cooperación y articulación
10. Transparencia.

Así mismo, la política de calidad contemplada por el HSVP de Palmira, se encamina a la mejora de la calidad de vida de sus clientes mediante la prestación de servicios de salud oportunos, pertinentes, humanizados y personalizados; con el aporte de un talento humano competente, con procesos normalizados, infraestructura y tecnología apropiada, enmarcados en la mejora continua y la sostenibilidad económica

3.1.7.1 OBJETIVOS DE CALIDAD

- ☐ Prestar servicios de salud de mediana complejidad oportunos y pertinentes, cumpliendo el 100% de los estándares determinados en el decreto 2309 de 2002, para las especialidades básicas de cirugía general, ginecología, pediatría, medicina interna y anestesiología.
- ☐ Diseñar y ejecutar planes de capacitación que permitan alcanzar la competencia mínima requerida para el 100% del talento humano; a marzo de

2007

- ☐ Identificar y normalizar el 100% de los procesos de prestación de servicios de salud de la Institución a enero de 2007
- ☐ Diseñar y ejecutar un programa de cultura de atención humanizada para el personal asistencial y de atención al público que permita alcanzar al 60% del personal

3.1.8 ATENCION AL USUARIO

La oficina de Atención al Usuario se creó en el Hospital San Vicente de Paúl en 1999, ante la necesidad de las Instituciones Prestadoras de Salud de garantizar la implementación y el desarrollo del Sistema de Atención al Usuario el cual brinda la oportunidad a los usuarios de manifestar su estado de satisfacción de los servicios prestados durante su utilización.

El objetivo principal de esta oficina es atender al usuario, explicándole los procesos a seguir dentro y fuera de la Institución, también en ocasiones es necesario hacer visitas domiciliarias para tratar la razón social del Usuario; por otra parte, algunas de las funciones de ésta son: permiso de salida de pacientes; información y entrega de fichas para turnos de citas; diligenciamiento de fichas socio-económicas; consecución de material de

osteosíntesis para población pobre vulnerable; reporte de casos a ICBF , Comisaria de Familia, Fiscalía, Personería Municipal, Secretaria de Educación y ubicación de ancianos en albergue o ancianatos.

3.2 MARCO TEORICO DE REFERENCIA

En la siguiente sección se expone en primera medida, el marco relacionado con las representaciones sociales, sus desarrollos y sistemas de interpretación. En segunda instancia se desarrollan los referentes relacionados con la Ecología del Desarrollo Humano, la Psicología Ambiental y los Contextos de Desarrollo; finalmente, se presentan las perspectivas relacionadas con la atención médica, su calidad en la prestación de los servicios y la evaluación de la misma.

3.2.1 Las Representaciones Sociales

En un primer momento se presenta la historia detrás de la creación de la teoría de las representaciones sociales desde los planteamientos en relación a la construcción social de la realidad en donde comienzan a surgir, en las

diferentes ramas de las ciencias sociales, ideas relacionadas con la manera como los sujetos adquieren y construyen el conocimiento social.

Surge como antesala a las representaciones sociales, la construcción de las representaciones colectivas planteadas por Emile Durkheim (1981) en Badilla 2006, en el ámbito de la sociología, y paralelamente en la psicología la teoría de la cognición social. Así, se considera pertinente, realizar un breve recorrido histórico sobre las representaciones sociales, donde la idea de la realidad como una construcción social fue un desarrollo teórico proveniente desde la sociología por Berger y Luckmann (1968) en Badilla 2006.

En la actualidad, es de gran importancia para la psicología social dar cuenta de cómo se forma nuestra visión de la realidad, cómo los acontecimientos que suceden en nuestra vida, las conversaciones, las relaciones que establecemos con otros tienen relevancia y al mismo tiempo poseen ciertas características que permitan que cada persona tenga y se forme su propia visión de la realidad. Al hablar de la construcción social de la realidad, ésta hace referencia a que las personas tienden a considerar los procesos subjetivos como una realidad objetiva, es decir, que las personas aprenden de la vida cotidiana como una situación que es independiente de sus propias percepciones y por otra parte, la manera como percibimos la realidad está influenciada por la forma de ser de las personas, de su identidad social, de la cultura de la cual provienen y de la ubicación socioeconómica a la cual pertenece (Badilla, 2006),

lo anterior se refiere a la relación que existe entre los conocimientos de los sujetos y los contextos sociales a los cuales pertenecen, gracias a la interacción entre pensamientos y prácticas a través de la construcción de la realidad sobre la vida cotidiana.

Es necesario precisar que, no es que existan diferentes realidades objetivas, sino que “la propia realidad incorpora en si misma y como parte constitutiva de sí misma, una serie de características que provienen de la actividad desarrollada por los individuos que les lleva a formar su propia visión de la realidad” (Ibáñez, 1994, pág.158). Por tanto, se hace necesario la existencia del lenguaje para crear un orden y significado a los hechos sociales que se viven tanto individual como grupalmente, lo que permite interactuar y comunicarse con otros.

De esta manera, la forma de actuar y de pensar por parte de los individuos no sería elegida por uno, sino que al ser parte de la sociedad, hace que reprima todo acto que vaya en contra de lo socialmente aceptado, estaría actuando a partir de una “conciencia pública”, pero esto no significa que el individuo no piense lo que hace, al contrario, su actuar en relación a un hecho social se basa en las creencias que son traspasadas por códigos a través de la educación, las relaciones interpersonales y se aceptan como una parte objetiva de la realidad (Badilla, 2006).

Así, lo social se logrará mantener a partir de la creación de los diferentes símbolos, lo que hace que los individuos que los comparten, les den un significado asociado a su subjetividad más que al objeto concreto. Las manifestaciones individuales tienen ciertas partes de lo social, asociado a una reproducción de lo colectivo, claro que la manera como se reproduzcan “va a depender en gran parte de la constitución orgánico-psíquica del individuo y de las circunstancias particulares en las que se encuentra” (Durkheim, 1981, en Badilla, 2006, p. 13).

Contrario a esta postura, se encuentra que autores como Araya (2002), sugieren que el ser humano es independiente, creativo e interactúa con el espacio social, por lo que “la sociedad no sería algo que es impuesto al individuo desde afuera y los hechos sociales no determinarían las representaciones como una fuerza externa que hace impacto sobre los individuos que la componen” (Araya, 2002 en Badilla, 2006, p.21); lo que Moscovici (1961) alude a que hay muchas cosas que el hombre no podría dominar de su mundo externo por lo que habría cosas de cuya existencia no se percataría y, por otra parte, existirían ciertos hechos que se tomarían como reales, pero que solamente suelen ser ilusiones, y que la realidad está basada más bien en los significados que se da a esa apariencia.

Así, la Teoría de las representaciones sociales surge a partir de las conceptualizaciones hechas por Serge Moscovici en 1961 en su tesis doctoral “La psychanalyse, son image et son public” (El Psicoanálisis, su imagen y su público). Aquí plantea que, dichas representaciones se relacionan con el estudio del conocimiento del sentido común, aquel tipo de conocimiento que incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que permiten que las personas actúen, piensen, se comuniquen y organicen su mundo (Mora, 2002). Por tanto, las representaciones se caracterizan por ser de origen social, ser compartidas y distribuidas en un grupo social amplio, lo que permite que se piense, se sienta y se actúe de una manera específica (Badilla, 2006), es decir, las personas conocen el mundo que les rodea a partir de las explicaciones que se comparten a través de la comunicación y el pensamiento social, así las representaciones sociales serían una manera particular de mirar la realidad.

De esta manera, el conocimiento de lo social se constituiría a partir de la propia experiencia, como también de los modelos que se reciben y transmiten a través de la educación, la tradición y la comunicación social; éste es un “conocimiento socialmente elaborado y compartido, que intenta dominar el propio entorno, comprenderlo y explicarlo de manera que le sea coherente con todo lo que ha ido adquiriendo con el tiempo” (Jodelet, 1993). Así, el objetivo es que aquello que no le es familiar se vuelva familiar, que pueda encontrar el mundo social

sin riesgos, es decir, en la medida que éstas crean una visión compartida de la realidad y un marco de referencia común, permiten que se realicen las conversaciones de la vida diaria.

Al referirse a las representaciones sociales, éstas también han sido consideradas como productos socioculturales. Las representaciones, al ser estructuras de significantes, nos permiten dar cuenta de las características particulares de la sociedad, lo que ha hecho que los estudios estén enfocados en los contenidos de la representación. Este tipo de estudio permite “describir ciertas características de una sociedad en un momento determinado de su historia” (Ibañez, 1994). A pesar de que es importante tener en cuenta el contenido de la representación, también lo es el realizar investigaciones sobre los procesos que las constituyen. Es necesario enfatizar que las representaciones sociales, al ser consideradas como un proceso social, sólo pueden aparecer en grupos y sociedades en las que la manera principal de transmisión de los valores, ideales, conductas y pensamientos es a través de la comunicación (Badilla, 2006), es por esto, que se ha planteado el surgimiento de éstas como un producto de las sociedades contemporáneas.

De esta manera, la representación social es tanto un tipo de pensamiento constituido como constituyente. El primero se refiere a que las representaciones sociales “...se transforman efectivamente en productos que

intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta la realidad...” (Badilla, 2006, p.17). Al hablar del pensamiento constituyente “...las representaciones sociales no sólo reflejan la realidad sino que también intervienen en su elaboración...” (Badilla, 2006, p.18). Así, la existencia de las representaciones permite definir las prácticas y los límites existentes entre un grupo y otro a partir del compartir de ciertos ideales, valores y concepciones de la vida. Las representaciones tendrán características múltiples y diferenciadas, tal como plantea Moscovici (1988): “...la representación asume una configuración donde conceptos e imágenes pueden coexistir sin ninguna pretensión de uniformidad, para que la discusión pueda seguir y los pensamientos circular”.

3.2.1.1 *Las representaciones sociales como proceso*

Al ser retomadas desde esta perspectiva, las representaciones sociales son consideradas con características socio cognitivas, lo cual se refiere a que los procesos cognitivos de generación de conocimiento están marcados por dinámicas sociales. Así, los procesos a los que se refiere son el de objetivación y anclaje, que permiten la construcción del conocimiento social que es compartido por los diferentes grupos sociales.

El proceso de *objetivación* se refiere al mecanismo que permite la concretización de lo abstracto, es decir, a la manera en la que la imagen es formada y estructurada en el sujeto y de cómo los significados son materializados. De esta manera es posible crear una imagen de conceptos abstractos, como es la libertad, el amor o la ciudadanía. A partir de este proceso los conceptos abstractos extraños son transformados en experiencias o materializaciones concretas. Así, lo “invisible” se convierte en “perceptible” (Wagner & Elejabarrieta, 1994).

Bajo la conceptualización hecha por Moscovici en 1976 se distinguen dos fases o etapas: “las transformaciones icónicas y la naturalización. La *transformación icónica* está relacionada con la selección y la descontextualización de ciertas ideas. Esta selección era necesaria para que pudiera funcionar la representación como un producto”. La objetivación se realiza sobre ciertas características del objeto y no del objeto completo, de esta manera, la información que se selecciona es más manejable y de más fácil acceso. En un segundo momento dentro de la transformación icónica la imagen abstracta es materializada en una estructura conceptual. La *naturalización*, segunda fase en el proceso de objetivación, está relacionada con la manera en la que los elementos son integrados en una realidad de sentido común (Jodelet, 1993). De este modo, la transformación del concepto en imagen pierde su carácter simbólico, convirtiéndose en una realidad con existencia autónoma, es decir, lo

percibido no es la información, sino las imágenes que permiten que sean percibidos de manera natural.

Posteriormente, Jodelet (1993) plantea: "...en nuevos desarrollos en relación a las representaciones sociales estas dos fases fueron concebidas en tres fases: la construcción selectiva, que tiene relación con la transformación icónica; el esquema figurativo, el cual es la estructura conceptual, y la naturalización". El *núcleo figurativo* está referido a "una imagen concentrada, con forma gráfica y coherente, que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trate de objetivar" (Wagner & Elejabarrieta, 1994). El realizar esta selección es lo que nos permite que podamos conversar o aprender cosas de una manera más simple.

Una vez completado el proceso de objetivación se inicia el de *anclaje*, que se refiere al "enraizamiento social de la representación y de su objeto, al significado y la utilidad que poseen en lo social" (Jodelet 1993, en Badilla, 2006, p.21). Una parte importante del anclaje es la "integración cognitiva del objeto representado, tanto dentro del sistema de pensamiento ya existente como de las transformaciones derivadas de este nuevo sistema" (íbid). El anclaje tiene como función permitir que lo extraño se transforme en familiar para así poder interpretar la realidad, orientar las conductas y las relaciones sociales. Esta orientación de incluir lo extraño en una red de significaciones y

categorías, ocurre a partir de dos modalidades: la inclusión del objeto de representación en un marco de referencias conocido y la “instrumentalización social del objeto representado” (Araya, 2002), es decir, de la inserción de estas representaciones en dinámicas sociales, logrando que sean instrumentos útiles de comunicación (Badilla, 2006)

Así, el anclaje permite crear una red de valores que son impuestos de cierta manera en la sociedad, lo que lleva a que el individuo evalúe y se relacione con los diferentes grupos sociales a partir de esta red de significados particulares. De esta manera se puede decir que cada grupo expresa sus límites y su identidad a través del sentido que confiere a su representación (Jodelet, 1993).

3.2.1.2 Representaciones sociales como un conocimiento con contenido

Las representaciones sociales también pueden ser consideradas como contenido ya que, como se explicó anteriormente, poseen un proceso que está relacionado con la manera en que se adquieren y se comunican los diferentes conocimientos. Así, están referidas a un tipo de conocimiento particular, el cual está compuesto por diferentes creencias que pueden ser diferenciadas en tres

dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud (Mora, 2002).

Por lo tanto, la *información* es la cantidad y la calidad de conocimientos que tiene un grupo o un individuo acerca de un hecho, objeto o un fenómeno de naturaleza social; la información que se tiene de algún objeto es mediatizado por las ubicaciones sociales que posea el individuo, por lo que ésta puede tener un carácter relativamente estereotipado o prejuiciado, lo que da cuenta de la existencia de la dimensión de la actitud en la información obtenida. De esta manera, la *actitud* es una estructura que permite dinamizar y regular el comportamiento que posee una persona frente al objeto representado, este comportamiento puede ser favorable o desfavorable; está relacionada con el aspecto más afectivo de la representación, así mismo, es la dimensión más primitiva y resistente a los cambios, que se encuentra siempre presente. Finalmente, el *campo* de representación se refiere a la forma en la que se organiza y jerarquiza el conocimiento adquirido, y está constituido por “el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores” (Araya, 2002 en Badilla, 2006 p.29); el campo se organiza en torno al núcleo figurativo, de esta manera, éste es el que establece el peso y el significado a todos los elementos constituyentes del campo de la representación, está relacionado con lo que se cree y cómo se interpreta la realidad; es importante

tener en cuenta que la manera de analizar esta dimensión es a través de la totalidad del discurso.

3.2.1.3 Nuevos Desarrollos Teóricos: Diversos Enfoques y Teoría del Núcleo Central

Entre los nuevos desarrollos teóricos que ofrecen las representaciones sociales, se puede encontrar que dichos estudios se han diversificado desde su primera aparición. En la actualidad se postula la existencia de tres líneas de investigación de las representaciones sociales: la Escuela Clásica (enfoque procesual), la Escuela de Aix-en-Provence (enfoque estructural) y la Escuela de Ginebra (Araya, 2002).

La llamada Escuela Clásica es desarrollada siguiendo la propuesta de Serge Moscovici, poniendo el énfasis en el aspecto constituyente de la representación, por ello se plantea como un enfoque procesual, su desarrollador más representativo es Dense Jodelet, cuya metodología utilizada es por excelencia cualitativa y de manera especial, utiliza las entrevistas como técnica de aproximación y el análisis de discurso como forma de analizar los datos.

Por otra parte, la Escuela de Aix-en-Provence fue desarrollada a partir de los planteamientos efectuados por Claude Abric en 1976, los cuales están centrados en los procesos cognitivos de la representación. Esta escuela es conocida como el enfoque estructural y recurre a las técnicas experimentales.

Por último, la Escuela de Ginebra es conocida como la escuela sociológica porque “se centra en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales” (Araya, 2002). Su máximo exponente es Willen Doise, quien plantea que las representaciones sociales “son principios organizadores de posiciones que se adoptan respecto a diferencias comunes y a menudo permiten una gran variación entre los individuos” (Rodríguez, 2003 en Badilla, 2006, p.30).

Los enfoques que han tenido un mayor desarrollo teórico dentro de la psicología social han sido las dos primeras tradiciones, ya que tienen relación con las diferentes discusiones asociadas a la mirada de las representaciones sociales como proceso o como contenido. Moscovici (1988) plantea que la manera de abordar las representaciones sociales es “a través de los procesos de la dinámica social y de las dinámicas psíquicas” (Banchs, 2000). Posteriormente, propone que se debe evitar la separación entre contenido y proceso del pensamiento social, ya que los procesos serían generales e invariantes, en cambio los contenidos son determinados por la cultura a la cual

se pertenece. Sin embargo, todavía al hablar de contenidos, se hace diferenciándolos con los procesos en término de que, los primeros son producto y los últimos son dinámicos. Por esto, es importante aclarar que dichos enfoques son maneras de comprender la teoría de las representaciones sociales.

El *enfoque procesual* está influenciado por los postulados del socioconstruccionismo. Spink (1994) leído en Badilla (2006) define su objeto de estudio como "...la actividad de reinterpretación continúa que emerge del proceso de elaboración de las representaciones en el espacio de interacción que lo constituye..." (p.31).

En el *enfoque estructural* se accede al conocimiento de las representaciones sociales hermenéuticamente, se entiende al sujeto como un productor de sentidos. Así, se enfoca en el análisis "de las producciones simbólicas, de los significados del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construimos el mundo en que vivimos" (Banchs, 2000). Por otra parte, cabe precisar que, si bien las prácticas sociales son coherentes no hay grandes problemas, pero puede ocurrir que dadas las grandes transformaciones socioculturales, surjan nuevas prácticas que entren en contradicción con lo establecido.

Para mantener un orden, el sujeto puede adscribir el evento a su núcleo periférico, para que el núcleo central sea protegido. Sin embargo, es posible que esta nueva práctica al presentarse frente a situaciones irreversibles, tenga que ser incorporada a la representación y haga que cambien aquellas significaciones más arraigadas. Frente a esta posibilidad se han planteado tres *formas en las que una representación puede ser transformada* (Wagner & Elejabarrieta, 1994).

La primera se refiere a una transformación de resistencia, en donde lo que ocurre es que cambian los elementos periféricos para proteger al núcleo central de los comportamientos extraños (Rodríguez, 2003). En el segundo tipo de transformación progresiva, las nuevas prácticas no son del todo contradictorias, por lo que se puede modificar la representación sin ruptura del núcleo central. El último tipo, la transformación brutal, está relacionada con la práctica contradictoria que afecta la significación del núcleo central de manera directa, “...éste tipo de transformación ocurrirá cuando los mecanismos de defensa del núcleo periférico sean inadecuados o ineficientes...” (ibíd. p.32).

De esta manera, *la teoría del núcleo central* fue propuesta por Jean Claude Abric (1976), en la forma de una hipótesis formulada en los siguientes términos: La organización de una representación presenta una característica peculiar: no sólo los elementos de la representación son ordenados jerárquicamente, sino

que toda representación social es organizada en torno a un núcleo central, constituido de uno o de algunos elementos que dan significado a las representaciones” (Mora, 2002, p. 10). Esta hipótesis puede verificarse en el hecho de que toda representación social posee un aspecto cognitivo o psíquico y otro aspecto relacional, de posición, de discurso, instituyéndose la cognición como el aspecto básico que modela la comunicación y la práctica, no a la manera de una implicación lógica, ya que el medio externo (socialcultural) impone un patrón variable según las circunstancias.

A este hecho apuntaba Moscovici, cuando sostenía que la representación es tanto renaciente (por la cognición) como innovadora (por la relación). El punto anterior sobre la teoría del núcleo central es de grandes consecuencias para la investigación. Se ha constatado en primer lugar, que muchas investigaciones demarcadas por la teoría de las representaciones sociales, resultan en una cantidad de informaciones acumuladas a través de algunos procedimientos que presenta de manera variable la posición de los sujetos de una investigación respecto a un tema concreto: banalizando la teoría y sus alcances. Es el núcleo central que hay que tratar de aprehender y esto se logra por la reconstrucción, interpretación y análisis del contexto que, en última instancia, puede proveer de algunos elementos compatibles con el tipo de racionalidad que instituye de manera diferencial la práctica y la posición de las personas en situación. (Mora, 2002)

Así, una representación social se organiza en dos sistemas: el del núcleo central y otro periférico. Ellos participan de otro mayor, que es el de la representación, y guardan entre sí lazos complejos de carácter unívoco pero también profundas contradicciones. En relación al núcleo central, Abric (1976) le atribuye las siguientes funciones: “él está directamente relacionado y determinado por las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas; en ese sentido está fuertemente marcado por la memoria colectiva y por el sistema de normas al que dicho núcleo se refiere [...], es estable, coherente y resistente al cambio [...] y, en fin, es de cierta manera relativamente independiente en el contexto social y material inmediato en el que la representación es puesta en evidencia” (Mora, 2002, p.11).

Por otro lado, el sistema periférico pragmatiza y contextualiza permanentemente las determinaciones normativas adaptándose a una realidad concreta, resultando de ello la movilidad y la pluralidad, características de las personas. En este punto, la categoría psicosocial resulta importante en el sentido de que los aspectos psicológicos determinantes demarcan el sistema del núcleo central y los aspectos sociales y la comunicación se refiere al sistema periférico: “...su primera función es la concretización del sistema central en términos de posiciones o de conductas, es más sensible y está determinado por las características del contexto inmediato [...] este sistema es

más flexible que los elementos centrales, asegurando así una función de regulación y adaptación del sistema central frente a las situaciones concretas en las que el grupo se encuentra [...] es el sistema periférico que inicialmente asimila las informaciones nuevas o los eventos susceptibles de colocar en cuestión el núcleo central [...] el sistema periférico permite una cierta modulación individual de la representación” (Badilla, 2006, p.33), posibilita por lo tanto, la elaboración de representaciones sociales individualizadas y organizadas en torno de un núcleo central común. La correspondencia entre los aspectos centrales y los periféricos no se producen de manera simétrica, al contrario, a menudo se producen disonancias que expresan una ambivalencia entre el contenido generador del núcleo central y aquél que deviene del sistema periférico pragmatizado en las conductas de las personas.

Es necesario rescatar que, si bien estas cuatro maneras de aproximarse a las representaciones sociales poseen sus propios postulados y estructuras estables, no se debe olvidar que las representaciones son parte de un contexto histórico y social particular, en el cual existirá un núcleo que permitirá aproximarse a esta genealogía.

3.2.2 Ecología del Desarrollo Humano, Psicología Ambiental y

Contextos de Desarrollo

En el siguiente apartado se propone entonces, demarcar y conceptualizar aquellos elementos del sistema hasta ahora mencionado, en el cual se gestan y movilizan las representaciones sociales; para esto se hace necesario, contextualizar las perspectivas que se han encargado de tales aspectos, sin embargo, es de vital importancia iniciar con una definición fundamental, y es ¿Qué se entiende por Desarrollo Humano?, lo cual es la motivación principal de dichas perspectivas. Así, se toma como punto central, la delimitación propuesta por Bronfenbrenner (1987):

“El desarrollo humano es el proceso por el cual la persona en desarrollo adquiere una concepción del ambiente ecológico mas amplia, diferenciada y valida, y se motiva y se vuelve capaz de realizar actividades que revelen propiedades de ese ambiente, lo apoyen y lo reestructuren, a niveles de igual o mayor complejidad en cuanto a su forma y contenido” (p.47)

Es decir, todo desarrollo implica una noción de transformación no solo a nivel de la percepción, sino también en la acción, como producto de una interacción y por tanto, un efecto circular, donde la persona en desarrollo cambia

influyendo en su entorno y éste a su vez la moldea conforme a patrones tanto sociales como personales.

Ahora bien, *la Ecología del Desarrollo Humano* es una perspectiva científica desarrollada por el autor mencionado, quien la define como el estudio de "...la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos." (Bronfenbrenner, 1987, p. 40), así, se contempla y refuerza la idea de una persona dinámica, en constante transformación e igualmente, un entorno vinculado en un sistema de entornos, los cuales se conectan e influyen de manera recíproca. Cabe aclarar que, dentro de esta perspectiva, el *entorno* es considerado como "...un lugar en el que las personas pueden interactuar cara a cara fácilmente... [donde los elementos básicos que constituyen tanto el entorno inmediato como la interacción de los mismos son] la actividad, el rol y la relación personal..." (Bronfenbrenner, 1987, p.41).

De acuerdo a lo anterior, el autor delimita la configuración de dicho sistema de entornos, cuya máxima expresión se encuentra comprendida por el *macrosistema*, el cual hace referencia a "...las correspondencias, en forma y

contenido, de los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo-sistema) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias” (Bronfembrenner, 1979, p. 45), de esta manera, el macrosistema incorpora todo tipo de interrelación posible; sin embargo no es el único tipo de sistema, como ya lo mencionaba Bronfembrenner (1987) en su definición y quien a su vez, también delimita los demás sistemas diciendo:

*“un **exosistema** se refiere a uno o mas entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese mismo entorno...un **mesosistema** comprende interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente... [y] un **microsistema** es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares.” (p. 41, 44)*

Sin embargo, existen otros factores constituyentes de las nociones mencionadas y por tanto de igual relevancia, que merecen una delimitación conceptual para efectos de significación y comprensión de lo que se intenta desarrollar en la presente investigación, los cuales han sido mencionados en la

definición de entorno y según Bronfenbrenner (1987) corresponden a: los *roles*, los cuales remiten al "... conjunto de actividades y relaciones que se esperan de una persona que ocupa una posición determinada en la sociedad, y las que esperan de los demás, en relación con aquella" (p.107); las *actividades molares*, que "...son conductas progresivas que poseen un momento propio, y que tienen significado o una intención para los que participan en el entorno" (p. 65) y la *relación personal* donde "...una persona en un entorno presta atención a las actividades de otra, o participa en ellas" (p.77).

En la misma línea se encuentra que, en lo que respecta a este último factor, se involucran algunas tipologías, que lo amplían y a su vez, lo delimitan de manera práctica, tal como lo son las *diadas*, las cuales se forman cuando "...dos personas prestan atención o participan cada una en las actividades de la otra"(Bronfenbrenner, 1987, p.76), convirtiéndose en componente básico del microsistema y contexto crítico para el desarrollo. Así, se encuentran diversos tipos de diadas de desarrollo, tales como:

- *Diadas de Observación*: "se producen cuando uno de los miembros presta atención, de una manera estrecha y duradera, a la actividad del otro, el cual por lo menos, reconoce el interés que se demuestra" (ibíd, p. 77)

- ***Diada de Actividad Conjunta:*** “es aquella en la cual los dos participantes se perciben a si mismos haciendo algo juntos” (ibid, p.78), sin embargo, las actividades realizadas son diferentes aunque con un grado de complementariedad. Por otra parte, genera un aprendizaje mediante el transcurso de la actividad, pero también lleva a cabo el perfeccionamiento de la misma cuando los participantes están ausentes.
- ***Diada Primaria:*** “es aquella que continúa existiendo fenomenológicamente para ambos participantes, incluso cuando no están juntos. Cada uno de los miembros aparece en los pensamientos del otro, es objeto de fuertes sentimientos emotivos y sigue influyendo en la conducta del otro aunque estén alejados” (ibid, p.79)

Sin embargo, para el establecimiento de cualquier tipo de relación personal expuesta hasta el momento y que ésta sea generadora de desarrollo, se hacen necesarios 3 elementos fundamentales: la ***afectividad, la reciprocidad y el equilibrio de poderes***. En esta perspectiva se encuentra que, la primera se refiere a los sentimientos desarrollados en una interacción diádica, los cuales pueden ser positivos, negativos, ambivalentes o asimétricos, tendiendo a hacerse más diferenciadas y fuertes mientras dura la actividad conjunta; la segunda esta relacionada con la interacción diádica en la cual lo que hace alguno de los participantes o actores influyen en el otro y viceversa, permitiendo la coordinación de actividades por parte de ambos miembros; y el

tercero corresponde al proceso en el cual, en la relación diádica, uno de los participantes tiene más influencia en el otro, ejerciendo en primera instancia este dominio, aunque a su vez ésta relación permite a la persona desarrollarse, haciendo que dicho equilibrio vaya cambiando a su favor (Bronfenbrenner, 1987); así, podría decirse que la diada de desarrollo, como su nombre lo indica, involucra no solo una interacción sino también un proceso, de orden dinámico y por tanto activo en la consolidación de dichas relaciones.

En el mismo orden de ideas, se encuentra la *Psicología Ambiental*, la cual se orienta a través de un enfoque adaptativo, donde se toman en cuenta tres ejes centrales: los procesos mediante los cuales el individuo se relaciona con el ambiente, una perspectiva holística de ambos, y finalmente, aunque no de menor importancia, el rol activo del organismo vivo en relación con su entorno (Holahan, 1995).

En el primer eje, (*procesos psicológicos mediadores*) se toma en cuenta su mediación, en el efecto que producen los ambientes en la actividad humana. Así, existen dos tipos de relación en este aspecto, la primera ligada a la interacción del ambiente con la conducta individual (por ejemplo, percepción del ambiente, esquemas mentales, actitudes respecto al ambiente, rendimiento, estrategias de afrontamiento, etc.) y la segunda, entre el ambiente y las actividades a nivel social (por ejemplo, las estrategias para responder a

aglomeraciones, intento por conseguir la privacidad, distancia de otros, mecanismos para hacer amistades significativas y apoyo social en ambientes difíciles, etc.).

De esta manera, a continuación se presenta un esquema que permite profundizar y puntualizar los aspectos concernientes a los procesos mediadores mencionados, su función y relevancia en la interacción sujeto-ambiente, marco de referencia fundamental dentro del cual se pretende establecer el análisis de resultados de la presente investigación:

PROCESO MEDIADOR	FUNCIONES PSICOLOGICAS	IMPORTANCIA PARA LA COMPRENSION DE LA INTERACCION SUJETO - AMBIENTE
PERCEPCION AMBIENTAL (exploración, selección y clasificación activa de estímulos	<u>Función Operativa:</u> la percepción provee la información necesaria al individuo para establecer un lugar desde el cual va a dirigir su actividad y seleccionar las rutas más	Su importancia radica en que según la necesidad del individuo y su ubicación en dicho ambiente, éste percibe las características de los elementos o situaciones del mismo, lo cual propone que

sensoriales provenientes del ambiente, el cual al mismo tiempo, envía mensajes que ayudan al individuo a orientar sus acciones, las cuales siempre tienen un propósito).	adecuadas para ello. <u>Función Adaptativa:</u> La percepción provee la información necesaria acerca del ambiente para el conocimiento del mismo, que permitirá hacer uso de la misma según los intereses del sujeto. Así, existen dos estrategias perceptuales de adaptación a ambientes nuevos: una estructural (observación del entorno, de como funciona el ambiente, el individuo se sitúa como si fuera separado del ambiente) y una experimental (el individuo se siente envuelto por el ambiente, como si	la función de los elementos puede cambiar de un contexto social a otro. Permite comprender cómo el individuo se adapta al ambiente por medio de las estrategias perceptuales de adaptación, que tan consciente es de la misma, además, que estímulos o elementos del ambiente según la estrategia utilizada y según el contexto social, generan un impacto en el individuo, pero este a su vez por medio de su conducta o actitud genera un impacto en el ambiente.
---	---	---

	fuera parte de él, busca percibir desde diferentes posiciones e imagina sucesos respecto al lugar).	
CONOCIMIENTO AMBIENTAL (permite captar, organizar, almacenar, recordar y descifrar información sobre la ubicación relativa y los atributos de las características del ambiente; no representa fielmente el	<u>Solución a los problemas de espacio:</u> es la capacidad de la persona para resolver los problemas de espacio en su medio cotidiano, es decir, la elaboración y uso de mapas cognoscitivos es esencial en las actividades diarias. Luego de la elaboración de estos mapas que indican hacia donde ir para satisfacer las necesidades individuales y como llegar ahí, se establecen relaciones en términos de la distancia cognoscitiva, que	Da cuenta de la adaptación generada en el individuo al ambiente, dado que, la construcción de estos mapas implica una exploración y reconocimiento (percepción) del ambiente por parte del individuo. Además, permite comprender el tipo de identidad ambiental que desarrolla el individuo por medio de la relación interactiva entre el sujeto y el ambiente, puesto que, estos mapas mentales se construyen y se modifican en

ambiente espacial objetivo, pues se relaciona con los intereses, gustos, usos o el tipo de relación consistente significativa y personal que tenga el individuo con ese ambiente)	corresponde a la distancia calculada a nivel mental sobre un objeto, así la precisión de esa distancia depende de la relación significativa que el individuo tenga con ese lugar, sus conductas en ese ambiente y las características del mismo. <u>Comunicación:</u> La elaboración de mapas cognoscitivos, si bien, son relativos o subjetivos al individuo y depende de sus relaciones con el ambiente, se construyen en pro a un mismo lugar, razón por la cual se generan cuadros mentales comunes, es decir, que comparte la	la retroalimentación con el ambiente, para lo cual se hace necesario enfrentarse a los problemas de espacio y de distancia tanto física como cognoscitiva. Dado que el ambiente no solo se compone de lo geográfico sino también de un ambiente social, ésta función psicológica en el proceso de conocimiento ambiental, nos permite comprender cómo se generan las interacciones sociales, cómo se crean o construyen esos patrones convencionales (mapas
--	--	---

	mayoría de los individuos; estos son conformados por los elementos del ambiente más operativos (en términos de percepción) permitiendo un sistema de símbolos compartidos esenciales para la interacción social.	mentales comunes) que permiten esa interacción, pese a que en su totalidad el mapa cognoscitivo esté atravesado por la subjetividad del individuo. Es decir, no existen dos mapas cognoscitivos iguales acerca de un ambiente, pero si puntos de referencia claves (gracias a la operatividad y adaptación de la percepción) que permite al individuo reconocer cuando se habla de un mismo lugar, estableciendo mapas mentales comunes y logrando una interacción.
ACTITUD O VALORACION AMBIENTAL	<u>Elección:</u> permite al individuo seleccionar el ambiente donde desea vivir	Su importancia radica en que permite comprender el tipo de decisiones que toman los

(implica sentimientos evaluativos ligados a la satisfacción, agrado, pertinencia o no de los elementos del ambiente)	o que desea utilizar (ser usuario), así la satisfacción o descontento con el lugar que habita y la imagen de un lugar ideal, tienen un rol importante a la hora de tomar la decisión de cambiar el lugar de residencia. Por lo tanto, esa estimación personal comparada con el patrón que cada quien se forma del ambiente ideal, es la que determina el sentimiento de satisfacción del individuo con su ambiente y la decisión de cambiar a uno más aceptable según sus valoraciones. <u>Protección ambiental:</u> éste	individuos en relación con ciertos ambientes, a través de los grados de satisfacción en el mismo. Así, por medio de una explicación causal en la relación entre un patrón ideal y la estimación personal, es posible comprender las decisiones que tomen los individuos, sus satisfacciones o insatisfacciones relacionadas entonces con el conocimiento ambiental, logrado por medio de la percepción y su relación con los intereses y gustos personales. De igual manera que la función de elección, permite comprender el tipo de
---	---	---

	proceso de valoración ayuda también, a generar decisiones en torno a la conservación ambiental.	comportamiento que asume un individuo respecto al ambiente natural, desde la valoración que ha hecho del mismo, a partir de sus mapas cognoscitivos basados en su percepción hasta el tipo de estrategias para la conservación del ambiente natural.
--	--	---

(Holahan, 1995)

Por otra parte, en el segundo eje (*perspectiva holística*), se trabaja bajo el planteamiento del ambiente y la conducta como partes interrelacionadas de un todo indivisible. Crack, K. (1970) en Holahan (1995), expone que esta perspectiva hace de la psicología ambiental un área singular, pues se refiere al estudio holístico del ambiente físico tal y como lo experimentan las personas en su vida diaria. De acuerdo con Proshansky (1978) en Granada (2002), la psicología ambiental respeta y trata de no alterar las características naturales de los ambientes físicos, las personas que residen en ellos y las actividades que ahí se realizan; por esta razón, plantea que se hace necesario contemplar la interrelación del ambiente y la conducta en su totalidad, para una mejor

comprensión de los fenómenos y no hacer un fraccionamiento de los mismos para simplificar el estudio.

Por ultimo, el tercer eje (*rol activo del sujeto*), se trabaja con el supuesto que las personas enfrentan activamente su ambiente, es decir, en situaciones difíciles, el individuo desarrolla estrategias de afrontamiento que pueden ser positivas y creativas (modifica las condiciones del ambiente o cambia su percepción o significación respecto al lugar o la situación), habiendo efectos recíprocos en el individuo y/o en el ambiente. Así, se intenta comprender, desde esta perspectiva, como la información parte del ambiente haciendo impacto en el individuo, quien lo recibe, evalúa y codifica mediante una red de procesos psicológicos interrelacionados (percepción, conocimiento y valoración ambiental), sirviendo de base en las decisiones del individuo en cuanto a cómo, cuándo y dónde actuar con respecto al ambiente. (Holahan,1995).

Ahora bien, se han expuesto una serie de postulados relacionados con el ambiente o entorno, el cual ha sido demarcado en una definición expuesta al inicio del presente apartado, sin embargo, el entorno es un espacio complejo, en el cual se hace necesario tomar en cuenta todas y cada una de las interrelaciones que en el se crean y desarrollan, razón por la cual, Granada (2002) plantea una doble connotación del ambiente, es decir, la existencia de

un nivel físico y un nivel social, donde ambos pueden ser naturales o contruidos.

De esta manera, el *ambiente físico* se constituye por el espacio físico o territorio donde surgen todas y cada una de las relaciones sociales, mientras que el *ambiente social* hace referencia al “tipo de interacción que establece un sujeto social con otro u otros respecto a ciertas propiedades, características o procesos del entorno y de los efectos percibidos sobre el mismo, según roles y actividades desarrolladas por los sujetos” (Granada, 2002, p.71), igualmente, este tipo de ambiente posee dos dimensiones que median y modifican la interacción mencionada, tal como son: el espacio y el tiempo, los cuales intervienen en la significación de ésta según el momento y el lugar en el que ocurran los eventos.

Sin embargo, inevitablemente un ambiente de tipo social se desarrolla en un ambiente físico, siendo éste la plataforma de toda interrelación o acción; de igual manera, se hace necesaria la existencia de un ambiente social para un ambiente físico, desde las significaciones del *lugar* a partir de los individuos, tomando en cuenta que, un *sitio* se convierte en *lugar* según “...el uso que se haga, el afecto que despierte o genere y las imágenes que suscite.” (Canter, 1977 en Granada, 2002, p.24), así, “...el lugar no es solo un escenario sino un sentido, una representación en cuanto tal, es una construcción psicosocial...”

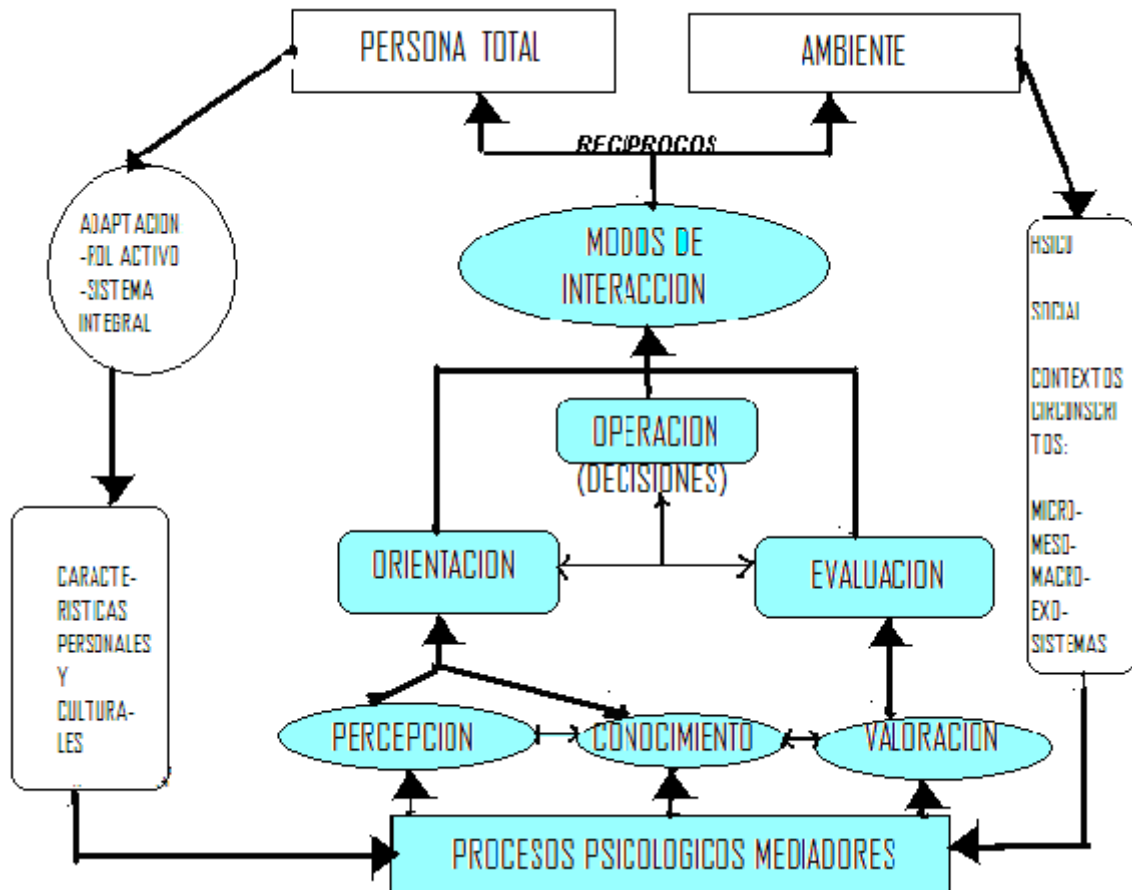
(Granada, 2002, p.5), aunque, cabe aclarar que, la dimensión física del ambiente puede existir independientemente del sistema social, aún solo como un *sítio*, carente de significado alguno:

“... puede decirse que el ambiente físico simboliza, concientiza y condiciona el ambiente social, a la vez que se convierte en un medio material de su expresión, lo cual nos conecta con la noción de cultura” (Granada, 2002, p.11)

Así, dicha noción, necesita integrar la percepción, el conocimiento y la valoración acerca del significado y uso del sitio donde emerge, lo cual lleva a contemplar tres dimensiones del espacio: psicológica (límite entre lo interno – cuerpo- y lo externo –entorno), social (espacio como mediador de fenómenos sociales) y cultural (formas y usos del espacio a partir de sistemas de valores propios de una sociedad).

De igual manera, cabe aclarar que, el entorno además de las dimensiones mencionadas, se considera como un “sistema de contextos circunscritos” (Moran, 1993 en Granada, 2002, p.63), en el cual se involucran las nociones, ya explicadas anteriormente, del macro-, meso-, exo-, y microsistema.

Por tanto, lo que se ha expuesto hasta el momento podría relacionarse de manera gráfica de la siguiente forma:



“La figura o esquema permite ver como la **PERSONA TOTAL**, tiende a la **ADAPTACIÓN** con las exigencias del medio, razón por la cual posee un rol activo y es un sistema integral, que comprende **LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y CULTURALES**, y a través de los **PROCESOS PSICOLÓGICOS MEDIADORES**- los cuales reciben un **AMBIENTE** con características **FÍSICAS, SOCIALES Y CONTEXTOS CIRCUNSCRITOS**- tales como, **PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTO AMBIENTAL Y VALORACIÓN**, generan **LA ORIENTACIÓN, LA EVALUACIÓN Y LA OPERACIÓN** (tal como lo muestra la figura), los cuales son **MODOS DE INTERACCIÓN** e influencia reciproca entre **PERSONA TOTAL Y AMBIENTE**. Así queda planteado, pues, que no es posible una interacción

entre el ambiente y el individuo sino a través de los procesos mediadores, y cuyas decisiones tomadas se ven influidas por las características de cada componente” (Vélez, L., 2006).

Ahora bien, hablar de ambiente con todas y en cualquiera de sus dimensiones, implica también hablar de una calidad del mismo, directamente interrelacionada con la **calidad de vida**. Ésta última, se encuentra compuesta entonces, por valores subjetivos y objetivos tales como satisfactores, necesidades básicas, deseos, preferencias, aspiraciones, juicios valorativos, comprendiendo el bienestar personal, familiar, material, físico, emocional, relaciones interpersonales, autodeterminación, inclusión social, derechos, etc. Mientras tanto, **la calidad ambiental** se encuentra influida por dos ejes fundamentales, los juicios valorativos atribuidos a ciertas características o condiciones del medio y los valores de una situación donde se identifican, clasifican y ordenan variables del medio que afectan con mayor relevancia o impacto en la calidad de vida. (Granada, 2002)

De acuerdo a lo anterior y tal como lo plantea Granada (2002), puede hablarse de una calidad ambiental estimada “...en cuanto a juicios efectuados por sujetos calificados tomando en cuenta criterios más o menos genéricos sobre salud, valores socioculturales, etc” y una calidad ambiental percibida, la cual corresponde a “...juicios emitidos por la gente acerca de los factores positivos o

negativos de un ambiente determinado” (p.43), tomando en cuenta además, las interacciones y por tanto, posibles modificaciones en cada una de las anteriores, es importante aclarar entonces que, al hablar de calidad ambiental, esta comprende los aspectos estimados y percibidos “... tanto de los entornos biofísicos como psicosociales...” (p.44).

De esta manera, se puede observar como, cada uno de los factores, dimensiones y elementos mencionados y desarrollados hasta el momento se involucran, influyen y forjan la calidad ambiental, la cual incluye además, su propia valoración desde las condiciones planteadas.

Ahora bien, es el momento para desarrollar un concepto que, en relación al anterior, también es fundamentalmente activo en el proceso e interés desarrollado en la presente investigación, tal como lo son, los *Contextos de Desarrollo Humano*, los cuales son posibles o mejor aún, se constituyen mediante el proceso de todos y cada uno de los elementos mencionados en este apartado. Sin embargo, debe aclararse también, que existen contextos o entornos tanto potencializadores del desarrollo como inhibidores del mismo, según la presencia, ausencia o combinación de ambas en los factores mencionados. Así, Bronfenbrenner (1987) al respecto, expone que “...el potencial de un entorno aumenta en la medida en que el ambiente físico y social que se encuentra en ese entorno permite y motiva la participación de la

persona en desarrollo en actividades molares cada vez más complejas, en patrones de interacción recíprocas y en relaciones diádicas primarias con las demás personas del mismo entorno” (p.185).

3.2.3 Perspectivas relacionadas con la Atención Médica y su Calidad

Para iniciar la conceptualización de este apartado, es necesario abordar el panorama específico del sector salud en cuanto a la atención de los pacientes y la *práctica humanizada o deshumanizada* del quehacer del profesional de la salud, para lo cual, se encuentran los antecedentes legados desde la ética médica tradicional, basados en dos principios fundamentales: “No dañar y hacer el bien” (Fernández, M. 1997, p.2). Estos dos principios han sido exigidos, a lo largo de los años, a los médicos en ejercicio y, a partir de finales del siglo XIX, se ha hecho extensivo su cumplimiento a todos los profesionales de las ciencias médicas, apareciendo las regulaciones en el Código babilónico y reapareciendo después, en la Grecia Antigua, con el Juramento y los Aforismos Hipocráticos.

Es así, como frente a este tema, se hallan sus raíces históricas en la segunda mitad del siglo XX, donde eran de gran valor algunos recursos que habían demostrado su utilidad durante siglos y siglos para lo que es lamentable que actualmente, se estén perdiendo en el escenario de una sociedad saturada de

avances científicos y tecnológicos, cuando la ciencia y la tecnología de la medicina para diagnosticar y, sobre todo para curar, eran de dudosa eficacia; y entonces se curaba sólo con dichos recursos que no eran otros que los derivados del contacto personal y humano del médico con el paciente; de la empatía, de la preocupación por el sufrimiento, de la amistad, del afecto, del interés auténtico del médico no sólo por la enfermedad de un órgano o sistema del paciente sino por su integridad biológica y espiritual (Amaro, M. 1996 en Fernández, 1997). Es por esto, que se puede observar que la práctica médica actual, estrechamente asistida por el avance técnico y científico, detenta como nunca antes un insospechado poder sobre las personas; poder que en ausencia de claros referentes éticos, puede conducir al vértigo del dominio y manipulación deshumanizante, en lugar de ser un ámbito privilegiado de enriquecedores modos de relación interpersonal y encuentro a la verdadera altura y medida del ser humano como ser social.

De esta forma, es común y no grato, que en la praxis médica y de salud, los pacientes sean despojados de sus rasgos particulares, siendo vistos desde un plano determinado por su enfermedad o padecimiento; es entonces, donde se hallan un sinnúmero de comportamientos o actitudes que van en vía de dicho detrimento, por ejemplo: “La cosificación del paciente que *pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos*, pasando a ser tratado como: la cama tal, la

colecistitis o la historia clínica más cual; además de la creciente falta de calor en la relación humana y distanciamiento afectivo por parte del personal, rayando en fría indiferencia o indolencia” (Amaro, 1996 en Fernández, 1997) .

Dentro de algunos *factores* que se pueden encontrar para explicar dicha actitud, y sobre los cuales se profundizará más adelante, se pueden mencionar: La subestimación que el profesional de la salud realiza de los elementos psicológicos, sociales y culturales del paciente, el uso predominante del método científico y el rechazo a la aplicación del método de investigación social, medio indispensable para el análisis de los aspectos sanitarios, éticos, axiológicos, antropológicos e incluso jurídicos que convergen en el pluralismo cultural y finalmente, la falta de continuidad en la formación humanística de los prestadores de servicios de salud.

De forma explícita y detallada, tenemos los siguientes factores antes mencionados (Fernández, 1997, p. 2-10):

SOCIOLÓGICOS:

- **Crisis de la Cultura:** Vivimos en sociedades secularizadas en las que se impone cada vez más de forma universal, una cultura homogénea en

donde prevalece el “tener” sobre el “ser”, exaltándose una visión utilitarista del hombre y de la sociedad. En tal ambiente, las *relaciones interpersonales* experimentan un palpable empobrecimiento al ser trastocadas en meras *relaciones interindividuales* en las que sus actores se autodegradan de *sujetos* a la categoría de *objetos* que se usan o instrumentalizan mutuamente para buscar la satisfacción de sus propios intereses (Fernández, 1997 en Santos, 2001); por tanto, se puede decir que lo valioso pasa a ser solo aquello que reporta determinado beneficio o utilidad práctica, es decir, este proceso de globalización desarrollado en las últimas décadas principalmente en los planos tecno-económico, sociopolítico y cultural, a pesar de los crecientes esfuerzos no alcanza aun el plano ético y se halla divorciado de toda preocupación social.

- **Pluralidad de Sistemas Éticos:** Enmarcados en este proceso de globalización, originando una violenta colisión de valores, donde se promulga por un lado, eficiencia, lealtad y bien común, mientras lo que se evidencia es la satisfacción y bienestar particular por encima del bien social (Fernández, 1997 en Santos, 2001).
- **Exigencias desproporcionadas:** Como consecuencia de los dos anteriores fenómenos, se origina una ambigüedad: se le exige al personal – médico y paramédico - una cuota de sacrificio, abnegación,

entrega y desinterés que sin embargo la sociedad actual, atenazada por el egoísmo individualista, el afán de lucro y el hedonismo, es incapaz de incentivar. Se exigen valores y virtudes que el resto de la sociedad no está dispuesto a asumir ni vivenciar y que por lo tanto no logra transmitir (Fernández, 1997). A esto, se suma el contexto enmarcado en el campo de lo legal y normativo, por el cual es evidente, deben regirse además de las Instituciones de Salud, el personal que labora en ella, incluyendo con esto los profesionales de la salud.

- **Medicalización de la sociedad:** El sin número de problemáticas, tensiones e insatisfacciones de todo tipo que afrontan de manera constante los individuos, se traduce habitualmente en síntomas de origen funcional, el gran volumen de personas así enfermas, genera una demanda que presiona a los sistemas sanitarios estimulando su hipertrofia. Este fenómeno unido al simplismo con que se enfoca la solución de ciertas problemáticas sociales e individuales, ha dado paso a una creciente medicalización de la sociedad. De esta forma son invertidos cuantiosos recursos materiales y humanos que, con la pretensión de solucionar “problemas de salud”, solo están tratando sus signos y síntomas en lugar de sus verdaderas causas, pues sus soluciones rebasan ampliamente la perspectiva sanitaria (Fernández, 1997). Tal es el caso de fenómenos como el alcoholismo, las

drogodependencias, el suicidio y el VIH/SIDA solo por citar algunos, que se han convertido en problemas de salud pública y aún así continúa pesando más que su etiología, contrarrestar sus dolencias.

Así mismo, y como se ha citado anteriormente, también existen algunos factores secundarios a la Organización y Funcionamiento de las Estructuras Sanitarias, en donde con cierta frecuencia, se hallan algunos factores que de forma directa o indirecta; atentan contra una asistencia humanizada; tales son:

- **Inestabilidad del Personal y Fragmentación de los Servicios de Salud:**

Debido a la complejidad, dinamismo y sobrecarga a los que están expuestos algunos servicios de salud, no siempre es posible garantizar la estabilidad de la atención y el seguimiento del paciente por el mismo profesional. A menudo el individuo enfermo se relaciona no con un médico en particular, sino con un equipo más o menos extenso de personas (Fernández, 1997 en Santos, 2001); ello impide una relación médico – paciente, carente de vínculos estrechos que permitan un conocimiento complejo del individuo, pero además, que éste sea visto de forma integral e indivisible.

- **Criterios parciales de evaluación de la calidad de los servicios de salud:**

Como lo menciona Lelkens *“Los hospitales están considerados como empresas comerciales que deben someterse al criterio del provecho [...] la asistencia sanitaria proporcionada se ha convertido en un «producto» y el paciente en un «cliente», la calidad del producto que se proporciona debe ser calibrada con el menor costo y ser lo más eficiente posible”* (Lelkens, J. 1999 en Arratia, A. 2000, p. 4). En otros términos, esto no es más que recortes de presupuesto y personal, omisión de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto costo y un indiscriminado aumento en el volumen de pacientes.

- **Inadecuadas Estrategias Gerenciales y Excesiva Burocratización:** Estos dos factores apuntan a la aparición de rasgos deshumanizadores con el predominio de esquemas rígidos de dirección y poca participación del personal de salud, llevando a su frustración y falta de compromiso con los resultados de su labor; coartando sus aspiraciones y necesidades. Así mismo, y como ha citado Torralba (1999) “La excesiva burocratización de los sistemas sanitarios provoca que el personal emplee parte sustancial de su tiempo en actividades burocráticas, en detrimento de las asistenciales o promocionales” (p. 33)

-

FACTORES RELATIVOS AL PERSONAL MÉDICO

- **Desequilibrio en la Formación Académica y/o Especialización:** La formación centrada de forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de los contenidos filosóficos y antropológicos humanistas, casi inexistentes en los programas de pre y postgrado, unido a la enseñanza de una ética deontológica limitada a códigos administrativos y procedimentales, logra como resultado profesionales con un elevado saber científico y gran pericia técnica, pero con una pobre formación humana y la consecuente incapacidad para interactuar con la persona enferma, comprendiendo el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva holística e integradora (Fernández, 1997 en Santos, 2001). Todo esto, se evidencia en la ausencia de espacios de análisis de reflexión sobre la Bioética y Ética Médica, dejando de lado dichos temas en la praxis médica. En cuanto a lo que concierne a la especialización, se encuentran profesionales “macroexpertos” en “microtemas” (ibíd., p. 6), lo que hace que con frecuencia, se trate una patología específica o una parte del paciente, ignorando y atentando contra su unicidad.

- **Sobrecarga de Trabajo y Desgaste Profesional:** Una excesiva presión asistencial dada por la duración, intensidad y el elevado volumen del trabajo (gran número de pacientes, escasez de tiempo, escaso margen de error) o el desbalance de los profesionales respecto a la duración y calidad del descanso, unido a condiciones inadecuadas de trabajo y carencia de medios, o escasa seguridad ocupacional, favorecen la deshumanización de la atención médica. En Instituciones de salud, rara vez habrá tiempo, disponibilidad y oportunidad de establecer una verdadera relación humana; el médico a la vez que interroga al paciente, debe emplear más tiempo en leer su historia clínica y escribir (fórmulas, exámenes complementarios, métodos) que en mirarle directamente a su rostro (Fernández, 1997 en Santos, 2001). Todo esto, será la causa del llamado y conocido Síndrome de Desgaste Profesional o Born out, como “un cuadro de agotamiento emocional en respuesta a una situación de estrés mantenido en el desarrollo de algunas profesiones” (Blázquez, N. 1994 en Fernández, 1997, p.7)

Una vez han sido estudiados los diversos factores que inciden en la deshumanización de las Ciencias Médicas y en particular en el proceso de atención a los pacientes, no se debe dejar de lado, que aquellos progresos experimentados en los últimos decenios, en diferentes campos (preventivo, diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación), desde la revolución quirúrgica que

representó la aplicación de los anestésicos y las medidas de sepsia y antisepsia, el inicio de la era antibiótica con el descubrimiento de la penicilina, pasando por los avances en el terreno de la farmacología y de los medios diagnósticos, hasta la revolución biotecnológica de nuestros días, han contribuido de manera notable a mejorar la salud e incrementar la calidad de vida de millones de personas, por tanto, se puede poner de manifiesto lo citado por Fernández (1997) leído en Santos, A. (2001) “La ciencia y la tecnología no son buenas ni malas en sí mismas: son neutras. Todo depende de con que actitudes se asuma y con qué fines se utilicen” (p.10).

De esta manera, es como se pueden destacar los diferentes agentes que tienen que ver con el campo personal del profesional de la salud, para que éste a su vez ofrezca un servicio humanizado y basado en el compromiso libre y responsable del ejercicio de su profesión, preservando o mejorando la calidad de vida de sus pacientes, para lo cual, se tiene en cuenta su vocación y competencia profesional que no es más que “estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo, sólo desde esta competencia es posible cuidar y asistir a un ser humano, reduciendo al mínimo los riesgos de ocasionar daños y sufrimientos peores a los que se pretenden aliviar. Sin embargo es preciso no perder de vista la triple dimensión de la competencia profesional, que no está solo en *saber* (lo cual sería un conocimiento inútil), ni tampoco únicamente en *saber hacer* (puro virtuosismo técnico-manipulativo), sino

también en *saber ser*” (Fernández, 1997 en Santos, 2001, p.13). Lo anterior, relacionado con un conjunto de aptitudes pero también de actitudes como capacidad de diálogo, empatía, simpatía y respeto además de comprender la transformación constante de los individuos, lo que enriquecerá su práctica pero a su vez, permitirá atender al paciente de una manera eficaz y sobre todo humana.

Es así como ante el creciente interés que en los últimos tiempos ha despertado a nivel internacional el tema de la deshumanización en la atención médica, cabe recordar el antiguo aforismo que declara: *“reconocer un problema es empezar ya a solucionarlo”* (Gracia, D. 2001, p. 14). Sin embargo, en la búsqueda de soluciones a una problemática de génesis compleja y sumamente difícil se pueden identificar tres campos de acción prioritarios: incentivar espacios de estudio e investigación que favorezcan el continuo proceso de reflexión y compromiso frente al ejercicio de la profesión, ofrecer una formación profesional rigurosa basada en la enseñanza de la ética médica y bioética en un conjunto teórico – práctico que coincida con la formación clínica; ya que *“la bioética solo se puede enseñar si se trata de llevar a la práctica y solo se puede aprender si se ve practicar”* (Gort, Ma. Del C. y Téllez, M. 1996, p. 15). Finalmente, es necesario rescatar el desarrollo de la medicina familiar, es decir, un espacio donde los pacientes encuentren una atención personalizada y a la vez integradora de intervenciones en todos los niveles: social, estructural -

institucional y profesional que transforme todo el sistema de relaciones interhumanas y con ellas la sociedad y la cultura.

Ahora bien, dado que la humanización / deshumanización de las ciencias médicas se relaciona directamente con la Calidad en la Atención, se hace necesario referenciar una visión fundamental para el desarrollo de programas e incluso el estudio investigativo de la misma. Tal visión, se encuentra desarrollada de manera amplia por la Secretaria de Salud de México (2002) en su Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), de la cual es posible destacar lo siguiente:

- “...si lo que se quiere es generar manifestaciones evidentes de un trato digno y de una calidad efectiva, eficiente, ética y segura, es indispensable hacer de la calidad un verdadero valor, esto es, que sea en efecto algo importante para la organización y para cada uno de los individuos que la integran. En otras palabras, es indispensable darle valor al valor deseado. Esto permite orientar los comportamientos que, si son reconocidos como válidos (o sea, que valen) se van convirtiendo en creencias o convicciones por las cuales el cambio trasciende a la mera conducta...” (p. 29)

- Luego de desarrollar la necesidad e importancia de connotar la calidad como un valor dentro de la cultura organizacional, se encuentran 25 factores que permiten referir los puntos clave para lograr dicha incorporación, seguimiento y mantenimiento de éste en la organización:

FACTORES DEL PROCESO DE CAMBIO HACIA LA CALIDAD COMO VALOR FUNDAMENTAL

Es posible identificar 25 factores que determinan el éxito en los procesos de cambio. Estos factores permiten responder dos preguntas y argumentar una afirmación: 1) ¿Por qué cambiar y hacia dónde? (dar valor al valor "calidad"); 2) ¿Cómo y con qué? (facilitar el proceso) y 3) Es importante cambiar y seguir mejorando (arraigar el valor).

¿Por qué y hacia dónde? (dar valor al valor)

1. Selección de líderes-directivos
2. Divulgación de la visión y los objetivos
3. Identificación de expectativas y necesidades de los clientes
4. Participación amplia de todos los posibles involucrados en la Cruzada
5. Definición y análisis de los macro-procesos clave
6. Especificación de comportamientos esperados (estandarización)
7. Demostración fehaciente de la necesidad de cambiar
8. Demostración contundente de resultados factibles
9. Divulgación de la necesidad de cambiar y de los resultados posibles

¿Cómo y con qué? (facilitar el proceso)

10. Desarrollo de líderes locales por la calidad
11. Educación sobre, para y de calidad a los profesionales de la salud
12. Racionalización de los recursos (humanos, materiales, financieros, físicos y tecnológicos)
13. Financiamiento creativo
14. Monitoreo y evaluación periódica del proceso de cambio
15. Benchmarking
16. Membrado social del proceso y los resultados
17. Uso de tecnología informática y telecomunicaciones

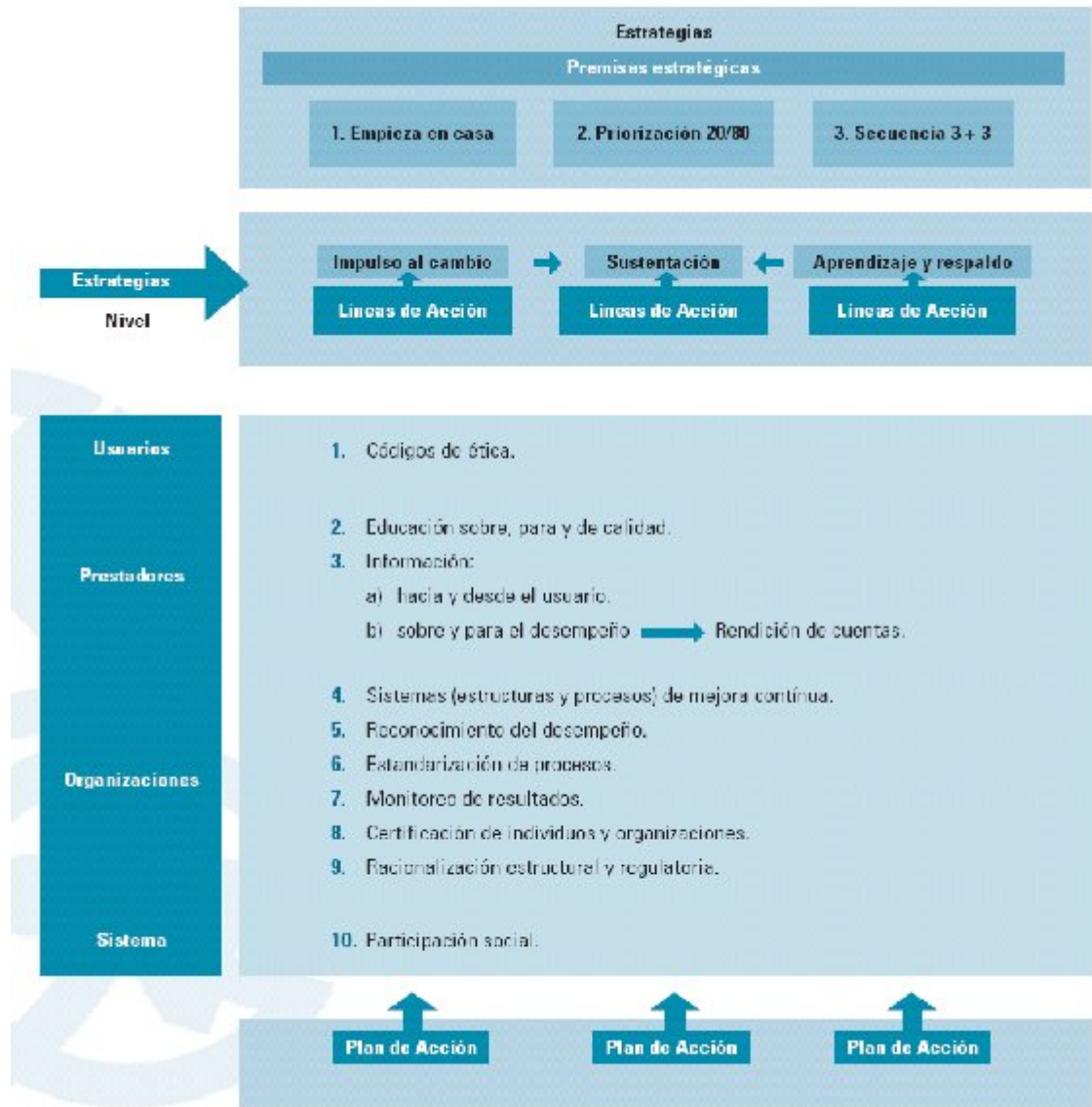
Es importante cambiar y seguir mejorando (arraigar el valor de la calidad)

18. Rendición de cuentas
19. Motivadores: consecuencias positivas y negativas del desempeño y liderazgo
20. Diseño organizacional funcional
21. Procesos de mejora continua-calidad total
22. Facultamiento de los actores de los procesos
23. Regulación promotora del cambio y de la calidad
24. Reconocimiento de variaciones regionales dentro de límites aceptables
25. Reforzamiento continuo de todos los demás factores

Secretaría de Salud (2002), Programa de Acción: CNCSS, México (p. 30)

- De forma complementaria, la Secretaría de Salud (2002), propone tres estrategias en las diversas líneas o frentes de acción (usuarios, prestadores, organizaciones y sistema) para lograr el objetivo de “elevar la calidad de los servicios de salud” (p. 37), los cuales se esquematizan en el cuadro presentado en la pagina siguiente. Sin embargo, al respecto es necesario especificar que, dentro de las estrategias (impulso al cambio, aprendizaje y respaldo y sustentación), la primera refiere a la motivación en la inserción de la calidad como valor, mostrando su necesidad y factibilidad, la segunda se encamina a construir bases que apoyen el desarrollo a largo plazo y la tercera corresponde a la construcción de las condiciones necesarias para el arraigo de la calidad como valor.
- Por otra parte, cada uno de los aspectos mencionados anteriormente, deben ser interpretados y operacionalizados a partir de 3 premisas estratégicas (empieza en casa, principio 20/80 y Secuencia 3+3), las cuales refieren respectivamente a: 1. La necesidad que cada uno de los actores, principalmente los directivos, implicados en el servicio de salud sean ejemplo del trato digno, del respeto a los principios éticos y lucha por el mejoramiento de la calidad, para poder exigirlo a las instancias relacionadas o competentes, 2. Abordar de manera profunda el 20% del 80% implicado (circunstancias, causas, problemas) y 3. Para una

atención efectiva y eficaz de los problemas, se propone abordarlos de tres en tres, de tal manera que se avance de forma certeza y focalizada en la resolución y por tanto en los resultados.



Dr. Enrique Huelas Barrios, Subsecretario de Innovación y Calidad

Secretaría de Salud (2002), Programa de Acción: CNCSS, México (p. 45)

De los aspectos mencionados en el esquema anterior concernientes a cada línea de acción, cabe resaltar y por tanto describir, para efectos de la presente investigación los siguientes:

- Los principios éticos explícitos, es decir, “aquellos que la sociedad exige de los profesionales de la salud son: respeto a la vida y a la integridad corporal, información y educación para la salud, confidencialidad, sensibilidad a sus necesidades física/ mentales y trato digno. El contenido mínimo de los Códigos de Ética y Carta de Derechos del Paciente deberán garantizar: el respeto al paciente y el trato cálido y sensible a sus necesidades, el reconocimiento de su autonomía, que le permita participar activamente en la toma de decisiones y en el desarrollo del acto médico, la obligación de informar y ser informado de manera veraz, completa y oportuna sobre la naturaleza del acto, los beneficios y riesgos esperados y las alternativas diagnósticas o terapéuticas, el uso de un lenguaje accesible considerando los elementos psicológicos, sociales y culturales del usuario, la confidencialidad de la información que el paciente proporciona y la educación para la salud”. (p.46)
- La educación sobre, para y de calidad, donde “... es indispensable considerar el papel de los directivos como generadores de valores que orientan la cultura organizacional, en donde la participación del personal de todos los niveles desempeña un papel fundamental, así como una serie de consideraciones éticas y otras relacionadas con la búsqueda de

mayor eficiencia en el uso de los recursos...” así, es necesario que la gestión directiva y operativa de la calidad ocupe un lugar preponderante en “...los nuevos esquemas de capacitación información, desde y para el usuario ser un medio de enlace entre la sociedad y los servicios de salud...” (p.49)

- Finalmente, la participación ciudadana en la que se reconoce su importancia para “...la construcción del cambio hacia la calidad de los servicios de salud y de allí su preocupación e interés de contar con el aval ciudadano. Para lograr lo anterior es necesario transitar del modelo tradicional de atención médica en el que cantidad es calidad y el paciente es un ente pasivo que debe aceptar cualquier tipo de servicio que se le brinde, hacia el nuevo paradigma orientado a la calidad y eficiencia, en donde se hace imprescindible que el Sistema de Salud desarrolle conjuntamente con la sociedad valores y acciones que pongan de manifiesto la participación amplia de todos los posibles involucrados para ejercerlas en la construcción de la cultura de calidad con sentido ético, democrático y humano” (p.49).

De esta manera, se puede observar que la calidad como valor organizacional, no sólo involucra los actores prestadores del servicio médico, sino también, quien es usuario del servicio, el sistema en el cual esta inmerso y la comunidad social que le rodea, factores fundamentales en el análisis a realizar en la presente investigación.

4. PROBLEMATICA

4.1. Antecedentes

El problema de la calidad en la atención médica en los centros de salud ha movilizado a los profesionales de diversas áreas en la realización de investigaciones para explorar la situación, no solo en su descripción sino en sus diversas formas de abordaje, para encontrar o desarrollar una paulatina solución que resulte adecuada. Así, como ya se ha revisado hasta el momento, ha sido amplia la literatura que, en cuanto a la calidad en la atención medica, los derechos de los pacientes y los problemas de atención humanizada/deshumanizada, igual que los diversos campos que se relacionan en sus causas, se ha desarrollado. De esta manera, se visualiza cómo dicha situación no solo depende del microsistema en que se inscribe sino también, en

la interrelación de los mismos –mesosistema- y en las políticas gubernamentales –macrosistema-.

Así, para ilustrar el desarrollo de dicha situación como problemática no solo a nivel nacional sino también mundial, se presentará a continuación de manera sintética algunas de las investigaciones encontradas.

Iniciando en el orden mundial, se encontró un estudio desarrollado por la Secretaria de Salud (2002) en México para el establecimiento del Plan Nacional de Salud 2001-2006, donde a través de la identificación de unos antecedentes nacionales y establecimiento de retos, se formula un “Programa de Acción” denominado “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” (CNCSS), para esto el programa se basa en los siguientes hechos (p. 20-24):

□□ En la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000, los entrevistados señalaron que los servicios de salud en sus comunidades habían empeorado en comparación con los que tenían en 1994.

□□ En esa misma encuesta, los mexicanos calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por debajo de los servicios de: “escuelas públicas”, “agua y drenaje”, “teléfonos” y “transporte público” y sólo por arriba de “policía”.

□□ Cuatro de cada 10 mexicanos pobres también se quejan de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud. De hecho, uno de los motivos de queja más frecuente ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la falta de información del médico al paciente.

□□ De las limitadas mediciones de la calidad técnica que se han hecho de los servicios otorgados por algunos servicios públicos y privados, se concluye que los niveles de calidad son muy heterogéneos entre instituciones públicas de salud, al interior de estas instituciones, entre éstas y el sector privado, entre las propias organizaciones del sector privado, y entre regiones geográficas del país. La variación entre el mejor y el peor calificado con los mismos estándares llega a ser de aproximadamente 90 puntos porcentuales.

□□ De lo poco que se sabe sobre el desempeño de los médicos en lo individual es muy evidente la amplia variación de los criterios diagnósticos y terapéuticos para padecimientos iguales, lo cual permite concluir que se trata de procesos poco controlados y tal vez de dudosa efectividad en muchos casos.

□□ De acuerdo con un diagnóstico del nivel de calidad en una de las instituciones del sector público se encontró que el apego a las normas de atención de los principales motivos de consulta era muy deficiente(...).

□□ La Encuesta Nacional de Calidad y Servicios de Salud realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2000, proporciona también algunas evidencias de los retos planteados para el programa: -Más del 15% de la población encuestada afirma que no recibieron un trato digno en la institución de salud en la que se atienden; En los hospitales del sistema tampoco se atiende a los pacientes con la rapidez que ellos querían; Solo el 66.7% de los pacientes afirman que los médicos, enfermeras y personal de salud les proporcionan información con claridad siempre que reciben atención en las unidades del sistema.

□□ La información que genera la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es una información valiosa para identificar dónde se encuentra México en materia de calidad en los servicios de salud (...).

Así, luego de los anteriores hechos, quienes planearon el Programa de Acción (CNCSS), encuentran como factores generadores lo siguiente (p.24):

☐ ☐ El personal directivo de alto nivel de los servicios de salud, tanto público como privado, por lo general carece de una adecuada formación gerencial lo cual produce un liderazgo deficiente para elevar los niveles de calidad en el sistema.

☐ ☐ Estructura y procesos con insuficiente gestión directiva para alinearlos hacia resultados de calidad, lo cual dificulta el desarrollo de la gestión clínica de la calidad por los profesionales operativos en el sistema de salud.

☐ ☐ Existe una cultura de medición para informar y no para decidir, lo cual, además, genera que exista un insuficiente conocimiento del propio personal de los servicios tanto para evaluar como para mejorar sus servicios.

☐ ☐ Los indicadores de calidad de los servicios de salud públicos y privados son prácticamente inexistentes. Ello, como consecuencia de sistemas de información incipientes y del desconocimiento de este tipo de indicadores.

☐ ☐ Si bien en el sector público se cuenta ya con encuestas de satisfacción de los usuarios, esta información no es siempre confiable. En el sector privado aún es una práctica muy poco común.

☐ ☐ Son mínimos los incentivos que existen en el sistema para un alto desempeño, tanto de las organizaciones prestadoras de servicios como para el personal de salud en lo particular. Es frecuente, incluso, que los incentivos estén invertidos y estimulen conductas de bajo o equivocado desempeño.

☐ ☐ La regulación actual es insuficiente para garantizar a los mexicanos la existencia de insumos y de servicios de salud de alta calidad en todos los casos.

☐ ☐ Insuficiente desarrollo de procesos de acreditación y certificación de profesionales y establecimientos como actividad de garantía de calidad.

☐ ☐ En general, existe un subdesarrollo de políticas y gestión de recursos humanos en el sistema de salud y en particular para la mejora de la calidad.

☐ ☐ La formación de recursos humanos para la salud no siempre está alineada con los requerimientos de los servicios de salud los cuales, a su vez, no siempre tienen claros esos requerimientos.(...)

☐ ☐ No se han desarrollado foros o sistemas efectivos para que los clínicos, los sanitaristas y en general los trabajadores de la salud, puedan opinar acerca

de los problemas y las soluciones en materia de calidad de los servicios de salud.

☐☐ No se ha desarrollado una inteligencia en la organización en materia de calidad.

☐☐ Si bien debe reconocerse que la falta de recursos es una causa del bajo nivel de calidad, se debe admitir que, con mucha frecuencia, es también el mejor pretexto de la mala calidad cuando subyacen todos los factores mencionados anteriormente.

Por tanto, los planeadores del Programa de Acción (CNCSS), organizaron una serie de supuestos para direccionar el mismo, tales como (p.9-12):

1 . El enfoque de una estrategia de calidad depende del nivel de desarrollo del sistema de salud en el cual se pretende desplegar (...).

2 . Una estrategia de calidad en un sistema de salud no es viable si no forma parte de una política y un proyecto claro de la alta dirección del sistema y de sus componentes; para lograr esta situación de manera consistente, es necesario que se visualicen y concreten experiencias exitosas que le den valor a la calidad como valor en la organización del sistema (...).

3. Para el diseño de intervenciones en materia de calidad es importante considerar que los sistemas de salud son sistemas adaptables y complejos, no son sistemas que puedan entenderse y dirigirse con enfoques mecánicos, simplistas. La complejidad de un sistema de salud radica en las múltiples y a la vez complicadas interconexiones de los diferentes elementos que lo componen, en las influencias que recibe de otros sistemas, así como por la recurrencia circular de esas influencias. De tal forma que para diseñar, difundir, desplegar y evaluar una estrategia de calidad es necesario considerar las interacciones que condicionan la salud de una sociedad y las que determinan el tipo de relación que se establece entre esa sociedad y el Estado así como la relación entre las organizaciones que integran el sector salud e incluso la organización interna de las unidades prestadoras de servicio.

4. Por otro lado, es la parte humana del sistema la que le da la característica de adaptabilidad a un sistema de salud; son las personas (pacientes, familiares, trabajadores de la salud, directivos) los que tienen la capacidad de resistirse y también la capacidad de aprender y cambiar como resultado de la experiencia. Son los recursos humanos del sistema de salud los que lidian cotidianamente con la complejidad del mismo y hacen posible su adaptabilidad (...).

5. (...) toda estrategia de calidad tiene límites relacionados con las características de la estructura y el gasto en salud, con algunas características del propio modelo de atención a la salud y otras relacionadas con las reglas normativas que estrechan las posibilidades de innovación y cambio, y contempla estrategias específicas y líneas de acción para atender y ampliar esos límites. Sin embargo, tal vez el límite más inmediato para el éxito de una propuesta innovadora sea la resistencia al cambio. La hipótesis inicial es que la Cruzada deberá contar con algunos aceptantes y promotores activos y quizá con la misma proporción de personas y organizaciones irremediabilmente refractarias. No obstante, la gran mayoría de los integrantes del sistema y organizaciones e individuos relacionados con la prestación de servicios de salud, estarán en los grupos de aceptantes cautelosos y de resistentes críticos. Para estos grupos, el respeto, la consistencia en los esfuerzos, la congruencia en el proceder y, sobre todo, los resultados progresivamente exitosos, serán los incentivos más fuertes para acelerar su incorporación a las acciones de esta estrategia. (...)

Finalmente, a través de este estudio, quienes formulan el Programa de Acción (CNCSS), encuentran un cambio de paradigma, el cual se presenta a continuación:

CAMBIO DE PARADIGMA

Durante el último siglo ha prevalecido un paradigma sobre la calidad de los servicios de salud que empieza a ser sustituido con relativa velocidad. Como es bien sabido, el paso de un paradigma a otro toma tiempo durante el cual se da un traslape en el que surgen tensiones. La Cruzada Nacional por la Calidad está diseñada para catalizar el tránsito hacia un nuevo paradigma. El “viejo paradigma” se caracteriza, entre otros, por los siguientes postulados:

- La calidad está implícita en la existencia misma de los prestadores de servicios de salud y de las instalaciones en las que ejercen. Por lo anterior, la calidad es subjetiva y, por ende, no es posible medirla.
- Cantidad es calidad en la medida en la que al otorgar más servicios se es mejor.
- Para ofrecer una buena calidad no importa el costo. Dado que la vida no tiene precio, no importa lo que se gaste con objeto de que sea posible ofrecer los mejores

Como resultado de las tendencias tanto del nivel educacional de la población como de los sistemas económicos, el “nuevo paradigma”, en contraste con el viejo, puede ser identificado por lo siguiente:

- La demostración de los resultados del proceso de atención es indispensable. La calidad debe ser explícita.
- Para ello es posible y fundamental medir para comparar, para aprender y para mejorar.
- La responsabilidad de mejorar es de todos los involucrados en el proceso de atención, por ello, todos son importantes, no sólo los jefes.
- Sin duda es necesario ofrecer una cantidad suficiente de servicios, sin embargo, si esa cantidad no se ofrece con calidad es posible que se someta a los usuarios a riesgos sin los correspondientes beneficios, por ello es indispensable ofrecer cantidad con calidad.
- Es innegable que la vida no tiene precio, no obstante,

servicios que merece el paciente.

- La única manera de asegurar una buena calidad es mediante la supervisión de lo que hacen los demás. Por supuesto, el supervisor difícilmente comete errores, por eso su posición está encima de los otros.
- El paciente es un ente pasivo. Mientras más dócil mejor.
- Finalmente el prestador del servicio es el experto y su paciente está en sus manos.

cuidarla puede ser muy costoso, por ello calidad-con-eficiencia son dos conceptos indisolubles. Por otra parte, se reconoce que los procesos que se realizan con calidad reducen desperdicios y contribuyen a una mayor eficiencia.

- El paciente es capaz de participar activamente, y debe hacerlo, en el proceso de su atención. La identificación de sus percepciones y expectativas es fundamental.

Secretaría de Salud (2002), Programa de Acción CNCSS (1a ed.), México (p.19)

Por otra parte, en lugares como Bolivia y Argentina, se han realizado análisis descriptivos, tal como el presentado por Maldonado A. (2005) y Tarrio S. (2003) respectivamente. Así, Maldonado A. (2005) identifica las diversas transiciones de los planes nacionales de desarrollo en el sector salud de Bolivia, llegando a conclusiones relacionadas con la ineficiencia de los programas implementados y su contribución a la deficiencia de la calidad en el servicio de la atención en Salud, encontrando como eje vertebrador de la problemática, no solo el tipo de

formación que reciben los agentes sociales de la medicina sino también la manera en que históricamente se ha ido organizando la sociedad desde los tiempos de la colonización y la manera como se han desarrollado las interacciones entre las diversas clases sociales establecidas, desde la perspectiva del privilegio/beneficio.

En el caso de Tarrio S. (2003), presenta un análisis relacionado con el desarrollo de las representaciones sociales en el rol del enfermero y como este afecta la calidad de vida del paciente interno; de acuerdo al análisis que el autor plantea, dichas representaciones dependen del concepto de enfermedad física que rija el momento histórico en las ciencias de la salud, así, expone que en el siglo XIX se "... impone una noción de enfermedad como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y la cultura...", viéndose la salud como ausencia de la enfermedad, comenzando a percibirse a la persona como una "suma de partes que pueden ser recortadas según el tipo de afección padecida", dando como resultado la "valorización y jerarquización de las practicas ligadas a la cura [donde] la posibilidad de transformar el entorno se comienza a desdibujar y el grupo enfermero se lo comienza a representar socialmente como complemento – sustituto del medico...". El autor expone que en dicha representación colaboran diferentes dimensiones, tales como el proceso de la formación enfermera desestimándose la formación integral, el proceso de medicalización de las sociedades y el ahorro que implicaba sustituir

profesionales de enfermería por practicantes. De esta manera, plantea un cambio de paradigma a fines de 1970, donde se integra una visión desde la unidad pluripersonal del cuidado, donde la persona se considera como un organismo biopsicosociocultural, “como sujeto armado y reconstruido por el entramado de relaciones que le toca vivir”. Así, el análisis planteado por Tarrio (2003) se encuentra sustentado en autores como Torralba i Roseló (1998), Keruac y col (1996), Berger y Luckmann (1968), Bengston y Kuypers (1985), Reyes y Buzeki (2003) e investigaciones realizadas en la ciudad de Mar del Plata, las cuales son citadas pero no expuestas.

De la misma manera, en Inglaterra, Williams C., Cantillon P. & Cochrane M. (2001) realizaron una investigación sobre el establecimiento y tipo de relaciones medico-paciente. Dicha investigación se desarrolló con una población de 24 sujetos –estudiantes de medicina-, divididos en dos grupos caracterizados de la siguiente manera: 12 sujetos que pertenecían a una practica general por 4 meses de rotación y 12 sujetos de practica general por 6 meses en medicina general y trabajo quirúrgico, dichos sujetos fueron entrevistados en dos momentos, un primer momento que correspondió de las 4-6 primeras semanas de iniciación de la practica y un segundo momento en el cual ha transcurrido un mes desde la finalización de dicha practica. Como método fueron utilizadas entrevistas semi-estructuradas en profundidad. A nivel de los resultados los investigadores encontraron lo siguiente:

- Un cambio en la relación con los pacientes, desde el pensamiento como estudiantes de medicina a médicos profesionales.
- Aunque se educaba en las escuelas de medicina sobre la igualdad en la relación medico-paciente y la importancia de la comunicación en dicha relación, todos los sujetos al inicio de la práctica, se sintieron forzados a tomar el control de la relación establecida con el paciente, dado las estructuras organizacionales dentro de las cuales estaban trabajando, en las cuales requerían un cumplimiento de horarios, metas, reportes al final del día, etc., manifestándose inconformes por tener poco tiempo para la relación con el paciente, comunicarse con ellos mas allá de las preguntas sobre su estado, aunque lograran ser formales con ellos.
- Al ser médicos profesionales encontraron mayor autoridad sobre el tratamiento y los procedimientos del paciente, distinto a cuando eran estudiantes, dado que, como éstos últimos deberían evaluar dos veces su ejercicio y se rodeaban de incertidumbre tanto propia como del paciente por su inexperiencia, mientras que al ser profesionales los ejecutan sin inconveniente y prejuicios.

- Un cambio sobre la idea de lo que significa “ser un buen doctor”, dado que al ser estudiantes la representación giraba en torno a los cuidados que el paciente debe recibir, ser cuidadosos, atentos a las necesidades del mismo, mientras que al ser médicos profesionales la representación gira en torno al “tratamiento correcto”, se entiende al paciente como un “problema clínico” y no como un ser integro que necesita diversas cosas. Así, el establecimiento de tal representación es encontrado como el camino hacia una verdadera separación de lo que es el trabajo, construyéndose una “relación más profesional”. Sin embargo, algunos sujetos expusieron tal cambio como positivo, mientras que otros argumentaban que no lo era y lo justificaban o exponían desde elementos como la “defensiva emocional”, la cual describían como la negación a la relación emocional del médico con el sufrimiento del paciente, convirtiendo al mismo en un papeleo.

“antes yo pensaba que para ser un buen doctor
se debía ser cuidadoso y considerado
entonces luego uno se da cuenta que con las restricciones de tiempo
no se puede ser tan considerado como se quiere ser
pero tienes que asegurarte de darle a los pacientes el trato que se merecen
si uno no puede tener una conversación con el paciente
por lo menos pude asegurarse de que reciban el tratamiento apropiado

pienso gradualmente, día por día
iniciar a desconectarme de todo y llevar las cosas con mas calma y no involucrarme tanto

lo cual pienso que es algo bueno para ser honesto
y ver a los pacientes como un caso clínico, mas alla que una persona que
necesita
atención, cuidados y ayuda
pero pienso que es solo parte normal del trabajo
estoy empezando a sonar como alguien que había odiado
pero creo que en cierto modo conseguí estar mas compenetrado
profesionalmente con los pacientes.
en la practica general yo tuve mi primera muerte
y cuando usted conoce al paciente usted lo siente mas
mientras que en el hospital la gente esta muriendo todo el tiempo
y usted se vuelve inmune a toda emoción en absoluto
es solo otra cosa y esta solo esta molestando por hacer el certificado de
defunción
y hacer esto o aquello, solo se hace papeleo.. (prho 23)”
(...)
(citados por williams c., cantillon p. & cochrane m., 2001, p. 745)

- Un nuevo factor encontrado en el desarrollo de la relación médico-paciente fue el cansancio, donde la mayoría de los sujetos exponen que su rutina es ardua, la cual es ignorada por el paciente, quien desea establecer una comunicación con el médico profesional o el estudiante de medicina. Sin embargo, expresan que “...*but the patient doesn't know and you have to remind yourself that this patient doesn't know...*”(p.745).
- Por otra parte, identificaron otros factores influyentes en el tipo de relación médico-paciente, los cuales son intrínsecos de la práctica médica, tales como: la ambición como sinónimo de dureza, en la cual

interesa la cantidad de pacientes que se atienden en una jornada; lentitud en la atención médica al paciente; considerar la comunicación como poco importante en dicha relación. Dichos elementos fueron encontrados en la percepción de los médicos profesionales recién egresados sobre los médicos profesionales de “alto nivel” o amplia experiencia.

De esta manera, finalmente, Williams C., Cantillon P. & Cochrane M., (2001) discuten dichos resultados, llegando a conclusiones relacionadas no solo con el tipo de formación que se le brinda a los estudiantes de medicina en relación al trato y comunicación con el paciente, sino también, a la estructura de funcionamiento de los hospitales, que impiden relaciones médico-paciente más armoniosas y cálidas, en sentido de la integridad del paciente como persona. Tal como lo expresan:

“(...)a pesar de la iniciativa de mejorar las destrezas comunicativas de los estudiantes universitarios aparece que un número adicional de cambios necesitan ocurrir para que la relación medico-paciente se igual y que esto se vuelva una realidad en el hospital las horas y la carga de los medico practicantes debe ser controlado y así la buena comunicación con los pacientes es posible

los médicos practicantes necesitan sentir que tienen tiempo para comunicarse con los pacientes lo cual también significa que el tiempo gastado en hablar con los pacientes pueda ser visto y valorado por los médicos profesionales.

(...).

(williams c., cantillon p. & cochrane m., 2001, p. 747)

En el nivel nacional, se han desarrollado 3 investigaciones desde la perspectiva de la humanización del contexto de los servicios de salud, presentando alternativas desde la psicología y con énfasis en la “formación de líderes en humanización en salud”. De acuerdo con esto, se encuentran dos trabajos empíricos finalizados y uno en curso, realizados por la Universidad Javeriana a través de sus grupos de investigación. Dichos estudios se sintetizan a continuación:

1. Trabajos empíricos finalizados:

a) Investigación realizada por *Cardona, M., Hoyos, P. y Correa, D. (2006)*, cuyo tema refiere a las “características del líder en humanización en salud” y su objetivo remite a describir las motivaciones, experiencias, conocimientos,

actitudes y habilidades de los líderes en humanización en salud; para ello realizaron un estudio no experimental de corte transversal descriptivo, cuya muestra estuvo conformada por 2 hombres y 11 mujeres, los cuales deberían pertenecer al Movimiento Nacional de Humanización en Salud y laborar dicho contexto o ser docentes universitarios de ciencias de la salud; respecto al instrumento, utilizaron la entrevista en profundidad de liderazgo para la humanización en salud. En dicho estudio, los resultados y conclusiones fueron los siguientes: los líderes a partir de su experiencia en el trabajo en humanización en salud resaltan la importancia y necesidad de seguir trabajando por ésta, ligada no solo a la salud sino a ámbitos familiares, sociales y personales, haciendo alusión a la necesidad de “humanizarse primero para humanizar a los demás”. Para dichos líderes, el trabajo en humanización trasciende a la obligación ética que toda institución de salud debe tener y a las situaciones adversas que se puedan vivir; así mismo, afirman que es evidente la importancia de pensar y proyectar el trabajo en humanización como un proceso cotidiano y permanente, resaltando el trabajo integral y multidisciplinario que lleve a la práctica de la responsabilidad social por parte de las personas y de las instituciones. Por otra parte, de las habilidades que se evaluaron en el presente estudio, la mayoría de los participantes presentaron como fortaleza la resolución de conflictos y comunicación; como aspectos a mejorar en la mayoría, la habilidad de organización del trabajo y conducción de grupos.

b) Investigación realizada por *Correa, D., Tinoco, M., & Valderrama, L. (2006)*, cuyo tema presenta un “programa de atención humanizada dirigida al personal de la salud” y su objetivo remite a evaluar la eficacia de un programa clínico de atención humanizada dirigido al personal de la salud de consulta externa y servicios ambulatorios de un hospital público de tercer nivel de la ciudad de Cali. El diseño de la investigación fue cuasi experimental, pretest - posttest con grupo control, donde éstos ya estaban constituidos de manera natural pero la intervención la realizaron de manera aleatoria. Respecto a la metodología, la muestra estuvo conformada por 26 personas (50% grupo control y 50% grupo experimental) cuyos cargos fueron auxiliares de enfermería y de informática, con un contrato de trabajo con el hospital y que pertenecieran a los servicios de consulta externa; en cuanto al instrumento utilizaron una batería denominada “habilidades de interacción y humanización en salud”, la cual constaba de 61 ítems que medían la comunicación, habilidades sociales, satisfacción laboral, grado de conocimiento y aplicación de los derechos, el manejo de estrés y control de emociones. Así, el programa clínico de atención humanizada a nivel estadístico no mostró cambios significativos Pre-post intervención en el personal de la salud, sin embargo a nivel cualitativo se observaron cambios en las temáticas trabajadas dentro del programa de intervención, ya que dicho personal logro mantener una mirada integral del paciente, reconociendo sus derechos y trabajando por el cumplimiento de los mismos, uniéndose a formas

de comunicación asertivas en su vida laboral y familiar; igualmente, adoptaron esquemas nuevos para la resolución de conflictos contribuyendo a la disminución de la tensión emocional y desarrollando estrategias de afrontamiento que les permitieran tomar un papel activo frente a las problemáticas que enfrentan en sus diversas áreas, permitiéndoles mejorar el trato que tenían hacia el paciente. Finalmente, los investigadores pudieron observar una mayor facilidad para la expresión de los sentimientos, gracias a la modificación de ideas irracionales que mantenían el trato impersonal hacia los demás. Así, concluyeron de acuerdo con el objetivo propuesto, que el diseño de programas de intervención y la eficacia del mismo depende de factores como la evaluación y claridad de las necesidades propias de la población a intervenir, de programas estructurados, coherentes y permanentes que garanticen cambios a largo plazo y que no apuntan solo a cambios de problemáticas específicas sino a generar cambios en comportamientos y actitudes adoptados previamente, ya que dentro de la población fue muy característico la presencia de comportamiento e ideas disfuncionales que llevan de una u otra forma a obstaculizar el proceso de humanización, lo que se suma al hecho de que factores como las políticas hospitalarias, el contexto y la dinámica relacional contribuían al mantenimiento de conductas y falta de conciencia de la misma. Dicho estudio presenta una sugerencia para estudios futuros que, además de las temáticas trabajadas se tenga en cuenta el

abordaje del nivel de frustración, trabajo en equipo y nivel motivacional, los cuales son factores que interfieren en el proceso de humanización.

2. Trabajo empírico en curso: *Correa, D., Arrivillaga, M., Varela, M., Cardona, M. y Hoyos, P. (2006)*. El tema se relaciona con la “Formación de Lideres en Humanización en Salud” y cuyo objetivo se encamina a evaluar la efectividad de un programa psicoeducativo en el desarrollo de habilidades de liderazgo para la humanización de los servicios de salud. Así, la investigación es de tipo cuasi experimental con diseño pretest - posttest con un solo grupo, la muestra estuvo conformada por 20 sujetos, profesionales de la salud o técnicos vinculados a siete instituciones de salud de la ciudad de Bogotá, quienes tenían algún tipo de aproximación preliminar al Movimiento Nacional de Humanización en Salud. Para la recolección de información se diseñó un cuestionario que evalúa el perfil del líder en humanización en salud, el cual evalúa siete categorías: motivaciones, actitudes, experiencias y conocimientos, habilidades para la resolución de conflictos, habilidad para la comunicación, para la organización del trabajo y para la conducción de grupos. A nivel de los resultados, encontraron cambios significativos en cinco de siete categorías evaluadas, donde habilidades como la comunicación, resolución de conflictos y conducción de grupos son reportadas como las más importantes para lograr el compromiso y alcanzar los objetivos en los equipos de humanización en las instituciones de salud. Como aspecto relevante los investigadores confirmaron

que, no es suficiente tener motivación e interés por la humanización en salud si no se poseen conocimientos y habilidades que permitan convocar trabajadores de la salud, liderar procesos y desarrollar proyectos de intervención en los contextos de salud. Así, los resultados de la investigación aportan elementos de análisis para el Movimiento Nacional de Humanización en Salud con relación a la reorientación de los programas de capacitaciones, formación permanente, seminarios, y congresos que ofrecen a las instituciones de salud de todo el país.

De esta manera, se encuentra que la problemática de la presente investigación, trasciende los límites nacionales encontrando repercusión en otros contextos. Así mismo, las investigaciones aquí mencionadas se han seleccionado por su aporte al tema de interés, es decir, se tomaron en cuenta investigaciones internacionales, dado que en ese ámbito se han desarrollado planes y programas de intervención encaminados a la solución de la problemática, los cuales serán una guía para una futura propuesta en la presente investigación; igualmente se toman en cuenta componentes que trascienden el área local para involucrar mecanismos del sistema gubernamental, lo cual también guía la sostenibilidad y validez del presente proyecto. En cuanto a las investigaciones de ámbito nacional, han sido seleccionadas por su aporte no solo a nivel metodológico sino de resultados, los cuales muestran una gran relevancia del impacto de las ideas y actitudes por parte del personal médico en su relación

con el paciente, además de la repercusión de problemas de orden laboral en dicha relación.

4.2 Formulación del Problema

Dada la complejidad que implica el abordaje de la mencionada temática, se hace necesario tanto para fines metodológicos como para la investigación misma, enunciar tres problemas que en su interrelación logran brindar la bidireccionalidad del proceso implicado en el tema de interés. Estos son:

- 1 ¿Cuál es la representación social de los profesionales de la salud prestadores de servicios en la sala de hospitalización de medicina interna del Hospital San Vicente de Paúl (Palmira) acerca de los pacientes/familiares y cómo ésta influye en la calidad de la atención médica brindada?
- 2 ¿Cuál es la representación social de los pacientes/familiares usuarios de la sala de hospitalización de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl (Palmira) acerca de los profesionales de la salud pertenecientes a dicha sala y como ésta influye en la evaluación sobre la calidad de la atención médica recibida?

3 ¿Cómo la sala de hospitalización de medicina interna del Hospital San Vicente de Paúl de la Ciudad de Palmira, se constituye en contexto de desarrollo humano tanto para sus pacientes/familiares como para los profesionales de la salud usuarios del mismo?

4.3 Definición Operacional de Términos

En el presente apartado sólo se delimitarán aquellos conceptos que, haciendo parte de nuestro problema de investigación, no han sido demarcados a lo largo del marco teórico de referencia ya expuesto y que se hace necesario puntualizar para la unificación de criterios en la interpretación.

Así, dichos términos se refieren a lo que se entenderá por:

- **Calidad de la Atención Médica:** En este aspecto deben entenderse dos elementos (Secretaría de Salud, 2002, p. 31, México):

a. Trato digno, cuyas características a su vez son: respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona, información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él o de ella, interés manifiesto en la persona, en sus mensajes, sensaciones y sentimientos y finalmente amabilidad.

b. Atención médica con efectos positivos, es decir, que sea Efectiva: que logre el resultado (efecto) posible; eficiente: con la cantidad de recursos adecuada al resultado obtenido. Ética: de acuerdo con los valores socialmente aceptados, segura: con los menores riesgos posibles y de igual manera, dichos aspectos deben ser medibles mediante indicadores, que a su vez permitan demostrar dicha efectividad.

- **Pacientes/familiares:** Hace referencia a quienes por diversas condiciones de salud son usuarios del servicio de hospitalización de medicina interna en el HSVP de Palmira y sus acompañantes en dicho proceso de hospitalización.
- **Profesionales de la Salud:** Lo cual comprende a todos aquellos que intervienen en la atención médica de los usuarios del servicio focal de la investigación, es decir, médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería encargadas de la Sala de Hospitalización de Medicina Interna

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Comparar las representaciones sociales de los profesionales de la salud prestadores de servicios en la SHMI del Hospital San Vicente de Paúl (Palmira) con las representaciones de los pacientes usuarios de la misma y sus familiares frente a la atención médica en relación con la evaluación de la calidad del servicio (humanizado/deshumanizado) tanto brindado como recibido, además de su relación con dicha entidad de salud como Contexto de Desarrollo Humano.

5.2 Objetivos Específicos

- 1 Identificar los aspectos nucleares y periféricos de las representaciones sociales que los profesionales de la salud prestadores de servicios en la SHMI del HSVP tienen frente a sus pacientes y la atención de los mismos.
- 2 Reconocer los aspectos tanto nucleares como periféricos de las representaciones sociales que los pacientes usuarios de la SHMI del HSVP y sus familiares tienen frente a los profesionales de la salud encargados de dicha sala y la atención médica brindada.

- 3 Descubrir las dimensiones de las representaciones sociales (información, campo de la representación y actitud) que poseen tanto los profesionales de salud como los pacientes/familiares pertenecientes a la SHMI del HSVP sobre los actores sociales mencionados y la calidad del servicio prestado y recibido.
- 4 Identificar y comprender la dinámica (objetivación y anclaje) de las representaciones sociales encontradas en los actores sociales mencionados
- 5 Identificar el tipo de roles asumidos por el paciente/familiares y los roles esperados por el profesional de la salud sobre el mismo durante su permanencia en el HSVP.
- 6 Describir y analizar el tipo de interacciones dadas en el HSVP desde indicadores como: afectividad, reciprocidad, equilibrio de poderes.
- 7 Identificar el tipo de díadas de desarrollo generadas durante las interacciones dadas en el HSVP: díadas de observación, díadas de actividad conjunta, díadas primarias.
- 8 Caracterizar el tipo de lineamientos que rigen y guían la atención médica prestada en el HSVP (aspectos formales organizacionales).

9 Identificar el tipo de roles asumidos por los profesionales de la salud y los esperados por el paciente/familiares durante su permanencia en el HSVP.

10 Evaluar la calidad ambiental en el HSVP como inhibidor o potencializador de las actividades de interacción y por tanto generador de contextos de desarrollo humano tanto para los pacientes/familiares como para los profesionales de la salud.

6. MÉTODO

6.1 Tipo de Investigación

En el contexto de la salud, la metodología cualitativa ha abierto un espacio multi- e inter- disciplinario que convoca a profesionales de diversas disciplinas (médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, etc.), lo que lejos de ser un inconveniente, resulta aportando una gran riqueza en la producción. La investigación cualitativa abre un espacio en el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social, ambiental y cultural, adoptando para ello diversos procedimientos, como el análisis de contenido o el análisis del discurso, que permiten un acercamiento a las formas de comunicación y escudriña en la ideología que se oculta tras el lenguaje. La

tradición sociológica y antropológica aportan de esta manera, metodologías singulares que permiten conocer el contexto donde surgen los fenómenos y elaborar propuestas teóricas para explicarlos, como es el caso de la etnometodología, la inducción analítica o la teoría fundamentada. Por último, se proponen algunas claves para construir un espacio común desde el cual construir nuevas perspectivas epistemológicas a partir de la confluencia multi- e inter- disciplinar.

Es así, como el interés por los análisis cualitativos en el contexto de las ciencias de la salud se ha producido a partir del interés mostrado por los investigadores sociales en las instituciones sanitarias, lo cual ha motivado que la investigación cualitativa en salud se esté definiendo a partir de referentes teóricos y metodológicos tomados principalmente de las ciencias sociales y las humanidades.

De esta manera, estudios sobre los hospitales psiquiátricos y su concepto de institución total, alertaron aunque algo tardíamente, sobre la necesidad de abordar determinados problemas de salud desde perspectivas distintas a la puramente biomédica, perspectivas que admiten la subjetividad (tanto de los sujetos investigados como del investigador) como objeto de análisis, algo que podía sonar a herejía a principios de los sesenta, y que aún sigue siendo objeto de controversia fuera del reducido grupo de iniciados en los modos de análisis

cualitativos.

Dado lo anterior, es pertinente aclarar, que en la presente investigación, se abordaron conceptos enmarcados dentro de la Psicología Social, revisados desde una problemática de la salud y cuyas bases se encuentran en planteamientos de la Psicología Ambiental y la Ecología del Desarrollo Humano, donde la información obtenida refiere a las actividades realizadas de manera natural en situaciones del mundo real, que no se ven manipuladas por el investigador; en este sentido, se distinguen dos tipos: observación naturalista, la cual es la observación directa de la conducta en el ambiente, y encuestas de reconocimiento, las cuales son cuestionarios o entrevistas personales que permiten evaluar las actitudes personales y las experiencias de los participantes en determinados ambientes.

Así, para efectos de la presente investigación, se han implementado ambos tipos, dado la complejidad y medios de verificación que se abordaron, ya que dicha metodología, ofrece una descripción detallada de la problemática y a su vez un análisis de los contextos y comportamientos sociales. Todo esto, gira alrededor del eje central y de interés de lo meramente descriptivo y analizable a través de los discursos, contenidos y observaciones, más allá de un interés estadístico y/o cuantitativo de la problemática; así mismo, esto permite estudiar las relaciones esperadas a través del estudio sistemático de relaciones entre los datos obtenidos de los sujetos y los hallazgos o propuestas teóricas

revisadas, donde, por tanto, no se pueden demostrar relaciones causales, sino asociación de variables.

6.2 Población y Muestra

El presente estudio, toma como población universo la SHMI del HSVP de la Ciudad de Palmira (pacientes – familiares/acompañantes y profesionales de la Salud), de los cuales, se considera como población muestra, los pacientes que en el momento de la recolección de información son usuarios de los servicios de la sala. Tal población (pacientes), se encontraban en dicho contexto bajo criterio de Hospitalización por diferentes condiciones de salud (Ver Resultados), igualmente, cabe recordar que, el requisito principal para ser usuario del servicio prestado en esta sala, es padecer una condición de salud no ambulatoria y que requiera más de 24 horas de seguimiento.

Así mismo, hacen parte de la presente población, los familiares de estos pacientes, descritos anteriormente como acompañantes en categorías de conyugue, amigos, padres, etc.

Por otra parte, como se plantea en el problema, también es pertinente considerar dentro de la población, los profesionales de la salud encargados de la Sala: el Médico Internista, la enfermera jefe que hace parte de ésta y

enfermeras auxiliares, encargadas del sostenimiento de la Sala de Hospitalización. Finalmente, para fines prácticos y de contextualización, en los anexos, se exponen algunos ítems acerca de la caracterización y/o perfiles, requeridos por estos profesionales (Médico - Enfermeras), según Convocatoria 001 del Hospital San Vicente de Paúl (Extraído el 18 de Agosto de 2008 desde <http://www.hsvp.gov.co/index.htm>).

6.3 Materiales y Técnicas

Para llevar a cabo el presente estudio, fue necesario tener en cuenta el tipo de metodología descrito al inicio de éste apartado, en la cual se utilizaron los siguientes materiales:

- 1 Videocámara – Cámara fotográfica digital
- 2 Grabadora de mano
- 3 Hojas de Block
- 4 Lápices – Lapiceros
- 5 Categorías previamente establecidas
- 6 Entrevista semi-estructurada para cada actor social (Ver Anexos - Registro)

En relación a los procedimientos desarrollados para la recolección de información de acuerdo a la metodología mencionada, se presenta a continuación los puntos claves de tal cometido en cada uno de los objetivos planteados que orientaron, lo que inicialmente fue un proyecto y que ahora es una investigación consolidada. Igualmente, en el Capítulo 7, de forma introductoria para la presentación de los resultados, se detallan de manera precisa y temporal la ejecución de tales estrategias.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	FUENTE (S)	TÉCNICA (S)	PRODUCTO (S)
Identificar los aspectos nucleares y periféricos de las representaciones sociales que los profesionales de la salud prestadores de servicios en la SHMI del HSVP tienen frente a sus pacientes y la atención de los mismos.	<u>Primaria:</u> Profesionales de la Salud.	Observación naturalista no participante. Entrevistas semi-estructuradas. Análisis del discurso y contenido.	Transcripción de observaciones y entrevistas, además de su análisis cualitativo desde las categorías previamente establecidas (aspectos nucleares y periféricos de la representación social).
Explorar los aspectos tanto nucleares como periféricos de las representaciones que los pacientes usuarios en la SHMI del HSVP y sus familiares tienen frente a los profesionales de la	<u>Primaria:</u> Pacientes usuarios de la SHMI.	Observación naturalista no participante. Entrevistas semi-estructuradas. Análisis del	Transcripción de observaciones y entrevistas, además de su análisis cualitativo desde las

salud encargados de dicha sala y la atención médica brindada por los mismos.		discurso y contenido.	categorías previamente establecidas (aspectos nucleares y periféricos de la representación social).
Describir las dimensiones de las representaciones sociales (información, campo de la representación y actitud) que poseen tanto los profesionales de salud como los pacientes/familiares pertenecientes a la SHMI del HSVP sobre los actores sociales mencionados y la calidad del servicio ofrecido y recibido.	<u>Primaria:</u> Profesionales de la salud. Pacientes usuarios de la SHMI.	Observación naturalista no participante. Entrevistas semi-estructuradas. Análisis del discurso y contenido.	Transcripción de observaciones y entrevistas, además de su análisis cualitativo desde las categorías previamente establecidas (información, campo de la representación y actitud).
Identificar y comprender la dinámica (objetivación y anclaje) de las representaciones sociales encontradas en los actores sociales mencionados	<u>Primaria:</u> Profesionales de la salud. Pacientes usuarios de la SHMI.	Observación naturalista no participante. Entrevistas semi-estructuradas. Análisis del discurso y contenido.	Transcripción de observaciones y entrevistas, además de su análisis cualitativo desde las categorías previamente establecidas (objetivación y anclaje).
Identificar el tipo de roles	<u>Primaria:</u>	Observación	Transcripción de

asumidos por el paciente/familiares y los roles esperados por el profesional de la salud sobre el mismo durante su permanencia en el HSVP.	Profesionales de la Salud	naturalista no participante. Entrevistas semi-estructuradas. Análisis del discurso y contenido.	observaciones y entrevistas, además de su análisis cualitativo desde las categorías previamente establecidas (roles esperados y asumidos).
Describir y analizar el tipo de interacciones dadas en el HSVP desde indicadores como: afectividad, reciprocidad, equilibrio de poderes.	<u>Primaria:</u> Profesionales de la salud Pacientes usuarios de la SHMI.	Observación naturalista no participante. Entrevistas semi-estructuradas. Análisis del discurso y contenido.	Transcripción de observaciones, algunas grabaciones de voz sobre las interacciones y entrevistas, además de su análisis cualitativo desde las categorías previamente establecidas (afectividad, reciprocidad, equilibrio de poderes).
Identificar el tipo de Díadas de desarrollo generadas durante las interacciones dadas en el HSVP: díadas de observación, díadas de actividad conjunta, díadas primarias.	<u>Primaria:</u> Profesionales de la salud. Pacientes usuarios de la	Observación naturalista no participante. Entrevistas semi-estructuradas.	Transcripción de observaciones, algunas grabaciones de voz sobre las interacciones y

	SHMI.	Análisis del discurso y contenido.	entrevistas, además de su análisis cualitativo desde las categorías previamente establecidas (tipos de diadas).
Caracterizar el tipo de lineamientos que rigen y guían la atención médica prestada en el HSVP (aspectos formales organizacionales).	<u>Primaria:</u> Profesionales de la salud <u>Secundaria:</u> Documentos formales organizacionales (Ley 100, perfiles profesionales, etc).	Entrevistas semi-estructuradas. Consulta de Documentos organizacionales. Análisis del discurso y contenido.	Transcripción de entrevistas y síntesis de elementos claves –desde las categorías establecidas (aspectos formales organizacionales)- encontrados en los documentos consultados
Identificar el tipo de roles asumidos por el profesional de la salud y los esperados por los pacientes y familiares durante su permanencia en el HSVP.	<u>Primaria:</u> Pacientes usuarios de la SHMI.	Observación naturalista no participante. Entrevistas semi-estructuradas. Análisis del discurso y contenido.	Transcripción de observaciones y entrevistas, además de su análisis cualitativo desde las categorías previamente establecidas (roles esperados y asumidos).
Evaluar la calidad ambiental en	<u>Primaria:</u>	Observación	Transcripción de

el HSVP como inhibidor o potencializador de las actividades de interacción y por tanto generador de contextos de desarrollo humano tanto para los pacientes/familiares como para los profesionales de la salud.	Profesionales de la salud. Pacientes usuarios de la SHMI <u>Secundaria:</u> Diseño y organización de la estructura física destinada para el funcionamiento de Medicina interna	naturalista no participante. Entrevistas semi-estructuradas. Análisis del discurso y contenido.	observaciones y entrevistas, además de su análisis cualitativo desde las categorías previamente establecidas (iluminación, ventilación, presencia de plantas naturales en el lugar, decoración, ubicación y estructura de la sala, diadas de desarrollo). Registro fotográfico de la estructura física destinada para el funcionamiento de Medicina Interna.
--	--	--	--

7 . PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Dada la complejidad del problema a abordar y diversas situaciones presentadas en el contexto a investigar, se hizo necesario realizar una recolección de información en dos momentos distintos, para lograr una mayor validez en el análisis a presentar.

7.1 Primer Momento

En el presente apartado se realiza la presentación de resultados, los cuales han sido producto de las entrevistas semi-estructuradas de los diferentes actores sociales y las observaciones naturalistas realizadas durante un periodo de 6 días continuos, en diversas jornadas y turnos correspondientes; ello con el objetivo de obtener información en varios momentos y con la mayoría de actores sociales involucrados durante tal periodo.

Para efectos en la organización de la información recolectada a través de los diversos medios utilizados y posterior análisis, se han elegido algunos campos que permitan servir a los dos objetivos propuestos en esta sección, es decir, a la organización de tal información e igualmente al análisis posterior de las categorías propuestas como orientadoras de la investigación. Dichos campos

varían según el tipo de actor social que se exponga, razón por la cual se mencionarán y desarrollarán en el momento oportuno.

7.1.1 Actor Social: Paciente

- Contextualización de los Sujetos Entrevistados:

Es necesario aclarar que, en la primera visita a la SHMI realizada con el objetivo de enmarcar una contextualización de los pacientes con los cuales se desarrollaría la investigación a través de sus historias clínicas, ésta contaba con 5 pacientes con diversas condiciones de salud y sectores sociales; sin embargo, en la segunda visita realizada 2 días después para la iniciación del periodo de observación, la SHMI contaba con 2 pacientes y éstos eran distintos a los contextualizados en la primera visita.

Así, para efectos del presente estudio, se hace necesario puntualizar que, los pacientes que se caracterizan a continuación corresponden a aquellos que pudieron ser entrevistados o que, por la gravedad de su condición de salud hicieron parte de la observación –sin entrevista- y contaron con un familiar o acompañante que proporcionó la información requerida; además también se aclara que, en las primeras jornadas de tal periodo se decidió recolectar la información mediante dicha observación y solo hasta los días 4º y 5º se

realizaron las entrevistas, ello con el objetivo de lograr establecer un punto de referencia claro en el tiempo, al momento de indagar sobre la cantidad de días como usuarios de la SHMI, dada la afluencia irregular de los usuarios en ésta y tomando como punto significativo, tanto para la representación social sobre la calidad de la atención médica recibida por los pacientes/familiares como la brindada por parte de los profesionales de la salud encargados de la sala, la cantidad o confluencia de pacientes usuarios del servicio en dicho momento abordado.

Por tanto, el periodo de observación se inició con un 28.6% (2) pacientes que permanecían como usuarios hasta el 4º/5º día de tal periodo (con una estadía de 4 y 5 días respectivamente) y se terminó con un 71.4% (5) pacientes adicionales, quienes llevaban 1 día como usuarios de la SHMI relativo al momento en que se realizó la entrevista (4ª o 5ª jornada de observación). Cabe mencionar que en dicha estadía, no se toma en cuenta el periodo de trámites y tiempo invertido en el servicio de urgencias, necesario para llegar a ser usuario de la SHMI.

De esta manera, el 57.1% (4) de la población es masculina y el 42.9% (3) femenina, con rango de 27 a 76 años de edad y condiciones de salud diversas: anemia (14.3%), infección / dificultad con vías urinarias (42.9%), flebitis

(14.3%), bronco pulmonía (14.3%) e isquemia cerebral (14.3%). Cuyo nivel socioeconómico varía entre estrato 2, 3 y zona rural.

- Organización y desarrollo de campos

Los campos destinados para y desde este tipo de actor social –tal como se mencionó al inicio del presente apartado- se relacionan con: manejo de información por parte del paciente, el perfil esperado del profesional de la salud y la atención médica ideal, comportamientos presentados por el profesional de la salud, valoración sobre el profesional de la salud y la calidad en su atención. Se hace pertinente recordar que, en esta sección, el 28.6% (2) de la población no fue entrevistada por la complejidad de su condición de salud, aunque son tomados en cuenta en la observación.

Manejo de información por parte del Paciente

Este campo hace alusión a factores como: el consentimiento informado al paciente de su condición de salud y tratamiento, tomando en cuenta la utilización de un lenguaje claro por parte del profesional de la salud logrando que el paciente comprenda las causas y evoluciones en el estado de salud que lo hace usuario del servicio en la SHMI. Desde esta perspectiva, se encontró que el 71.4% (5) de los pacientes son conocedores de su condición de salud,

aunque solo un 57.1% (4) de ellos, expresó de manera clara y detallada cual había sido su estado, la comprensión de tal evolución y el tratamiento recibido.

Por otra parte, mediante las observaciones se encontró que el 57.1% (4) de la población de profesionales de la salud de la sala proporcionan de manera sencilla a cada paciente, cual ha sido su evolución hasta el momento, además de la información por éstos requerida, es decir, tipo de medicamentos, recomendaciones según su condición de salud, etc.; un 14.3%, (1) realiza lo anterior y de forma adicional expresa cual es el paso a seguir dentro de su utilización del servicio ofrecido en la SHMI (cambio de tratamiento, exámenes, remisiones, salidas, etc.), lo cual hace parte de su campo de acción directa y funcional en dicho contexto. Respecto al 28.6% (2) restante de la población de profesionales se encuentran ausentes de algún tipo de recolección de datos. (Ver. Resultados/ Actor Social: Profesionales de la Salud/ Contextualización de sujetos entrevistados).

El perfil esperado del Profesional de la Salud y la Atención Médica Ideal

De manera paradójica, se encontró una distinción basada en dos criterios que refieren a este mismo campo; lo anterior se relaciona con aquello que los pacientes consideran como el ideal tanto del profesional de la salud como de la atención médica, por una parte, y lo que esperan en el momento de la atención

en los diversos escenarios, para efectos de la presente investigación, la SHMI, por otra.

Así, el 71.4% (5) de los pacientes manifestaron que el ideal de dicho profesional y la mencionada atención, se enfoca en la amabilidad, atención y seguimiento de su evolución, el buen trato y la precaución en la administración - suministro de los medicamentos. Sin embargo, de éstos, un 57.1% (4) manifiesta que no esperaba encontrarse con ese ideal a través de expresiones como “como mas! Si no hay mas! No hay otra forma, así esta muy bien” (Pc. 2), “a mi me pasaron... de estrato 0 al 6” (Pc. 3), de los cuales, el 14.3% (1) expresó que dicha expectativa contraria a su ideal, había sido fruto de los comentarios de las personas en relación al servicio, calificando a los profesionales como “mala gente” (Pc. 2), así mismo, dentro de este porcentaje (del 57.1%) se encuentran los pacientes que tomaban como punto de referencia el servicio de urgencias, donde manifestaron que, la atención no era rápida, a veces no habían médicos, etc., sin embargo, también establecían argumentos luego de conocer el servicio de medicina interna, donde justificaban dichos comportamientos desde la cantidad de personas usuarias y el tipo de servicio. Mientras tanto, respecto a la SHMI manifiestan haber recibido buena atención y mas cuidado de parte de los profesionales, estando “a la altura de su profesión” (Pc. 3).

Por otra parte, del porcentaje inicial (del 71.4%), el 14.3% (1) restante expresa una coherencia tanto en el ideal como en lo esperado, dado que ya había sido usuario de la sala en periodos anteriores.

Comportamientos presentados por el Profesional de la Salud

Este campo, como su nombre lo indica, se relaciona con aquellas acciones concretas realizadas por los profesionales encargados de la sala objeto de esta investigación, respecto a lo cual se encontró que, el 71.4% (5) de los pacientes expresan de forma unánime, que dichos profesionales han: “estado pendientes, dialogan sobre lo que les van a hacer, indagan sobre el que y el como se sienten, comunican al acompañante como he estado, que me van hacer, y dan los medicamentos”.

De los anteriores, el 42.9% (3) establecen posibles causas sobre este tipo de acciones, encontrándose justificaciones relacionadas con el tipo de paciente (por ejemplo, rebeldes, manejables, etc), el tipo de estudio que han realizado, lo cual hace que sepan “tratar la gente según el problema que tenga” (Pc. 5) y tomen en cuenta la edad, “el respeto por los viejos...” (Pc.3) y en ocasiones, les “obliga a ser amables” (Pc. 3).

Así mismo, dentro de este porcentaje, el 14.3% (1) expresa que, en otro servicio en algún momento recibió atención poco cortés por parte de un profesional de la salud, pero que su hipótesis causal en ese momento se relacionó con que probablemente dicho profesional “tenía algún problema en casa” (Pc.3).

Por otra parte, se encontró que el 71.4% (5) de los profesionales de la salud, indagan en sus pacientes sobre el como se sienten, les preguntan sobre su estado, toman sus signos vitales, les explican los procedimientos, y en algunas ocasiones, indagan acerca de la vida personal del paciente: sus actividades, gustos, sentires, etc., que puedan estar relacionados con su condición de salud, dicha interacción se genera aún cuando los pacientes por su condición de salud tengan dificultad para comunicarse. Sin embargo, del porcentaje anterior, un 14.3% (1) aunque expresa la necesidad y urgencia de hacer un cambio en el tipo de instrumento médico utilizado con un paciente para un medicamento intravenoso, se demora aproximadamente 15 minutos en realizar dicho cambio, tiempo en el cual dialoga con su compañera de turno nocturno, estableciendo conversaciones ajenas al contexto de la atención medica y a la condición de salud de sus pacientes.

Valoración sobre el Profesional de la Salud y la Calidad en su Atención

Este último campo, se encuentra altamente relacionado con los anteriores, dado que se refiere a la valoración, juicio o postura que toma el paciente frente a lo que se presentó en dichos campos, es decir, corresponde a la evaluación que el paciente realiza del tipo de atención que ha recibido y los profesionales de la salud que le han atendido, tomando como experiencia referente el manejo de la información sobre sí mismo, además de, lo ideal, lo esperado y lo encontrado en tal contexto.

De esta manera, el 71.4% (5) de los pacientes manifiesta que se ha sentido “muy bien” con la atención recibida por parte de los profesionales de la salud en la SMHI, que ha sido “chévere” (Pc. 4), encontrando sus argumentos en los resultados expuestos mediante los campos anteriores.

7.1.2 Actor Social: Familiares

- Contextualización de los Sujetos Entrevistados:

En primera instancia, cabe aclarar que, en los momentos de recolección de información, el 57.1% (4) de los pacientes no contaron con acompañante

durante su estadía en la SHMI, por diversas causas: el 28.6% (2) por ser pertenecientes a la zona rural y sus familiares o amigos cercanos se encontraban laborando y el mismo porcentaje por poseer una condición de salud de bajo riesgo (infección vías urinarias); dichos pacientes solo contaron con visitas cortas, las cuales no pudieron ser entrevistadas, dado que en el momento de la solicitud para ello, argumentaron poseer información insuficiente al respecto, ya que solo iban de "visita".

Dado lo anterior, se tomará para este apartado como totalidad de la población, los acompañantes correspondientes al 42.9% (3) de los pacientes. De esta manera, el 33.3% (1) de dicha población es femenina y el 66.6% (2) es masculina, con grados de filiación primarios (esposos) el 66.6% (2) y amigos cercanos (vecinos) el 33.3% (1).

- Organización y Desarrollo de campos

Los campos destinados para y desde este tipo de actor social, corresponden al Perfil esperado del profesional de la salud y la atención médica ideal, además de los Comportamientos Presentados por el Profesional de la salud.

Perfil esperado del Profesional de la Salud y la Atención Médica Ideal

En este campo, el 66.6% (2) de la población toma como referente la experiencia propia, argumentando que “siempre me han atendido bien, esperaba lo mismo” (Ac. 3), igualmente, de ésta, el 33.3% (1) aclara la extrapolación de experiencias de un contexto a otro, “a mi me han tratado bien donde yo he ido, yo imagine que acá era igual” (Ac. 2). Respecto al 33.3% (1) restante de la población, manifiestan una situación paradójica en la que el ideal que tenían era distinto a lo que esperaban, dado que “creía que a las enfermeras no les importaba, no creía que fueran tan capaces en su oficio, me habían dicho que la atención de los hospitales como éste es realmente pésima” (Ac. 1), generándose en ésta un asombro.

Comportamientos presentados por el Profesional de la Salud

Este campo se relaciona como su nombre lo indica, con los comportamientos asumidos por el profesional, tanto desde los familiares como desde las observaciones realizadas. De ésta manera, el 100% de la población expresa que la atención de los profesionales de la sala ha sido muy buena, evidenciada a través de comportamientos como la formalidad tanto con el paciente como con el familiar, la educación, el buen trato, el estar pendientes y ser atentos, tal como lo expresan “si necesita algo ella llama y ahí mismito están, si necesita algo, así no sea urgente” (Ac. 1).

Por otra parte, se encontró que el 57.1% (4) de los profesionales de la salud usuarios de la SHMI, establecen conversaciones con los familiares sobre como éstos han observado al paciente, como se han sentido, y preguntas relacionadas con el contexto social y cotidiano del mismo que puedan relacionarse con su condición de salud, además de algunas recomendaciones en relación al paciente. Igualmente se observan en dichas interacciones, características como la cordialidad y amabilidad, además de un lenguaje sencillo y comprensible para los acompañantes en relación a la condición de salud del paciente.

7.1.3 Actor Social: Profesionales de la Salud

Contextualización de los Sujetos Entrevistados

En primera instancia, cabe aclarar que, el 28.6% (2) de la población perteneciente a este grupo se encuentran ausentes de todo tipo de recolección de información dado que, el 14.3% (1) de ésta se encontraba fuera de la ciudad en programas de capacitación y el 14.3% (1) restante no fue posible establecer una regularidad en su turno para abordarlo, tanto en observación como en la entrevista semi-estructurada.

Por otra parte, un 14.3% (1) de la población no fue accesible a la entrevista semi-estructurada argumentando la ausencia de tiempo para tal intervención, dado que debía organizar lo que le entregaban en el turno; sin embargo, se observó que su tiempo fue destinado a la revisión de los pacientes y la conversación informal con personal de la sala, cuyos contenidos eran ajenos a la situación de salud de la población a cargo.

De esta manera, de la población total, fue posible entrevistar al 57.1% (4) de la población y tomar en cuenta para la observación, al 71.4% (5) de la misma, dado las razones anteriores.

Así, del 71.4% (5) de la población el 57.1% (4) es femenina y el 14.3% (1) es masculina, con edades entre los 33 y 45 años aproximadamente; además de un rango promedio entre 8 y 13 años de servicio en el sector Salud.

- Organización y Desarrollo de Campos.

La información recolectada en el presente apartado cuyo actor social, son los profesionales de la salud, se encuentra organizada en campos que corresponden a: atención brindada al paciente, perfil esperado de paciente, comportamientos presentados por el paciente, el tipo de relación profesionales – familiares y finalmente la valoración de la SHMI como Contexto de Desarrollo.

Atención Brindada al Paciente

Este campo hace referencia a toda la información suministrada por el profesional de la salud en relación con el trato ofrecido a los pacientes, su comportamiento frente a éstos, las posibles causas de dicho comportamiento y el tipo de relación establecida con ellos, es decir, si solo se presenta un carácter informativo o además de ello se entabla una relación que da cuenta de la historia de vida de los pacientes. De esta forma, se puede decir que el 57.1% (4) de los profesionales refiere que la atención consiste en suministro de medicamentos correctamente y recomendaciones pertinentes a pacientes y familiares, de los cuales el 14.3% (1) agrega además, la evaluación, elaboración de la historia clínica, diagnóstico, examen físico diario, evoluciones, salidas y remisiones (Md). Así mismo, el 28.6% (2) considera dentro de la atención, tratar bien a los pacientes y brindarles apoyo emocional (Aux 1 y 3), y el 14.3% (1) restante considera además, la atención en los cuidados personales (bañarlos, vestirlos) en caso de no tener acompañante (Aux1 y 3).

Por otra parte, el 14.3% (1) de los profesionales, refieren que “en este momento es muy difícil explicarle bien al paciente los procedimientos dado a que hay pocas auxiliares y no les queda mucho tiempo para cubrir todas las demandas, pues los pacientes son muy exigentes y antes respetaban más su

labor” (Aux 2); el 42.9% (3) restante no hace algún comentario frente a este ítem. Así, con relación al tipo de relación, se encuentra que el 42.9% (3) manifiesta que es informativa y afectiva, es decir, se le suministra la información necesaria al paciente frente a las condiciones de su enfermedad y evolución, pero además, indagan por su vida familiar y cotidiana, les hablan, los hacen reír (Md. Aux 1y 3) y se encariñan con ellos (Aux 1); por otro lado, el 14.3% (1) restante manifiesta que es de carácter informativo y aún así, no hay mucho tiempo para explicarle bien al paciente los procedimientos (Aux 2).

Por otra parte, frente a las observaciones realizadas relacionadas con este campo, ya han sido presentadas en otro apartado. *Ver Actor Social Pacientes en Comportamientos presentados por el profesional de la Salud.*

Perfil Esperado de Paciente

Cabe mencionar que éste campo, se relaciona con el ideal de paciente contemplado por los profesionales, es decir, lo que desearían encontrarse en su cotidianidad. Teniendo en cuenta esto, se encontró que el 14.3% (1) refiere un paciente “sin enfermedad, lo cual considero una utopía, pacientes concientes de su enfermedad, colaboradores y con tolerancia al dolor” (Md). El 28.6% (2) coincide en que prefieren un paciente que no sea grosero ni

agresivo, que se deje atender y hable con el profesional (Aux 1 y 2); y el 14.3% (1) refiere “que se deje manejar” (Aux 3).

Comportamientos presentes en el Paciente

Este campo, se refiere a los comportamientos de los pacientes en el plano de lo real, es decir, diversas experiencias de los profesionales con los diferentes tipos de pacientes; por esto, se tiene que el 14.3% (1) de la población manifiesta que “son pacientes no concientes de su enfermedad y que al sentir una mínima mejoría quieren escaparse o salir de la sala” (Md). Otro 14.3% (1) considera que “son groseros, no se dejan atender ni hablan con los profesionales “(Aux 1); mientras que el 28.6% (2) restante, reconoce una población variada de pacientes, asequibles, dados a recepcionar aceptando la manera de proceder con la información, como lo manifiesta una profesional “bobos que se dejan manejar” (Aux 3) y a su vez, también se hallan agresivos que se niegan a escuchar.

De esta forma, se puede decir que el 28.6% (2) de los pacientes, debido a sus delicadas condiciones de salud, establecen relaciones limitadas con los profesionales, en las cuales, de parte del 57.1% (4) de los profesionales,

recibieron una atención basada en el saludo, seguimiento de signos vitales, recomendaciones en los medicamentos y contacto físico (el 14.3% (1) de los profesionales, se sienta en la cama del paciente, palpa, etc.) El 71.4% (5) de los pacientes entrevistados, establecieron relaciones con el total de la población de profesionales (57.1%) mediadas por el diálogo (respondiendo a interlocuciones relacionadas con: cómo están, como se han sentido, qué sienten, a que se dedican, cuánto tiempo llevan con la enfermedad, etc) y el contacto físico (el 14.3% de los profesionales, se sienta en la cama del paciente, palpa, da la mano, etc.)

Tipo de Relación Profesionales – Familiares

Este campo hace referencia a la manera como los profesionales se relacionan con los familiares de los pacientes y viceversa, para proporcionar información, dar recomendaciones e indicar tratamientos, por lo tanto, se encontró que el 14.3% (1) de los profesionales considera que los familiares, “como ya ha pasado un período crítico (comparado con el ingreso a urgencias), llegan más asequibles y colaboradores, lo que a su vez depende también de la manera como el profesional les explique y proporcione información frente al proceso a seguir “ (Aux 2); sin embargo el 48.2% no hace ninguna referencia frente a este interrogante,

En relación a las observaciones realizadas que se relacionan con este campo, ya han sido expuestas en otro apartado. *Ver Actor Social Familiares en Comportamientos presentados por el Profesional de la Salud.*

Valoración de la Sala como Contexto de Desarrollo

Al mencionar este campo, se hace referencia a lo que manifestaron los profesionales de la salud frente al tema de la SHMI, teniendo en cuenta las condiciones anteriormente halladas en el antiguo lugar de hospitalización y las encontradas en el nuevo espacio ofrecido por el Hospital para dicha sala. Realizando una breve descripción de la SHMI anterior, se puede encontrar un espacio amplio, ubicado en la parte posterior del Hospital, con escasa iluminación, paredes de bahareque, cobriza o techo con vigas en madera deteriorada y piso en baldosín antiguo (algunos apartados) y otros sólo en obra negra o cemento. Las instalaciones estaban adecuadas con un escritorio al ingresar, lo que establecía el límite con la Unidad Renal (RTS) que funciona cerca de este lugar, al interior, se encontraban 4 habitaciones con capacidad para 6 pacientes cada una y sin un espacio adecuado para el paciente ni el acompañante, finalmente, se hallaba un pequeño jardín en el centro de las habitaciones. Contrario a esto, el nuevo espacio dotado y condicionado para la SHMI, se encuentra ubicado en el segundo piso del Hospital, cerca de la Unidad de Cuidados Intensivos, Salas de Cirugía y Maternidad; cuenta con capacidad para 12 camas, con un pasillo, una habitación para descanso de los

profesionales y una estación de enfermería. Su construcción es relativamente nueva con piso en mármol, paredes en ladrillo y cemento, totalmente repelladas y estucadas, cobrizas en placa fácil igualmente pintadas acorde al resto de espacios de la sala, miradores al interior de cada habitación; que colindan con sectores vecinos y proporcionan vista a otros lugares de la ciudad, así como un mirador que bordea la sala y comunica con el primer piso al parque adecuado para los niños internados en la Sala de Pediatría, en donde se ubican diferentes plantas artificiales y naturales que adornan el lugar. Su iluminación es adecuada y el espacio es relativamente amplio.

Por lo descrito anteriormente, se encuentra que el 28.6% (2) de los profesionales, refirió que el cambio es grande en relación a la antigua SHMI, ya que ésta es la parte vieja que se encuentra arruinada, deterioro visto a manera personal y manifestado por los pacientes “se iba y se tiraba al paciente, se sentían como abandonados, tirados” (Aux 2), además “no estaba adecuado el servicio, el techo se estaba cayendo y no había buena iluminación en los pasillos” (Aux 1). En cambio en la nueva sala el cambio es “rotundo”, no se maneja infecto y se hace la valoración “la sala es como una clínica” (Aux1).

7.2 Segundo Momento

En el presente apartado se realiza la presentación de resultados, los cuales han sido producto de las entrevistas semi-estructuradas de los diferentes actores sociales y las observaciones naturalistas realizadas durante un periodo de 7 días (2 aleatorios, resultantes de un inconveniente administrativo para acceder a la sala objeto de estudio y 5 continuos), en diversas jornadas y turnos correspondientes; ello con el objetivo de obtener información en varios momentos y con la mayoría de actores sociales involucrados durante tal periodo.

Para efectos en la organización de la información recolectada a través de los diversos medios utilizados y posterior análisis, se han elegido los mismos campos utilizados en el primer periodo, ello con el objetivo de facilitar la cohesión entre los mismos en el momento del análisis.

7.2.1 Actor Social: Paciente

- Contextualización de los Sujetos Entrevistados:

La segunda fase del proceso de entrevistas y observaciones realizadas en la SHMI, -cuyas razones de funcionalidad ya fueron expuestas al iniciar este

numeral-, se enmarca en un contexto, donde la sala cuenta con 18 pacientes (100%), en diversas condiciones de salud y sectores sociales, de los cuales sólo fue posible entrevistar al 33.3% (6) de ellos, dado que el 33.3% (6) de los restantes se encontraban en delicado estado de salud, sin embargo, de éstos solo el 22.2% (4) contaron con acompañantes que suministraron la información pertinente. Del 33.3% (6) de los pacientes faltantes, el 27.7% (5) corresponden a una visita realizada en las horas de la noche, quienes se encontraban en estado de reposo y que no fue posible entrevistar al día siguiente por inconvenientes en el acceso a la sala debido a condiciones administrativas, el 5.5% (1) de los pacientes restantes de nuestra última visita, iniciaba su proceso de ingreso a la sala y se encontraba en crisis remitido por una neumonía.

Cabe aclarar que, igual al primer momento, los pacientes que no pudieron ser entrevistados por las razones manifestadas anteriormente, hacen parte de la población total del presente estudio dado que la recolección de la información fue realizada por diversos medios (por ej. observación naturalista).

Así, el 61.05% (11) de la población es femenina y el 38.85% (7) es masculina, con rango de 18 a 75 años de edad y condiciones de salud diversas: Dolor torácico (5.55%), Trombo embolismo (5.55%), Hipertensión (11.1%), diabetes (16.65%), neumonía / asma/ dificultades respiratorias (61.05%). Cuyo nivel socioeconómico varía entre estrato 2, 3 y zona rural.

Por otra parte, cabe mencionar que, el periodo de observación se inicio con un 33.3% (6) de los pacientes, quienes tenían entre 1 y 7 días de estadía en la SHMI, correspondientes a los días aleatorios mencionados anteriormente; respecto al periodo continuo, se inicio con un 49.95 % (9) de pacientes con un tiempo de 5 a 8 días como usuarios de la SHMI, y finalizo con 16.65% (3) de pacientes adicionales, de los cuales el 11.1% llevaban 3 días de estadía en la misma y el 5.5% restante iniciaba su proceso de ingreso.

Igualmente, el periodo de recolección de información a través de las entrevistas, se realizó en dos momentos (1er y 5to día de visita, durante el periodo continuo), con el 33.3% (6) de pacientes, dado las condiciones ya mencionadas, cuyo tiempo de permanencia oscila entre dos y ocho días. Cabe mencionar que en dicha estadía, no se toma en cuenta el periodo de trámites y tiempo invertido en el servicio de urgencias, necesario para llegar a ser usuario de la SHMI.

- Organización y desarrollo de campos

Los campos destinados para y desde este tipo de actor social –tal como se mencionó al inicio del presente apartado- se relacionan con: manejo de información por parte del paciente, el perfil esperado del profesional de la

salud y la atención médica ideal, Comportamientos Presentados por el Profesional de la salud, Valoración sobre el Profesional de la salud y la calidad en su atención.

Por otra parte, se hace necesario aclarar, dado que en este segundo momento se conto con la presencia de estudiantes practicantes en la SHMI, que los datos recolectados mediante las entrevistas realizadas a los pacientes en relación a los profesionales de la salud y la atención medica recibida no poseen una distinción entre practicantes y profesionales, razón por la cual los adjetivos y juicios calificativos se encuentran contruidos por la interacción del paciente con ambos.

Manejo de información por parte del Paciente

Cabe recordar que, éste campo hace alusión a factores como: el consentimiento informado al paciente de su condición de salud y tratamiento, tomando en cuenta la utilización de un lenguaje claro por parte del profesional de la salud logrando que el paciente comprenda las causas y evoluciones en el estado de salud que lo hace usuario del servicio prestado en la SHMI. Desde ésta perspectiva, se encontró que el 33.3% de los pacientes son conocedores de su condición de salud, aunque solo un 27.7% de ellos, expresó de manera clara y detallada cual había sido su estado, la comprensión de tal evolución y el tratamiento recibido, el 5.5% restante, refiere que aunque le han explicado un

poco acerca de sus condiciones, aún están a la espera del resultado de algunos exámenes para definir diagnóstico y tratamiento.

Por otra parte, mediante las observaciones se encontró que el 42.9 % de la población de profesionales de la salud de la sala proporcionan de manera sencilla a cada paciente, cual ha sido su evolución hasta el momento, además de la información por éstos requerida, es decir, tipo de medicamentos, recomendaciones según su condición de salud, etc.; el 14.3% restante, realiza lo anterior y de forma adicional expresa cual es el paso a seguir dentro de su utilización del servicio ofrecido en la SHMI (cambio de tratamiento, exámenes, remisiones, salidas, etc.), lo cual hace parte de su campo de acción directa y funcional en dicho contexto. Respecto al 42.9% restante de la población de profesionales se encuentran ausentes de algún tipo de recolección de datos. (Ver. Resultados/ Actor Social: Profesionales de la Salud / Contextualización de sujetos entrevistados).

Finalmente, en relación a los estudiantes practicantes, a través de las observaciones, se encontró que el 100% de dicha población, en primera instancia realiza la anamnesis de los pacientes que ingresan a la SHMI en la medida en que éstos lleguen en su tiempo de prestación del Servicio; a continuación, ésta es revisada por el docente supervisor, quien les proporciona las pautas necesarias según el estado de salud del paciente, generando a los

practicantes la información pertinente para su comprensión del caso y el posterior manejo de la misma en el momento en que el paciente lo solicite. De esta manera, el 100% de la población de estudiantes practicantes, utiliza un lenguaje sencillo e intenta por diversos medios la comunicación clara y comprensiva con el paciente.

El perfil esperado del Profesional de la Salud y la Atención Médica Ideal

En relación a éste campo, se encontró que el 33.3% de los pacientes coinciden en que la atención medica ideal se relaciona con aspectos como: la escucha, la amabilidad, atención, buen trato, seguimiento de su evolución y explicación de diagnóstico y tratamiento: “están muy pendientes, colaboradores y me escuchan cuando necesito algo” (Pc. 2).

Sin embargo, al igual que en el primer momento de recolección de datos, se encontró una distinción basada en dos criterios; es decir, por una parte con aquello que los pacientes consideran como el ideal del profesional de la salud y de la atención médica, y por otra, lo que ellos esperan en el momento de la atención en los diversos escenarios, en este caso SHMI.

De esta manera, el 22.2% de los pacientes refiere que esperaban la atención recibida, dado que son usuarios reincidentes de la Sala por su condición de

salud: “son muy dedicados, siempre me han salvado la vida” (Pc.4); “siempre me han tratado así de bien” (Pc.2). El 11.1% de los pacientes restantes refieren que no esperaban encontrar una coherencia entre su ideal del profesional de la salud y de la atención médica y el servicio recibido, dado que su expectativa había sido permeada por comentarios de personas que en algún momento habían sido usuarias de los servicios del HSVP: “No, porque una amiga me dijo que esto era malo, pero la verdad me ha parecido muy buena” (Pc.5).

Adicionalmente, el 11.1% de los pacientes aunque manifiestan una buena atención, la comparan con la recibida en la anterior sala, para lo cual expresan: “He recibido buena atención, han estado pendientes de mí y todo, ya conocía porque hace cuatro años estuve en la misma sala pero abajo, allá había mala atención” (Pc.6); “Me parece mejor acá, porque hay mejor atención, y a los acompañantes los dejan quedar de noche, en cambio allá no había donde recostarse ni siquiera los acompañantes por la noche ni nada y acá no me ha tocado estar sola porque hay veces que no puedo ni pararme” (Pc.7).

Comportamientos presentados por el Profesional de la Salud

Este campo, como su nombre lo indica, se relaciona con aquellas acciones concretas realizadas tanto por los profesionales encargados de la sala objeto

de esta investigación como los estudiantes practicantes prestadores de servicio en ella, respecto a lo cual se encontró que, el 33.3% de los pacientes expresan de forma unánime, que dichos profesionales han estado “pendientes”, dialogan sobre lo que les van a hacer, indagan sobre el que y el como se sienten, comunican al acompañante como han estado, etc.

Sin embargo, de éstos, el 5.5% de los pacientes expresan que si bien están pendientes de ellos e indagan sobre sus condiciones de salud, no han podido definir diagnóstico o tratamiento a seguir porque están a la espera de los resultados de algunos exámenes (Pc 6).

Por otra parte, se encontró que el 57.2% de los profesionales de la salud, indagan en sus pacientes sobre el como se sienten, les preguntan sobre su estado, toman sus signos vitales, les explican los procedimientos, y en algunas ocasiones, indagan acerca de la vida personal del paciente: sus actividades, gustos, sentires, etc., que puedan estar relacionados con su condición de salud, dicha interacción se genera aún cuando los pacientes por su condición de salud tengan dificultad para comunicarse. El 42.9% restante de la población, se encuentra ausente de todo tipo de recolección de información. (Ver. Resultados/ Actor Social: Profesionales de la Salud / Contextualización de sujetos entrevistados).

Finalmente, en relación a los estudiantes practicantes, se encontró que el 100% de éstos, realizan la anamnesis de los pacientes que ingresan a la sala en sus horas de servicio, ayudan en el aseo personal de los pacientes si éstos no cuentan con un acompañante que pueda asumir dicha labor, establecen diálogos sencillos con los mismos en relación a su estado mediante preguntas básicas: ¿Cómo ha estado? Como se ha sentido? Como amaneció?. Igualmente acompañan el paso de revista en la mañana, realizado por la enfermera de turno, el medico internista y el medico auditor.

Valoración sobre el Profesional de la Salud y la Calidad en su Atención

Es necesario recordar que, éste último campo, se encuentra altamente relacionado con los anteriores, dado que se refiere a la valoración, juicio o postura que toma el paciente frente a lo que se presentó en dichos campos, es decir, corresponde a la evaluación que el paciente realiza del tipo de atención que ha recibido y los profesionales de la salud que le han atendido, tomando como experiencia referente el manejo de la información sobre si mismo, además de, lo ideal, lo esperado y lo encontrado en tal contexto.

De esta manera, el 33.3% de los pacientes manifiesta que la atención recibida por parte de los profesionales de la salud en la SMHI ha sido “Muy buena” y

que “todo ha estado bien” (Pc.2), encontrando sus argumentos en los resultados expuestos mediante los campos anteriores.

7.2.2 Actor Social: Familiares

- Contextualización de los Sujetos Entrevistados:

En primera instancia, cabe aclarar que, en los momentos de recolección de información, el 33.3% de los pacientes no contaron con acompañante durante su estadía en la SHMI, por diversas razones: situación laboral de los familiares y visitas cortas, las cuales no pudieron ser entrevistadas, dado que en el momento de la solicitud para ello, argumentaron poseer información insuficiente al respecto, ya que solo iban de “visita”.

Igualmente, es necesario recordar que el 33.3% de los pacientes restantes, el 27.7% corresponden a una visita realizada en las horas de la noche, quienes se encontraban en estado de reposo con sus acompañantes y no fue posible entrevistar al día siguiente por inconvenientes en el acceso a la sala debido a condiciones administrativas, y el 5.5% complementario de dichos pacientes, corresponde a la ultima visita realizada, el cual iniciaba su proceso de ingreso a la sala, remitido por una neumonía y su acompañante se encontraba en la gestión de los tramites pertinentes.

Así, del 100% de la población de pacientes, solo el 33.3% de éstos contó con acompañante, de los cuales el 11.1% asumen no solo el rol de cuidadores constantes, sino también de interpretadores y locutores del estado del paciente, dado que éste por su condición de salud no puede manifestarlo directamente.

Dado lo anterior, se tomará para este apartado como totalidad de la población, los acompañantes correspondientes a este 33.3% de los pacientes. De esta manera, el 83.5% (5) de dicha población es femenina y el 16.7% (1) es masculina, con grados de filiación primarios (de paternidad y hermandad) en la totalidad de la población.

- Organización y Desarrollo de campos

Los campos destinados para y desde este tipo de actor social, corresponden al Perfil esperado del profesional de la salud y la atención médica ideal, además de los Comportamientos Presentados por el Profesional de la salud, igual que en el primer momento de recolección de información.

Perfil esperado del Profesional de la Salud y la Atención Médica Ideal

En este campo, el 83.5% de la población toma como referente las experiencias anteriores, dado que sus familiares son pacientes reincidentes como usuarios de la SHMI: “he estado acá tres veces y a ella la han atendido bien todas las veces” (Ac. 3); el 16.7% restante de la población, esperaba encontrarse una atención similar a la recibida en la SHMI anterior a la actual, argumentando que “se han vuelto mas humanitarias, antes eran muy groseras...lo cuartos eran de 6 y estos cuartos son de 2, y ahora como hay mucha enfermera joven, porque las de antes eran como de mala clase y a lo ultimo uno sale peleando con la gente, pero ahora esto esta muy bueno” (Ac. 4).

Comportamientos presentados por el Profesional de la Salud

Cabe recordar que, este campo como su nombre lo indica, se relaciona con los comportamientos asumidos tanto por el profesional como por el estudiante practicante, tanto desde los familiares como desde las observaciones realizadas. De ésta manera, el 100% de la población expresa que la atención de los profesionales de la sala (termino utilizado tanto para profesionales como estudiantes sin distinción) ha sido muy buena, evidenciada a través de comportamientos como la formalidad tanto con el paciente como con el familiar: “me gusto mucho, los médicos son muy tratables” (Ac. 1), la educación, el buen trato, el estar pendientes y ser atentos.

Por otra parte, se encontró que el 57.2% de los profesionales de la salud usuarios de la SHMI, igual que en el primer momento de recolección de información, establecen conversaciones con los familiares sobre como éstos han observado al paciente, como se han sentido, y preguntas relacionadas con el contexto social y cotidiano del mismo que puedan relacionarse con su condición de salud, además de algunas recomendaciones en relación al paciente. Igualmente se observan en dichas interacciones, características como la cordialidad y amabilidad, además de un lenguaje sencillo y comprensible para los acompañantes en relación a la condición de salud del paciente.

Finalmente, en relación a los estudiantes practicantes que prestan su servicio en la SHMI, se encontró que el 100% de la población posee una comunicación limitada con los acompañantes, dedicándose sólo a la atención del paciente, es decir, las inquietudes por parte de los acompañantes siempre son remitidas, realizadas y/o atendidas por la enfermera de turno o el medico internista.

7.2.3 Actor Social: Profesionales de la Salud

- Contextualización de los Sujetos Entrevistados

En este segundo momento, en lo concerniente a dichos actores sociales, se hace necesario aclarar que, el inconveniente de tipo administrativo mencionado hasta el momento en el presente apartado, hace referencia al cambio de personal de la SHMI, generándose una rotación de personal, incluyendo la Enfermera Jefe, forjando la iniciación de un nuevo proceso de legalización en la autorización recibida para la recolección de la información necesaria para la presente investigación.

Sin embargo, dado la misma circunstancia de adaptación del nuevo personal a las condiciones que la SHMI exige, no fue posible la entrevista a éste, tomando en cuenta además, que la Enfermera Jefe de la Sala tiene a su vez, la responsabilidad de otros sectores del hospital, lo que le implica una multifuncionalidad y menor disposición en términos de tiempo.

Igualmente, cabe mencionar que, como actor constante en la SHMI al primer momento de recolección de información está el medico internista de la sala.

Por otra parte, es de agregar que, en este periodo de recolección de información, la sala contó con el servicio de los estudiantes practicantes la Universidad Libre y la Universidad Santiago de Cali, quienes contaron con un docente supervisor de cada institución para los ejercicios de los estudiantes. No obstante, dada las situaciones anteriores de adaptación, organización de la

sala y precauciones en las practicas de los estudiantes, tampoco fue posible establecer un dialogo con ellos sobre sus imaginarios en relación a la calidad de la atención medica brindada y su ejercicio profesional.

Por esta razón, en este apartado, solo es posible presentar la información correspondiente a las jornadas de observación, tanto de los profesionales de la salud como de los estudiantes practicantes.

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la sala cuenta con un total de 13 profesionales de la salud, discriminados en 2 grupos de la siguiente manera:

- **Primer Grupo: Profesionales**

- Médico Internista (1)

- Enfermera Jefe (1)

- Auxiliares (5)

- **Segundo Grupo: Estudiantes en Práctica**

- Universidad Libre / U. Santiago de Cali / INFA (6)

Es así como dentro de las observaciones realizadas, se tienen en cuenta 10 actores sociales dado que, por diferencias de turnos no fue posible establecer regularidad con 3 de las auxiliares que representan el 42.9% de la población de profesionales. De esta manera, el 57.2% (4) profesionales hacen parte del

proceso de observación, donde el 28.6% (2) son auxiliares, el 14.3% (1) es la enfermera jefe y el 14.3% (1) restante, es el médico internista. Así mismo, el 100% (6) de los estudiantes en práctica pueden ser observados en sus interrelaciones dentro de la SHMI.

- Organización y Desarrollo de los Campos

Dentro de los campos establecidos en el presente apartado para la organización de los resultados, se encuentran los que corresponden a: Atención brindada al paciente, Perfil esperado de paciente, Comportamientos presentados por el paciente, el Tipo de relación Profesionales – Familiares y finalmente la Valoración de la SHMI como Contexto de Desarrollo, igual que en el primer momento de recolección de información.

Sin embargo, dado que, como ya se menciona en secciones anteriores, éste grupo no posee un discurso que permita la organización de tales contenidos como resultados, solo se presentaran las observaciones. En relación a ello, debe mencionarse que, los datos referentes al primer y cuarto campo, ya han sido presentados en otro apartado, *Ver Actor Social Paciente y Familiares en Comportamientos presentados por los Profesionales de la Salud*, respectivamente; y en lo que compete al segundo campo y quinto campo, el perfil esperado del paciente y la valoración de la sala como contexto de

desarrollo, no posee datos dado que, solo se adquieren en el discurso del actor social.

De esta manera, a continuación se presentan los datos observados en el campo restante.

Comportamientos presentados por el Paciente

Como su nombre lo indica, este campo hace referencia a los comportamientos que presentan los pacientes, por lo cual, es objeto de descripción las interrelaciones presentadas paciente – profesional, y los comportamientos observados en los pacientes cuando un profesional ingresa a su habitación; así mismo, se resalta que en lo que se refiere a los profesionales, se tiene en cuenta lo observado en el primer campo.

De esta forma, se puede decir que el 33.3% de los pacientes, debido a sus delicadas condiciones de salud, establecen relaciones limitadas con los profesionales, en las cuales, de parte del 57.2% de los profesionales, recibieron una atención basada en el saludo, seguimiento de signos vitales, recomendaciones en los medicamentos y de igual forma se observó que el 100% de los estudiantes en práctica se involucró en el proceso de estos pacientes, contribuyó a su aseo diario y se mantuvo pendiente de las

formulaciones médicas y exámenes. El 33.3% de los pacientes entrevistados, establecieron relaciones con el total de la población de profesionales (57.2%) y de estudiantes (100%) mediadas por el diálogo (respondiendo a interlocuciones relacionadas con: cómo están, como se han sentido, qué sienten, a que se dedican, cuánto tiempo llevan con la enfermedad, etc) y el contacto físico (el 14.3% de los profesionales, se sienta en la cama del paciente, palpa, da la mano, etc.)

8 . ANALISIS

Para lograr comprender la dinámica de una representación social, se hace necesario descubrir e interpretar cada uno de los factores que desde las diversas perspectivas la componen, tomando en cuenta que tales no solo se dirigen a ella como un contenido social que ha sido construido y que da significado a las interacciones, sino también como un proceso que se dinamiza en las mismas y que se consolida con las novedades y las concordancias/discordancias del grupo en el cual surgen y se recrean.

De esta manera, cabe iniciar este apartado desde la discusión sobre tales elementos encontrados en cada grupo, compuesto para la presente investigación, por cada tipo de actor social. Posterior a ello, se retomaran los elementos claves que permiten un acercamiento a la dinámica de interacción en la totalidad de la población, lo cual no solo proporcionará nociones que permitan comprender las representaciones sociales de cada grupo, sino a su vez, como éstas se dinamizan con las demás generando una congruencia o incongruencia según el rol desempeñado por los actores sociales en dicho contexto.

Finalmente, es necesario mencionar que, cada campo propuesto para la organización de los resultados, no solo da cuenta de las interacciones generadas al interior de cada grupo, sino que visualizan la relación entre los mismos, presentando a su vez las categorías de análisis que darán cuenta de las representaciones sociales objeto del presente estudio.

8.1 Actor Social: Pacientes

En primera instancia, cabe recordar que los campos propuestos para la organización de los resultados en este grupo se relacionan con: 1. Manejo de la información por parte del paciente, 2. Perfil esperado del profesional de la salud y Atención Médica ideal, 3. Comportamientos presentados por el Profesional de la Salud y 4. Valoración sobre el profesional de la salud y la calidad de su atención.

Así, tomando como indicadores del primer campo el (a.) consentimiento informado al paciente sobre su condición de salud y tratamiento, (b.) la utilización de un lenguaje claro por parte del profesional de la salud en su interlocución con el paciente, y (c.) la comprensión por parte del mismo sobre las causas y evoluciones en el estado de su salud, se encontró que la mayoría

de la población, tanto en el primer momento de recolección de información, como en el segundo, no sólo manifiestan que tales indicadores han sido presentados en su estadía como usuarios de la SHMI, sino que ello se evidencia a través de la clara comunicación del propio paciente sobre su estado y su proceso de hospitalización.

En lo concerniente al segundo campo, se toman como indicadores aspectos como: (a.) la amabilidad, (b.) la atención y el seguimiento de su evolución, (c.) el buen trato y (d.) la precaución en la administración - suministro de los medicamentos, encontrándose la presencia de éstos en ambos momentos de recolección de información. Sin embargo, ha de notarse que, la población compuesta en el primer momento, manifiesta en su mayoría, una discordancia entre el ideal que tenían y lo que esperaban encontrar en la SHMI, argumentando como causa la fuente de la información relacionada con los Servicios del HSVP, mientras que en el segundo momento, la concordancia entre tal ideal y su expectativa se relaciona en su mayoría, con la reincidencia de los pacientes como usuarios del servicio.

De ésta manera, se encuentra que, tanto en el primer como segundo momento de recolección de información, los medios de comunicación y las experiencias previas juegan un papel fundamental en la construcción de la representación social de este grupo sobre la atención médica ideal, la cual siendo

comprendida como un conocimiento con contenido, permite ver que la información manejada por los pacientes sobre el servicio de atención médica tiene fuentes como: comentarios de personas allegadas sobre el servicio, tomar como punto de referencia la atención médica recibida en el servicio de urgencias y la experiencia previa al haber sido usuario de la SHMI, lo cual genera una actitud o una expectativa relacionada con lo positivo o negativo del servicio de la sala según la fuente de información que maneje el paciente e igualmente marca un campo de la representación según dichos elementos.

Sin embargo, fíjese bien que al ser diferente la expectativa con la cual llegan los pacientes a lo encontrado en el servicio de la sala, se genera una nueva fuente de información relacionada con la experiencia propia, lo cual dinamiza un cambio tanto en la actitud como en el campo de la representación que los pacientes manejaban antes de vivir la experiencia como usuarios de la sala, encontrándose pues, una actitud positiva, tanto desde aquellos cuya experiencia resulta novedosa, como desde quienes han sido usuarios reincidentes de dicho contexto, con un campo de la representación, es decir, con una creencia y vivencia basada en la propia experiencia, y cuyo contenido se compone de los indicadores mencionados.

Por otra parte, aunque en el mismo orden de ideas, se encuentra el tercer campo en la organización de los resultados, relacionado con los

comportamientos presentados por el Profesional de la Salud, en el cual se hallan como indicadores los siguientes: (a.) indagar sobre el que y como se sienten los pacientes, (b.) comunicar a los acompañantes los procedimientos médicos a realizar con sus pacientes y (c.) estar atentos, “pendientes” de las necesidades y solicitudes del paciente.

Dichos indicadores se presentaron en los momentos de la recolección de información, rescatándose en ambos, la importancia de la comunicación profesional de la salud – paciente/acompañante. Igualmente, al indagarse sobre las posibles causas de tales comportamientos, se encontró que dentro de los imaginarios y/o creencias de los pacientes, se expone como tales, el tipo de estudio que los profesionales han realizado, el “respeto por los viejos”, lo que les hace ser amables o en el caso de la descortesía, posibles problemas en casa.

De esta manera, es posible evidenciar también, como los imaginarios, las creencias, y en sí mismas, las representaciones sociales que se construyen alrededor de cada suceso, marcan una forma de proceder y denotan una forma de comprender la realidad que rodea a los individuos.

Así, para este grupo, el ideal de la atención médica y el perfil esperado del profesional de la salud termina siendo congruente con los comportamientos y

servicios recibidos en la sala, generándose una valoración – cuarto y último campo en la organización de resultados - denotada como “muy buena” y argumentada en cada aspecto indicado en los campos anteriores.

Ahora bien, en lo que a esto respecta, cabe resaltar una condición que de forma extraña se exhibe, y ésta se relaciona con la interacción diádica ausente que se presenta entre los mismos pacientes, es decir, dentro de las observaciones realizadas se encontró que los pacientes, aunque permanecen dos por cuarto, no generan relaciones diádicas entre sí, siendo su única interlocución con sus acompañantes o directamente con los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, estudiantes practicantes –en el caso del segundo momento-). Dicho acontecimiento lleva a cuestionar el motivo por el cual, la mayoría de los pacientes comparten las mismas dinámicas dentro de sus representaciones sociales, siendo que sus redes de interacción con las personas que comparten una misma condición (ser usuarios de la SHMI) son ausentes y siendo que los objetos, por los cuales se les indagan son comunes a todos.

En este sentido, se trae a discusión los contenidos de conceptos como la objetivación y el anclaje, los cuales dan cuenta de la representación social vista como proceso y donde por tanto, se dinamiza la constitución de los significados

y los símbolos que permiten un claro entendimiento del lenguaje utilizado, proporcionando a su vez la posibilidad de un diálogo comprensible con otros.

Tomando en cuenta lo anterior, podría decirse que la objetivación atiende a la necesidad de un sistema de referencia que permita el funcionamiento dentro de un grupo, mientras que el anclaje de forma complementaria y a su vez dinámica, responde a la necesidad de pertenecer al mismo, dependiendo directa y sustancialmente de la interacción con los pares o con los otros. Ahora bien, dada la condición extraordinaria hallada en el presente estudio, cabría pues el cuestionamiento de la existencia de tales procesos en las dinámicas de las representaciones sociales aquí encontradas, a lo cual se pueden plantear diversas hipótesis en miras de una respuesta.

Toda representación social para su consolidación requiere inherentemente de tales procesos, tomando en cuenta que ésta no es la reproducción fidedigna de lo social, sino que ella se construye y se percibe según la subjetividad del individuo que la incorpora en su sistema de referencia, de creencias, de valores, haciendo pues que sea una constante construcción en el diálogo entre lo subjetivo y lo social. Dado lo anterior, aun en este caso con su condición extraordinaria, debe funcionar de tal forma, pues el grupo no está ausente de representación social sobre la calidad de la atención médica, tal como ya se expuso. La cuestión es responder ¿Cómo funciona en este caso?, ante esto podría decirse que en términos de pertenencia, una primera condición que

emerge como cohesora de este grupo, es precisamente aquella que los hace usuarios de la SHMI, es decir, un primer elemento que comparten es una condición de salud que requiere un seguimiento mayor a 24 horas y cuya atención no puede ser ambulatoria, lo que significa que es compartido por familiares, pacientes y profesionales al ser usuarios y ofrecer el servicio en la SHMI, ello permite que se generen diversas interacciones alrededor de una sola condición y dinámica compartida (servicio de hospitalización y ser usuarios de la sala).

De ésta manera, se encuentra un anclaje que de forma parcial vincula a cada paciente con dicho contexto, aunque ello no implica la construcción de un colectivo que permita decir que dicha representación social se genera y recrea por la interacción del grupo de pacientes, al menos no en este caso en particular, dado que, aunque su condición de salud los hace pertenecientes a la sala y el servicio que ahí se presta, no implica ni obliga a una interacción con los demás usuarios, como sucedería en el caso de pacientes que pertenezcan a un grupo de tratamiento de Cáncer o VIH.

Ahora bien, retomando que la objetivación de la representación social manejada por este grupo sobre la Calidad de la atención Médica, con todo lo que ello implica –roles, ideales, creencias, etc - se define en términos operacionales, es decir, en los indicadores que han sido discutidos desde el

inicio del apartado (la comunicación, el buen trato, la atención, la escucha, etc.), se encuentra que el anclaje, dentro de la misma dinámica, no pareciera encontrar una raíz que sustentase tales hechos de congruencia. Sin embargo, estamos sólo en el nivel del microsistema, es decir, limitados a la experiencia observada en un contexto definido y que solo comprende un período en la vida de tales individuos, es aquí, donde cabe recordar la existencia de niveles mayores de interacción, tales como el macro, meso- y exo- sistema, de los cuales por cuestiones de competencia, solo se acudirá a la connotación de aquel que representa la cultura, sus valores y sus tradiciones, es decir, el macrosistema.

Si se retoman los resultados en los cuales, los pacientes manifiestan las fuentes de información que rodean su representación, se encontrara que factores como los medios de comunicación con otros por fuera del contexto inmediato (SHMI), y la experiencia previa y propia, han aportado los elementos necesarios para la consolidación de tal representación en sus sistema de creencias, es decir, seguramente existieron interacciones, relaciones y redes sociales para cada paciente, anteriores a los observados en esta investigación, que permitieron la emisión de tales respuestas en el momento de la recolección, lo cual demuestra que, si bien a nivel del microsistema es confuso intentar encontrar el anclaje de la representación social sobre la calidad de la atención médica, dado los lasos colectivos difusos del grupo, es posible

encontrar la consolidación de su proceso en un nivel mayor, el nivel del macrosistema, que es compartido y construido diariamente, además de retroalimentado por la cultura y lo que ella implica, es decir, un diálogo entre el presente, la historia y el ideal futuro.

De esta manera, puede decirse entonces que, respecto a las relaciones diádicas que pudiesen observarse entre los pacientes como grupo, se presentan en la ausencia, limitando sustancialmente aspectos como la afectividad, la reciprocidad y el equilibrio de poderes, necesarios para cualquier tipo de interacción, lo que sucede de forma distinta en el caso de la relación paciente- acompañante – profesional de la salud, pero que se retomará mas adelante.

Por otra parte, en relación a los roles desempeñados por los pacientes, se encuentra que están involucrados directamente con elementos como las actitudes y el campo de la representación, desde lo cual se evidencia que el rol asumido por los pacientes en general, es positivo en términos de la apertura al diálogo y al seguimiento de las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud, aportando elementos claves para el surgimiento de relaciones diádicas proveedoras de desarrollo en diversos niveles, lo cual como se mencionó en el párrafo anterior, se discutirá posteriormente.

Es necesario retomar un suceso que se exhibe en el segundo momento de la recolección de información, y es la presencia de una población adicional desde la prestación del servicio médico, tal como lo es el grupo de estudiantes practicantes que prestan sus horas de servicio en dicha sala. En relación a este aspecto, se encontró que los pacientes en ningún momento realizan la discriminación en el nivel técnico de educación de las personas que les prestan su servicio: médico, enfermera jefe, enfermeras auxiliares y estudiantes practicantes, lo cual genera dos hipótesis abiertas a discusión, que se relacionan con: 1. Los pacientes comprenden el grado de estudio que poseen los diversos actores sociales prestadores del servicio, razón por la cual no hacen énfasis en las diferencias en la calidad de la atención o 2. No encuentran diferencias sustanciales en los comportamientos de los mismos, lo cual hace que asuman un mismo nivel de educación entre todos. Ahora bien, cualquiera de las dos hipótesis que sean, son solo eso, hipótesis, tal vez derroteros de investigaciones futuras; sin embargo, algunos elementos en relación a tal presencia serán retomadas en el apartado del análisis concerniente, es decir, el de los profesionales de la salud.

Finalmente, en relación a la forma en que una representación social se transforma, en términos de los aspectos nucleares y los periféricos, ocurre una dinámica susceptible de retomar, tal como lo es la diversidad en los procesos encontrados tanto en el primer momento de recolección de datos como en el

segundo. En el caso del primer período mencionado, como ya se ha discutido en espacios anteriores, se encontró un cambio en la información que permitió la consolidación de una representación social que corresponde a un ideal de atención manifestado claramente por la población, generando una transformación en la actitud y el campo de la misma. Respecto al segundo período, se encontró una consolidación de la representación social basada en la reincidencia de la experiencia previa y demás elementos ya acotados en su momento.

Sin embargo, aunque en ambos periodos se dan dinámicas distintas, éstas giran alrededor del tipo de interacción provista en la prestación del servicio en la SHMI, es decir, el tipo de comunicación, de atención, de trato, sean estos sencillos, accesibles, buenos o complicados, grotescos etc. Lo anterior manifiesta pues, el núcleo central de la representación social de este grupo, en relación a la calidad de la atención médica, mostrando como aspectos complementarios descriptivos de tal núcleo, la matización o cualificación del tipo de interacción con los indicadores mencionados. Así mismo, en relación a los aspectos periféricos o secundarios en la misma, se encuentran el suministro del medicamento y los asuntos médico – legales, los cuales aparecen en poca frecuencia tanto cualitativa como cuantitativa en el discurso de los pacientes, resaltándose pues en mayor cantidad y cualidad el hecho de la trascendencia del tipo de interacción proporcionada en la prestación del servicio de salud.

8.2 Actor Social: Familiares / Acompañantes

En primera instancia, es necesario recordar que los campos seleccionados para la organización de los resultados en este grupo corresponden a: 1. El perfil esperado del profesional de la salud y la atención médica ideal y 2. Los comportamientos presentados por el profesional de la salud.

Así, respecto al primer campo se encuentra como único indicador el buen trato, identificándose la presencia de éste en ambos momentos de recolección de información. Sin embargo, ha de notarse que, la población del primer momento, argumenta tal respuesta atribuyendo como fuente de información, su experiencia propia y/o previa en la sala, tanto del HSVP como de otros contextos y, por otra parte, manifiestan en su minoría, una discordancia entre el ideal que tenían y lo que esperaban encontrar en la SHMI, argumentando como fuente de la información experiencias de personas cercanas; en el caso del segundo momento, la concordancia entre tal ideal y su expectativa se relaciona en su mayoría, con la reincidencia de los pacientes como usuarios del servicio.

De ésta manera, se encuentra que, tanto en el primer como segundo momento de recolección de información, las experiencias previas juegan un papel fundamental en la construcción de la representación social de éste grupo sobre la atención medica ideal, sin desmeritar el papel de los medios de comunicación, que aunque se presentan en este grupo, lo hace con menor frecuencia que en el anterior. Así, comprendiendo dicha representación social como un conocimiento con contenido, se puede ver que la información manejada por los pacientes sobre el servicio de atención medica tiene fuentes como: comentarios de personas allegadas sobre el servicio y la referencia de la experiencia propia y/o previa al haber sido ya un usuario de la SHMI, lo cual genera una actitud o una expectativa relacionada con lo positivo o negativo del servicio de la sala según la fuente de información que maneje el acompañante e igualmente marca un campo de la representación según dichos elementos.

Por tanto, para el caso de este grupo en particular, se encuentra en su mayoría, una actitud positiva y un campo de la representación compuesto por un sistema de valores y creencias basados en la experiencia propia que permiten al acompañante una disposición abierta al dialogo con los profesionales de la salud de la sala y de acogimiento de las recomendaciones y requerimientos que éste solicite.

Por otra parte, aunque en el mismo orden de ideas, se encuentra el segundo campo compuesto por los Comportamientos presentados por el profesional de la salud, y cuyos indicadores se relacionan con aspectos como: (a.) la formalidad tanto con el paciente como con el familiar, (b) la educación, (c.) el buen trato, y (d.) el estar pendientes y ser atentos. Tales indicadores se presentaron en los momentos de la recolección de información, rescatándose en ambos, la importancia de la comunicación profesional de la salud – paciente/acompañante. Igualmente, dichos comportamientos se convierten en las subcategorías del indicador inicial, otorgando un poco más de contenido y forma a lo que los acompañantes consideran como “buen trato”.

De esta manera, es posible evidenciar también, al igual que en el grupo anterior, como los imaginarios, las creencias, y en sí mismas, las representaciones sociales que se construyen alrededor de cada suceso y en este caso, de la calidad de la atención médica recibida, marcan una forma de proceder y denotan una forma de comprender la realidad que rodea a los individuos.

Así, para este grupo, el ideal de la atención médica y el perfil esperado del profesional de la salud termina siendo congruente con los roles asumidos por éste, es decir, los comportamientos y servicios recibidos en la sala, tomando en cuenta que, dichos indicadores y subcategorías no solo son manifestados por

los acompañantes, sino que también son identificados mediante las observaciones realizadas, donde se encontraron sucesos como: conversaciones por parte de los profesionales de la salud con los familiares sobre como éstos han observado al paciente, como se han sentido, y preguntas relacionadas con el contexto social y cotidiano del mismo que puedan relacionarse con su condición de salud. Igualmente se observan en dichas interacciones, características como la cordialidad y amabilidad, además de un lenguaje sencillo y comprensible para los acompañantes en relación a la condición de salud del paciente.

De esta manera, es posible también discutir la importancia de los roles asumidos por los actores sociales, lo cual al convertirse en una fuente de información para los mismos, construyen la evidencia que crea, consolida y/o refuerza los conocimientos comprendidos en las representaciones sociales, que se dinamizan en tales interacciones, generando percepciones, conocimientos y valoraciones en cada individuo que les permiten elaborar procesos orientadores de su conducta y recrearse en las dinámicas socio-culturales en las cuales se encuentran inmersos.

En este mismo sentido, se habla entonces de la representación social como proceso, donde se involucran la objetivación y el anclaje como factores claves en los aspectos anteriormente mencionados. Sin embargo, para llegar a tales

planteamientos, se hace necesario abordar, en primera instancia, lo que corresponde a las relaciones diádicas presentadas al interior de este grupo, en las cuales, en lo que corresponde a las interacciones acompañantes – pacientes, se pueden identificar diadas de actividad bienestar de éste y el aprendizaje del mismo en el manejo de sus síntomas; de esta manera, elementos como la afectividad, la reciprocidad y el equilibrio de poderes, se ven cualificados por el grado de familiaridad entre los mismos, el interés en el bienestar del paciente y en la necesidad de que éste logre la autorregulación y propia atención y manejo de su condición de salud. Por otra parte, en lo que respecta a las interacciones acompañantes – acompañantes, las cuales comprenderían directamente la constitución de un colectivo en este grupo, se encuentra que son limitadas, primordialmente por la ubicación de sus pacientes, es decir, en los cuartos fue común encontrar que; había un solo paciente o de ambos pacientes, solo uno contaba con acompañante. Cabe mencionar que, en relación a los resultados obtenidos sobre la interacción acompañantes-profesionales de la salud / estudiantes practicantes, serán retomados en el siguiente apartado.

Ahora bien, dicha condición plantea de nuevo, una situación extraordinaria en el momento de interpretar y comprender la dinámica de la representación social que poseen los actores sociales de éste grupo, sin embargo, nótese bien que, a diferencia del grupo anterior, en el discurso de éstos participantes se hace

mas claro el papel del macrosistema en la consolidación y dinamización de tales elementos, al encontrar argumentos relacionados con la referencia a la experiencia propia, siendo ésta no solo previa en el HSVP sino en otros contextos y con otras personas que componen el sistema dentro del cual se encuentran inmersos. Así, se encuentra que, la objetivación se define de nuevo en términos operacionales cualificados en el indicador con sus correspondientes subcategorías ya mencionadas (formalidad, atención, educación, etc.) y el anclaje se constituye de forma parcial mediante la pertenencia al sitio a través de los pacientes cuya condición de salud les hace usuarios de tal servicio; igualmente, se encuentra su mayor consolidación en el macrosistema, a través de las interacciones diarias que recrean el sistema de valores, creencias y tradiciones en el cual se encuentran inmersos.

Finalmente, al estudiar las formas como las representaciones sociales se transforman, se encuentran los denominados aspectos nucleares y aspecto periféricos ya mencionados anteriormente, los cuales para este grupo en relación a la Calidad de la Atención Médica, se matizan igualmente en el tipo de relación establecida y ofrecida por el profesional de la salud, no solo a ellos mismos como acompañantes del paciente sino también con el paciente directamente. En el mismo orden de ideas, los aspectos periféricos se enfocan al suministro del medicamento y los asuntos medico – legales, los cuales aparecen en poca frecuencia tanto cualitativa como cuantitativa en el discurso

de los familiares, resaltándose pues en mayor cantidad y calidad el hecho de la trascendencia del tipo de interacción proporcionada en la prestación del servicio de salud

8.3 Actor Social: Profesionales de la Salud

Para el inicio de esta sección, se hace necesario recordar que los campos utilizados para la organización de los resultados de éste grupo se relacionan con: 1. Atención brindada al paciente, 2. Perfil esperado del paciente, 3. Comportamientos presentes en el paciente, 4. Tipo de relación profesionales-familiares, y 5. Valoración de la sala como contexto de desarrollo

Así, respecto al primer campo se encuentra que, aunque la mayor parte de la población argumenta (en el primer momento) que la atención en salud consiste básicamente en el suministro de medicamentos, recomendaciones pertinentes a pacientes y familiares, realización de evaluaciones, historias clínicas, diagnósticos, exámenes físicos diarios, entre otras, y sólo en menor porcentaje mencionan como parte de ésta el buen trato y el apoyo emocional, se evidencia que al momento de considerar que tipo de relación debiera regir dicha atención, se manifiesta una connotación tanto “informativa” como “afectiva”, donde se

establecen diálogos, que cuestionan sobre la vida familiar del paciente y que buscan hacerlos “reír” “encariñándose con ellos”. Igualmente, en las observaciones de ambos momentos de recolección de información, se encuentra una reincidencia en los comportamientos de los profesionales de la salud de la SHMI, puesto que, en su mayoría, indagan en sus pacientes sobre el cómo se sienten, les preguntan sobre su estado, toman sus signos vitales, les explican los procedimientos, y en algunas ocasiones, indagan acerca de la vida personal del paciente: sus actividades, gustos, sentires, etc., que puedan estar relacionados con su condición de salud, generándose dicha interacción aún cuando los pacientes, por su condición de salud, tengan dificultad para comunicarse. En la misma medida, se encuentra presente en el discurso, la percepción de que el tiempo asignado de acuerdo a la ley es poco para lograr brindar una atención integral, donde no solo se trabajen los aspectos médicos sino las áreas afectivas del paciente.

De esta manera, se encuentran una serie de comportamientos dinámicos en relación a la atención brindada, cuya representación social sobre la calidad de la misma oscila entre lo que el macrosistema exige desde el marco legal como ente regulador y lo que se presenta desde el sistema de valores y creencias, tanto a nivel cultural como en la interacción inmediata.

Es decir, tomando la representación social como un conocimiento con contenido, se encuentra que, aunque en la información de los profesionales existen unos indicadores cuya fuente nace desde la formación de su profesión y lo legal en relación a la atención que se debe brindar, limitada a las instancias médicas y a preservar la salud física, tienen un campo de la representación en el cual, la mayoría de los profesionales, no sólo cumplen con dichos indicadores sino que evalúan y consideran que, para la calidad de la misma, es necesario incorporar aspectos afectivos e intereses en el bienestar total de la persona, estableciendo diálogos que permitan diadas conjuntas de desarrollo, donde gracias a la reciprocidad y a la afectividad, se logre el paulatino equilibrio de poderes enfocado al manejo de la enfermedad por parte del propio paciente, logrando actitudes en éste que permitan su pronta recuperación y bienestar.

Ahora bien, tomando en cuenta la forma como las representaciones sociales se transforman, deben retomarse pues, los llamados aspectos nucleares y periféricos de las mismas, los cuales para el caso de este grupo, podría decirse que en relación a la calidad de la atención médica, se relacionan igual que en los grupos anteriores, con el tipo de relación establecida con el paciente, además de la eficiencia en el suministro del tratamiento médico, identificándose pues un dinamismo ya mencionado con anterioridad, enfocado al diálogo de exigencias tanto desde el macrosistema y su organización legal como desde el microsistema, en la interacción inmediata.

Sin embargo, ha de aclararse que ambos elementos no se presentan uniformemente en la población, es decir, para algunos profesionales la calidad depende del tipo de relación establecida con el paciente, mientras que para otros aunque ésta es importante, la calidad depende de la eficiencia en el suministro de medicamentos y en la eficacia de los trámites legales necesarios para que el paciente tenga los tratamientos indicados y oportunos para el restablecimiento de su salud.

De esta manera, se encuentra que, para una parte de la población el núcleo de dicha representación radica en el tipo de relación establecida con el paciente, haciendo un énfasis secundario en los aspectos relacionados con la salud física del paciente, tomando éstas como obligatorias en su atención; mientras que en otra parte de la población, lo fundamental en la calidad de la atención radica en la eficiencia y eficacia de los tramites legales oportunos para el desarrollo de los tratamientos necesarios en el restablecimiento de la salud del paciente (citas, transporte de ambulancias, pertinencia de tratamiento según la patología, entre otros).

8.4 Aspectos Formales Organizacionales

Para iniciar el presente apartado, es necesario tener en cuenta que el contexto organizacional, hace parte de aquellas políticas de funcionamiento establecidas formalmente dentro de las instituciones y que en ocasiones, conforman parámetros de actuación implícitos dentro de los actores pertenecientes a dicho contexto, los cuales han sido consultados con la organización inmediata o dados por políticas gubernamentales o estatales. Dado lo anterior, se encuentra que dichos aspectos hacen parte de lo que se conoce como macrosistema en el área de la psicología social, el cual hace referencia a “...las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro-meso- y exo-sistema) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias” (Bronfembrenner, 1979, p. 45), así, el macrosistema incorpora todo tipo de interrelación dada ampliando los contextos inmediatos a instancias que, aunque siendo parte de áreas mas generales también los afecta.

Sin embargo, cabe aclarar que el macrosistema no esta compuesto sólo por los marcos legales y formales de una sociedad, tal como lo menciona Bronfembrenner (1979), sino también por el conjunto de ideologías y creencias

–las cuales han sido construidas y significadas por medio de los procesos psicológicos mediadores, es decir, han sido construidas por medio de la socialización y significación de los diversos mapas cognoscitivos y actitudes entre los habitantes de un mismo sector, región o país- que tienen las personas y que a su vez guían su forma de actuar y de percibir el ambiente que les rodea. Por tanto, funciona de acuerdo a sus propias características, diferenciándose así de los demás macrosistemas, y siendo incluso, medianamente perceptible por los sujetos que en él interaccionan; de esta manera, se convierte en un regulador de instancias como el microsistema (entornos inmediatos en los que el individuo participa), mesosistema (interacción de microsistemas) y exosistema (entornos que aunque el individuo no participe en ellos directamente, le afectan), afectando las interacciones entre el sujeto social y el entorno en cualquiera de los niveles mencionados (Granada, 2002).

Teniendo en cuenta las precisiones mencionadas, se puede hacer una mirada a aquellos aspectos organizacionales que han sido establecidos dentro del contexto del HSVP, tales como: Misión, Visión, Valores Corporativos, Principios Corporativos y Objetivos de Calidad, que han sido expuestos en apartados anteriores pero que hacen parte del conjunto de ideologías y formalidad desde la institucionalidad, para sustentar sus políticas de

funcionamiento. Así mismo, como lo contemplado en la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.

Dentro de sus ejes misionales y visionales, se contempla una calidad en la atención, mejoramiento en la calidad de vida de los usuarios del HSVP, disposición de infraestructura locativa y tecnológica, además de la capacitación integral de su recurso humano. Lo anterior evidencia el qué y para donde apuntan las dinámicas de funcionamiento del HSVP, lo que hace que sus actores sociales (profesionales y demás personal de la institución), se proyecten a la consecución de dichos objetivos y por medio de lo cual se avalan los diferentes comportamientos de los administrativos de la Institución, en cuanto atención, inversión y planes de mejoramiento.

Así mismo, en términos de Valores, Principios y Objetivos; están regidos por los ejes anteriormente descritos pero que a su vez tienen dinámicas propias en función de los aspectos con los cuales están relacionados, es decir, establecen interrelación entre ellos, pero además están permeados por las relaciones con el contexto (sociedad - usuarios) y con el compromiso de los diferentes actores sociales frente a la Institución.

Es de esta manera, y teniendo claro el macrosistema por el cual están delimitados algunos comportamientos y formas de relación dentro de un

contexto en particular, que se hace posible comprender sus parámetros y maneras de interrelación entre sus diversos actores sociales, y es en esta medida, que se considera importante profundizar acerca de la Ley 100 de 1993, teniendo en cuenta que es el cúmulo de estatutos mediante los cuales se rige el Sistema Integral de Salud y de una u otra forma demarca diferentes formas de actuación.

Con relación a lo referenciado en dicha Ley, se encuentra que “en los últimos años se ha presentado un cambio cualitativo en el ejercicio de la medicina, siendo la evidencia científica, las políticas en salud y la economía los estandartes básicos de esta transformación. La evidencia médica reemplaza al ya revaluado empirismo clínico; las nuevas políticas del sector transfieren competencias de gestión a los propios médicos y la economía requiere de intervenciones médicas cada vez más costo-efectivas. Es por esta razón que el médico, y en general el personal del sector salud en el ámbito mundial, deja de ser solo un profesional encargado del cuidado de pacientes y enfermedades y se convierte en el principal actor del desempeño de las instituciones hospitalarias y de atención en salud en las cuales labora”.

Después de casi diez y seis años, es claro que esta reforma tiene impactos importantes sobre la salud y la calidad de vida, por los cambios en cobertura y

demanda de los servicios. Este hecho, sumado al monto de los recursos, es suficiente para evaluar qué ha sido bueno y dónde se debe corregir el rumbo.

...”El nuevo sistema ha generado impactos positivos en el bienestar de los menos favorecidos. En la población infantil se redujo la incidencia de enfermedades, aumentó la cobertura de vacunación y se mejoró su estado de salud al nacer. También hubo impactos positivos sobre el uso de servicios esenciales, como las citas de prevención y los controles pre y post-natales. De manera importante, se redujo el propio gasto entre la población vulnerable en casos de hospitalización y compra de medicamentos. Finalmente, el Régimen Subsidiado incrementó el acceso a tratamientos para enfermedades costosas (afecciones cardíacas, cáncer, diabetes). Sin embargo, no se han identificado impactos sobre la calidad de los servicios entre los más vulnerables”.

A pesar de estos progresos, es evidente que el sistema enfrenta retos importantes que pueden afectar el aumento de las coberturas, la equidad en la afiliación, la calidad del servicio y, sobre todo, la sostenibilidad financiera del sistema hacia futuro.

Por lo anterior, también es importante revisar la incidencia de esta reforma en lo que tiene que ver con los servicios prestados por los profesionales y la manera como es asumido su papel dentro de la calidad de la atención en determinada institución hospitalaria, pues no hay que perder de vista que es en

últimas el régimen impuesto quien impera sobre los comportamientos. Es así, como en el régimen existente, se describe que el nuevo afiliado debe esperar 50 semanas para tener derecho a los procedimientos clasificados en la categoría 8 y superiores y 100 semanas en el caso de enfermedades de alto costo, se redujo la cantidad de medicamentos del POS y además el afiliado debe cancelar cuotas moderadoras.

Sumado a esto, se encuentra que los argumentos de los profesionales no fueron tenidos en cuenta en la discusión de la Ley y que la aparición de las EPS como intermediarios para contratar los servicios entre las IPS y los usuarios, se convirtió en una dificultad para aquellos profesionales que no se encontraban asociados u organizados previamente; ante esta situación, las EPS han definido unilateralmente las tarifas por los servicios profesionales, tarifas que no representan los costos reales de la prestación de un servicio que incluye la capacitación durante cerca de 8 años para un médico general o de 11 ó más para un especialista, más los costos de equipos e instalación; y a ello, también se une el hecho de la reducción en los tiempos de atención por paciente, lo que imposibilita una óptima relación en términos de las dolencias del paciente y análisis detallado de su contexto en general.

Finalmente, lo anterior permite realizar una lectura comprensiva e interpretativa frente a lo encontrado en el HSVP y especialmente en la Sala de Medicina

Interna, donde se ha hecho explícita una contextualización pero a su vez se ha realizado un análisis en función de cada actor social y sus interrelaciones, con lo cual se manifiesta desde el profesional de la salud y referente al tema en mención: “porque con la ley 100 los criterios son: Amerita o no amerita hospitalización, y la figura mas importante para las EPS se llama: medico auditor, que es el que esta a diario viendo que los pacientes no den un solo día hospitalizado, más del que supuestamente para ellos debe estar hospitalizado, entonces, eh, ese concepto y ese criterio de asegurase de que ese paciente no se va a volver a enfermar, no, eso ya no es un criterio de hospitalización para ellos, ya el paciente esta hospitalizado uno o máximo tres días y a penas se vea mejoría darle salida y que vaya a un control en consulta externa, entonces me imagino que si el paciente sigue bien, sigue ya en su casa, si se vuelva a agravar o a recaer vuelven y lo hospitalizan así esta funcionando el sistema hoy en día, así no debería funcionar, pero es lo que nos están imponiendo” (Gualteros, MD. 2008). De esta manera, es posible identificar como los valores impuestos desde las instancias mencionadas, regulan los comportamientos dados en las instancias inmediatas de relación, forjando un parámetro de las mismas, el cual a su vez se ve permeado por la percepción y los ideales de cada actor social.

8.5 Calidad Ambiental y Contextos de Desarrollo Humano

Para iniciar esta sección, es preciso tener en cuenta los planteamientos propuestos por Proshansky (1978) en Granada (2002), donde referencia que la psicología ambiental –área que aporta al análisis del presente estudio- plantea que se hace necesario contemplar la interrelación del ambiente y la conducta en su totalidad, para una mejor comprensión de los fenómenos y no hacer un fraccionamiento de los mismos para simplificar las investigaciones, invitando por tanto, al respeto por las condiciones naturales de los espacios físicos y las relaciones cotidianas que se dan entre los diversos actores sociales. Por ello, en el presente apartado se hace necesario tener en cuenta dichas interrelaciones (actores sociales - ambiente), pero además se plantea una comparación en términos del cambio del espacio físico de la SHMI.

“... puede decirse que el ambiente físico simboliza, concientiza y condiciona el ambiente social, a la vez que se convierte en un medio material de su expresión, lo cual nos conecta con la noción de cultura” (Granada, 2002, p.11).

De acuerdo a lo anterior, se encuentran las diferentes valoraciones de la SHMI, es decir, la calidad ambiental percibida y manifestada por cada uno de los

actores sociales, teniendo en cuenta los significados construidos de forma particular y la manera como han sido experimentados por cada actor; así uno de los acompañantes manifiesta “esta sala si es mejor que la que estaba abajo” (Ac. 3)... “esto ha cambiado mucho, se ha vuelto más humanitario, porque había unas enfermeras que eran muy groseras” (Ac. 4)... Me parece mejor acá, porque hay mejor atención, y a los acompañantes los dejan quedar de noche, en cambio allá no había donde recostarse ni siquiera los acompañantes por la noche ni nada y me ha tocado estar sola porque hay veces que no puedo ni pararme (Pte. 6).

De esta manera, es posible evidenciar como, tanto el ambiente físico como social, ha tenido una transformación conforme ha pasado el tiempo, lo cual ha generado nuevas valoraciones y representaciones en los pacientes usuarios de la SHMI y sus familiares. Igualmente es posible hipotetizar sobre la influencia del ambiente físico sobre el ambiente social, dado la expresión del paciente 6, donde pareciera manifestarse cómo las condiciones físicas del ambiente pueden llegar a condicionar la recuperación de los pacientes, la disposición de los mismos y sus familiares, y por efectos colaterales a los mismos profesionales de la salud.

Esto, sirve entonces de antesala al concepto de **calidad de vida**, que se relaciona directamente con la **calidad ambiental**; donde la primera, se

encuentra compuesta entonces, por valores subjetivos y objetivos tales como satisfactores, necesidades básicas, deseos, preferencias, aspiraciones, juicios valorativos, comprendiendo el bienestar personal, familiar, material, físico, emocional, relaciones interpersonales, autodeterminación, inclusión social, derechos, etc. Mientras que, *la calidad ambiental* se encuentra influida por dos ejes fundamentales, los juicios valorativos atribuidos a ciertas características o condiciones del medio y los valores de una situación donde se identifican, clasifican y ordenan variables del medio que afectan con mayor relevancia o impacto en la calidad de vida. (Granada, 2002). De esta manera, se puede observar como, cada uno de los factores, dimensiones y elementos mencionados y desarrollados hasta el momento se involucran, influyen y forjan la calidad ambiental, la cual incluye además, su propia valoración desde las condiciones planteadas.

Una vez realizado el recorrido en términos teóricos y prácticos con los resultados obtenidos, es posible asignar determinadas características y la influencia de éstas en la calidad ambiental, lo que en últimas se evidencia en la calidad de vida de los pacientes y personas en general. Por tanto es necesario retomar aquellas óptimas condiciones de la actual SHMI en términos de iluminación, escasez de ruido, de olores fuertes y el notable aseo y mantenimiento de la sala, lo que permite una percepción favorable por parte de los usuarios, en contraste con la anterior SHMI, que era caracterizada por la

descomposición de sus techos, poca iluminación y aseo; ello traía consigo una percepción negativa del entorno por parte de los usuarios, los pacientes se sentían abandonados y los profesionales reafirmaban dicha concepción.

Este cambio de paradigma y manera de significar el ambiente por parte de pacientes, acompañantes y profesionales es la clara evidencia que un ambiente de tipo social se desarrolla en un ambiente físico, tal como ya se ha mencionado anteriormente, siendo éste la plataforma de toda interrelación y a su vez se hace necesaria la existencia de un ambiente social para un ambiente físico, con ello, se precisa que un *sitio* se convierte en lugar según “...*el uso que se haga, el afecto que despierte o genere y las imágenes que suscite*”. (Canter, 1977 en Granada, 2002, p. 24); de esta manera el lugar se convierte en una construcción psicosocial, mediada por las interacciones de sus actores sociales.

Ahora bien, tomando en cuenta que, al hablar de una calidad de vida influida por una calidad ambiental y por tanto, repercusiva en una calidad del servicio, se incorpora la noción del contexto, tanto físico como social, como potencializador o inhibidor del desarrollo humano. Así, al caracterizar el HSVP de Palmira como un contexto favorecedor, que facilita el aprendizaje y el bienestar en las personas, se debe resaltar los diferentes tipos de relación que se presentan entre los profesionales de la salud (médicos enfermeras), los

pacientes y familiares. Estos tipos de relación facilitan la interacción y potencializan la capacidad de aprendizaje, fomentando de diferente forma el desarrollo psicológico del individuo, en nuestro caso paciente, familiar y profesional, estas relaciones de intercambio bidireccional en una interacción, permiten que haya un mejor entendimiento de la situación y se facilite el conocimiento de las condiciones implícitas, en ello, cabe resaltar la importancia de las acciones reciprocas que actúan como derrotero del éxito de este tipo de relación.

Por lo tanto, las relaciones que se gestan al interior de los servicios de salud involucran tanto a usuarios como a servidores y permiten un crecimiento de ambos actores, generando un contexto propicio para el desarrollo humano. De esta manera, se puede establecer una forma de relación *diádica*, que permite una bidireccionalidad en la relación. En este tipo de relación todas las actividades que se realicen influyen en el accionar del otro, permitiendo una *reciprocidad* de acciones encaminadas a un mejoramiento de la interacción. Para que esto suceda, se presenta una influencia de uno u otro participante, así, uno de los actores realiza acciones que vayan encaminadas a que el otro tenga la posibilidad de aprender y promover sus capacidades, promoviendo a su vez, el *equilibrio de poderes*.

Además de esto, la aparición del concepto y ejercicio de los *roles*, permiten que se tomen posturas diferentes en el avance de la relación, haciendo que el equilibrio de poderes este sujeto a las representaciones sociales que los integrantes construyen de su posición y además facilitando que se realicen actividades conjuntas que faciliten y mejoren o inhiban los contextos de desarrollo psicológico.

Por otra parte, siendo el macrosistema el nivel de análisis más amplio compuesto por las actitudes, creencias, valores, cultura y demás aspectos que emergen en una sociedad y que funciona de acuerdo a sus propias características nacionales, diferenciándose así de los demás macrosistemas, y ser incluso medianamente perceptible por los sujetos que en él interaccionan, se convierte en un regulador de instancias como el microsistema, mesosistema y exosistema, puesto que es en este nivel –macro- donde se encuentran todo tipo de políticas, incluyendo las del estado y demás mecanismos o entidades reguladoras de las actividades ambientales, comerciales, sociales, económicas, etc. Y es desde este punto de vista que, el macrosistema afecta las interacciones entre el sujeto social y el entorno.

Sin embargo, cabe aclarar que el macrosistema no esta compuesto solo por los marcos legales y formales de una sociedad, sino también por el conjunto de ideologías y creencias –las cuales han sido construidas y significadas por

medio de los procesos psicológicos mediadores, es decir, han sido construidas por medio de la socialización y significación de los diversos mapas cognoscitivos y actitudes entre los habitantes de un mismo sector, región o país- que tienen las personas y que a su vez guían su forma de actuar y de percibir el ambiente que les rodea.

La influencia de este macrosistema en cada uno de los actores sociales que hacen parte de este proceso permite que los diferentes tipos de relaciones e interacciones que se dan entre ellos esté conducida hacia el desarrollo personal y profesional, en el caso de los miembros del hospital, lo que a su vez, realiza un aporte significativo al reconocimiento del entorno como un contexto de desarrollo humano, en el cual convergen diferentes formas de significación de la situación y donde cada uno establece un lugar en la relación que se ofrece.

En relación a los microsistemas, los entornos en los cuales los actores sociales participan, permite que se privilegie la relación diádica, entre paciente y profesional de la salud o en el caso de éste y los familiares; por esto debe notarse, que la reciprocidad mencionada anteriormente, adquiere en este tipo de interacción diádica toda su importancia, ya que a partir de ella se privilegia una forma de relación mutua, que facilita el equilibrio de poderes y el ejercicio de roles que construyen los actores sociales al interior de la relación,

generando una interacción en las diferentes situaciones de forma fluida y con ello posibilitando la participación de los individuos.

9 . DISCUSION GENERAL

Teniendo en cuenta que la discusión es un apartado donde se mencionan, enmarcan y dialogan los diferentes aspectos hallados en los antecedentes y lo encontrado en la presente investigación, se puede establecer un paralelo desde sus diversos aportes, aunque dichas investigaciones y estudios se hayan presentado en diferentes épocas y apuntando a diversos objetivos, han permitido la construcción de conocimiento, cuerpos teóricos y desarrollo de posibles respuestas, que si bien se enmarcan en disímiles contextos comparten algunos elementos con lo encontrado en la SHMI del HSVP de Palmira.

Es así como se puede mencionar el aporte de los estudios de Calidad en la Atención Médica realizados en Bolivia y Argentina con el análisis histórico de la manera como se han organizado las sociedades y la relación privilegio-beneficio en cuanto a la ineficiencia de los programas implementados y el detrimento de la Calidad; lo que fue un derrotero crucial para el cambio de paradigma donde se concebía a una persona como la suma de sus partes, a un SER integral biopsicosocial que se construye a través de las relaciones.

Una vez se prioriza esta visión integral de sujeto, se puede iniciar una discusión frente a los hallazgos y elementos comunes en la investigación mexicana, ya que dentro de los hechos en los cuales se basaron para formular su programa de acción se encuentran las continuas quejas por falta de amabilidad del personal médico y la desinformación a los pacientes. Lo que en el caso del HSVP, no es una constante, pues los pacientes refieren amabilidad, buen trato e información suficiente sobre su estado de salud y tratamiento; y si bien formulan alguna queja o reclamo está relacionada con otra dependencia del Hospital como por ejemplo: Urgencias, pero atribuyen dicha falta de amabilidad de los profesionales a dificultades personales o a factores externos como el agitado ritmo en esta sala y las complicaciones de los pacientes.

Igualmente en México se encontró por parte de los profesionales la variación de los criterios diagnósticos y terapéuticos para padecimientos iguales, de lo que se concluyó que eran procesos poco controlados y de dudosa efectividad; caso contrario al seguimiento llevado en el HSVP puesto que los profesionales de salud (médicos, enfermeras, practicantes) tienen establecido un protocolo de procedimientos, especialmente en este caso, el médico internista, pues ello permite regular, controlar y dar un soporte de procedimientos realizados, lo que a su vez facilita la labor del médico auditor y su evaluación de cada uno de los casos.

Finalmente, para el caso de esta investigación en México y con similitudes de elementos en el HSVP, pero aun más en nuestro contexto colombiano y haciendo parte del macrosistema, se evidencia en ambos casos, un subdesarrollo de políticas y gestión de recursos humanos en el sistema de salud para el mejoramiento de la calidad y que por lo tanto, es necesario crear estrategias de calidad que hagan parte de una política vigilada y respaldada gubernamentalmente y no, que vaya en contrariedad con las diferentes relaciones gestadas en los sistemas de salud. Así, retomando los antecedentes encontrados respecto a la problemática abordada, los cuales coinciden en la necesidad de incorporar la calidad como valor corporativo no solo de las instituciones prestadoras de servicio de salud sino también de los planes gubernamentales que exigen cumplimientos puntuales a las mismas, es posible vislumbrar como, aunque las políticas y objetivos de calidad del HSVP se enmarcan en la legalidad y exigencia de resultados principalmente, mas que una atención humanizada y eficaz (de 4 objetivos solo 1 responde a ello), los profesionales de la salud prestadores del servicio logran dar cumplimiento a todos los objetivos de calidad, aunque sin ocultar su inconformidad por la presión recibida en términos cuantitativos. Igualmente, se encuentra un soporte en los estudios realizados por Inglaterra, donde aparece la presión para el cumplimiento de metas claras y cuantitativas de calidad como una variable fundamental en la calidad de la atención medica brindada, donde la

academia forma a sus estudiantes próximos profesionales para una atención humanizada, pero la realidad hospitalaria les exigen informes y revisiones en tiempo record, disminuyendo la posibilidad de interacción entre los pacientes y familiares con los profesionales que los atienden.

De otro lado, las investigaciones realizadas en Inglaterra y Colombia, permiten establecer la diferencia entre el quehacer profesional según sus propias perspectivas y lo establecido estatalmente desde la normatividad (Inglaterra), así como permiten vislumbrar las características y perfiles necesarios de los profesionales de la salud para hacer de estos contextos, instancias potencializadoras del desarrollo humano a través de la Calidad en la Atención (Colombia); lo anterior en estrecha relación con las investigaciones mexicanas, donde se concluyó la ausencia de una adecuada formación gerencial y una insuficiente gestión directiva para alinear las estructuras y procesos a resultados de calidad por parte de los profesionales operativos en el sistema de salud. Para lo cual, dicho trabajo empírico (Colombia) sería de gran apoyo y solución a esta falencia, desde la creación de perfiles con características adecuadas.

10 . CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos que posibilitaron la elaboración del análisis de la presente investigación y con ello, cada una de las categorías de análisis utilizadas para esto, se presentan las siguientes conclusiones en cumplimiento de los objetivos propuestos y en cada actor social:

- Los medios de comunicación y las experiencias previas jugaron un papel fundamental en la construcción de la representación social de los pacientes sobre la atención médica ideal, que siendo comprendida como un conocimiento con contenido, permitió ver que la información manejada por éstos tuvo fuentes como: comentarios de personas allegadas sobre el servicio, punto de referencia la atención médica recibida en el servicio de urgencias y la experiencia previa al haber sido usuario de la SHMI, lo que generó una actitud o una expectativa relacionada con lo positivo o negativo del servicio según la fuente de información manejada por el paciente e igualmente marcó el campo de la representación según dichos elementos.

- Al ser diferente la expectativa con la que llegaron los pacientes a lo encontrado en el servicio, se generó una nueva fuente de información: la experiencia propia, lo que produjo un cambio tanto en la actitud como en el campo de la representación que los pacientes manejaban antes ser usuarios de la sala, y es allí donde se encontró una actitud positiva, tanto desde aquellos cuya experiencia fue novedosa, como desde quienes han sido usuarios reincidentes de dicho contexto.
- Los imaginarios, las creencias, y en sí mismas, las representaciones sociales que se construyeron alrededor de cada suceso, marcaron una forma de proceder y denotaron una forma de comprender la realidad que rodea a los individuos. Por tanto, para los pacientes, el ideal de la atención médica y el perfil esperado del profesional de la salud fue congruente con los comportamientos y servicios recibidos en la sala, generándose una valoración denotada como “muy buena” y argumentada por los indicadores propuestos en cada categoría de análisis.
- En lo que a los pacientes se refiere, también llamó la atención la interacción diádica ausente entre ellos, es decir, dentro de las observaciones realizadas se encontró que los pacientes, aunque permanecían dos por cuarto, no generaron relaciones diádicas entre sí,

teniendo su única interlocución con acompañantes o con profesionales de la salud (médicos, enfermeras, estudiantes practicantes –en el caso del segundo momento-). Dicho acontecimiento llevó a cuestionar el motivo por el cual, la mayoría de los pacientes comparten las mismas dinámicas dentro de sus representaciones sociales, siendo que sus redes de interacción con las personas que comparten una misma condición (ser usuarios de la SHMI) son ausentes y siendo que los objetos, por los cuales se les indagan son comunes a todos.

- En cuanto a la objetivación y anclaje del grupo de pacientes, se encontró que dada la condición extraordinaria hallada en el presente estudio (interacción diádica ausente entre pacientes), cabría el cuestionamiento de la existencia de tales procesos en las dinámicas de las representaciones sociales aquí encontradas, para lo cual surgieron algunas hipótesis.
- Toda representación social para su consolidación requiere inherentemente de los procesos de objetivación, tomando en cuenta que ella se construye y se percibe según la subjetividad del individuo que la incorpora, entonces, aun en este caso, debe funcionar de tal forma, pues el grupo (pacientes) no está ausente de representación social sobre la calidad de la atención médica, lo que implica que en

términos de pertenencia, una primera condición que emerge como cohesora de este grupo, es precisamente aquella que los hace usuarios de la SHMI, es decir, un primer elemento que comparten es una condición de salud que requiere un seguimiento mayor a 24 horas y cuya atención no puede ser ambulatoria.

- Por otro lado, se encuentra un anclaje que de forma parcial vinculó a cada paciente con dicho contexto, aunque ello no implicó la construcción de un colectivo que permitiera decir que dicha representación social se generó y recreó por la interacción del grupo de pacientes.
- Las relaciones diádicas ausentes en el grupo de pacientes, limitaron sustancialmente aspectos como la afectividad, la reciprocidad y el equilibrio de poderes, necesarios para cualquier tipo de interacción.
- En relación a los roles desempeñados por los pacientes, se puede decir que estuvieron involucrados directamente con elementos como las actitudes y el campo de la representación, lo que evidenció que el rol asumido por los pacientes en general, fue positivo en términos de la apertura al diálogo y al seguimiento de las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud.

- Aunque en el primer y segundo momento se dieron dinámicas distintas, éstas giraron alrededor del tipo de interacción suministrada en la prestación del servicio en la SHMI, es decir, el tipo de comunicación, de atención, de trato, hallan sido éstos sencillos, accesibles, buenos o complicados, grotescos etc. Ello dió cuenta del núcleo central de la representación social de este grupo, en relación a la calidad de la atención médica.
- En cuanto a los aspectos periféricos o secundarios de la representación, se encontró el suministro de medicamentos y los asuntos médico – legales, los cuales aparecieron en poca frecuencia tanto cualitativa como cuantitativa en el discurso de los pacientes, resaltándose en mayor cantidad y cualidad el hecho de la trascendencia del tipo de interacción proporcionada en la prestación del servicio de salud.
- En cuanto a los acompañantes y familiares, se encontró que tanto en el primer como segundo momento de recolección de información, se identificó la presencia de indicadores como el buen trato por parte de los profesionales, atribuyendo a esto, sus experiencias previas en la sala, manifestando (en el primer momento) una discordancia entre el ideal que tenían y lo que esperaban encontrar en la SHMI, contrario a lo sucedido en el segundo momento cuya concordancia entre tal ideal y

expectativa se relacionó en su mayoría con la reincidencia de los pacientes como usuarios.

- En los acompañantes se encontró una actitud positiva y un campo de la representación compuesto por un sistema de valores y creencias basados en la experiencia propia que permiten al acompañante una disposición abierta al dialogo con los profesionales.
- Para los familiares y/o acompañantes, el ideal de la atención médica y el perfil esperado del profesional de la salud fue congruente con los roles asumidos por éste, es decir, con los comportamientos y servicios recibidos en la sala, donde se encontraron sucesos como: conversaciones por parte de los profesionales de la salud con los familiares sobre como han observado al paciente, como se han sentido, preguntas relacionadas con el contexto social y cotidiano del mismo que puedan relacionarse con su condición de salud. Igualmente se observan en dichas interacciones, características como la cordialidad y amabilidad, además de un lenguaje sencillo y comprensible para los acompañantes en relación a la condición de salud del paciente.
- En lo que corresponde a las relaciones diádicas presentadas al interior de este grupo (familiares), en las cuales, en lo que corresponde a las

interacciones acompañantes – pacientes, se pueden identificar diadas de actividad conjunta, de bienestar de éste y el aprendizaje del mismo en el manejo de sus síntomas; así, elementos como la afectividad, la reciprocidad y el equilibrio de poderes, están mediados por el grado de familiaridad entre los mismos, el interés en el bienestar del paciente y en la necesidad de que éste logre la autorregulación y manejo de su condición de salud.

- Las interacciones acompañantes – acompañantes, que comprendían la constitución de un colectivo, se encontraron limitadas por algunos factores externos como ubicación de los pacientes, ya que fue común encontrar un solo paciente por habitación o en caso de haber más, solo uno contaba con acompañante.
- En este grupo (acompañantes), la objetivación fue definida a través de indicadores y subcategorías como formalidad, educación y atención. Así mismo, el anclaje, es constituido de forma parcial mediante la pertenencia al sitio, a través de los pacientes cuya condición de salud los hace usuarios de tal servicio; encontrando su mayor consolidación en el macrosistema, a través de las interacciones diarias que recrean el sistema de valores, creencias y tradiciones en el cual se encuentran inmersos.

- Dentro de los aspectos nucleares y periféricos de la Calidad de la Atención Médica, en el grupo de familiares – acompañantes, se puede decir, que se encontraron mediados por el tipo de relación establecida y ofrecida por el profesional de la salud, no sólo a ellos como acompañantes del paciente sino también con el paciente directamente. De esta manera, los aspectos periféricos se enfocan al suministro del medicamento y los asuntos médico – legales, que aparecen en poca frecuencia cualitativa y cuantitativa en el discurso de los familiares, donde se resaltó la trascendencia del tipo de interacción proporcionada en la prestación del servicio de salud.
- En cuanto a los profesionales de la salud, se encuentra presente en su discurso, la percepción de que el tiempo asignado de acuerdo a la ley es poco para lograr brindar una atención integral, donde no solo se trabajen los aspectos médicos sino las áreas afectivas del paciente.
- En el campo de la representación, se puede decir que el grupo de profesionales cumple con indicadores relacionados con su formación profesional y el marco legal al cual deben regirse, así mismo, consideran que para la calidad de la atención es necesario incorporar aspectos afectivos e intereses en el bienestar total de la persona, que permitan establecer diálogos donde surjan diadas conjuntas de desarrollo, y que

gracias a la reciprocidad y a afectividad, se logre el paulatino equilibrio de poderes enfocado al manejo de la enfermedad por parte del propio paciente, para lograr actitudes que permitan su pronta recuperación y bienestar.

- Al igual que en los grupos anteriores, los aspectos nucleares y periféricos sobre la calidad de la atención en los profesionales, se refiere a la relación establecida con el paciente, además de la eficiencia en el suministro del tratamiento médico.
- Teniendo en cuenta que los aspectos nucleares y periféricos no se presentaron uniformemente, se encontró que para una parte de profesionales el núcleo de la representación radicaba en el tipo de relación establecida con el paciente, teniendo un lugar secundario los aspectos relacionados con la salud física del paciente, tomando éstos como obligatorios en su atención; mientras que en otra parte de la población, lo fundamental en la calidad de la atención radicó en la eficiencia y eficacia de los trámites legales oportunos para el desarrollo de los tratamientos necesarios en el restablecimiento de la salud del paciente (citas, transporte de ambulancias, pertinencia de tratamiento según la patología, entre otros).

- En cuanto a la valoración de la sala como contexto de desarrollo se encontró que los profesionales establecieron una comparación entre la anterior SHMI y la actual, lo que permitió evaluar la importancia de contar con condiciones óptimas para el tipo de servicio que se presta e igualmente su influencia en la percepción y en la calidad ambiental que se ofrece tanto para los prestadores del servicio como para los usuarios.
- En cuanto a la relación profesionales de la salud-docente supervisor- y estudiantes practicantes, se evidenciaron diadas primarias, donde el equilibrio de poderes, afectividad y reciprocidad permitieron a los últimos (practicantes) adquirir dominio en su campo de acción para responder a las demandas de los pacientes.
- También fue posible identificar diadas de observación entre los practicantes y los acompañantes de los pacientes, dado que, aunque su comunicación fue poca, se evidenció atención de parte de estos últimos en los procedimientos y acciones que realizaron los practicantes con los pacientes.
- Dentro de los aspectos formales organizacionales, se encontró la influencia del macrosistema en las diferentes formas de interacción, es decir, la manera como los procesos de atención y calidad en la misma,

están mediados por las leyes y dinámicas que rigen lo estatal y sobre todo lo institucional. Así se evidencia los cambios en las maneras de atención y procedimientos con aquello que fue impuesto por la Ley 100 de 1993 y que rige actualmente el Sistema Integral de Salud.

-

11 .COMENTARIOS

En primera instancia, es de recordarse que, aunque las representaciones sociales son el eje vertebrador de la presente investigación, se quiso incorporar el análisis de ciertas variables estructurales de las mismas, conceptos tales como: los roles, las actividades molares, las diadas de desarrollo y en ellas la reciprocidad, afectividad y equilibrio de poderes, calidad de vida y calidad ambiental, los procesos psicológicos mediadores, el rol activo del sujeto en el medio, entre otros, proporcionados por la psicología ambiental y la ecología del desarrollo humano, desde una problemática ya estudiada por la psicología de la salud, tal como lo es, la calidad en la atención médica y desde la cual se encontraron variables tanto personales y de formación profesional como agentes pertenecientes al medio social y organizacional. De esta manera, se ha puesto al servicio de un estudio de la psicología social,

algunos aportes y soportes de las disciplinas mencionadas con el fin de proporcionar mayor claridad aunque al mismo tiempo, complejidad en el análisis del presente.

Por tanto, al intentar dar mayor cumplimiento a los objetivos específicos propuestos, a través del análisis presentado en éste documento, se da cierre con un apartado que si bien, no pretende ser exhaustivo, intenta cumplir con el objetivo general y dar paulatina respuesta a los problemas planteados, comentando los soportes dados por la investigación realizada.

Es así como, a través del análisis de las diversas variables en los tres actores sociales mencionados, se puede encontrar como la cohesión grupal juega un papel fundamental en la estructuración de las representaciones sociales presentadas como un proceso, donde dicha cohesión si bien y regularmente se da en un contexto de interacción inmediato, puede también encontrarse soportada en elementos informativos y relaciones de un microsistema del cual el sujeto a hecho parte anteriormente y que comparte con el grupo actual, aunque lo ignore relativamente. Igualmente, se evidencia como las fuentes de información que reciben los sujetos influyen de forma paulatina en dicha representación, en el mismo modo que el campo de actuación donde ésta se desarrolle y la actitud que el sujeto tome frente a la misma, lo cual le va a permitir ser un agente activo al respecto, pues es dicha actitud o valoración

realizada la que demarcará su proceder en el mismo contexto o en situaciones similares.

Ahora bien, es pertinente resaltar que, para los anteriores procesos, estructuraciones y contenidos, se hace necesario un plano de interacción, dado como mínimo por un par de sujetos relacionados por una situación concreta y donde uno presta atención y reconoce la labor del otro. De esta manera, se hace importante notar que, las percepciones, contenidos y valoraciones realizadas por cualquiera de los actores sociales involucrados, depende colateralmente del rol ejercido por aquel que completa dicha diada de relación, movilizándolo un círculo de causas y efectos que aportan a favor o en contra de las representaciones construidas, dándoles mayor solidez o modificando paulatinamente el núcleo de la misma hasta llevarla a un cambio radical; de esta forma, vuelve a retomarse el papel activo de cada actor social desde su rol desempeñado y en relación con los demás.

Sin embargo, he de recordarse que dichas dinámicas han sido encontradas en los tres actores sociales de la presente investigación, con las particularidades ya descritas en apartados anteriores. Siendo coherentes con lo anterior, es preciso plantear que, cada uno de los aspectos mencionados, va a constituir la representación social, que demarca una pauta en el actuar y por tanto, en la calidad de la atención médica tanto brindada como recibida. Así, con los

resultados encontrados, fue posible hablar de un contexto potencializador del desarrollo humano, donde pese a las presiones de carácter organizacional, logran brindar una atención humanizada, basada en la amabilidad, respetuosidad y efectividad, tanto en tiempo como en tratamiento, a los pacientes usuarios de la SHMI.

Ello en caso de los pacientes y familiares de la sala, en lo que a los profesionales concierne, ha de notarse también, un contexto de desarrollo potencializador, principalmente para los practicantes de enfermería, quienes cuentan en dicho espacio con el apoyo no solo de sus docentes sino del personal profesional de la sala.

Igualmente, dado los resultados, fue posible integrar a la representación social construida al respecto por parte de las investigadoras, un componente de relatividad, es decir, donde la calidad de la atención médica brindada va a depender en cierta medida en el tipo de servicio prestado: urgencias, hospitalización, cirugía, consulta externa, etc; cuestión evidenciada en las observaciones realizadas y mencionadas por algunos pacientes entrevistados en un comparativo del servicio recibido anteriormente.

Finalmente, fue posible comprender paulatinamente como las dinámicas que se gestan en los micro y macrosistemas, proporcionan los elementos claves para

la construcción de las representaciones sociales, las cuales a su vez influyen en las pautas de acción de los sujetos, que al ser agentes activos, de nuevo nutren el sistema relacional, generando efectos en doble perspectiva y que renuevan los patrones tanto de pensamiento como de acción. Así, pudo encontrarse como tales representaciones dinamizan la valoración sobre la calidad de la atención médica tanto brindada como recibida, generando relaciones y espacios que permiten contemplar la SHMI como un contexto potencializador del desarrollo humano, tal como ya se presento.

12 . BIBLIOGRAFÍA

AMARO, M. (1996). Principios Básicos de la Bioética: Revista Cubana de Enfermería, Extraído desde <http://www.revistacubanadeenfermeria.principiosbasicosdebioetica.htm>.

ANDERSON, BAILEY, CORAZZINI & PIVEN. "The power of relationship for high-quality long term care". Vol 20, No. 2, pág. 103-106. Aceptado para publicación 29 de Octubre de 2004 y publicado: Journal of nursing care quality. April – June 2005.

ARRATIA, A. (2000). Ética y Educación para la Salud. Ed. Cuadernos de Bioética. Págs. 42 – 210. La Habana.

BADILLA, G. (2006). Representaciones Sociales sobre la Ciudadanía: Etnografía de la asociación de voluntarios de la Fundación "Trabajo en la calle" Memoria para optar al Grado de Licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. Extraída desde <http://www.portalciudadano.cl/archivos/a.pdf>.

BANCHS, M, (2000) Representaciones Sociales, Memoria Social E Identidad De Género. Extraído en Enero de 2008 desde: [\(2000\)](http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/maria_banchs/representaciones_sociales_memoria_identidad.pdf).

BERGER, P. & LUCKMANN, T (1968). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

BLÁZQUEZ, N. (1994). Bioética Fundamental. Ed. BAC. Madrid.

BRONFEMBRENNER, U. (1979). La ecología del Desarrollo Humano – Experimento en Entornos naturales y diseñados. Barcelona, España. Parte II y IV, Ed. Paidós.

CARDONA, M. HOYOS, P. CORREA, D. (2006). Características del líder en Humanización en Salud. Trabajo empírico finalizado. Universidad Javeriana. Cali

CORREA, D. ARRIVILLAGA, M. VARELA, M. (2007). Humanizar el Contexto de los Servicios de Salud, alternativas desde la Psicología. Trabajo empírico en curso. Universidad Javeriana. Cali.

CORREA, D. TINOCO, M. VALDERRAMA, L. (2006). Programa de Atención Humanizada dirigida a personal de la Salud. Trabajo empírico finalizado. Universidad Javeriana. Cali

DURKHEIM, E (1981). Las reglas del Método Sociológico. Buenos Aires: Editorial LaPleyade Fernández

FERNÁNDEZ, M. (1997). Artículo Bioética y Humanización de la Medicina - "Convenio para la protección de los Derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina". Oviedo-España.

GORT, MA. DEL C. Y TÉLLEZ, M. (1996). Humanización de la Medicina: Una Necesidad. Ed. Vitral. Pág. 12. Cuba

GUTIÉRREZ. ALBERONI (1998). Artículo Especial: Teoría de las Representaciones Sociales y sus Implicaciones Metodológicas en el ámbito psicosocial. Psiquiatría Pública. Vol. 10 número 4. Pág. 210-219. Perú.

GRACIA, D. (2001). Medicina y Cambio Cultural. Dolentium Hominum. Iglesia y Salud en el Mundo. Madrid.

GRANADA, H. (2002). Psicología Ambiental: Introducción Temática. Barranquilla. Ed. Uninorte.

GRANADA, H. (2007). Dimensiones Psicosociales del Ambiente: Su relación con el Desarrollo Humano. Grupo de Investigación en Desarrollo, Sociedad y Medio Ambiente (GEMA). Colombia.

HOLAHAN, CH. (1995). Psicología Ambiental. Un enfoque general. México: Limusa.

IBÁÑEZ, T, (1994). Psicología social Constructivista. México: Universidad de Guadalajara.

JODELET, D (1993). La representación social: fenómeno, concepto y teoría.

LA PSICOLOGÍA SOCIAL COGNITIVA: La Cognición Social y la Teoría de las Representaciones Sociales, Pérez, A. (2006), Extraído desde http://www.robertexto.com/archivo13/psico_co_cognit.htm

MALDONADO A., (2005) capítulo Boliviano de derechos humanos, democracia y desarrollo. Bolivia

MORA, (2002). La Teoría De Las Representaciones Sociales De Serge Moscovici, Revista electrónica: Athenea Digital- núm. 2 otoño 2002. Universidad Guadalajara de (México).

MOSCOVICI, S. (Comp.). Psicología social, II (pp. 469-494). Barcelona: Ediciones Paidós.

MOSCOVICI, S. OLASAGASTI, M. (1981), Psicología de las Minorías Activas. Ed. Morata. España

PANGRASSI, A. Las características de un hospital mas humano, Revista labor hospitalaria, NO. 257, 3-2000

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006, Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud, México

REVISTA PANAMERICANA SALUD PUBLICA.
vol.8 n.5 Washington Nov. 2000, Discurso del Dr. Abraham Sonis, ganador del Premio Abraham Horwitz 2000 para la Salud Interamericana

RODRÍGUEZ, Z. (1985), Filosofía, Ciencia y Valor, Ed. Ciencias Sociales. La Habana

ROJAS, M. (2001) Conferencia de Clausura del XXIII Congreso Nacional de SEMERGEN: Humanización de la medicina y calidad de vida. Vol. 27 no. 10, pág. 505-509, Noviembre de 2001

SANTOS, A. (2001), Artículo Humanización de la Atención Sanitaria: Retos y Perspectivas.

SIMPOSIO: AVANCES Y PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA, Universidad Javeriana, Cali-Colombia, 2006

TORRALBA, F. (1999). Lo Ineludiblemente Humano: Hacia una fundamentación Ética del Cuidar. Labor Hospitalaria. Pág. 131. Cuba

WAGNER. & ELEJABARRIETA, F. (1994). Representaciones sociales. En Morales, F. (Comp). Psicología social. (pp. 815-842) Madrid: Mc Graw-Hill.

WILLIAMS, CANTILLON & COCHRANE (2001) "The Doctor-Patient Relationship: From Undergraduate To Pre-Registration Reality. Medical Education 2001. Vol 35, Inglaterra.

ANEXOS

En este apartado se encuentran consignados aquellos documentos que si bien no son de primera ubicación dentro del presente estudio, proporcionan la complementariedad necesaria para comprender algunos procesos en este discutido y el sustento primordial para los análisis propuestos, tal como son, aspectos relacionados con la contextualización del HSVP como institución orgánica y del gobierno como los registros del trabajo de campo realizado, respectivamente.

12.1 DE CONTEXTUALIZACION DEL HSVP

12.1.1 RESEÑA HISTORICA

El presbítero Pedro Antonio Holguín, cura y vicario de Palmira quien fue elegido por votación popular desde 1851, entre sus tareas y proyectos sociales, se propuso fundar un Hospital para los Palmiranos. Desde enero de 1882, empezó trabajos sociales con la comunidad en lo que los ciudadanos llamarían la casa de caridad vicentina; durante este mismo año, la Señora María Josefa Cabal de Hoyos, propietaria de la Antigua Hacienda del Loreto, donó gratuitamente un área de tres plazas para la construcción de un centro Hospitalario mejor adecuado.

Dicho terreno, fue otorgado oficialmente mediante la ordenanza N° 008 del Honorable Concejo Municipal el 30 de enero de 1883; en esta misma fecha se produjo el Acuerdo No 068 proferido por el Concejo Municipal, el cual avaló su creación jurídica como centro Hospitalario de caridad. A partir de este día el padre Pedro Antonio con fondos particulares y con los dineros recogidos entre la comunidad, comienza los trabajos de edificación.

Posteriormente, la verdadera formalización de su fundación, fue a través de los artículos 3-4-5 de la ley 93 de 1889 y se dio al servicio de la comunidad el día 1

de enero de 1900, reglamentado por el acuerdo 003 de Diciembre 13 de 1945, con el primer tramo construido y debidamente equipado, el cual era administrado por la Señora Leona Valle, quien socorría a innumerables indigentes de la localidad.

Luego, fueron inaugurados otros pabellones que completaron el primer claustro del edificio, cuya dirección quedó a cargo de las Reverendas Hermanas de la Caridad de la ciudad de Palmira.

El 15 de febrero de 1899 en la Ciudad de Popayán, falleció el fundador del hospital. Ese mismo año el Honorable Concejo Municipal con el acuerdo No 066 del 7 de mayo de 1899, se le da el nombre de Hospital San Vicente de Paúl.

En 1901 se entrega la dirección del establecimiento a la autoridad eclesiástica y en 1902 se nombra su primer capellán.

En 1948 adyacente al Hospital hay un lote de 11.650 metros cuadrados, en el cual se iniciaron trabajos para construir una edificación que llenara las aspiraciones y necesidades saludables de la ciudadanía, además de contar con un centro hospitalario que tuviera características más modernas y mayores servicios, el cual constaría de tres plantas con capacidad para 450 puestos de

caridad y 50 para pensionados.

El día 28 de agosto de 1967 se conforma el servicio local de salud de Palmira como una unidad técnica administrativa, según lo estipulado en el contrato de integración de los servicios asistenciales del Valle del Cauca; desde esa época se manifiesta la necesidad urgente de dar alguna solución al problema de estrechez locativa, por lo tanto la Beneficencia del Valle en los años 1967 a 1969 realiza alguna adecuaciones y reparaciones al hospital, sin olvidar que se trata de soluciones temporales, dado que, para resolver definitivamente el problema, era necesario construir un hospital nuevo.

De esta manera, con base en el Decreto 056 del 15 de enero y el 350 del 4 de marzo de 1975 se definió el modelo estructural de la unidad regional de salud de Palmira, conformado geográficamente por los municipios de Palmira, Candelaria, Cerrito, Florida, Ginebra, Pradera y la Unidad Ejecutora de Salud.

En los años 1979 y 1980 se inicio la asistencia de los primeros estudiantes de medicina para recibir clases teórico-prácticas.

En los años de 1983 y 1984 se debate en el seno de las juntas directivas de la Beneficencia del Valle y el Servicio Seccional de Salud, el proyecto del Hospital de Palmira para aprobarse finalmente el proyecto de construcción totalmente

nuevo de todo el Hospital.

Así, el primer bloque dado al servicio fue el de consulta externa el 4 de noviembre de 1987, el área que estaba ocupada por consulta externa se demolió para dar paso a la construcción del área de urgencias, radiología y laboratorio.

Dentro del proyecto aprobado queda por terminar el área correspondiente a las salas de hospitalización, salas de cirugía y la parte administrativa. Durante este lapso en el cual se construyó y se dio al servicio el bloque de consulta externa, se ha prestado atención de manera continua a todo el personal que acude para la atención.

Por otra parte, las nuevas disposiciones emanadas por el congreso de la república mediante ley 10 de enero 10 de 1990 y por la asamblea del Departamento de Valle, con la ordenanza 049 del mes de diciembre de 1990 le dieron nuevos rumbos al sistema administrativo del sector de la salud, y permitieron la creación de los distritos de salud, correspondiéndole al Departamento del Valle la formalización de los distritos de salud de Palmira, Buga, Tuluá, Cartago, Sevilla, Buenaventura y Cali; siendo el distrito de salud de Palmira y sus habitantes la razón fundamental de este proyecto, lo cual permitió terminar la construcción de un edificio moderno con una capacidad de

100 camas hospitalarias.

Así mismo, tiene la infraestructura arquitectónica (cimientos) para seguir construyendo con una capacidad total de 200 camas.

Además, la remodelación del edificio, la organización de los servicios de acuerdo a sus especialidades, los nuevos equipos quirúrgicos y la organización moderna de servicios de cirugía, con la adquisición de las últimas máquinas para la anestesia con gases y sobre todo con el talento humano conformado por los médicos, especialistas y demás personal de la salud dedicados a la enseñanza de la medicina, conllevaron a que la Universidad Libre propusiera el entrenamiento de sus estudiantes en el Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) y de este modo el Hospital hoy día, presenta una imagen de un Hospital académico Universitario o Escuela de práctica en Medicina y Salud.

En la década de los noventa los hospitales fueron transformados por la Ley 100 de 1993 en Empresas Sociales del Estado (ESE), dándose la transformación del Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) en Empresa Social del Estado mediante acuerdo N° 062 proferido por el Honorable Consejo Municipal el 13 de enero de 1996, con ello toda persona que consulta o usa los servicios debe cancelar algún copago de acuerdo a su afiliación al Sistema General de

Seguridad Social y con esos recursos se deben nutrir los recursos económicos de la entidad Hospitalaria.

Hasta el año de 1995, el Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) de Palmira se constituía en la única institución prestadora de servicios de salud para la población de escasos recursos del municipio, desconcentrando algunos servicios básicos en Centros y Puestos de Salud, localizados en el área urbana (3) y rural (23) del municipio.

Contiguo al Hospital, hace 7 años una Universidad privada construyó una sede de 200 mil metros cúbicos (100X100X20) para realizar un convenio docente-asistencial para su facultad de medicina.

12.1.2 ESTRUCTURA ORGANICA DEL HSVP

12.1.2.1 JUNTA DIRECTIVA

Presidente

Dr. Raúl Arboleda Márquez.

Alcalde Municipal de Palmira

Secretario

Dr. Harold Obdulio Rodríguez Villalobos

Gerente del Hospital San Vicente de Paúl E.S.E

Representante del Estamento Local de Salud

Dr. Giovanni Storino

Secretario de Salud Municipal

Representante del Estamento Científico de la Institución

Lic. Faridha Álvarez

Enfermera Jefe del Hospital San Vicente de Paúl E.S.E

Representante Gremio Productivo del Municipio

Dr. Álvaro Esteban Castro

Director Ejecutivo Comité Cívico Inter. Gremial Palmira

Representante de las Asociaciones Médicas del Municipio

Dr. Jaime Hoyos Arango

Jefe de División Salud EMSSANAR Palmira

Representante de la Alianza de Usuarios del Municipio

Vacante.

EQUIPO DIRECTIVO

[Dr. Jaime Rojas Morales](#)

Sub. Gerente Científico

[Dra. Silvia Nelly Rodríguez Franco](#)

Asesora Control Interno

[Dr. Henry Benedicto Martínez](#)

Asesor Control Interno Disciplinario

[Dra. Luz Dary Maradiago Martínez](#)

Jefe Sección Financiera

[Dr. Arlex Sinisterra Albornoz](#)

Jefe sección Recursos Humanos

[Dr. Diego Fernando Sarasti Caicedo](#)

Jefe Sección Administrativa

12.1.3 LEY 100 DE 1993: ALGUNOS APARTADOS

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en uso de las Atribuciones Legales conferidas en el numeral 1 del artículo 172º de la Ley 100 de 1993, decreta:

ARTICULO 1.- Contenidos del Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado. El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado comprende los servicios, procedimientos y suministros que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a las personas aseguradas, con el propósito de mantener y recuperar su salud.

La cobertura de riesgos y servicios a que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado es la siguiente:

A. Atención básica del primer nivel: Acciones de promoción y educación:

Comprende las acciones de educación en derechos y deberes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las acciones de promoción de la salud dirigidas al individuo y a la familia según el perfil epidemiológico de los afiliados, con el objeto de mantener la salud, promover estilos de vida saludables y fomentar el autocuidado y la solidaridad. Incluye el suministro del material educativo.

Los contenidos de las acciones de promoción y educación deberán orientarse en forma individual, familiar o grupal a:

Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.

Promover la salud sexual y reproductiva.

Promover la salud en la tercera edad.

Promover la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar.

Desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.

Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.

Incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos y deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud, y en la conformación de organizaciones y alianzas de usuarios.

B. Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica:

Están dirigidas a los afiliados de manera obligatoria, podrán ser de tipo individual, familiar y grupal y se orientan a mantener la salud, a prevenir o a detectar precozmente las enfermedades. La prestación de los servicios incluye los diferentes insumos.

En las actividades de prevención se deben incluir las definidas en el artículo 6o. de la Resolución No. 03997 del 30 de octubre de 1996, por la cual se

establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS.

C. Acciones de recuperación de la salud:

1. Atención ambulatoria del primer nivel: Garantiza la atención integral médica, odontológica y de enfermería de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en forma ambulatoria intra o extramural y con tecnología de baja complejidad según lo definido en la Resolución No. 5261 de 1994, artículos 91 a 103 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

2. Atención Hospitalaria de menor complejidad: Garantiza la atención integral de los eventos que requieran una menor complejidad para su atención con internación a nivel hospitalario según lo definido en la Resolución No. 5261 de 1994, artículos 103 y 104 y las demás normas que la adicionen o modifiquen. Incluye la atención por los profesionales, técnicos y auxiliares, el suministro de medicamentos, material medico-quirúrgico, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, derechos de hospitalización, cirugía y sala de partos. Para las gestantes incluye la atención del parto de bajo riesgo vaginal o por cesárea, y en planificación familiar incluye la ligadura de Trompas de Falopio.

3. Atención ambulatoria en el segundo y tercer nivel de atención. Garantiza:

Atención integral en Gineco-obstetricia y Pediatría incluyendo el suministro de medicamentos y los exámenes diagnósticos de la gestante de alto riesgo y del menor de un año.

Consulta de Oftalmología y optometría para los grupos de: Menores de 20 años y mayores de 60, grupos para los cuales se incluye el suministro de monturas hasta por un valor equivalente al 10% de un salario mínimo legal mensual vigente, y suministro gratuito de lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio. También cubre la atención ambulatoria para los casos de estrabismo en menores de cinco (5) años y los casos con diagnóstico de cataratas en cualquier edad.

Atención integral en Traumatología y Ortopedia para todos los grupos de edad: incluye el suministro de medicamentos, material medico-quirúrgico y de osteosíntesis, vendas de yeso, y la realización de los procedimientos e intervenciones diagnósticos y terapéuticos necesarios de cualquier complejidad enumerados en Resolución No. 5261 de 1994, artículo 68 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

Atención en Fisiatría y terapia física para los casos de Traumatología y Ortopedia que lo requieran como parte de su atención integral, incluyendo consulta, procedimientos y suministro de medicamentos y material medico-

quirúrgico. El suministro de Prótesis y Ortesis se hará en sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución No. 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen o modifiquen.

4. Atención hospitalaria de mayor complejidad: Garantiza la atención médico quirúrgica de:

- Los casos de patologías relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.
- El menor de un año en cualquier patología.
- Todos los afiliados en los casos que requieran apendicetomía, colecistectomía o histerectomía por causas diferentes al cáncer.
- Todos los casos que requieran atención de Traumatología y Ortopedia, con las actividades, procedimientos e intervenciones establecidos en la Resolución No. 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.
- Todos los casos con diagnóstico de estrabismo en menores de cinco (5) años, y de cataratas en cualquier edad, incluyendo el suministro del lente intraocular y los procedimientos quirúrgicos descritos en la Resolución No. 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

Se incluye la atención por los profesionales técnicos y auxiliares, el suministro de medicamentos, de material medico quirúrgico y de osteosíntesis, vendas de yeso, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y los derechos de hospitalización, sala de partos y cirugía en la complejidad necesaria para la atención integral.

D. Transporte de pacientes:

Pacientes de alto costo: Cubre traslado de los pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran de un traslado a un nivel superior de atención.

Urgencias. Se cubre el costo del traslado interinstitucional de los pacientes a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.

E. Medicamentos y ayudas diagnósticas:

Los medicamentos incluidos son los definidos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica detallado en el artículo 45o. del Decreto No.1938 de agosto de 1994, en el artículo 101 de la Resolución No. 5261 de agosto de 1994, en el

Acuerdo No. 53 del CNSSS y las demás normas que los adicionen o modifiquen. Los exámenes de laboratorio y las actividades y procedimientos de radiología y ecografía, son los definidos por nivel de complejidad en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, Resolución No. 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

Acuerdo número 117

Artículo 5°. Actividades, procedimientos e intervenciones para Protección Específica

Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Atención preventiva en Salud Bucal

Atención del Parto

Atención al recién nacido

Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

Parágrafo: El Ministerio de Salud desarrollará en un plazo no mayor a cuatro meses de la expedición del presente Acuerdo, los estudios técnicos que permitan determinar las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica en cada caso, los cuales serán dados a conocer al CNSSS; basados en estos se elaboraran las respectivas Normas Técnicas y Guías de Atención.

Artículo 15°. Los indicadores de Gestión: Para evaluar las actividades desarrolladas por las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y ARS, el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción y Prevención, determinará los niveles de calidad, suficiencia y cobertura mínimos aceptables para el desarrollo de los contenidos del presente Acuerdo. Estos estarán incluidos en las correspondientes Normas Técnicas y Guías de Atención Integral según sea el caso.

Artículo 16°. De la evaluación técnica de las actividades intervenciones y procedimientos de demanda inducida y obligatorio cumplimiento del Régimen Contributivo. Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas, deberán presentar trimestralmente los indicadores de gestión definidos a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, de igual manera deben remitir la información consolidada departamental, a las Direcciones Seccionales de Salud donde cuenten con población afiliada.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción y Prevención realizará revisión y evaluación trimestral y hará la correspondiente retroalimentación a cada una de las EPS y Entidades Adaptadas y

Transformadas y a las entidades territoriales para hacer los ajustes necesarios acordes con el Plan Anual.

11.1.3.1 REFORMA - LEY 100 de 1993: ALGUNOS APARTADOS

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, DECRETO NÚMERO 1011 DE 2006, 3 ABR 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Presidente de la República de Colombia en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política; artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001. **Decreta:**

Artículo 2o.- Definiciones: Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

Atención de Salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de

promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la Atención de Salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

TITULO II

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SOGCS-

Artículo 3o.- Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Artículo 4o.- Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.

2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

3. El Sistema Único de Acreditación.

4. El Sistema de Información para la Calidad.

Artículo 5o.- Entidades Responsables del Funcionamiento del SOGCS. Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

1. **Ministerio de la Protección Social.** Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente. También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

2. **Superintendencia Nacional de Salud.** Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

4. Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

TÍTULO IV

Artículo 32°.- Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud: Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de

auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Artículo 33°.- Niveles de operación de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de lo Servicios de Salud.

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
2. **Auditoría Interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
3. **Auditoría Externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Artículo 34°.- Tipos de Acciones. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
2. **Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. **Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Artículo 35°.- Énfasis de la Auditoría Según Tipos de Entidad.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Artículo 37°.- Procesos de Auditoría en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas entidades deberán establecer un Programa de

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. **Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud.** La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3o del presente decreto.

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

2. **Atención al Usuario.** La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Artículo 40°.- Responsabilidad en el Ejercicio de la Auditoria. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

TITULO VI

Artículo 45°.- Sistema de Información para la Calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 46°.- Objetivos del Sistema de Información para la Calidad: Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. **Monitorear.** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. **Orientar.** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

3. Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

4. Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Artículo 47°.- Principios del Sistema de Información para la Calidad. Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. **Gradualidad.** La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

2. **Sencillez.** La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

3. **Focalización.** La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

4. **Validez y confiabilidad.** La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. **Participación.** En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. **Eficiencia.** Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

Artículo 48°.- Datos para el SOGCS. Las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 50°.- Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema

General de Seguridad Social en Salud " control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes. En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

12.1.4 PERFILES DE CARGOS

1. IDENTIFICACION DEL CARGO	
1.1. NIVEL	Descentralizado del orden Municipal "Empresa Social del Estado de II nivel de complejidad"

1.2. DENOMINACION DEL CARGO		Auxiliar Área Salud		1.3. CÓDIGO	412
1.4. TOTAL CARGOS	27	1.5. CARGO DEL JEFE INMEDIATO:		Enfermero, profesional universitario área salud	
1.6. ÁREA	Atención al usuario		1.7. SECCIÓN	Sub Gerencia Científica	
1.8. DISTRIBUCIÓN	1.9. HORAS DE CONTRATO	1.10. GRADO	1.11. FUNCIONAL	1.12.DEPENDENCIA	
(27) Veintisiete	8	08	Auxiliar de enfermería	Urgencias, cirugía, Hospitalización, consulta externa.	

II. PROPÓSITO PRINCIPAL DEL CARGO:

Ejecutar y aplicar actividades de apoyo, complementarias a las tareas propias del nivel profesional (enfermería y laboratorio clínico) para la población usuaria en las fases de educación, información y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cada una de las unidades misionales (urgencias, cirugía, hospitalización, consulta externa) y en las fases de toma, análisis, procesamiento y diagnóstico (laboratorio clínico) respectivamente, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con los planes, políticas, programas, procesos, protocolos y guías definidas por la organización y las normas nacionales e internacionales, donde por su naturaleza de las funciones requiera el

Hospital San Vicente de Paúl Empresa Social Estado de II nivel de complejidad.

III. FUNCIONES “AUXILIAR DE ENFERMERIA”

- 3.1. Asistir a los profesionales de la medicina y de la enfermería con procedimientos asistenciales de apoyo propios del nivel auxiliar, en el diagnóstico de la enfermedad que afecta el bienestar de los usuarios del área de influencia del Hospital.
- 3.2. Suministrar oportunamente los medicamentos y usar pertinentemente el material médico quirúrgico en el tratamiento y recuperación para mantener el estado de salud del usuario.
- 3.3. Participar en actividades de tipo auxiliar brindando apoyo con sus técnicas y sus conocimientos para tratar de esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad del área de influencia.
- 3.4. Velar por la consecución oportuna de los recursos necesarios, por la racional utilización de los disponibles y custodia de los demás bienes a su cargo, manteniendo el servicio habilitado para la atención oportuna y eficiente del usuario.

III. FUNCIONES “AUXILIAR DE ENFERMERIA”

- 3.5. Participar como unidad de choque de primeros auxilios en las contingencias como brigadas, emergencias, epidemias entre otras para dar respuesta inmediata a las necesidades de salud de la población del área de influencia del Hospital.

- 3.6. Participar en la elaboración, actualización y promulgación de la práctica auxiliar de enfermería de manera pertinente en la atención clínica urgente, ambulatoria y hospitalaria conforme a las directrices del organismo mundial, nacional y local de salud para garantizar la atención y la vida de todos los usuarios.
- 3.7. Contribuir en la orientación del usuario y su familia sobre las actividades específicas en las cuales debe participar activamente siguiendo las instrucciones medicas suministradas y encaminadas a la recuperación, tratamiento y rehabilitación del estado de salud, al regreso a su medio familiar, social y laboral.
- 3.8. Aplicar las técnicas auxiliares de enfermería para disponer al usuario a tomas de muestras, pruebas de contraste, curaciones y al suministro de tratamientos ordenados por el profesional de la medicina.
- 3.9. Realizar seguimiento y valoración del estado de salud de los usuarios a través de la revista, con el fin de informar al nivel profesional tratante, los signos vitales, reacciones o cambios observados en la salud del usuario, registrando dicha información en la nota de enfermería.
- 3.10. Asistir el traslado intra y extra hospitalario oportunamente, haciendo uso pertinente de las técnicas de manejo de usuarios y optimizando los recursos, para que aquellos con enfermedades que necesiten mayor nivel de complejidad en su atención o requieran de otro servicio, sean transferidos conforme a las directrices de referencia y contrarreferencia que establece la norma.
- 3.11. Reportar oportunamente al profesional de la medicina o superior inmediato las anomalías en la prestación del servicio, estados de emergencia y riesgos y

deficiencias de personal de enfermería proponiendo alternativas de solución para mejorarlo y garantizar la satisfacción de los usuarios.

3.12. Garantizarle al usuario actividades de apoyo en enfermería que contribuyan a su recreación, a un mejor escenario ocupacional y al cumplimiento del plan de cuidados que le corresponde en observación, recuperación, hospitalización o domiciliaria.

3.13. Verificar la esterilización del instrumental, materiales médico quirúrgicos y elementos del servicio para garantizar la practica aséptica de cualquier procedimiento o actividad que se realice en la atención del usuario.

3.14. Verificar el suministro pertinente de los alimentos, que correspondan para garantizar que se estén brindando conforme a las especificaciones ordenadas por el profesional de la salud.

3.15. Velar por el reporte a las autoridades competentes de las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población evitando la propagación o contaminación ambiental.

3.16. Contribuir con el pertinente registro clínico, por la legalidad de los soportes de su competencia y del nivel profesional, con el debido y completo diligenciamiento, el refrendado y el sellado para garantizar la calidad de la historia clínica, manteniendo la fuente primaria para soportar la atención y la facturación de los servicios.

3.17. Promover en su servicio o área de trabajo, la doctrina de la calidad, la pertinencia en la atención, la equidad, la eficiencia y la efectividad para que los usuarios de los diferentes servicios del Hospital queden satisfechos por la atención recibida.

3.18. Cumplir con los objetivos concertados con su inmediato superior para obtener eficiencia en la prestación del servicio y calificar satisfactoriamente en la evaluación del desempeño.

3.19. Disponer los elementos necesarios para que el profesional de la medicina pueda realizar la consulta y colaborar con el registro de la información en la preconsulta médica.

3.20. Mantener bajo supervisión y custodia la cadena de frío en los insumos Hospitalarios que lo requieren para evitar perdidas por deterioro.

III. FUNCIONES “AXULIAR DE ENFERMERIA”

3.21. Hacer entrega del turno de manera oportuna y pertinente informando al turno entrante las novedades de los usuarios que estuvieron bajo su cuidado para que el turno entrante prosiga con el seguimiento y los tratamientos.

3.22. Ejercer el autocontrol de todas las funciones que le sean asignadas, para mantener, mejorar y agregar valor en el buen desempeño publico en el propósito de su cargo

3.23. Participar con el apoyo de actividades auxiliares requeridas para la verificación y control de los compromisos pactados en los convenios docentes - asistenciales suscritos entre el hospital y las instituciones educativas, garantizando su debida ejecución sin poner en riesgo la integridad de los procesos y los diferentes usuarios.

3.24. Las demás funciones asignadas por autoridad competente, de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

V. CONOCIMIENTOS BÁSICOS.

- 5.1. Sistema General de Seguridad Social (Ley 100 de 1993).
- 5.2. Procedimientos y guías de las causas mas importantes de atención en enfermería en instituciones Hospitalarias de I y II nivel de complejidad.
- 5.3. MAPIPOS en atención médico Hospitalaria.
- 5.1. Salud Comunitaria Ley 412/00.
- 5.4. Manejo de medicamentos.
- 5.5. Manual de Normas de Bioseguridad Hospitalaria.

VI. REQUISITOS DEL CARGO:

6.1. Estudio:	Diploma de bachiller y Certificado de Auxiliar de Enfermería expedido por una Institución debidamente autorizada.
6.2. Experiencia:	Laboral: Veintiocho (28) meses. Relacionada: Veinticuatro (24) meses.

1. IDENTIFICACION DEL CARGO

1.1. NIVEL	Descentralizado del orden Municipal “Empresa Social del Estado de II nivel de complejidad”		
1.2. DENOMINACION DEL CARGO	Médico General		1.3. CÓDIGO
			211
1.4. TOTAL CARGOS	17	1.5. CARGO DEL JEFE INMEDIATO:	Subdirector Científico

1.6. ÁREA	Atención al Usuario	1.7. SECCIÓN	Sub Gerencia Científica	
1.8. DISTRIBUCIÓN	1.9. HORAS CONTRATADAS	1.10. GRADO	1.11. FUNCIONAL	1.12.DEPENDENCIA
(12) Doce	4	03	Médico General	Consulta externa, urgencias y Cirugía
(5) Cinco	8	10	Médico General	

II. PROPÓSITO PRINCIPAL DEL CARGO:

Ejecutar y aplicar los conocimientos propios de la medicina general en la atención integral de la salud de la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con el plan obligatorio de salud y los planes, políticas, programas, procesos y protocolos de atención médica definidos por la organización y las normas nacionales e internacionales, donde por su naturaleza de las funciones requiera el Hospital San Vicente de Paúl Empresa Social Estado para la prestación de los servicios de salud de II nivel de complejidad.

III. FUNCIONES DEL CARGO:

- 3.1. Practicar exámenes de medicina general basado en la clínica médica, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que debe seguirse, para la recuperación de la enfermedad o la urgencia que afecta al usuario.
- 3.2. Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para ayudar a definir el diagnóstico y/o

el manejo de los usuarios, según el caso.

- 3.3. Formular, dosificar y ordenar el suministro de medicamentos de manera pertinente.
- 3.4. Realizar intervenciones de pequeña cirugía o ayudantía quirúrgica general a pacientes de urgencias, hospitalizados o ambulatorios colaborando en ellas de acuerdo al nivel de complejidad, para garantizar la vida del usuario conforme a los recursos que el Hospital ponga a su disposición.
- 3.5. Realizar control médico periódico de manera pertinente a los usuarios en observación, para corregir tratamiento y definir su recuperación hasta pasadas 12 horas desde su ingreso antes de ser Hospitalizado.
- 3.6. Reportar a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población evitando la propagación o contaminación ambiental.
- 3.7. Remitir los usuarios de mayor complejidad a los médicos especialistas que se requieran, conforme a las directrices de referencia y contrarreferencia que establece la norma.
- 3.8. Participar en la elaboración y desarrollo de programas de promoción y prevención para mejorar la salud de la comunidad.
- 3.9. Reportar oportunamente al superior inmediato las anomalías en la prestación del servicio proponiendo alternativas de solución para mejorarlo y garantizar la satisfacción de los usuarios.
- 3.10. Participar en investigaciones de tipo aplicado a sus conocimientos y funciones para tratar de esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad del

área de influencia.

- 3.11. Adoptar y mantener la relación de coordinación del servicio cuando el nivel jerárquico o superior competente en la institución este ausente, garantizando una eficaz prestación de los servicios de salud los cuales contribuyan a salvar la vida de los usuarios.
- 3.12. Velar por la consecución oportuna de los recursos necesarios, por la racional utilización de los disponibles y custodia de los demás bienes a su cargo, manteniendo el servicio habilitado para la atención oportuna y debida del usuario.
- 3.13. Promover en su servicio o área de trabajo, la doctrina de la calidad, la pertinencia en la atención, la equidad, la eficiencia y la efectividad para que los usuarios de los servicios de salud del Hospital queden satisfechos por los servicios recibidos.
- 3.14. Responder por el pertinente registro clínico, por la legalidad de los soportes de su competencia y del personal a su cargo, con el debido y completo diligenciamiento, el refrendado y el sellado para garantizar la calidad de la historia clínica, manteniendo la fuente primaria para soportar la atención y la facturación de los servicios.
- 3.15. Participar en las contingencias como brigadas, emergencias, epidemias entre otras para dar respuesta inmediata a las necesidades de salud de la población del área de influencia del Hospital.
- 3.16. Participar en la elaboración, actualización y promulgación de la práctica médica general de manera pertinente en la atención clínica hospitalaria conforme a las directrices del organismo mundial, nacional y local de salud para garantizar la atención y la vida de todos los usuarios.
- 3.17. Ejercer el autocontrol de todas las funciones que le sean asignadas, para mantener,

mejorar y agregar valor en el buen desempeño publico en el propósito de su cargo.

- 3.18. Cumplir con los objetivos concertados con su inmediato superior y hacer cumplir los de sus inmediatos sub alternos para obtener eficiencia en la prestación del servicio y calificar satisfactoriamente en la evaluación del desempeño.
- 3.19. Participar en el seguimiento, verificación y control de los compromisos pactados en los convenios docente asistenciales suscritos entre el hospital y las instituciones educativas, para garantizar su debida ejecución sin poner en riesgo la integridad de los usuarios.
- 3.20. Las demás funciones asignadas por autoridad competente, de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

V. CONOCIMIENTOS BÁSICOS.

- 5.1. Sistema General de Seguridad Social (Ley 100 de 1993)
- 5.2. Protocolos de las causas más importantes de Morbi-mortalidad por enfermedad general en la región.
- 5.3. Planes obligatorios de salud (Contributivo y subsidiado).
- 5.4. Manejo de relación médico-paciente
- 5.5. MAPIPOS de atención hospitalaria.
- 5.6. Resucitación cardiopulmonar.
- 5.7. Manual de bioseguridad hospitalaria.
- 5.8. Deberes, obligaciones y prohibiciones del Servidor Publico (ley 734/2002).

VI. REQUISITOS DEL CARGO:

- | | |
|---------------|---|
| 6.1. Estudio: | Título universitario en medicina y tarjeta profesional. |
|---------------|---|

6.2. Experiencia:**Profesional:** Veinticuatro (24) meses.**Relacionada:** Veinticuatro (24) meses.**12.2 DE SOPORTE PARA LA INVESTIGACION (REGISTROS)****12.2.1 PRIMER MOMENTO (Registro de Observaciones) – Mayo 2008****Primera Jornada****Hora inicio:** 1:00 pm**Hora Final:** 6:00 pm

En esta primera visita se encuentran dos (2) pacientes con diversas condiciones de salud, que se localizan en diferentes habitaciones de la SHMI; está a cargo de la sala la enfermera de turno correspondiente.

En ésta jornada la enfermera revisa el historial medico de los pacientes y suministra los medicamentos formulados por el médico.

Respecto a las interacciones relacionales de la enfermera con los pacientes se observa que ésta realiza preguntas a cerca de los síntomas que ha presentado durante su estadía en la SHMI y como se ha sentido durante la jornada.

Por otra parte, cuando la enfermera se encuentra en el centro de atención (enfermería), los acompañantes están pendientes de sus pacientes, de lo que necesitan, etc., estableciendo un dialogo con ellos.

La enfermera en ningún momento abandona su lugar de trabajo, siempre esta atenta a las solicitudes de los acompañantes y los pacientes, además de organizar medicamentos y documentos de la Sala.

Tercera Jornada

Hora inicio: 7:00pm

Hora final: 11:00pm

Esta jornada se realizó en horas de la noche, momento en el cual la Enfermera de la tarde entrega turno a la enfermera de la noche. Así, el profesional que deja su sitio de trabajo, da indicaciones a cerca del estado y evolución de cada paciente en la sala. Igualmente, llega el medico internista y mientras la enfermera suministra los medicamentos, éste revisa las historias medicas de los pacientes en el Centro de Atención (Enfermería).

Se entrevista al medico internista encargado de la sala, indagando así, acerca de la experiencia que éste tiene allí y su labor.

Por otra parte, se entrevista a la Enfermera que entregaba turno y se le solicitó a la enfermera que ingresaba la posibilidad de acceder a la misma, pero no tuvo disposición para ello, refiriendo estar muy ocupada; sin embargo, se observa que se dedica a conversaciones ajenas a su labor.

Cuarta Jornada

Hora inicio: 8 am

Hora Final: 1:00 pm

Esta jornada se realizo en este horario con el fin de presenciar el paso de revista del medico internista que se realiza a las 8:00 am.

De esta manera, se observó el paso de revista, el medico pregunta a la enfermera cómo pasaron la noche los pacientes que estaban internos, qué medicamentos les suministro en la noche y la evolución respectiva de cada paciente.

Posteriormente, el medico internista le pregunta a cada paciente (en este caso a dos que había en la sala) cómo esta de animo, cómo lo han tratado y su sintomatología, esto se presenta en forma de conversación informal y cordial por parte del medico y el paciente.

Luego del paso de revista, el medico da instrucciones de los medicamentos a suministrar o a suspender según el caso en particular de cada paciente.

La enfermera y los acompañantes ayudan a estos a bañarse, se les da el desayuno, que en este caso no hay que ayudarlos pues los pacientes pueden alimentarse solos.

La enfermera al transcurrir la mañana revisa el historial medico, organiza su sitio de trabajo y suministra los medicamentos requeridos a cada paciente.

Quinta Jornada

Hora inicio: 2:00pm

Hora final: 7:00pm

Se realizaron entrevistas con registro de audio a los pacientes y acompañantes que estaban en esa jornada.

Se tuvieron en cuenta aspectos tales como la relación que hay entre profesional de la salud y paciente. Así pues se observó a las enfermeras suministrar los medicamentos y estar pendientes de las necesidades que tenían los pacientes de la sala.

Se pidió al medico encargado de la sala que respondiera algunas preguntas que las investigadoras habían formulado para el estudio ya que estas preguntas surgieron a partir de la primera entrevista. (Registro audio)

Se realizaron entrevistas a dos enfermeras auxiliares. (Registro audio)

Recordar la incorporación o el ingreso del resto de pacientes a la sala, reportar esa novedad en el registro. Ver la contextualización de los pacientes para orientación.

12.2.2 PRIMER MOMENTO (Registro de Entrevistas) – Mayo 2008

PC: PACIENTE

AC: ACOMPAÑANTE

EF: ENFERMERA

MD: MEDICO

EN: ENTREVISTADOR

ENTREVISTA A PACIENTES

ENTREVISTA PACIENTE 1

Edad: 27 años

EN: ¿Hace cuanto que esta acá?

PC: Hace 5 días

EN: ¿Es la primera vez que esta en el servicio de medicina interna?

PC: Ya había estado hace mucho tiempo, hace como unos 5 o 6 años atrás

EN: ¿Y porque estas hoy acá?

PC: Porque tengo anemia

EN: ¿Que le han dicho los médicos a cerca de lo que tiene?

PC: pues es que lo que tengo yo, lo tengo desde los dos añitos y mis óvulos no son como los de una mujer normal, bueno no se como explicarles eso, pero pues estoy enferma.

EN: ¿Y quien la acompaña?

PC: Mi mama, pero ella se queda en las noches

EN: ¿Y ahora tiene compañía?

PC: No, pero ahora vienen unos amigos míos, en o la hora de la visita.

EN: ¿Bueno, y cual ha sido su tratamiento acá, que medicamentos sabe usted que le han suministrado?

PC: Yo tomo acido fólico bastante, creo que me han inyectado solución ferrosa y otras cosas que no me acuerdo el nombre.

EN: ¿Como la han atendido, como se ha sentido acá?

PC: Bien.

EN: ¿Como la tratan las enfermeras?

PC: Bien

EN: ¿Esta era la atención que usted esperaba o que se imaginaba de la atención que le brindarían acá?

PC: Bueno acá si, pero cuando estaba en urgencias no me gusto la atención, pero acá si me recibieron bien y todo, están mas pendientes de uno y todo, pero yo creo que la atención de allá es así porque hay mucha gente que atender y gente mas grave entonces por eso es así.

EN: ¿Usted esperaba que atendieran igual que en urgencias acá, o como esperaba que la atendieran en esta sala?

PC: No, yo se que acá a uno lo tratan mejor, pues yo ya había estado en medicina interna.

EN: ¿Que tal la ha tratado el medico que esta a cargo de medicina interna?

PC: Bien, el me ha tratado muy bien, esta pendiente y todo de uno.

Mejor dicho acá lo tratan a uno muy bien.

EN: ¿Y como le gustaría que fuera la atención en esta sala, le cambiaria algo?

PC: No, nada, así como me han tratado esta bien, no le cambiaria nada, porque los médicos y las enfermeras son excelentes.

EN: Según lo nos ha dicho, ¿usted cree que esta es la atención que deben darle los médicos y enfermeras a los pacientes?

PC: Si, porque si yo fuera medica trataría a mis pacientes como ellos me han tratado a mí.

EN: Cuénteme, ¿las enfermeras hablan con usted?, ¿ellas que hacen cuando pasan por acá?

PC: Si, hablamos, poquito, lo normal

EN: ¿Lo normal? ¿Qué es lo normal?

PC: Como me siento, que me van hacer y ya

EN: Bueno cuéntanos ¿tu a que te dedicas?

PC: Yo, estoy terminando el bachillerato en la noche, estoy en 7 para pasar a 8vo, pero como estoy acá, me he atrasado un poco y también el día sábado los fines de semana le ayudo a mi mama con una fritanga.

EN: ¿En que parte de Palmira vives?

PC: Yo vivo en Ignacio torres

EN: ¿Bueno y cuando su mama viene, que le dicen a ella, como la tratan?

PC: Bien a todos lo tratan bien, los doctores le dicen que tengo, que debe hacer ella y los medicamentos que me dan.

EN: ¿Acá la ayudan a bañar, los alimentos como es todo?

PC: No, yo puedo comer sola, puedo ir a bañarme sola, por eso no hay problema y mi mama también me ayuda no me deja sola.

EN: Bueno esas eran las preguntas que teníamos, muchas gracias por su colaboración.

PC: De nada.

ENTREVISTA PACIENTE 2

Edad: 68

EN: ¿Hace cuanto esta acá?

PC: Desde el miércoles, o sea hace 4 días que llevo a acá

EN: ¿Y por qué esta acá?

PC: Problemas con la respiración y para dar del cuerpo, líquido o popo, y los pies que se me han hinchado

EN: ¿Es la primera vez que sufre de eso o ya había estado acá por algo similar?

PC: No, yo ya había estado en el hospital pero en urgencias, pero hace mucho tiempo, pero como estoy bastante hinchado, pero un medico me mando una droga y me deshincho entonces quedamos pendientes de que para próstata, quedamos pendientes de eso, pero entonces para conseguir la cita con el especialista se demora mucho, porque el carnet no cubre operaciones.

EN: ¿A que E.P.S pertenece?

PC: A Emsanar, estos medicamentos son de allá.

EN: ¿Alirio, y que le han dicho los médicos?

PC: Están esperando a ver que solucionan eso, entonces como el carnet no cubre operaciones, porque hay mas de dos mil y pico de operaciones, yo oía por la radio, porque como a mi me llevaron a una finquita por allá para darme la comidita, y la dormida y yo oía por la radio que había mucha operación retrasada, y la hija hizo el intento de pedir varias veces una cita, pero no.

EN: ¿Con quien vive?

PC: Con una hija, ella me regala la comidita, bien pobre que es también y con hijos, no, y sin trabajo.

EN: ¿Y como se ha sentido acá en medicina interna, como lo han tratado?

PC: Muy bien, no me faltan con la droga, y muy buena atención.

EN: ¿Las enfermeras como se han portado con usted?

PC: Muy bien, muy formales ellas, atentas a todos hora, que necesito, si necesito un medicamento que me lo apliquen vienen, muy formalitas ellas.

EN: ¿Y el medico?

PC: También muy formal, y le pregunta a uno que siente uno, como se siente, muy bien.

EN: ¿Y usted como esperaría que lo trataran acá?

PC: No, pero ¿como mas? Si no hay mas, uno ¿que puede hacer?

EN: ¿Y usted como creen que lo deberían tratar?

PC: No, pues ¿Cómo?, es que no hay otra forma, a mi me parece bien, además no hay que cambiarle nada, es que todo esta bien.

EN: ¿Y usted que ha pensado de los médicos, antes de llegar acá como se imaginaba que lo iban a tratar los médicos y las enfermeras?

PC: Pues como yo e ingresado tan poquitas veces, aunque el decir de la gente es que son de mala clase, pero seguro no han dado con buenos médicos o porque los que dan con malos médicos es que son muy rebeldes también como pacientes, los pacientes pueden se muy rebeldes, es que esa es la cosa también, que si uno se pone de rebelde también lleva del bulto.

EN: ¿Y usted como se considera, rebelde o no rebelde?

PC: Yo rebelde no soy, que hay que tomar eso lo otro, yo digo como no yo lo tomo.

EN: ¿Y usted conversa con las enfermeras y ella con usted, como es la relación con ellas?

PC: Si, ellas le dicen a uno, “vea que se tome esto, que tal cosa”, ellas mantienen pendiente de uno, no, todo muy bien.

EN: ¿Cómo ve que se tratan entre enfermeras?

PC: Todas como muy bien, ellas vienen a informarse acá, que este paciente tal, y la otra responde si como no, bien, no se ve problema entre ellas.

EN: ¿Usted cómo ve las camas, las habitaciones y en si el sitio de medicina interna?

PC: Pues, pa’ donde yo he vivido, esto es un palacio, ah comparación en donde a mi me ha tocado vivir, pues esto es un palacio, muy bien, yo veo todo esto muy bien, tiene su baño, su luz.

EN: ¿Cómo le gustaría que fuera?

PC: No pues que se le va a cambiar, nada, a esto no hay que cambiarle nada.

EN: Alirio usted mencionaba que en la ocasión anterior que había estado hospitalizado le había tocado en el sector de abajo, de pronto ¿usted recuerda como era ese sector, y como se sintió en ese momento?

PC: No, pues yo vine no mas a examen, eso fue a los único que yo vine, no estuve allá así varios días no, simplemente fue un examen con el medico y no mas, y me despachó la droga.

EN: ¿Cómo le pareció el sitio allá abajo a comparación de este sitio?

PC: Pues a mi todo me parece igual de bien en todas partes, allá o aquí

EN: ¿Usted en que barrio vive?

PC: Yo vivo en San Pedro

EN: ¿Y con quien vive?

PC: Con mi hija, con mis nietos, que son cuatro y están estudiando y mi hija le toca por ahí lavar ropa, y ahí se va pasando el tiempo.

ENTREVISTA PACIENTE 3

Edad: 76 años

EN: ¿Hace cuánto está en el Hospital?

PC: Yo llegué aquí el jueves

EN: ¿En la Sala de Medicina Interna?

PC: No...yo llegué aquí anoche... Llegué a las once de la noche yo estaba abajo en urgencias, allá me recibieron en urgencias y me hicieron lo que me

hicieron y no han dado con este problema mío...entonces me mandaron a hacer una no se que... aquí tengo el papel para ir al Hospital Departamental para un sondeo en las venas...no entiendo bien eso...y me dejaron aquí que hasta el lunes... que hasta el Martes a las ocho de la mañana que me llevan para Cali...entonces estoy aquí aguardando que llegue ese día.

EN: ¿Que le han dicho los médicos acerca de lo que tiene?

PC: Pues me dijeron que era flebitis o erisipela que llaman...después dijeron que era otra cosa...y ahora dijeron que era celulitis...pues yo entiendo por celulitis...pues una...como podría explicar? Las bacterias se reproducen caminando entre células, entonces dentro de esas células mías hay un poco de bacterias que se están propagando y cada vez que me acuesto siento un poco más y los antibióticos no están obrando. De medicina no conozco mucho, pues en mi profesión...yo soy Mecánico Industrial, yo hago máquinas!

EN: ¿Hace cuánto se dedica a la Mecánica Industrial?

PC: Uchhhh...desde el principio de los siglos. Mi padre era veterinario, en animales, por cualquier motivo pues son cosas de la vida, hace por ahí 70 años, se asoció con un señor que vendía máquinas, yo estaba chiquito... entonces en ese tiempo, no había tecnología en lo absoluto entonces... mi padre se encargaba de hacer trapiches que son también de fundiciones empezaron en aquel entonces (1938,1940). Entonces ponen un taller de mecánica en Manizales y luego se van a Pereira...ya todos esos señores se murieron. Además de los seis hermanos míos todos murieron, solo quedé yo...yo no volví al taller...

EN: ¿Aparte de la Mecánica, a qué más se ha dedicado?

PC: Pues yo fui al Caquetá a armar unos puentes con una compañía que se llamaba RBD de Colombia...en ese tiempo, para mí el Caquetá era la luna, yo no conocía...pero trabajando, hice un capital bueno y me lo quitó la guerrilla...Los Pozos... donde se reunió Pastrana con la guerrilla, fue mío... pero lo entregué y me vine para el Valle... fui a donde unos conocidos...aquí en el Valle, eso se llama Autoaires del Valle...para ver si me daban trabajo pero me dijeron: “vea señor, nosotros necesitamos una persona experimentada...pero no le podemos dar el trabajo, usted es una persona experimentada pero por su edad, si se muere, nos lo cobran”...de esas

cuestiones jurídicas de las empresas...entonces...yo he trabajado contratitos pequeñitos, por la edad no me buscan, me buscan por la experiencia...

EN: ¿Obed hace cuánto vive en Palmira?

PC: Yo vivo en el Valle, hace casi 40 años...

HABLA ALGUIÉN AL FONDO...ESTÁN PASANDO REVISTA LAS ENFERMERAS...DICEN: "EL MARTES TIENE PENDIENTE UN EXAMEN EN CALI"...EL RESTO NO ES MUY ENTENDIBLE...PERO LA ENTREGA DE TURNO CON DON OBED SOLO TARDA UN MINUTO Y MEDIO.

PC:...No volví si no a hacer unos trabajitos por ahí y entonces ahora el viernes...me dio una tembladera y un dolor en una pierna... y dije yo...que raro!! Y desde el viernes pasado me trajeron al Hospital...allá abajo...al...Raúl Orejuela Bueno...me vio una doctora muy buena...desde que me vio me dijo: "Usted está muy mal"...y allá estuve...Martes, miércoles y jueves, viernes...y el viernes en la tarde, me dijo una reunión de médicos, unos 10 médicos y unas muchachas que están haciendo la práctica... "No le podemos dar nada, el Hospital no tiene laboratorio y hay que hacer unos cultivos, entonces lo vamos a remitir"...y me remitieron aquí, entonces estoy aquí desde el viernes en la tarde hasta ahorita...estuve en urgencias viernes y sábado...y anoche me trajeron aquí.

EN: ¿Cómo le ha parecido la atención de los médicos y enfermeras?

PC: Pues...hasta el momento, sólo conozco a la Sra. Consuelo...Muy amable...me recibió a las 11 de la noche...me atendieron supremamente bien...hicieron lo que pudieron...Mi opinión, discúlpennme lo que voy a decir...pero cada cual estudió algo y tiene la obligación de saber algo sobre lo que estudió...Ehhhh...los virus son muy complicados, yo no soy bacteriólogo pero he leído bastante...Virus, microbios, bacterias...embola, bacterias y SIDA, he leído todo eso, entonces conozco, sencillamente leí de esto que tengo yo...los virus que penetran y se vuelven gangrenosos...este es muy similar...porque por una cicatriz que tengo se me pudo haber metido como he tomado tanto antibiótico, ya no me obra...lo que hay que hacer es punzar, cortar, drenar...pero los médicos me dijeron que eso no se puede hacer. Aquí me cambiaron y me dijeron...eso no se puede hacer, es que los antibióticos son miles...y yo sé, pero también sé que son miles y millones de virus

diferentes...y yo conozco, conocí en el Caquetá...unas curaciones indígenas que no me he podido hacer...pero cuando salga de aquí lo voy a intentar (HABLA DEL MITO DEL SAPO) para la erisipela, con los indios Huitotos...Eso saca el virus de adentro...

EN: Obed, ¿Por qué cree que las enfermeras lo han tratado así de bien?

PC: Pues...como te digo, tal vez por la edad, y muchas circunstancias...respeto a los viejos...su profesión les obligará un poquito a ser amables...hay unas muy queridas...pero no digo todas...Todas aquí me han tratado supremamente bien, hay 3 ó 4 enfermeras que sencillamente dicen ... buenos días y ya...las otras dos de aquí son muy amables...

Me sucedió en el Orejuela Bueno...porque yo no conozco los trámites de oficina...entonces llegó una señora y dijo..."yo no le puedo dar salida porque no ha pagado"...La sra. No sé, me parece, estaba estresada o tenía algún problema y cuando pagué ahí sí me dijo: "Ah bueno! Ya se puede ir"... A mí me extrañó que toda una profesional fuera así pero debe tener algún problema en la casa...

EN: Obed, una última pregunta para dejarlo descansar... ¿Cómo le gustaría que fuera la atención de los médicos y enfermeras cuando usted se encuentra en una sala de hospitalización?

PC: A mí me parece que las que he conocido aquí están muy a la altura de su profesión, es decir, me he sentido tan bien!

EN: Y...el Servicio en esta Sala, ¿Era el que usted esperaba?

PC: Yo entiendo que a uno en urgencias, lo atiendan rápido, porque es que no hay tiempo... porque es mucho trabajo...A mí me pasaron, por ejemplo de estrato 0 a estrato 6...no esperaba encontrarme eso...nooooooooo...La amabilidad es infinita...

EN: Obed, Muchas gracias!

ENTREVISTA PACIENTE 4

Edad: 55 años

EN: ¿Hace cuanto esta en medicina interna?

PC: Desde anoche

EN: ¿Por qué causa?

PC: Tengo una infección en las vías urinarias

EN: ¿Qué le han dicho los médicos?

PC: El medico dice que me iba a poner en tratamiento y yo le dije que porque no me lo podían hacer en la casa, que porque aca me tienen en observación

EN: ¿Qué tratamiento le van a suministrar?

PC: Me están poniendo Gentamicina, un antibiótico

EN: ¿A que se dedica?

PC: No, a nada ya hice lo que había que hacer, me dedique a criar mis hijos

EN: ¿Cómo la han atendido los médicos?

PC: Anoche me hicieron pasar un poquito de rabia porque a lo que llegue pues había una emergencia y no había medico en urgencias entonces yo dije que como es posible que dejen urgencias sin medico, si hay medico señora lo que pasa es que estamos atendiendo una emergencia, que una señora que llego que le cayo un palo encima y como a la hora fue que me vinieron a atender pero yo estaba mala con ese dolor

EN: ¿Y acá en medicina interna como la han atendido?

PC: Ahhh muy bien muy bien, la señora que me atendió anoche muy chévere y la que recibí ahora estaba buenísima

EN: ¿Cómo se ha sentido con ellas, con las enfermeras?

PC: Bien, chévere,

EN: ¿Usted que esperaba cuando le dijeron que la enviaban para medicina interna?

PC: Uy perdónenme pero me provocaba desaparecer cuando empezaban a pasar esos médicos, ¿doctor me puede atender? Estoy ocupado, me trataban mal la realidad

EN: ¿Usted esperaba que la trataran así?

PC: Nooo, una emergencia es una emergencia

EN: ¿Usted me decía ahora que las enfermeras son chéveres, hablan con usted?

PC: Si si, que como estoy, que como me siento

EN: ¿En que parte de Palmira vive usted?

PC: Vivo en el barrio Uribe

ENTREVISTA PACIENTE 5

Edad: 29 años

Tiempo en la sala: 1 día

EN: ¿Porque motivo estaba en urgencias?

PC: Tenía una infección urinaria

EN: ¿Qué le ha dicho los médicos?

PC: Estoy esperado al medico porque me hicieron unos exámenes y estamos esperando los resultados a ver que nos dicen y pues no se como salieron, pues la verdad yo ni se explicar que tengo, no entiendo muy bien todo lo que salió en un examen que ya me habían tomado.

EN: ¿Qué tratamiento le han hecho?

PC: Pues lo único que se es que me han aplicado puro antibiótico

EN: ¿Cómo la han atendido acá en medicina interna?

PC: Muy bien, me atendieron muy bien en urgencias y también en medicina interna.

EN: ¿Cómo le gustaría que la atendieran en medicina interna?

PC: Lo único es que no hay televisión, pero de resto a uno lo tratan bien acá, además lo que uno mas quiere es curarse e irse de aquí, porque uno pues no quiere estar enfermo

EN: ¿Cómo ha sido la atención de las enfermeras?

PC: Pues ellas se han portado bien conmigo

EN: ¿Qué opina de la atención que ellas le han brindado?

PC: No, pues muy buena

EN: ¿Cuándo usted dice muy buena a que se refiere?

PC: Pues de que ellos son gente de que a pesar de que ellos tienen mucho trabajo, lo tratan uno bien, están pendientes uno, de los medicamentos, de cómo se siente uno si me entiende

EN: ¿Usted a que se dedica?

PC: Yo soy ama de casa

EN: ¿En qué parte de Palmira vive usted?

PC: En Juan pablo

EN: ¿Usted por qué cree que la atienden así de bien?

PC: Porque ellos están preparados, porque ellos estudian y saben tratar bien a las personas según el problema que tenga cada paciente

EN: ¿Cuál sería el tipo de enferma ideal que usted desearía encontrar en una situación como la que esta viviendo en este instante?

PC: Mejor dicho, ya me la encontré, una que no me hizo llorar ni sentí nada cuando me metió la aguja y no sentí nada de dolor ni nada, es que hay unas de que a pesar de que lo tratan a uno bien como que no saben encontrar una vena y duele, en cambio la que me atendió me puso esa cosita y no sentí nada de nada, además ella me ha tratado muy bien.

ENTREVISTAS A ACOMPAÑANTES

ACOMPAÑANTE 1 PACIENTE 4

EN: ¿Cómo ha visto que han atendido a la paciente?

AC: Pues lo que yo he visto, atención ha sido supremamente buena, y a mi me habían dicho que la atención de los hospitales como este es realmente pésima pero pus yo creo que no es así en ese aspecto no.

EN: ¿Por qué?

AC: Porque lo que han sido las enfermeras y el medico han estado muy pendientes de ella, y pues si ella necesita cualquier cosas ella llama y ahí mismo están.

EN: ¿Cómo persona del común como se ha imaginado la atención de los médicos y enfermeras y que ha sido lo que se han encontrado acá?

AC: Pues me he quedado aterrado porque creía que las enfermeras pues no les importaba cierto, ahora si uno necesita algo así no sea urgente pues ellas se han portado muy bien, eso es lo que yo he visto y pues yo no creía que las enfermeras fueran tan capaces en su oficio

EN: ¿A que se dedica usted?

AC: Yo soy mecánico industrial

ACOMPAÑANTE 2 DEL PACIENTE 6²

² A este paciente no se le realizo la entrevista por su estado critico y dificultad para hablar por sus mismas complicaciones.

EN: ¿Es familiar suyo?

AC: No, es un amigo, mejor dicho nosotros lo tenemos en la casa, es un viejito que ayudamos, el tiene un poco de hermanos pero no, ninguno esta cerca para brindarle alguna ayuda

EN: ¿Y que tiene el paciente?

AC: No se, tiene una cosa de la respiración, también una complicación con el riñón

EN: ¿Cuántos años tiene el paciente?

AC: Tiene 70

EN: ¿Qué tratamiento le ha suministrado acá en el hospital?

AC: Pues le digo que no se nada porque yo llegue como a las 5, y la verdad quien estaba antes era un hermano mío, entonces lo que diga no es mucho pues.

EN: ¿Desde que hora llegaron con él?

AC: Pues llegaron desde la madrugada creo, porque el estaba en el Raúl Orejuela y de ahí lo pasaron para acá y a esta sala

EN: ¿Y como ha visto que ha sido el trato con el paciente acá por parte de las enfermeras y el medico?

AC: Muy buena, están muy pendientes de el, las enfermeras son excelentes, muy atentas, tratan bien al paciente en fin son muy formales, la que estaba en el turno muy formal ella.

EN: ¿Y como se había imaginado la atención acá?

AC: Bien, a mi siempre me han tratado bien donde yo he ido, entonces pues yo me imaginaba que acá seria igual y pues me he encontrado con que es así de pronto uno se encuentra enfermeras y médicos de mala clase es en el seguro social, allá a uno si he escuchado que lo tratan mal

ACOMPAÑANTE 3 PACIENTE 7³

EN: Hace cuanto le dio la hemorragia a su esposo?

AC: Le dio el sábado a la 6 de la mañana, lo trajeron los bomberos acá en urgencias, pero de acá me lo remitieron a Cali y me lo tuvieron allá el sábado y

³ A este paciente no se le realizó la entrevista dado que sufrió una hemorragia cerebral la cual le impedía comunicarse con claridad y en el momento de la entrevista estaba sedado.

el domingo y por la noche me le dieron la salida con remisión acá otra vez entonces ya el domingo por la noche lo mandaron para acá.

EN: ¿y como los han atendido acá en medicina interna?

AC: Muy bien, muy buena atención para los pacientes y para uno de familiar.

EN: ¿Y las enfermeras?

AC: Muy bien, lo tratan a uno como debe de ser a uno que es familia del paciente y al paciente, lo tratan muy bien, y el médico es igual de atento y muy formal y muy educado.

EN: ¿Cómo ha sido su experiencia en otros hospitales como la han tratado?

AC: Pues yo siempre he sido de buenas, además siempre he tenido fe en este hospital y en el departamental porque ambos me han atendido a las mil maravillas

EN: ¿Usted que piensa de los médicos, los de aquí y de los que ha consultado alguna vez en su vida?

AC: Lo único que yo puedo decir de los médicos es que si son buenas personas, los médicos a mi me ha atendido muy bien a mi, a mis hijos y a mi esposo

EN: ¿Usted esperaba que la atendieran así acá?

AC: Si, yo esperaba la misma atención de siempre, buena.

EN: ¿Usted en que lugar de Palmira vive?

AC: Barrio Estonia

Medico pasando revista.

6 mayo 2008

Camas ocupadas: 4 pacientes

A la enfermera que entraba de turno ese día se le pidió el favor de colaborarnos con la entrevista pero refirió que estaba muy ocupada que le tocaba llenar unos papeles pendientes del turno y que a ella no le quedaría tiempo para responder la entrevista, así que no tuvo la disposición para acceder a esta.

Observación del médico Gualteros pasando revista

Paciente 3

Le explica lo que tiene y la evolución de su estado y su posible salida del hospital en la mañana pues el tratamiento que requiere para lo que tiene se puede realizar en su casa, y le explica que los pacientes no pueden permanecer después de que hay una notoria evolución o mejoría porque los auditores médicos hacen que las leyes se cumplan y ese sería el procedimiento a seguir, así que le explica los procedimientos que debe realizar en su casa, y paciente le pregunta algunas de sus inquietudes, el médico le explica en palabras no médicas las instrucciones necesarias junto con la medicación.

Paciente 2

MD: ¿Cómo ha seguido? ¿Cómo se siente?

PC: pues ya mejor, ya con ganas de irme a la casa y seguir viviendo

MD: que bueno ¿Cómo sigue de la asfixia?

PC: ya mejor, ya se me calmo

MD: ¿y los calambres?

PC: también

MD: pues yo creo que usted ya para mañana se puede ir ya para su casita ¿y eso que estaba sintiendo eso que le sube y eso que me decía?

PC: bueno pues ahorita no lo he vuelto a sentir

El médico le toma la presión a cada uno de los pacientes de ese cuarto, le hace examen físico, se despide y les desea buena noche.

Paciente 7

MD: buenas noches, como ha seguido

AC: al medio día se cayó de la cama

MD: ¿y se descalabro o algo así, se pego en la cabeza?

MD: ¿buenas noches? ¿Cómo se siente? ¿Cómo siguió?

PC: (balbucea) bien

MD: ¿le duele la cabeza? Respire fuerte que le voy a tomar los signos

PC: (balbucea) no

El médico toma los signos vitales, lo examina físicamente del paciente y hace algunas recomendaciones a la acompañante pues esta le pide que le

recomiende algo con respecto a la historia medica del paciente, el médico le hace unas preguntas y le indica que le traiga los exámenes que le hayan tomado anteriormente a la hospitalización, se despide y les desea buena noche.

Paciente 6

MD: buenas noches ¿Cuál es su nombre? ¿Cuántos años tiene?

AC: 70

MD: Cuanto hace que esta enfermo

AC: Viene enfermo hace dos meses

MD: ¿Qué le dio hace dos meses?

AC: Se me atajo la orina

MD: ¿Hace cuanto sufre de asfixia?

AC: Hace dos meses

MD: ¿Fumaba?

AC: Si

MD: ¿Hace cuanto que fuma?

AC: Ya no fuma, hace dos meses no fuma

MD: ¿Y sabe desde que edad fumaba?

AC: El dice que desde pequeño, por ahí 7 años

MD: ¿Cuándo fumaba cuantos se fumaba?

AC: Por ahí unos 5 o 6

MD: ¿Qué siente ahí? (realizando el examen físico)

Es importante resaltar que el medico se demora con los pacientes anteriores por cada uno de 10 a 15 min, pero con este ultimo paciente debido a su gravedad se demora 25 min pues realiza la toma de signos vitales y examen físico.

Enfermeras pasando revista.

Martes 6 mayo 2008

Hora 7:00 pm

Enfermeras pasando revista

La que entrega le dice el nombre y si lo conoce y han tenido algún tipo de interacción anteriormente lo saludan cordialmente y le pregunta como se han sentido esos pacientes anteriormente, le dicen que tipo de medicamento le ha suministrado y que esta pendiente por suministrar

También se le informa del estado de ánimo de cada paciente, si ha estado “calmado” “inquieto” “angustiado”

Datos como la edad, exámenes, tratamientos que se ha realizado durante ese turno

Se refieren a él o a ella, solo dicen el nombre cuando llegan y saludan cordialmente

Con respecto a un paciente que se encuentra critico en el turno le explican que debe tener oxigeno permanente y la enfermera que recibe turno le advierte que si no realiza las recomendaciones puede fallecer textualmente “adiós pues y se llamaba el señor”.

ENTREVISTAS A PROFESIONALES DE LA SALUD.

MEDICO - Edad: 45 años

Profesión: Medico Cirujano

Docente Universidad Santiago De Cali

EN: ¿Que requisitos debe tener un paciente para ser ingresado al servicio de medicina interna?

MD: Para que un paciente acceda a este servicio debe necesitar tratamiento intra-hospitalario, todo paciente que tenga que ser tratado es decir hospitalizado, debe venir a este servicio excepto pacientes de pediatría, ginecología, cirugía todo el que no sea de ese grupo, viene a medicina interna, en todo hospital de nivel dos existen esas cuatro especialidades.

EN: ¿Cuál es la frecuencia con que llegan los pacientes a medicina interna?

MD: Generalmente esta lleno, aunque hay temporadas en que no lo esta.

EN: ¿En este momento cuantos pacientes se encuentran hospitalizados?

MD: Ocho pacientes actualmente.

EN: ¿Qué compete a medicina interna, que tratamiento se les brinda a los pacientes en esta sala?

MD: Se le da el tratamiento específico según la patología que tenga, que son muy variadas, por ejemplo, si alguien tiene un infarto, una neumonía es depende la patología que se le administran los tratamientos y los medicamentos, ver la evolución de ese paciente que haya mejoramiento, o si hay empeoramiento de la salud de este y saber si necesita un tratamiento mas especializado, ya sea que se remita al H.U.V.

EN: ¿Qué pasa cuando hay algún paciente con alguna enfermedad infecto-contagiosa?

MD: Por ejemplo en estos momentos tenemos un paciente que aislado pues tenemos sospecha de lepra, y pues por razones de salubridad, debemos tenerlo así hasta descartar algo.

EN: ¿En cuanto tiempo oscila la permanencia de los pacientes en esta sala?

MD: Eso depende de la evolución que tiene el paciente, lo máximo que se ha quedado un paciente en este sala ha sido un mes hospitalizado, paciente que tenia diagnostico de acceso pulmonar que se envió a Cali, y de allá lo mandaron diciendo que lo debían tener un mes con tratamiento antibiótico.

EN: ¿Con referencia a los estudiantes que hacen sus practicas en esta sala que se les enseña acá? ¿Cuántos estudiantes son?

MD: Eso lo maneja exclusivamente la jefa de enfermería, deberían preguntarle a ella.

Segunda entrevista al Medico (Mayo 2008)

EN: ¿En que consiste la atención brindada al paciente que se encuentra en medicina interna?

MD: Atención medica, evaluación, hacer la historia clínica, hacer el diagnostico, el examen físico todos los días y realizar el tratamiento medico indicado, evaluar la evolución durante los días de hospitalización y de ahí cuando hay una mejoría para darle la salida se elabora el tratamiento que se debe realizar ambulatoriamente y la recomendaciones a seguir en la casa y ya posteriormente que siga en control con medicina externa

EN: ¿Cómo considera usted que es esta atención?

MD: Pues me parece que es la adecuada

EN: ¿Qué tipo de relación establece con el paciente que esta en medicina interna? ¿Es una relación informativa, afectiva? ¿De qué carácter es esta relación?

MD: Mmmmm, pues me parece es informativa y afectiva

EN: ¿Qué características tiene entonces esta relación?

MD: No se que me quiere preguntar

EN: Cuando hablamos de que es una relación informativa y afectiva entonces podría usted establecer algunas características o algunas categorías para definir estas dos.

MD: Pues, o hagamos esto mas bien cuando termine, déjeme yo termino porque es tan maluco salir de acá a las 11 u 11:30 de la noche, entonces mas bien yo acabo primero esto o si de pronto es mas fácil mañana, ¿no les parece?, porque como veo vamos a tener que dedicarle mucho tiempo y después lo que tengo que hacer no lo alcanzo a hacer

EN: ¿Y hasta que hora esta usted acá?

MD: No, pues es según el numero de pacientes que creo que mas bien es poco.

EN: Solo hay 4 pacientes

MD: A bueno entonces ¿como es la pregunta?

EN: Bueno entonces retomemos, estamos hablando de unos aspectos de una relación que es tipo informativa y afectiva, usted nos comenta estos dos aspectos ¿Qué característica tienen estos aspectos? ¿A que se llama una relación afectiva e informativa?

MD: No, pues yo no voy a decir esa definición porque no me he puesto a pensar las características de eso, simplemente trato al paciente, me comunico, hablo, converso lo mas que puedo, trato de que el me diga absolutamente todo sin estarlo cortando, y que el me diga todo lo que me quiere decir, y después lo examino de los pies hasta la cabeza para saber que signos médicos encuentro de la enfermedad.

EN: ¿Cómo sería el tipo de paciente que le gustaría encontrarse?

MD: Que no estuviera enfermo, pero lamentable llegan unos que están muy enfermos, algunos muy graves, y que son los que tengo que atender,

idealmente personas que fueran consientes de su enfermedad, que fueran colaboradores y la verdad es que la inmensa mayoría de pacientes que llegan acá son así, porque muchos son personas humildes, estoicos que toleran mucho el dolor, que aguantan mucho, la inmensa mayoría de gente que viene acá son mu pobres de estrato 1 y 2, entonces a pesar de eso el esfuerzo que se hace generalmente es bien agradecido por ellos, también viene mucho paciente que son delincuentes y drogadictos, generalmente son personas que no son consientes de su enfermedad que así están muy enfermos, un alto porcentaje de ese tipo de pacientes se avaden del servicio, por mas que se les expliquen que están mal y que deben continuar, yo me imagino que todos están en un nivel de abstinencia tan grande que así estén enfermos no les importa, y a penas ven una mínima mejoría de sus patologías se vuelan, ojala ese tipo de pacientes no existiera, pero, son los que existen y es un porcentaje bien alto

EN: ¿Alrededor de cuanto tiempo pasan con un paciente, comparten con un paciente?

MD: Pues a ver, con la ley 100 eso no puede hacerse así, porque con la ley 100 los criterios son:

Amerita o no amerita hospitalización, y la figura mas importante para las E.P.S se llama: medico auditor, que es el que esta a diario viendo que los pacientes no den un solo día hospitalizado mas del que supuestamente para ellos debe estar hospitalizado, entonces, eh, ese concepto y ese criterio de asegurase de que ese paciente no se va a volver a enfermas, no, eso ya no es un criterio de hospitalización para ellos, ya el paciente esta hospitalizado uno o máximo tres días y a penas se vea mejoría darle salida y que vaya a un control en medicina externa, entonces me imagino que si el paciente sigue bien, sigue ya en su casa, si se vuelva a agravar o a recaer vuelven y lo hospitalizan así esta funcionando el sistema hoy en día, así no debería funcionar, pero es lo que nos están imponiendo

EN: ¿Cómo considera usted que los estudiantes de la salud están siendo formados respecto al trato que se les debe dar a los pacientes?

MD: Pues, para mi es preocupante, esa es mi opinión y es muy personal, para la gran mayoría de los auditores eso es lo indicado y lo adecuado, pero en mi

concepto ningún paciente que este hospitalizado debe ser dado de alta hasta cuando no se este absolutamente seguro de que este recuperado y eso pues, existen criterios clínicos y paraclínicos el criterio es que a penas se vea mejoría se le de, de alta y los auditores andan pendientes de eso

EN: De todos modos, en entrevistas anteriores algunas de las enfermeras nos comentaban de que acá venían estudiantes del INTE, de la USACA, de CENTRA

MD: Pues a mi me parece que estas niñas hacen si practica, pero yo diría mas que en si ellas, influye mas lo cultural, cuando le digo eso es la nuevas generaciones, la nuevas generaciones de personas y de seres humanos y eso ustedes lo están viendo, posiblemente ustedes ya lo han visto como son los jóvenes de hoy, cual es el lenguaje que utilizan la mayoría, como se tratan, cual es el respeto que hay hacia los mayores, hacia los padres, hacia las leyes, los conocimientos frente al comportamiento, ¿y la ley la constitución cual es? Pues yo diría que cero, entonces todo eso es la cultura que somos.

EN: ¿Cómo caracterizaría el comportamiento de estos estudiantes con referencia a su formación como profesionales de la salud?

MD: Hasta ahora lo que he visto, me parece que es mas o menos adecuada, peor es lo que estoy diciendo que son niñas muy inmaduras y muchas están empezando a penas a empaparse con los pacientes, es evidente lógico que uno no puede comparar, una niña de estas con una enfermera que lleve años de experiencia, entonces una niña que trata a una amiguita de la manera que la tratan y las palabras que se dicen, ¿Cómo va a tratar a una ancianita?, pues es algo que tiene que aprender, antes cuando llegaban era algo que ya lo sabían y uno sabia que era el respeto y todo eso, en cambio ahora es algo que deben aprender, desde el primer día, y a veces eso es mas importante que aprender a poner una inyección, que poner una sonda es eso, porque el trato a la gente es lo mas importante

EN: Doctor, nos comentaba anteriormente que era docente ¿usted a sus estudiantes les recalca eso que nos acabo de comentar?

MD: Se trata, pero usted sabe que a veces enfrentar eso no es fácil

EN: ¿Qué les dice?

MD: Pues la verdad ahora que usted me lo pregunta, caigo en cuenta que debo retomar ese tema, porque uno a veces se enfrasca mucho en la teoría y como la teoría es tan extensa y también eso depende de los grupos que uno maneje porque a veces llegan unos grupos que mejor dicho uno a veces sufre y a veces llegan unos grupos donde uno pues se siente como mejor, entonces de pronto esos se les puede enfocar mas por ese otro lado de pronto también reforzar ese lado humanista y también lo que es en un buen porcentaje lo que es lo teórico, pero si es verdad a uno a veces se le va mas la mano por el lado de lo teórico que lo humanista.

EN: ¿Usted como médico cree que alguna vez se le ha olvidado eso?

MD: Es probable, al año uno atiende como diez mil o quince mil personas, es probable, porque si yo digo que nunca tal vez este faltando a la verdad, es probable que en algún momento he estado de afán, tenga demasiados pacientes o me estén esperando para hacer otra cosa en otro hospital y no le he dedicado el tiempo que le tendría que dedicar a alguien a lo mejor

EN: ¿Cuál es su experiencia más significativa como docente y como médico que lo ha marcado a usted en el trato con un estudiante y con un paciente?

MD: He tenido bonitas y tristes, y de todos los tipos y la verdad yo llevo trabajando diecisiete años entonces imagínense los casos de personas que llegan criticas, moribundas y que uno dice que ya no hay nada para hacer y no, y salen, se recuperan, y otros casos ya mas tristes en donde uno posiblemente esperaba que el desenlace no fuera fatal y sin embargo fue fatal, casos en los que mas que uno se halla esforzado no se logro lo que se quería

EN: ¿Usted de forma personal como hace para manejar eso?

MD: Pues frustrante es, pero uno sabe cuales son los limitantes uno sabe que acá en gran porcentaje de los casos se trabajan con muchas limitaciones

EN: ¿De que tipo?

MD: De locación, de fármacos, pero en general a la mayoría de los pacientes se les puede hacer lo que se debe hacer, a la inmensa mayoría, entonces la mayoría de pacientes lo que dejan son satisfacciones, hay casos que afortunadamente y gracias a Dios para el paciente son minoría es de la forma como esta funcionando ese sistema, pacientes que hemos tenido aquí que hemos pensado que necesitan que los vean especialistas de Cali, llegan a Cali

y dicen: no, esto es una remisión mal hecha, al paciente lo pueden seguir tratando en Palmira lo devuelven y llegan a aquí y al otro día fallecen, cuando pensábamos que los debían ver, en un nivel superior y eso ya ha pasado varias veces aquí, entonces uno termina entendiendo que es así como funciona este sistema

EN: ¿Y a usted como paciente qué tipo de atención le gustaría recibir?

MD: Pues, yo me imagino lo que a todo el mundo le gustaría, pues una buena atención, no pediría mas de lo que esta indicado, una buena atención con lo indicado y con suficiente

EN: ¿Cuánto tiempo le dedican a cada paciente mientras esta hospitalizado?

MD: Aquí pues yo vengo diariamente, de 7:00 AM a 1:00 PM como labor asistencial y como muchas veces tengo que dar una clase, doy la clase, después que termino vengo con los estudiantes paso una nueva ronda, vengo a ver los pacientes, pero realmente en la noche vuelvo y paso a observarlos nuevamente para dejarlos evaluados y formulados y en la mañana nuevamente paso con los estudiantes paso una ronda docente asistencial y se evalúan los pacientes eso es lo que hago, tiempo promedio por paciente en el día por ahí media o una hora en el día mas o menos.

EN: ¿Cree que es suficiente ese tiempo?

MD: Cada paciente debe ser atendido de manera adecuada y eso quiere decir que hay que dedicarle el tiempo que sea necesario, porque hay pacientes que no necesitan media hora a lo mejor 15 o 20 min pero hay pacientes que a veces se demoran mas de una hora en su atención un solo paciente todo depende de cada paciente de cómo se encuentra, de cómo esta, y de la manera como ha ido evolucionando si uno ve que con lo que se le esta haciendo va mejorando, bueno un va chequeando su evolución, y el otro que a pesar de lo que se le esta haciendo no esta mejorando si no empeorando hay que volverle hacer lo mismo y mas

Y por ejemplo el proceso de remisión de una paciente se demora una hora y por lo menos hay que ir, bajar, llamar, esperar que le contesten que es demorado que le contesten, comunicarse con la red, esperar que contesten, que le den un código y hay procedimientos que se deben hacer y le toca a uno hacer, la enfermeras siguen las instrucciones medicas.

ENTREVISTA: ENFERMERA AUXILIAR 1

Edad: 38 años

Profesión: Auxiliar de enfermería

Tiempo en el Hospital: 8 años

EN: ¿Cual es su especialidad acá? Y ¿Cuales han sido sus estudios?

EF: Pues mis estudios primarios, bachillerato y auxiliar de enfermería, el área donde en realidad más he estado es en partos, cuando yo hice mi práctica.

EN: ¿Que hizo que estuviera acá en medicina interna?

EF: No, primero me bajaron a urgencias, en urgencias estuve un tiempo y después si me trasladaron para acá.

EN: ¿Sucedio por que?

EF: Porque empezó una nueva cooperativa y la nueva cooperativa hizo cambios, ya solo necesitaban medio tiempo, yo antes tenia turnos de 8 horas, ahora solo hago 4. Mis otras compañeras si tienen turnos de 8 horas.

EN: ¿Como ustedes atienden, o que clase de servicio brinda a los pacientes cuando están en medicina interna?

EF: En medicina interna se brinda primero que todo que se den los medicamentos como debe ser, para que no sufra de pronto una recaída, atenderlos por ejemplo si no tienen familiar, hacerles el baño, vestirlos, ya lo de uno, digamos así, canalizarles las venas, tratar bien a los pacientes, a veces los familiares tratan mal a los abuelos mas que todo, entonces uno les indica se les da educación de cómo deben tratarlos de pronto cuando tienen hondos como deben evacuarlos.

EN: ¿Qué relación o como diferenciaría la sala de medicina interna anteriormente a la actual?

EF: El cambio es rotundo, por q aquí no se ve infecto, ninguno de los pacientes tienen "infectos" y son manejados sin nada de infectos y esta sala es por decir como una clínica

EN: ¿Usted como persona y profesional de la salud q opina del estado de la sala anterior?

EF: De ello puedo decir q no estaba adecuada mente por ejemplo en los servicios, el techo se estaba cayendo por poquitos no había buena iluminación en los pasillos.

EN: ¿Ustedes que esperan q tenga la sala interna actual mente?

EF: Lo q se aspira al nueva sala es q esta bien instalada en el sentido de mas camas medicamento o equipo medicado y buena instalación de servicios.

EN: ¿Ustedes como profesionales como creen q tratan a los pacientes, es decir es el por número de cama o por el nombre?

EF: Regularmente tratamos a los pacientes por el nombre, nosotras no identificamos bastante con ellos.

EN: ¿Cómo tratan a los pacientes?

EF: En realidad hay algunos pacientes en los cuales nos encariñamos mucho por q se dejan tratar en cambio algunos no por q son groseros o no se dejan ayudar o en realidad esta el familiar q si se preocupa del paciente.

EN: ¿Ustedes tratan de saber todo o solo lo necesario de sus pacientes?

EF: Hay veces aunque pues hay pacientes que ingresan tanto que uno ya sabe su historial que es lo que tienen o como hay q tratarlos de por si uno trata de que ellos estén bien en el sentido de q tengan sus baños y pues q los infectos estén alejados de los demás.

EN: ¿Ustedes que esperan de sus pacientes y ellos que esperan de ustedes?

EF: Creo q esperan paciencia y un trato bien de parte de nosotros como nosotros de ellos.

EN: ¿Para ustedes como debe ser el paciente ideal?

EF: El ideal podría ser el que no es grosero, que hablan con uno y se dejen atender.

EN: ¿Cómo se maneja la parte administrativa?

EF: A las personas se les pide ya sea guantes, algodón, jeringas etc.

EN: ¿Tienen pacientes de otras partes?

EF: Por lo regular a parte de Palmira, pradera, candelaria, florida rozo.

ENTREVISTA: ENFERMERA AUXILIAR 2

Edad: 33 años

Cargo: Auxiliar de Enfermería, Egresada del Sena.

Tiempo en el Hospital: 12 años

Especialización: No, Solo cursos complementarios.

EN: ¿Siempre ha estado en medicina interna?

EF: No, en los doce años que llevo no, al principio yo estaba dos años en quirúrgicas y dos años en Urgencias y hace poco salí de urgencias pero a mi gusta mucho urgencias.

EN: ¿Cómo es su relación con lo médicos, usted cómo enfermera?

EF: Por mi parte mucho respeto y como cada quien en su puesto

EN: ¿Qué tipos de paciente se encuentran acá en medicina interna?

EF: La mayoría se abarcan, pacientes de tercera edad, y en cuanto a situación social pues se encuentra de todo, pero en especial se encuentra estrato 1 y 2

EN: ¿De qué municipios o de que corregimientos?

EF: Principalmente pues Palmira, y este hospital abarca lo que son los municipios de Candelaria, Pradera, Florida, Rozo, paciente de Rozo se presentan mucho ah y también cerrito.

EN: ¿Ustedes como profesionales de la salud, se encuentra con tipos de paciente, que tipos de pacientes se ha encontrado usted como enfermera?

EF: Yo creo que uno no debe encasillar los pacientes, pero como somos personas sociables, de todas formas, nos encontramos gente muy asequible, muy dada a recepcionar y aceptar a proceder con la información que uno le da, pero también uno se encuentra con otras personas que cualquier cosas se pueden sentir agredidos entonces si uno por algún motivo no le aceptan la explicación no los escuchan a uno y se niegan plenamente a la atención que uno verdaderamente quiere brindarles, aquí en este momentico lo que esta pasando es que como en medicina interna hay una sola auxiliar por turno entonces la calidad no esta siendo la misma, no le esta a uno quedando tiempo de conversar a uno con el paciente, explicarle cosas como procedimientos, eso también se vuelven negativo para las personas, la gente expresa y se escucha: “No es que la otra no me explico” ”es que uno le pregunta algo y no son capaz de explicarle a uno, no le dan razón” entonces lo administrativo se refleja en

esa parte, uno no esta tenido tiempo para brindarle una mejor información al paciente.

EN: ¿Y cuantas enfermeras deberían estar en esta sala por turno?

EF: Medicina interna es mas compleja porque uno esta con personas de la tercera edad entonces son pacientes que necesitan mas cuidados, hay pacientes que están postrados y por lo menos en el baño de estos uno divinamente se puede demorar dos horas, entonces eso limita el trabajo porque no tiene que estar pendiente con los medicamentos, a parte d que uno acá en medicina se maneja mucho medicamento por vía oral, mucha tableta, entonces un paciente te puede recibir unas ocho en la mañana y así, y todo esto suma trabajo y todo eso retrasa muchas labores que uno tiene como enfermera.

EN: ¿Usted como enfermera que tipo de paciente le gustaría encontrarse acá?

EF: No, realmente yo creo que uno no quiere encontrarse un paciente agresivo, peor yo creo que como sea todos los pacientes le brindan algo a uno, y si uno esta en esto uno tiene que estar preparado para enfrentar cualquier situación, que hay que saberla enfrentar para uno no cometer errores, pero yo creo que todos lo pacientes en definitiva son ideales para uno porque pueden recios pero igual ellos tienen aportes que tiene uno para la vida.

EN: ¿Qué piensa usted de esta sala provisional en términos de calidad ambiental con respecto a la anterior sala?

EF: El cambio es grande, porque de todas formas en la parte donde estaba antes medicina interna es la parte vieja, esa parte se encuentra un poco arruinada, pero el deterioro lo que manifestaba la gente y lo que uno ve, es que parecía abandono, donde popularmente se iba y se tiraba el paciente y eso es lo que manifestaba la gente, los que vienen acá que ya habían estado en la otro, dicen que haya se sentían como abandonados como tirados.

EN: ¿Hay pacientes que frecuentan la sala de medicina interna?

EF: Si, medicina interna desafortunadamente, es eso el reingreso de mucho paciente crónico como Hipertensión, diabetes, entonces eso tiene de que el reingreso es continuo, la mayoría de pacientes es continuo

EN: ¿Qué relación tiene usted con el paciente, cual es la relación enfermera/paciente?

EF: A ver, yo siento que el paciente, bueno en estos doce años, que antes le tenían mas respeto a uno, mas confianza y lo tenían a uno como en un pedestal, ahora la gente se ha quitado esa venda de los ojos y el nivel de su exigencia aumenta, la gente dice, “usted es la auxiliar de enfermería”, pero no es como se veía antes que uno era digámoslo así como una persona que lo iba a curar, que lo iba a salvar, pero en general, en general es el respeto siempre encuentra uno como uno maneja estrato 1 y 2 y eso, siempre encuentra uno la persona que se pasa que lo agrede.

EN: ¿Ha tenido experiencias en donde ha sido agredida?

EF: Si, cuando trabajaba en urgencias, porque en urgencias usted llega con el dolor de la gente se enfrenta a dolor de la gente, al dolor de los familiares, a la impotencia económica que marca muchísimo, entonces son muchos los casos en que la gente de entrada empieza es a agredirlo a uno.

EN: ¿Los familiares como se comportan con ustedes acá en medicina interna?

EF: Aquí en medicina interna como ya han pasado ciertos periodos como de crisis desde el inicio de su enfermedad o desde el inicio de su situación de emergencia entonces ya vienen un poco mas asequibles y como siempre no, la mayoría son colaboradores mientras usted les explique y pues usted claramente les dice, esto va a ser así, mejor dicho, la explicación que usted le de a la persona cuenta ahí, hay que ser muy asequible y se cercioran bien entonces, bueno.

EN: ¿Como profesional de la salud ya, pero a ¿usted como paciente que le gustaría recibir como paciente de un profesional de la salud, de un medico, enfermera?

EF: No, pues ante todo respeto y yo creo que con eso y con una buena información esas dos cosas abren un buen camino para todo

EN: ¿Ustedes también indagan sobre la historia de vida ya se saben la historia de vida del paciente?

EF: Si, uno por medio de conversa pues más que todo aprovechando la parte en la que uno le da la droga, el medicamento, ahí en donde uno aprovecha para hablar con ellos.

A las personas que no son de planta trabajan 15 días y descansan 15 días y les pagan medio mes, con las personas que son de planta no sucede esto.

ENTREVISTA: ENFERMERA AUXILIAR 3

Edad: 39 años

Tiempo en el Hospital: 3 meses

EN: ¿Cuál ha sido su experiencia como enfermera?

EF: Pues depende demasiado, depende de uno compartir lo que le pasa al paciente y a los familiares entender eso mas bien.

EN: ¿Y cuanto lleva ejerciendo?

EF: 13 años

EN: ¿Dónde estudio?

EF: En el Sena en Palmira

EN: ¿Ha hecho capacitaciones, algo complementario?

EF: Eh, pues si, actualizaciones

EN: ¿En que consiste la atención en medicina interna que ustedes como enfermeras le dan a los pacientes?

EF: Darles ante todo apoyo emocional, porque por lo menos hay pacientes que nadie los visita y son solos y ellos se deprimen mucho pues aparte de que uno les da los medicamentos si hay que ayudarlos a banar se les ayuda, pero ante todo eso, el apoyo emocional que no le pueda brindar a ellos.

EN: ¿Y como les brinda usted Martha el apoyo a ellos?

EF: Hablándoles mucho, yo les converso mucho, los hago reir para que dejen el miedo.

EN: ¿Usted como considera que es la atención que ustedes como enfermeras o como profesionales de la salud le brindan a los pacientes en relación con los estudiantes?

EF: Somos 5, los estudiantes son muy deportivos, porque se meten a estudiar esto porque no tienen nada que estudiar, hay gente que no le gusta esto, sino que se meten porque no tenían nada mas que hacer, por lo regular yo trasnocho porque tengo otro trabajo en el seguro social y llevo 12 anos.

EN: ¿Ustedes como enfermeras y en su experiencia como enfermera con que clase de pacientes se ha encontrado?

EF: De toda clase de pacientes, esos como bobos que son los que se pueden manejar y esos que dicen que no es no, y otros que son muy agresivos, y le tiran a uno

EN: ¿Y a usted como profesional de la salud con que clase de pacientes le gustaría enfrentarse?

EF: Que se dejaran manejar

EN: Usted decía que hablaba con los pacientes porque es muy importante, ¿los pacientes también hablan con usted?

EF: Si, yo le pongo conversa y ellos me terminan contando todo

EN: ¿Más o menos cuanto tiempo comparten con cada paciente?

EF: 10 -15 minutos yo les estoy dando vueltica en el transcurso del día

EN: ¿Cuándo usted se enferma que tipo de paciente es, y que espera como paciente del medico?

EF: Que me entienda, porque yo soy miedosa para que me cojan una vena no me dejo coloca inyecciones ni me dejo coger venas ni nada de eso, no me las aplico yo misma

EN: ¿Cuál sería el tipo de paciente ideal?

EF: Yo quiero que todos sean que se dejen manejar y no me quiero encontrar con el agresivo porque hay pacientes que le tiran a uno, me da agredido que me vayan a pegar

Yo trato de aprendérmele el nombre para no decirle señor o señora, que me den el nombre del paciente para irme a la fija.

12.2.3 SEGUNDO MOMENTO (Registro de Observaciones)

PRIMERA JORNADA

Mes: Septiembre 2008

Hora Iniciación: 8:00 pm

Hora Finalización: 10:15 pm

Al retomar nuevamente el proceso de recolección de información en este segundo momento se hace necesario un acercamiento de presentación por parte de las investigadoras al personal médico y enfermeras presentes esa noche en la SHMI. El ingreso fue permitido dado a que el médico internista recordó el proceso que se venía llevando a cabo, meses atrás, y una vez explicado lo que se pretendía en esta jornada y las posteriores, nos preparamos a iniciar la revista con el médico internista y las enfermeras de turno.

Dentro de lo observado en esta primera visita se encontró que la sala contaba con 6 pacientes con un período de estadía entre 1 y 7 días. Al iniciar la revista el médico internista y la enfermera pasaron por cada una de las habitaciones y fue común a todos los pacientes, que ésta presentara los casos al médico; así mismo, él explicó a las investigadoras el estado de cada uno de los pacientes: Al pasar por cada una de las camas, saludó, en ocasiones dio la mano a los pacientes (dependiendo su estado de salud) y/o familiares, se sentó en algunas de las camas para sostener un diálogo con el paciente y en esa medida, les preguntó sobre sus síntomas, medicamentos, antecedentes, también tomó tensión arterial, pulsaciones, indagó sobre exámenes realizados o pendientes y auscultó cada paciente. Con lo anterior, se pudieron observar las interrelaciones pacientes – profesionales – familiares, ya que éste fue el momento de hacer y resolver preguntas por parte de dichos actores sociales y en donde éstos tuvieron la oportunidad de evaluar el servicio frente a la forma como son atendidos (pacientes y familiares) y cómo es la atención brindada (por parte de los profesionales).

De los 6 pacientes anteriormente mencionados también se puede decir que todos contaban con acompañante, los cuales, no son entrevistados porque el período de observación y revista fue realizado en horas de la noche y una vez pasó el médico internista tanto los pacientes como los acompañantes se disponen a descansar.

Una vez, se hacen las recomendaciones pertinentes a cada uno de los pacientes, el médico internista termina la revista y comenta a las investigadoras dos casos que desearía fueran conocidos y se estructurara la manera de incluirlos en la investigación según sus aportes a la misma. En el primero comenta el caso de un paciente de 36 años, ocurrido 5 meses atrás y quien falleció, según la opinión del profesional por negligencia médica, dado a que fue remitido a un hospital de mayor nivel en donde por las circunstancias, no fue atendido porque los médicos auditores no permitieron realizar el procedimiento, además fue imposible tramitarle una cita con el médico especialista que debió llevar el caso. El segundo comentario, aunque aconteció con un paciente diferente tuvo el mismo fin y los mismos inconvenientes administrativos.

Finalmente, cuando se terminó este diálogo entre las investigadoras y el profesional, éste y la enfermera, se dirigen a la estación de enfermería, realizan evoluciones y comentarios de las historias clínicas de los pacientes y una que otra vez sostienen conversaciones diferentes a las acontecidas en la SHMI.

SEGUNDA JORNADA

Mes: Septiembre 2008

Hora Iniciación: 7:15 am

Hora Finalización: 9:15 am

Durante el segundo día de acercamiento a la SHMI, es importante tener en cuenta que asisten 2 de las 3 investigadoras a realizar el proceso de observación y entrevista, ya que dadas las condiciones laborales, a una de ellas le es imposible asistir.

En esta visita, la enfermera jefe no permite el ingreso de las investigadoras, lo que dificulta el proceso iniciado. La razón para lo anterior es el cambio de personal en toda la SHMI, incluyendo la enfermera jefe, quien pide una carta de autorización tramitada desde la subgerencia científica del Hospital para permitir el ingreso a la sala y tener pleno conocimiento de lo relacionado con el tema y

actividades a realizar en el trabajo de grado propuesto. Es de mencionar que al iniciar el proceso (Primer momento) la carta fue tramitada y dejada a la enfermera jefe, encargada de la sala en ese entonces; por tanto, las investigadoras no contaban con una copia del documento.

Sin embargo y a pesar del inconveniente administrativo presentado, las investigadoras logran hacer algunas observaciones en lo que se refiere al personal médico, de enfermeras y estudiantes que se presentan esta mañana. Frente a lo anterior, se puede decir, que se encuentran estudiantes practicantes de la Universidad Santiago de Cali, quienes están reunidos con un docente (7:15 am), así mismo, se encuentran 5 estudiantes practicantes de la Universidad Libre, junto con su docente – profesional médico – (8:00 am).

Dado lo anterior y sin tener acceso a la sala, el presente apartado carece de la observación de interrelaciones profesionales – pacientes – familiares y se desconoce su proceso de evolución, por tanto las investigadoras comienzan nuevamente el trámite administrativo de autorización, teniendo acercamiento con el subgerente científico, quien pide nuevamente una carta dirigida desde la universidad (Coordinador del Programa de Psicología) y donde se explique el proceso a realizar durante la estadía en la SHMI, para poder ser firmada y autorizada.

TERCERA JORNADA (PRIMER DIA DE LOS 5 CONTINUOS)

Mes: Octubre 2008

Hora Iniciación: 7:48 am

Hora Finalización: 11:30 am

Antes de iniciar la descripción del presente apartado es necesario aclarar que después de los dos días (aleatorios) descritos anteriormente, ha pasado un mes, durante el cual el proceso de recolección de datos no pudo llevarse a cabo dadas las condiciones administrativas que fueron comentadas y el inicio del nuevo proceso de autorización. La gestión anterior fue una ardua labor en términos de la solicitud de la carta a la Coordinación del Programa de

Psicología (de la Universidad) y posterior recepción y firma del Subgerente Científico del Hospital.

Una vez fue posible el ingreso a la SHMI, se puede observar que en este momento cuenta con 9 pacientes, quienes tienen un período de estadía entre 5 y 8 días. En esta primera jornada de los siguientes días continuos, se realizan las entrevistas a los pacientes, para cuyos efectos, sólo fue posible entrevistar a 4 de ellos, debido a que los 5 restantes se encuentran en delicadas condiciones de salud. Sin embargo, 4 de ellos cuentan con acompañante, quien se encarga de ofrecer la información necesaria del paciente, así como también de responder a la entrevista.

Dentro de las observaciones, se puede describir que la revista inicia a las 7:48 am, dirigida por el médico internista, en compañía de la enfermera jefe, estudiantes practicantes de la Universidad Santiago de Cali y de la U. Libre, además del médico auditor del Hospital.

Una vez el personal antes mencionado comienza el paso por las habitaciones, es el médico internista quien establece interacción con los pacientes, saluda, pregunta como han estado, como pasaron la noche y comenta el caso a las personas asistentes a la revista. También habla con sus familiares acerca del cambio que han notado en la evolución del paciente y procede a exponer las condiciones de salud, evolución, medicamentos y exámenes relacionados con cada caso en particular, especialmente al médico auditor (maneja terminología técnica). Este proceso es común a todos los pacientes, aunque con algunas excepciones, ya que en ocasiones, la enfermera jefe interviene en el espacio físico, abre las cortinas y ventanas argumentando “hay que abrir para que circule el aire”, a veces, también hay variaciones en la presentación de los pacientes; ya que el médico pide a los estudiantes alguna historia clínica y éstos deben dar cuenta del paciente.

Por otro lado, también se puede observar que mientras se hace el paso de revista, el desayuno en la sala, es repartido a las 8:10 am. Una vez se termina

éste y la revista, la enfermera jefe y auxiliares, en compañía de los familiares de cada paciente, se disponen a bañarlos.

Finalmente el médico internista y el auditor, se dirigen a la estación de enfermería y realizan las respectivas evoluciones y deciden la permanencia o salida de los pacientes en la sala.

En las horas siguientes, se evidencia que las enfermeras pasan ronda aproximadamente cada 20 – 30 minutos supervisando el estado del paciente o para administrar medicamentos, según descripciones médicas. Los familiares establecen diálogos con los pacientes o sencillamente los dejan descansar, así mismo cuando sea necesario hacen preguntas al personal de enfermería o al médico internista y se evidencia que en pocas ocasiones indagan a los estudiantes.

Nota: Como se describió inicialmente en esta jornada se realizan algunas de las entrevistas a los pacientes o familiares, los profesionales no son abordados en este segundo momento, ya que constantemente tienen ocupaciones y se adaptan a la sala con el cambio de personal.

CUARTA JORNADA (SEGUNDO DIA DE LOS 5 CONTINUOS)

Mes: Octubre 2008

Hora Iniciación: 1:00 pm

Hora Finalización: 6:00 pm

En esta jornada, se observa que no se encuentra la enfermera jefe de la SHMI, dado a que su labor también está relacionada con otras salas del Hospital, debe supervisar otras auxiliares y pacientes.

Se encuentran los mismos pacientes y acompañantes de la jornada anterior, la mayoría de ellos, permanecen en reposo y cuya evolución aunque es estable, no permite dar autorización de salidas.

Mientras tanto, las enfermeras auxiliares de las instituciones (estudiantes practicantes) revisan el historial clínico de los pacientes de la sala y suministran los medicamentos recetados por el médico. Dentro de las interacciones estudiantes – pacientes, se puede observar que a veces, especialmente cuando recién llega al turno, esta le hace preguntas a cerca de los síntomas que ha presentado durante su estadía en la SHMI y cómo se ha sentido, aunque en ocasiones ingresa a la habitación sin saludar o sin tener ningún contacto con el paciente ni de tipo físico (dar la mano, palpar), ni de tipo oral (preguntar su estado). Las auxiliares (estudiantes), en ningún momento abandonan su lugar de trabajo y siempre están organizando medicamentos.

QUINTA JORNADA (TERCER DIA DE LOS 5 CONTINUOS)

Mes: Octubre 2008

Hora Iniciación: 7:00 pm

Hora Finalización: 11:00 pm

En esta jornada se observa el cambio de turno del personal de enfermeras, dando indicaciones acerca del estado y evolución de cada paciente en la sala; en este momento llega el médico internista, quien se dispone a revisar las historias clínicas.

Con respecto a este tema, el médico inicia un diálogo con las investigadoras, encontrándose en la estación de enfermería. En éste, el médico expone su punto de vista frente a lo normativo de la Ley 100 y los inconvenientes presentados en la manera como deben ser atendidos los pacientes. Así mismo, manifiesta su inconformidad con algunas de las enseñanzas en las aulas, para los nuevos profesionales de la salud, en donde refiere, se da más interés a lo físico y biológico que a la ético y a lo humano, frente a esto, refiere que hasta el respeto entre sí se ha perdido y se escuchan comentarios de pasillo con tratos desproporcionados.

En este momento de las observaciones, y después de la entrega de turno de las enfermeras, los pacientes se encuentran en su estado onírico, por lo tanto

no se hacen muchos comentarios frente a las interrelaciones. Pero al pasar por cada una de las habitaciones, se encuentra la novedad del ingreso de 2 pacientes más a la sala quienes no son abordados por la misma razón.

SEXTA JORNADA (CUARTO DIA DE LOS 5 CONTINUOS)

Mes: Octubre 2008

Hora Iniciación: 3:00 pm

Hora Finalización: 3:25 pm

Dentro del plan de trabajo establecido por las investigadoras, esta jornada está destinada al acercamiento o entrevista con la enfermera jefe, la cual se encontraba en reunión con el Subgerente Científico del Hospital, para organizar turnos e indagar sobre el proceso de adaptación o inconvenientes presentados en la sala. Por ello, no fue posible cumplir el objetivo y la estadía en la sala por parte de las investigadoras fue corta. Aunque se indagó el estado de los pacientes, se pasó por cada una de las habitaciones para saludarlos y observar las actividades que realizaban, si tenían o no acompañantes, para lo cual todo transcurrió como en las visitas anteriores.

SÉPTIMA JORNADA (QUINTO DIA DE LOS 5 CONTINUOS)

Mes: Octubre 2008

Hora Iniciación: 8:15 am

Hora Finalización: 1:00 pm

En esta jornada, nuevamente las investigadoras observan el paso de revista por el personal médico, de enfermeras y estudiantes. Este grupo, como es común, pasan por cada una de las habitaciones y presentan el caso; preguntan a los pacientes o familiares: síntomas, medicamentos, antecedentes, toman tensión arterial, pulsaciones, indagan sobre exámenes realizados o pendientes y auscultan cada paciente.

Según lo planeado por las investigadoras, éste que es su último día, es utilizado para recolectar los datos complementarios para las entrevistas u observaciones, así mismo es utilizado para dar los agradecimientos, a todo el personal que contribuyó en la investigación.

De esta manera, se observa que el proceso finaliza con un total de 12 pacientes, además de los 9 descritos inicialmente, ingresan 2 en la quinta jornada con su respectivo acompañante (tercer día de los 5 continuos) y una paciente adicional que ingresa en esta jornada, cuyas condiciones de salud son delicadas e ingresa en crisis respiratoria por una neumonía, frente a esto, se puede observar que los estudiantes practicantes, presentes en este turno, realizan la anamnesis mientras el medico internista da indicaciones al acompañante, a la auxiliar de enfermería y a la jefe sobre los medicamentos y el control a seguir para la paciente. También se puede decir que la paciente cuenta con una acompañante quien no puede ser abordada o entrevistada por las investigadoras ya que se encuentra realizando el trámite del ingreso a la sala.

12.2.4 SEGUNDO MOMENTO (Registro de Entrevistas)

Convenciones:

EN: Entrevistador

PC: Paciente

AC: Acompañante

MD: Medico

EF: Enfermera

ENTREVISTAS A PACIENTES

Paciente 1

EN: ¿Cuál es su nombre?

PC: Evangelina Murillo

EN: ¿Cuántos años tiene?

PC: Como 74, 64

EN: ¿Hace cuanto tiempo esta acá en el hospital?

PC: Yo vine el jueves, me trajeron el jueves a la doce,

EN: ¿Por cual sala ingresó?

PC: Yo entré por urgencias y de ahí me mandaron para acá desde el sábado, en el hospital estoy desde el jueves.

EN: ¿Por qué motivo ingreso a esa sala?

PC: Porque la presión la tenía alta y me cogió el dolor de cabeza

EN: ¿Por esos mismos síntomas la enviaron a sala de medicina interna?

PC: Si

EN: ¿Es la primera vez que entra a esta sala o ya ha estado acá?

PC: No, es la primera vez que yo he venido aquí

EN: ¿Qué le dijeron los médicos acerca de lo que tenía? ¿Qué le explicaron?

PC: En el papelito dice lo que tenia, la presión no mas, de otra cosa no tengo nada, estoy alentadisima, no salí con nada

EN: ¿Y que le dijeron acerca de cómo manejar lo de la presión?

PC: La presión con pastas

EN: ¿Solo pastas?

PC: No puedo comer comidas pesadas, comidas saladas, tomar mucho dulce,

EN: ¿Qué medicamento le recetaron?

PC: Un poco en esa chuspita que esta ahí

EN: ¿Le explicaron cómo debe tomarse los medicamentos?

PC: Si, le explicaron a la hija mía como debo tomármelos

EN: ¿Cómo le ha parecido el trato que ha recibido usted por parte de las enfermeras de la sala?

PC: Me ha ido bien

EN: ¿Cómo se ha sentido acá en la sala?

PC: Muy bien, la he pasado acá

EN: ¿Y los médicos cómo la han tratado?

PC: Súper bien, muy bien los médicos muy bien por aquí

EN: ¿Usted esperaba que la atendieran así en el hospital y en particular en esta sala?

PC: No, yo apenas pensaba que Dios me ayuda y que los médicos me ayudaran, esa enfermedad es muy mala, esa presión cuando se sube uno como que quiere pegar un grito y salir corriendo eso dan unas cosas muy feas

EN: ¿Usted ha tenido acompañante en los días que ha estado en la sala?

PC: Si he tenido, si mis hijas vienen y otras también vienen a visitarme, Las Hermanas, la doctora que me atendió

EN: ¿Tiene usted alguna queja o sugerencia sobre la atención acá en la sala?

PC: No, todo me parece muy bien, muy me han tratado

EN: Muchas gracias por su atención y su tiempo

Paciente 2

EN: ¿Cuál es su nombre?

PC: Jairo

EN: ¿Desde cuando esta en la sala de medicina interna?

PC: Desde el domingo

EN: ¿Y por qué ingresó?

PC: Un tratamiento que me están haciendo con uncomicina

EN: ¿Venía remitido del HUV?

PC: Si

EN: ¿Usted es de Palmira?

PC: Si

EN: ¿Cómo le ha parecido la atención que le han brindado acá en la sala?

PC: Buena

E: ¿Cuántas veces ha venido a esta sala?

Pc: Varias veces, es como una segunda casa

E: ¿Y cómo lo han atendido en esta segunda casa?

Pc: Bien, porque ya me conocen todos, viven pendientes todos, el medico, colaboran mucho, yo tengo una inflamación como en la cadera, me duelen mucho los pies, mantienen muy pendiente de la droga y de todo, cual cosa que yo quiero preguntar yo le pregunto al doctor, si deseo algo si necesito algo yo le digo al doctor

E: ¿El le explica todo acerca de lo que tiene, de su tratamiento?

Pc: Si todo lo que quiero saber, sobre todo lo del tratamiento

E: ¿Y las enfermeras hacen lo mismo, o tiene alguna sugerencia?

Pc: No, todo esta muy bien

E: ¿Es la atención que usted pensaba tener en la sala?

Pc: Si, siempre me han tratado así bien

E: Muchas gracias por su tiempo y colaboración; Escuché ahora que usted también ¿es paciente para diálisis?

Pc: Si, en la clínica

E: ¿Y tiene todos lo papeles en orden? ¿No ha tenido ningún inconveniente para el tratamiento?

Pc: Pues si, el problema es el transporte

E: ¿Cómo así? ¿No es problema del hospital, en la sala, si no del transporte?

Pc: (No se entiende lo que dice) habla algo sobre apoyo, amigos, compañeros

E: ¿Y ustedes saben si el hospital ofrece este servicio? ¿Han hablado con la trabajadora social?

Pc: Si, con la trabajadora social si, hay que intentar otra vez a ver que pasa

(Daiana habla sobre la secretaría de salud, que allá puede gestionar algo, teniendo en cuenta que es una persona invidente y que no se le facilita el transporte, directamente en la secretaria de salud)

Pc: No, o sea, mientras yo me pueda movilizar me voy en la buseta

Paciente 3 VER REGISTRO ACOMPAÑANTES

Esta entrevista es respondida enteramente por la acompañante, pues a la paciente se le dificulta hablar por su estado

Paciente 4

E: ¿Cuál es su nombre?

Pc: Álvaro

E: ¿Hace cuanto esta acá?

Pc: Yo estoy desde el viernes

E: ¿Cuántos años tiene?

Pc: Yo tengo 65

E: ¿Por qué esta en la sala?

Pc: Porque yo sufro de asma, de asfixia y soy hace 14 años soy hipertenso, tengo momentos de crisis, momentos de estabilidad, pero tengo momentos que me dan crisis, entonces yo vine porque tuve una crisis, el lunes ahora ocho días, amanecí con gripa, el miércoles me cogió una tos, entonces eso me desestabilizó entonces por eso me trajeron para acá

E: ¿Es la primera vez que esta en esta sala?

Pc: No, yo ya he estado varias veces

E: ¿Y ha consultado por lo mismo?

Pc: Por lo mismo siempre, por lo mismo, en consulta externa he estado varias veces

E: ¿Usted de donde es?

Pc: De Palmira

E: ¿Qué le han dicho los médicos a cerca de lo que usted tiene?

Pc: El medico quiso decir, que tengo neumonía, pero que ya estaba mejorando, me han medicado, me han sacado exámenes, electro gramas, me han sacado examen de sangre, de tórax, me han hecho de respiración, para que todo ha sido muy bien

E: ¿Cómo ha sido el trato que ha recibido por parte de los médicos y las enfermeras?

Pc: Muy bien, tuve gente que están dedicadas a uno, yo estoy muy agradecido, y eso se lo decía yo a mi señora esposa, me siento agradecido de todo lo que han hecho por mi en esta sala, si se muere uno es por que ya le toca,

E: ¿Y sobre el tratamiento que usted debe llevar que le han dicho?

Pc: Si

E: ¿Era la atención que usted esperaba acá en la sala? O ¿Cómo se imaginaba el servicio?

Pc: No, pues porque como le digo, yo ya he venido varias veces, y las veces que he venido he venido con crisis muy agudas, y yo le doy gracias a Dios que por la atención que me ha dado acá yo todavía estoy con vida, nunca tengo que quejarme ni decir nada por que para que me han atendido muy bien, siempre me han salvado la vida acá, y ahora me la volvieron a salvar

E: Bueno, eso es muy importante, de todas formas esperamos que se mejor, gracias por su atención

Paciente 5

E: ¿Cuál es su nombre?

Pc: Mónica Liliana

E: ¿Cuántos años tiene?

Pc: 25

E: ¿Hace cuanto tiempo esta en la sala de medicina interna?

Pc: Desde el lunes en la noche

E: ¿Por qué motivo ingreso a la sala?

Pc: Por neumonía

E: ¿Es la primera vez que esta en esta sala?

Pc: Si es la primer vez

E: ¿Qué le han dicho los médicos a cerca de lo que tiene?

Pc: Pues que es una pequeña neumonía que hay que tratarla pues hasta que ya no la tenga y me mejore

E: ¿Le han explicado acerca del tratamiento, que medicamentos debe tomar?

Pc: Pues si, unas inyecciones y ya no mas

E: ¿Cómo le ha parecido el trato y la atención en la sala?

Pc: Pues muy bueno, las enfermeras los doctores

E: ¿Tiene usted alguna sugerencia a cerca de la atención recibida?

Pc: No, todo esta bien

E: ¿Esperaba la atención que recibió o como se imaginaba la atención?

Pc: No porque una amiga me dijo que esto era malo, pero la verdad me ha parecido muy buena

Paciente 6

E: ¿Cuál es su nombre?

Pc: Luz

E: ¿Cuántos años tiene luz?

Pc: Voy para 75

E: ¿Hace cuanto esta en la sala de medina interna?

Pc: Hace ocho días

E: ¿Por qué ingresó a la sala de medicina interna?

Pc: Porque estaba reteniendo mucho liquido y tenía una tos

E: ¿Es primera vez que ingresa a la sala o ya había estado acá?

Pc: Hace como cuatro años estuve acá

E: ¿Qué le han dicho los médicos a cerca de lo que tiene?

Pc: Pues a mi no, me han dicho que hay que esperar los resultados de unos exámenes que faltan por llegar, y pues hablar con el nefrólogo para que nos digan si hay que hacer la diálisis

E: ¿Cómo le ha parecido el trato de los médicos y de las enfermeras?

Pc: Bueno, me han tratado bien, han estado pendientes de mi y todo

E: ¿Tiene alguna sugerencia sobre la atención que recibió acá?

Pc: No

E: Cuando estuvo la vez pasada en sala de medicina interna, la que quedaba abajo ¿Cómo le pareció ese sitio?

Pc: Me parece mejor acá, porque hay mejor atención, y a los acompañantes los dejan quedar de noche, en cambio allá no había donde recostarse ni siquiera los acompañantes por la noche ni nada y no me ha tocado estar sola porque hay veces que no puedo ni pararme

Paciente 7

(Al parecer es una paciente que acaba de entrar y el medico la esta valorando y le esta tomando signos)

MD: Se enfermo el domingo, ¿venia bien?

Ac: Si, pero ella estaba bien, venia como mejorcita

MD: ¿Qué tenia ella?

Ac: No se entiende lo que dicen con claridad, hablan de 5 o 6 meses, y hablan con el medico a cerca de los medicamentos

E: ¿Cuál es su nombre?

Pc: Julia

E: Julia, ¿hace cuanto esta acá?

Pc: Desde el martes

E: Desde el martes ¿En esta sala?

Pc: Si, dos días en urgencias y como 6 días aquí

E: ¿Y que le han dicho los médicos?

Pc: Que la diabetes me tiene todo el organismo dañado, mire que ahora han venido a aplicarme la inyección y nada no han venido

E: ¿Le han explicado bien lo del tratamiento?

Pc: Si

E: ¿Cómo ha sido la atención acá en la sala?

Pc: Muy bien atendida, muy buena comida y todo

E: ¿Los médicos y las enfermeras como la han tratado?

Pc: Muy bien todos muy buenos

E: ¿Tiene alguien que la viene a acompañar?

Pc: Pues la familia viene uno a quedarse, después viene otro y así solo vienen el día

No tengo nada que decir

E: ¿La atención que usted ha recibido era la que esperaba?

Pc: Si

E: ¿Antes había estado en esta sala?

Pc: Si

E: ¿Y como la han atendido?

Pc: Igual

E: Gracias por su colaboración, Espero que descanse y que tenga buena noche

Pc: Gracias

Entrevistas a Acompañantes

Acompañante 1

E: ¿Cuál es su nombre completo?

Ac: Dora Lilia Zapata

E: ¿Cuál es el nombre del paciente que esta acompañando?

Ac: Miguel Ángel Molina

E: ¿El es su hijo?

Ac: Si

E: ¿Hace cuanto tiempo esta acá?

Ac: Miguel Ángel esta desde el jueves por la noche

E: ¿Cómo le parece la atención que ha recibido su hijo en la sala de medicina interna?

Ac: Muy buena

E: ¿Los médicos le han explicado a usted sobre lo que tiene su hijo?

Ac: Si

E: ¿Qué le han dicho, que diagnostico tiene?

Ac: El tiene en esto momentos... no me acuerdo, pero si me han explicado

E: ¿Sobre el tratamiento le han explicado?

Ac: Si

E: ¿Las enfermeras como lo han atendido? ¿Cómo le ha parecido la atención?

Ac: No, ellas saben de todas maneras que yo se como manejarlo a el, y ellas son muy especiales, muy lindas

E: ¿Es la primera vez que viene a esta sala?

Ac: No, yo ya llevo mucho tiempo viniendo con el acá, cada que esta enfermo

E: ¿Cada cuanto están acá?

Ac: La ultima vez que vinimos fue el 24 de abril y esta, pero hace dos años estuvo todo el año hospitalizado

E: ¿Por qué estuvo acá?

Ac: Por los problemas respiratorios, con bronconeumonía

E: ¿Esperaba la atención que le han brindado hasta ahora?

¿Cómo ya ha consultado varias veces, siempre la han atendido de la misma manera? O tiene alguna sugerencia

Ac: No, para que, ellas son bien, para que, desde que estaba en pediatría me encanta la atención, ellas son muy espaciales, muy pendientes, todas, y porque ellas me conocen ya conocen a mi niño, pues a mi me parece que esta bien

E: Muchas gracias

Acompañante 2 (del paciente 2)

E: ¿Y usted es la persona que lo acompaña permanentemente?

Ac: No, a mi me queda muy difícil, porque ahora estoy estudiando, me colocaron a estudiar francamente, pero también vienen amigos y lo visitan a el

E: ¿Y en el tiempo en que usted ha tenido la oportunidad de ver la atención que le han brindado a su hermano acá en esta sala?

Ac: para mí, muy bien, aunque llevamos muy poquito tiempo, pero lo que he visto me ha parecido muy bien

E: ¿Los médicos, las enfermeras?

Ac: Todos nos han tratado muy bien

E: ¿Tiene usted alguna sugerencia de la atención?

Ac: No, pues sinceramente no tengo ninguna sugerencia, porque llegan los médicos nos hacen salir, entonces no te puedo decir como es la atención ahí si con mi hermano, y yo soy muy franco en lo que tengo que decir, o sea lo importante es lo que el diga que el es el paciente entonces yo ahí no me meto.

E: Bueno, pues muchas gracias por su atención y su tiempo

Acompañante 3

Esta entrevista es respondida enteramente por la acompañante, pues a la paciente se le dificulta hablar por su estado, Nora Ligia Romero responde

E: ¿Cuál es el nombre de la paciente?

Ac: Alba María Romero

E: ¿Hace cuanto tiempo esta la señora alba?

Ac: Ella, esta desde el sábado

E: ¿Es la primera vez que viene a la sala de medicina interna?

Ac: Al hospital no, pero a la sala de medicina interna si

E: ¿En donde ha estado anteriormente?

Ac: Estuvo en urgencias, en la UCI le hicieron la otra vez una operación y ella estuvo en camilla y todo, pero no me acuerdo bien, ella estuvo en el primer piso

E: Seguramente en la sala de medicina interna anterior

Ac: Eso, ella estuvo allá

E: ¿Qué le han dicho los médicos a cerca de lo que tiene la señora Alba?

Ac: Han dicho que tiene neumonía y derrame cerebral

E: ¿Le han explicado a cerca de lo que es esto? ¿Por qué lo tiene? ¿Le han explicado todo el proceso de la enfermedad?

Ac: Pues ellos como hablan en clave entonces uno no les entiende, ellos dicen que ACV bueno todas esas abreviaturas que ellos utilizan y uno no entiende nada

E: ¿Y cuando ellos se dirigen a usted le han explicado a cerca de eso?

Ac: Si claro, es que ella viene con ese problema desde junio, a ella la hospitalizaron en ese entonces en cerrito y ella estuvo con lo mismo, entonces según eso viene con una especie de derrame y con neumonía y también estuvo en el universitario y la mandaron para acá

E: ¿Hace cuanto tiempo estuvo en el Universitario?

Ac: Del 14 al 17 y la dejaron salir para la casa eso fue un viernes, y el sábado ella se puso muy enferma grave, hinchada, paso mala noche y entonces yo la lleve por urgencias allá, pero como que el nivel dos era que le tocaba seguir el control a ella con el tratamiento, entonces yo la traje hasta en buseta y me dijeron que igual a ella la tenían que mandar en ambulancia y en ese momento no había servicio porque la habían despachado para Cali

E: ¿Ustedes de donde son?

Ac: De cerrito

E: ¿Le han explicado a cerca del tratamiento? ¿Le han dado las indicaciones de que medicamento debe tomar? ¿En que horario? ¿Siente que le han explicado?

Ac: Si me han explicado muy bien

E: ¿Cómo la han tratado los médicos?

Ac: A mi me ha parecido muy bien todos, las enfermeras han estado muy pendiente y todo para que, y pues uno no puede ser mal agradecido

E: ¿Tiene usted alguna sugerencia?

Ac: No, pues yo no,

E: ¿Era lo que usted esperaba encontrar a cerca de la atención que ha recibido en la sala?

Ac: Si, ellos me han atendido muy bien

E: ¿Tenia usted alguna otra idea acerca de la atención recibida?

Ac: No, yo ya he estado acá tres veces y a ella la han atendido bien todas las veces

E: Usted menciona que tuvieron la oportunidad de estar en la sala de medicina interna cuando se encontraba en el primer piso ¿Cómo encuentra usted esa sala comparada con esta?

Ac: Pues esta si esta mejor

E: ¿En cuanto al espacio físico?

Ac: Si

E: ¿Y lo referente a la atención?

Ac: Pues ha sido lo mismo

E: ¿Qué pensaba usted de la otra sala de medicina interna?

Ac: Eso fue hace tanto tiempo que yo ni me acuerdo bien, eso fue hace como quince años que ella estuvo hospitalizada y la otra vez fue hace 10 años

E: Muchas gracias por su tiempo

Acompañante 4 (del paciente 4)

E: -Se refiere a la acompañante- ¿Usted como acompañante tiene algo que decir?

Ac: Si, yo le decía ahora a mi papa que esto ha cambiado mucho

E: ¿En que sentido?

Ac: Que esto se ha vuelto más humanitario, porque había unas enfermeras que eran muy groseras

E: ¿Hace referencia a que parte exactamente?

Ac: En urgencias son como mas no se, seguro es porque llega tanta gente, por el acelere, llamen aquí, llamen allá entonces yo creo que es por eso

E: El señor Álvaro estuvo en la sala de medina interna anterior ¿Encuentran alguna diferencia?

Ac: Pues un poco, lo cuartos eran de 6 y estos cuartos son de 2, y ahora como hay mucha enfermera joven, porque las de antes eran como de mala clase y a lo ultimo uno sale peleando con la gente, pero ahora esto esta muy bueno

E: Bueno muchas gracias por su tiempo que tengan buen día

Acompañante 5 (del paciente 5)

E: ¿La acompañante como se llama?

Ac: Miriam Murillo

E: ¿Usted tiene algo que decir a cerca del trato que le han brindado acá en la sala?

Ac: No pues me gusto mucho, los médicos son muy tratables, además nosotros somos testigos de Jehová y nosotros sabemos tratar a las personas y las personas nos tratan bien a nosotros

E: ¿Ustedes ingresaron por urgencias?

Ac: Si

E: ¿Cómo les pareció la atención en urgencias comparada con la que han recibido aquí?

Ac: Pues desde que llegamos el medico estaba allá, nos dijeron que nos fuera para la caja, el medico se quedó con la niña y las enfermeras también muy chéveres y pues no hemos tenido ningún problema

E: Muchas gracias por su tiempo y por su atención

Acompañante 6 (del paciente 6)

E: ¿Cuál es su nombre?

Ac: Olga

E: ¿Qué parentesco tiene con la señora Luz?

Ac: Yo soy la hija

E: ¿Tiene usted alguna sugerencia a cerca del servicio en sala de medicina interna?

Ac: No, por el momento no

E: Muchas gracias por su tiempo