

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO**



**GRADO DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN DEL
PARTO DE MUJERES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE
LA MUJER DE LA CIUDAD DE LA PAZ.
DICIEMBRE DE 2016**

**Postulante: Dr. Javier Hubert Peñaranda Méndez
Tutora: Dra. M.Sc. Silvia Villarroel Tapia**

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER SCIENTIARUM EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN
GERENCIA EN SALUD**

La Paz – Bolivia

2017

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis queridos amigos y colegas Dr. Franck Chacón B. y Dr. German Choque C., porque sin su gran colaboración y apoyo no habría llegado a la conclusión exitosa de este proyecto académico.

DEDICATORIA

Dedicado a Hugo (†) y Luz, mis amados papás porque ellos supieron orientarme en el camino de la superación permanente; a Miriam, Luz Fernanda y Horacio, que son mi inspiración para avanzar en la vida, y a mis queridos hermanos por ese apoyo incondicional permanente.

RESUMEN

Como sabemos, la salud tiene un efecto central en las oportunidades que tienen disponibles las personas, es este efecto en las oportunidades lo que distingue a la salud (y a la educación) de otros bienes que también mejoran o tienen directa relación con la calidad de vida de los individuos.

Dado los altos índices de mortalidad materna es necesario realizar estudios que evalúen la calidad del servicio prestado fundamentalmente al momento del parto dado el incrementado número de muertes que se producen en este periodo.

El proceso del parto representa una de las experiencias más paradójicas que vive la mujer debido a que, por un lado, crea vida, pero a la vez puede ser el evento más doloroso que experimenta, implicando una experiencia psicosocial profunda, que pone a prueba su feminidad y competencias personales, limitando sus habilidades funcionales, principalmente en la disminución del control que ella puede mantener frente a su propia fisiología.

Por lo referido anteriormente el presente estudio busca establecer el grado de satisfacción en la atención del parto de mujeres que acuden al Hospital de La Mujer de la ciudad de La Paz.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES.....	2
3. JUSTIFICACIÓN.....	4
4. MARCO CONCEPTUAL.....	6
4.1 ASPECTOS CONCEPTUALES	6
4.2 ASPECTO JURÍDICO	32
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	35
7. OBJETIVOS	36
7.1. GENERAL	36
8. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	37
9. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	38
9.1. TIPO DE ESTUDIO	38
9.2. ÁREA DE ESTUDIO	38
9.3. MEDICIONES	39
9.3.1. UNIVERSO	39
9.3.2. MUESTRA	39
9.4. MÉTODOS Y TÉCNICAS	41
9.5. MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS.....	41
9.6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	42
9.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
10. RESULTADOS	44
11. DISCUSIÓN.....	50
12. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS.....	53
13. CONCLUSIONES.....	53
14. RECOMENDACIONES.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	55

1. INTRODUCCIÓN

Como sabemos, la salud tiene un efecto central en las oportunidades que tienen disponibles las personas, es este efecto en las oportunidades lo que distingue a la salud (y a la educación) de otros bienes que también mejoran o tienen directa relación con la calidad de vida de los individuos.

En virtud de ello se considera a la salud como un derecho que debe promoverse continuamente, dado que es importante en el desarrollo social y económico de un país.

Lo anterior toma relevancia cuando se habla de la salud de la mujer dado su rol en la preservación de la humanidad a través del embarazo y su consecución en el parto.

El parto se lo concibe como el proceso mediante el cual el feto es expulsado del útero al término de la gestación, siendo de relevancia dado que su correcto abordaje limita el desarrollo de riesgos y complicaciones.

Estos aspectos establecen la necesidad de conocer la valoración del servicio recibido, tanto por parte del paciente como por sus acompañantes, esto con fines de mejora de la calidad.

Es de esa manera que es necesario que el personal de salud muestre responsabilidad de evaluar y mejorar una atención de calidad centrada en el paciente, tomando en cuenta la satisfacción de sus necesidades de salud.

Es de esta manera que el presente estudio busca establecer el grado de satisfacción en la atención del parto de mujeres que acuden al Hospital de La Mujer de la ciudad de La Paz.

2. ANTECEDENTES

Un indicador directo de la calidad del servicio es la tasa de mortalidad, que según el Estudio Nacional de Mortalidad Materna (ENMM) para el 2011 fue de 160 por 100.000 nacidos vivos; teniendo como principales causas a las hemorragias (19%), el aborto (13%) y las infecciones (7%).

La ENMM a su vez establece que las muertes maternas ocurren fundamentalmente al momento del parto o cesáreas (40%), el 30% durante el embarazo y el restante 30% acontece durante el post parto.

El contexto de la mortalidad materna no se comprende a cabalidad si no se consideran los determinantes sociales que según la OMS son los siguientes: la atención de salud, la nutrición, el ingreso y la educación, la legislación de la mujer; cada uno de estos factores influyen en la tasa de mortalidad materna en diferentes etapas.

Dado los altos índices de mortalidad es necesario realizar estudios que evalúen la calidad del servicio prestado fundamentalmente al momento del parto dado el incrementado número de muertes que se producen en este periodo.

Dichos estudios permitirán mejorar la calidad del servicio, pero a su vez permitirán incrementar el número de atenciones dado que según algunos estudios las usuarias satisfechas son las que recomiendan el servicio; aspecto que sin duda promueve la atención del parto de forma institucional.

En la actualidad a nivel nacional pese a la importancia de la temática, no se han realizado estudios que evalúen la calidad del servicio al momento del parto, lo cual aparentemente se debe a que este campo recién se vislumbrando como una necesidad.

Sin embargo, la temática ha sido abordada con mayor profundidad en países de la región mediante el uso de escalas como la SERVPERF, mismo que evalúa cinco aspectos: 1. La respuesta rápida, 2. La empatía, 3. La seguridad, 4. La habilidad para realizar el servicio y 5. La tangibilidad.

Dichos estudios establecen un puntaje que oscila entre 8 a 9, pero a su vez establecen una mínima variabilidad ante aspectos como el nivel educativo y el área de procedencia.

3. JUSTIFICACIÓN

El proceso del parto representa una de las experiencias más paradójicas que vive la mujer debido a que, por un lado, crea vida, pero a la vez puede ser el evento más doloroso que experimenta, implicando una experiencia psicosocial profunda, que pone a prueba su feminidad y competencias personales, limitando sus habilidades funcionales, principalmente en la disminución del control que ella puede mantener frente a su propia fisiología.

Cabe señalar, que las energías de los profesionales de salud involucrados en el proceso de parto, se han centrado durante los últimos dos siglos en "tecnocratizar" la atención brindada, enfatizando al medio físico como principal factor, especialmente en la disminución de las tasas de infecciones, lo que sin duda ha sido efectivo, lográndose una disminución en las tasas de mortalidad materna.

Dicha priorización, que concuerda con el enfoque biomédico actualmente predominante en los modelos de atención de salud, ha subvalorado y en muchos casos ignorado el componente místico y simbólico que acompaña esta vivencia, descuidando con ello el llamado que las personas hacen a los agentes sanitarios, para que aumenten la calidad del cuidado interpersonal.

Sin embargo, a partir de algunas décadas atrás, numerosas iniciativas y políticas públicas internacionales y recientemente nacionales, han incluido la calidad de la asistencia misma que se relaciona con la probabilidad de recuperación de la salud, la rehabilitación y la reincorporación a su medio familiar, social y laboral, lo cual deriva de la respuesta de cada paciente a la intervención requerida.

La evaluación de la calidad de la atención no es sencilla, dado que intervienen en ella varios componentes de los cuales los más abordados son los relacionados con: la estructura, recursos, organización, normas, el

proceso y los resultados; dejando de lado aspectos como el bienestar, satisfacción y opinión del enfermo.

En virtud de lo anterior y considerando, que la satisfacción del usuario es un componente fundamental para el establecimiento de estrategias de mejora continua se plantea la evaluación de la calidad de servicio desde la percepción del usuario externo, que es posible obtener a través de un conjunto de conceptos y actitudes que toma el paciente en relación con el servicio recibido.

Es de esa manera que es necesario que el personal de salud muestre responsabilidad de evaluar y mejorar una atención de calidad centrada en el paciente, que tome en cuenta la oportunidad de la atención, la satisfacción de sus necesidades de salud, en función de la competencia profesional del personal, de la aplicación de los conocimientos médicos vigentes, su seguridad durante el proceso de atención, el respeto a los principios éticos de la práctica médica y la satisfacción de sus expectativas con la atención recibida.

Dada la ausencia de este tipo de investigaciones a nivel nacional y en virtud de su importancia en la mejora de la atención en el servicio de Obstetricia el presente estudio busca determinar la satisfacción de la usuaria durante la atención del parto, para lo cual se hace uso de la escala de Mackey Satisfaction Childbirth Rating un instrumento utilizado a nivel internacional.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 ASPECTOS CONCEPTUALES

Es un imperativo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, lograr la satisfacción del usuario o cliente y con mayor razón aquellas que por su misión otorgan servicios profesionales a la mujer en una situación tan especial como lo es el embarazo, parto y puerperio.

Con este propósito, a continuación, abordaremos conceptos básicos y necesarios que permita contextualizar el tema en estudio.

La Salud es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia “, *según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud en su Constitución aprobada en 1948*. Este concepto se amplía a “la Salud es el estado de adaptación de un individuo al medio donde se encuentra”. Algunos críticos como Milton Terris, ha propuesto la eliminación de la palabra “ completo “ de la definición de la OMS. En la Salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Así se reformularía en concepto de la siguiente manera:” La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia o afecciones o enfermedades” para otros estudiosos también puede definirse como “ el nivel de eficiencia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como nivel macro (social)”. En 1992 un investigador amplió la definición de la O.M.S., al agregar: “y en armonía con el medio ambiente “.

Actualmente otro elemento importante a tomarse en cuenta como política pública en el país, son las determinantes de la Salud y entre ellas la **Promoción de la Salud**, puesto que la Salud debe ser considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, con recursos que permitan a las personas llevar una vida individual social y

económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. De esta manera, “La Salud se mide por el impacto que una persona puede recibir sin comprometer su sistema de vida. Así el sistema de vida se convierte en criterio de Salud, una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente “

Otro concepto útil para contextualizar el tema a abordar es el de la **salud mental** que se refiere al “bienestar emocional y psicológico del individuo “. Merieam-Webster definió la salud mental como “el estado de bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionando en sociedad y resolver las demandas ordinarias de la vida diurna”. Según la O.M.S., no hay una definición oficial de salud mental. Las diferencias culturales, evaluaciones subjetivas y la competición de teorías profesionales hacen difícil definir: “la salud mental”. En general la mayor parte de los expertos convienen en que la salud mental y las enfermedades mentales no son excluyentes. En otras palabras, la ausencia de un desorden mental reconocido, no es necesariamente un indicador de contar con salud mental, probablemente debido al desconocimiento de la gran variedad de estados mentales aún por definir, y la corta edad de la ciencia médica en general tal como la conocemos hoy en día, y en especial de las ciencias que intentan definir con más exactitud estos trastornos o complejos salud-enfermedad que proponen tanto la psicología como la psiquiatría.

Según el reporte de **Lalonde**, el año 1974 realizado en Canadá, señala que existen cuatro determinantes generales que influyen en la salud, a los cuales llamó, “biología humana”, “ambiente”, “forma de vida” y “organización del cuidado de la salud”. Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses. De esta manera, la salud es mantenida por la ciencia y la práctica de la medicina, pero también por esfuerzo propio , una dieta saludable, un buen

manejo del estrés, el dejar de fumar y de abusar de otras sustancias nocivas entre otras medidas , son pasos para mejorar la salud .Por otra parte , el **estilo de vida** que es el conjunto de comportamiento o aptitudes que desarrollan las personas, es decir, pueden ser saludables o nocivas para la salud y además podemos encontrar que es la causa de las enfermedades dentro del factor huésped. La **biología humana** que es el estudio de la vida del ser humano o la información genética que cada individuo trae en sus genes, puede proteger o favorecer la aparición de enfermedades. Dentro del factor biológico podemos destacar las enfermedades adquiridas por el medio como el Chagas. El **ambiente** son todos aquellos factores que provienen del exterior y sobre los cuales el ser humano “ no tiene control” Un informe publicado en 2008 por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) advierte que” la contaminación del aire va a tener efectos crecientes sobre la salud a nivel mundial” si no se hace nada para remediarlo, como ha venido sucediendo hasta ahora, advierte, en 2030 “ el número de fallecimientos prematuros relacionados con el ozono troposférico se multiplicara por cuatro. El ambiente doméstico, son todos aquellos factores que provienen del exterior y sobre los cuales el ser humano si tiene control. Los productos químicos domésticos alteran gravemente el ambiente doméstico y pasan a las personas a través de los alimentos a los cuales contaminan fácilmente por estar almacenados en los mismos habitáculos durante periodos de tiempo. En la forma de vida saludable, hay que mantener una buena dieta equilibrada con todo tipo de nutrientes, sobre todo hacer mucho ejercicio. Mantener una alimentación equilibrada para no caer en la obesidad y eliminar los hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcohol. La **organización del cuidado de la salud**, consiste en la cantidad, calidad y arreglo en la provisión de cuidados de la salud. La Promoción de la salud, es el proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar responsablemente en el cuidado de su salud y por optar estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo

mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

El **PRONACS** (Proyecto Nacional de Calidad en Salud) recomienda que dado el proceso de transformaciones que se está operando en el país, es necesario la aplicación efectiva de las disposiciones establecidas en la Ley No 3131 del Ejercicio Profesional Médico y de este modo generar cambios no sólo en la actitud y desempeño del médico y quienes lo acompañan, integrando el equipo de salud al funcionamiento de todo el sector. Este marco de referencia estaría incompleto, si no se señalara el fenómeno cada vez más creciente del reclamo individual y social por la mala praxis médica, pudiendo constituirse en serio factor de desprestigio y desestabilización del propio sector salud y sus instituciones, de no asumirse los correctivos necesarios. De cualquier manera, es necesario advertir también, el afán de conveniencia mercantilista que puede estar detrás de las acusaciones y el peligro del encarecimiento de las prestaciones de salud como consecuencia de una “medicina defensiva” a la cual obliguen circunstancias de excesiva presión, como se advierten en los últimos tiempos, adoptando medidas improvisadas y equivocadas que provocan mayor confusión y conflicto.

Según el PRONACS la calidad es en esencia “la condición o conjunto de condiciones que permiten **hacer bien hechas las cosas**, sean estas acciones, servicios, o productos, causando satisfacción en quienes lo realizan y en quienes lo reciben “. Extrapolando el concepto al campo de la salud, “la **calidad refleja el grado de satisfacción** “que causa en los usuarios la recepción de servicios, lo cual hace verificable y medible si estos son buenos, mediocres o definitivamente malos. La calidad no solo es **gestión**, como se entiende por la tan conocida expresión “gestión de la calidad”, sin el **resultado** de una acción que se realiza, de un servicio que se presta, o de un producto que se entrega. Vale decir entonces, que la calidad debe ser comprendida como **gestión y resultado**, siendo este el que evalúa el usuario, más allá de analizar situaciones o procesos gestionarios que

seguramente no conoce o no son de su interés específico, sino la **calidad de atención** o servicio que se le presta o recibe directamente.

En este contexto la calidad puede definirse como “la condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa bien definida dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos; “ la calidad es el grado en el que un conjunto de características del servicio cumple con los requisitos especificados en la ISO 9000 “; mientras que la gestión de calidad puede definirse como “Proceso mediante el cual una institución logra ofertar permanentemente calidad en sus servicios, asumiendo su responsabilidad y en observancia de normas y estándares, previamente establecidos y acordados“.

En los diez últimos años, varios países de América Latina y el Caribe, han realizado esfuerzos para abordar problemas en la calidad de la atención, ya sea mediante esfuerzos legales que forman parte de las reformas del sector salud o mediante esfuerzos multifacéticos de garantía de calidad dentro de los servicios o programas específicos. En algunos casos, los esfuerzos se hicieron mediante programas de garantía de calidad bien desarrollados, a nivel del sistema o sectorial, con una estructura designada y actividades de diseño, vigilancia y mejoramiento de la calidad en marcha. La creciente insatisfacción de los usuarios del sistema de salud, expresada en desconfianza y peligroso incremento de los reclamos y demandas judiciales por mala práctica médica, significa un deterioro en las relaciones con la sociedad., siendo de la mayor prioridad desarrollar un proyecto nacional de calidad en salud bajo la siguiente definición “ Programa con alcance nacional para el establecimiento, sustento e incremento de la calidad en los distintos niveles, sectores e instituciones que configuran el Sistema Nacional de Salud, bajo la autoridad y rol rector del Ministerio de Salud y Deportes.

En el contexto del “trato que reciben los pacientes en los servicios de salud y muy particularmente en los ambientes hospitalarios“, revisamos bastante bibliografía tanto del ámbito local, nacional e internacional, de cuyos documentos extractamos elementos conceptuales importantes que nos permite dar consistencia teórica a nuestro documento de trabajo.

Un trabajo de monografía titulado “La **calidad humana y la mejora del trato al paciente en los hospitales** “elaborado por Domingo **Hernández Celis** publicado por ADWORD-Marketing Online- España, señala que el nuevo enfoque no es dualista a la manera cartesiana. Concibe al hombre como una unidad, en la que con mucha frecuencia anidan los poderes curativos, que estimulados, ayudan a resolver los problemas somáticos. La filosofía médica no materialista de este modo va incrementándose en el mundo en que otra pudo predominar la medicina convencional. La “calidad humana y la mejora del trato al paciente en los hospitales del sector salud” identifica el mal trato que reciben las pacientes en los hospitales del sector salud. Esta problemática se expresa en la siguiente pregunta ¿de qué manera la calidad humana contribuye a la mejora del trato a la paciente en los hospitales del sector salud? Ante esta problemática se propone la solución a través de la formulación de la siguiente hipótesis: “La calidad humana contribuye a la mejora del trato a las pacientes de los hospitales”. Este documento cita los siguientes antecedentes abordados por diferentes autores:

- a) **Hernández** (2008) manifiesta que la falta de desarrollo profesional en profesionales como médicos, enfermeras, nutricionistas, obstétrices, etc. se debe a su falta de calidad humana, antes que a competencias profesionales propias de su especialidad. En tanto esto, presenta a la calidad humana como la solución a las falencias que tiene el desarrollo profesional. El autor manifiesta que el fundamento de la calidad humana es la forma como se irradia cada persona. La calidad humana es propia de cada ser. Es el grado de comprensión por el ser humano. Es darle valor al interlocutor. Es generar calidad humana.

- b) **García** (2010) presenta un trabajo sobre la calidad humana de tipo general, orientadas particularmente a actividades administrativas que desarrollan en un Gobierno regional del Perú. El autor indica que la problemática está centrada en el mal trato que recibe el usuario del sector público. Los usuarios dicen que dicho mal trato proviene de autoridades, funcionarios y trabajadores en general. Los usuarios del sector público, que son todas las personas, sienten que para ser atendidos tienen que pasar horas, días, meses y más; así sucede para sacar un certificado de estudios, un grado académico, en fin, un trámite cualquiera. Pero el asunto no queda allí, además el usuario es maltratado física y mentalmente. Es decir, hay de por medio una vulneración a su condición de persona. La comunidad en general hace referencia a la falta de un trato adecuado a los usuarios de los servicios prestados por las entidades del sector público en forma general, todo lo cual afecta la imagen de estas entidades y que es necesario mejorarse tan pronto como sea posible.
- c) **Imbrogno** (2008) Indica que el servicio al cliente es el conjunto de actividades interrelacionadas que ofrece un establecimiento de salud, con el fin de que el cliente obtenga el servicio en el momento y lugar adecuado y se asegure un uso correcto del mismo. El servicio al cliente es una potente herramienta de marketing. Un buen servicio al cliente puede llegar a ser un elemento promocional para las ventas tan poderosa como los descuentos, la publicidad o la venta personal. Atraer un nuevo cliente es aproximadamente seis veces más caro que mantener uno. Por lo que las compañías han optado por poner por escrito la actuación de la empresa.
- d) **Ballenato** (2008) En su trabajo de investigación comenta que la calidad humana surge de una especial combinación de orgullo y de humildad. Es una mezcla de iniciativas, creatividad, motivación, valor, decisión, ética, aprendizaje, inteligencia y pasión. Es una excelente inversión y una actitud ante la vida que nos hará ser cada vez mejores y avanzar en la construcción de una sociedad también mejor. La

calidad humana es la manifestación comprensiva, apoyadora, de total orientación al interlocutor. La calidad humana es en esencia una política de vida de las personas que pueden ser impuestas por las organizaciones para generar confianza en sus clientes, usuarios, pacientes, etc. La calidad humana está latente en el ser humano, pero siempre se manifiesta espontáneamente, tiene que ser instruida, educada y valorada.

- e) **Gómez** (2004) hace referencia que a lo largo de la historia han existido líderes que aplicaban soluciones que hoy podrían ser perfectamente aceptadas. Sin embargo, la complejidad del mundo actual ha llevado a expertos en las ramas más diversas a definir teorías, técnicas, métodos o conceptos que puedan llevar al éxito a la gestión empresarial. Las empresas tienen la imperiosa necesidad de obtener una producción cada vez mayor y con una eficiencia relevante como vía de solución a su situación actual y a la inserción en el mercado internacional, para lo cual se requiere de un alto grado de competitividad, lo que exige la implementación de un proceso de mejoramiento continuo. Cada palabra en este término tiene un mensaje específico. “Proceso” implica una secuencia relacionada de acciones, de pasos, y no tan sólo un conjunto de ideas “mejoramiento” significa que este conjunto de acciones incrementa los resultados de rentabilidad de la empresa, basándose en variables que son apreciadas por el mercado (calidad, servicios, etc.) y que den una ventaja diferencial a la empresa en relación a sus competidores; “continuo” implica que dado el medio ambiente de competencia en donde los competidores hacen movimientos para ganar una posición en el mercado, la generación de ventajas debe ser algo constante.

Con el objetivo de dar una mirada rápida a la aplicación de los ejes fundamentales del **buen trato en las instituciones de salud**, teniendo en cuenta que su aplicación en todos los niveles de atención dependerá en buena parte el bienestar de las personas que solicitan atención y desde

luego el del personal responsable de suministrarlo. **Mejía de Campero Sonia** en su artículo de una Revista Médica, aborda con el suficiente detalle el trato que se dispensa a los pacientes “Un buen trato en las instituciones de Salud “. Cada persona perteneciente a cualquiera que sea la institución de Salud desde el director hasta el personal de servicio, pasando por los profesionales de salud y por el personal de administración, tiene una responsabilidad para el éxito de su labor frente al trato que ejerce con las personas con las que se relaciona. No bastan los manuales de procedimientos, lo importante son las actitudes y habilidades emocionales de las personas para hacer de la institución de salud un lugar grato a pesar del dolor que las personas tengan que vivir o compartir con sus seres queridos. El buen trato se fundamenta en cinco ejes: Reconocimiento, Empatía, Comunicación, Interacción y Negociación. Cada uno de ellos los podemos mirar desde el escenario de la Institución de Salud y con mirada desprevenida proponer la construcción de comportamientos que permitan un clima de buen trato Hoy más que nunca las instituciones de Salud requieren una mirada al interior de sus procesos empresariales y de relaciones tanto en el nivel de los profesionales que los atienden como en la forma de interacción que afectan positiva o negativamente las relaciones profesionales – clientes. El **reconocimiento** entendido como que cada uno de nosotros somos diferentes y únicos, aceptarnos a nosotros mismos y aceptar a los demás es lo que fortalece la capacidad de entendimiento; **la empatía** como una habilidad para aprender a cambiar, como la capacidad para entender a los demás. La empatía resulta esencial para llevar adecuadamente cualquier trabajo que exija una relación personal Podemos decir, que la empatía es nuestro radar emocional que está basado en la comunicación y escucha. La escucha hace parte de la empatía, es todo un arte que comienza dando la sensación de que uno está dispuesto a hacerlo. Las personas que tienen más facilidad para hablar suelen ser también las que mejor escuchan. Escuchar es más importante que hablar y saber escuchar es una de las cualidades que el personal de salud necesita para entender a sus pacientes y para poder atender a sus necesidades. Significa

escuchar abiertamente y enviar mensajes convincentes. Tener esta habilidad es una de las cosas más difíciles, generalmente toda la problemática social está enmarcada en las dificultades de comunicación. Pareciera que hablamos diferentes lenguajes y que por lo tanto no podemos entender y hacernos entender, por eso es fundamental pensar que la persona que tiene esta habilidad sabe dar, recibir y captar las señales emocionales y se sintonizan con su mensaje, es capaz de abordar abiertamente las cuestiones difíciles. Escucha bien, busca la comprensión mutua y no tiene problemas para compartir la información que tiene.; la **Negociación**. (**Linda Lantieri**) plantea unas facetas fundamentales sobre la capacidad de resolver desacuerdos y conflictos: 1) comience calmándose, establezca contacto con sus pensamientos y busque cómo expresarlos, 2) muéstrase dispuesto a resolver las cosas hablando del problema en lugar de dejarse llevar por la agresividad para atacar a las personas;3) formule su punto de vista en un lenguaje neutro, más que en un tono de enfrentamiento; 4) trate de encontrar formas equitativas de resolver el problema colaborando para encontrar una solución admisible por las partes “ Una situación debe manejarse o aceptarse”.

Por las características del tema que se aborda en este documento, resulta necesario e imperativo analizar comparativamente los derechos y deberes de los pacientes que demandan prestaciones de salud. En este propósito inicialmente, revisaremos un trabajo realizado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que lo titula “**Carta de derechos y deberes de los pacientes**”:

DERECHOS DE LOS PACIENTES:

- Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud
- Recibir un trato digno, respetando su privacidad
- Ser llamado por su nombre atendido con amabilidad

- Recibir una atención de salud de calidad y segura según protocolos establecidos.
- Ser informado de los costos de su atención de salud
- No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.
- Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.
- Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir alta voluntaria.
- Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual
- Consultar y reclamar respecto de la atención de salud recibida.
- A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza.
- Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria.
- Que el personal de salud porte una identificación
- Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.
- Que su médico le entregue un informe de atención recibida durante su hospitalización.

DEBERES DE LOS PACIENTES:

- Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identificación y dirección.
- Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica.
- Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto
- Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.
- Tratar respetuosamente al personal de salud.
- Informarse acerca de los procedimientos de reclamo

Al respecto del tema, según la **Regione Lombardia Sania** señala sobre los “derechos y deberes de las personas en el hospital “de la siguiente manera:

LA PERSONA HOSPITALIZADA TIENE EL DERECHO A:

- Recibir asistencia y tratamiento con profesionalidad y atención, sin discriminación de ninguna clase, con respeto por la dignidad humana, la cultura y las ideas políticas religiosas de cada persona.
- Ser identificada por el propio nombre y apellido, respetando las leyes sobre la confidencialidad.
- Identificar al personal del hospital y reconocer su función.
- Obtener de la estructura sanitaria información relativa a los servicios que presta y al modo de acceder a los mismos.
- Obtener del personal sanitario informaciones completas, clara, comprensibles sobre el diagnóstico de la enfermedad, su pronóstico y el tratamiento terapéutico propuesto.
- Al momento del Alta, recibir una Historia Clínica escrita en modo comprensible, con todas las informaciones útiles para continuar el tratamiento.
- Recibir toda la información que permita expresar su consentimiento informado antes de someterse a una intervención quirúrgica o a particulares procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Sólo en caso de urgencias y cuando la persona no se encuentre capacitada para comprender, es el personal sanitario quien debe decidir, actuando profesionalmente en base a los elementos de juicio y de evaluación clínica.
- Rechazar en forma escrita y bajo la propia responsabilidad, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y curaciones propuestas.
- Obtener si lo solicita, el certificado de hospitalización y en el momento en que le den de alta, la copia de la historia clínica.
- Ser cuidadosamente informado en el caso que se utilicen medicamentos, terapias, etc. Consideradas experimentales.
- Que se mantengan reservados los datos relativos a su enfermedad y cualquier otra información referida a su persona.

- Ejercer su propio culto y solicitar la visita del ministro del culto de su elección.
- Si es mayor de 65 años, disponer de la compañía e una persona en forma continua durante la hospitalización.
- Por morir dignamente en condiciones de tranquilidad y privacidad; en presencia de un familiar o de otra persona alegada. Cuando la persona está por morir puede transferirse a su propio domicilio si la misma o sus familiares expresen tal deseo (en caso de fallecimiento en el hospital los restos mortales no pueden transportarse al domicilio).

La Persona Hospitalizada Tiene El Deber De:

- Asumir un comportamiento responsable, respetando y comprendiendo los derechos de las personas presentes.
- Respetar al personal hospitalario, favoreciendo una relación de confianza recíproca.
- Respetar los ambientes, los equipos y el mobiliario que se encuentran dentro la estructura considerándolos patrimonio de todos y por lo tanto, también propio.
- Evitar todo comportamiento que pueda crear molestias o incomodar a los otros pacientes (ruidos, luces encendidas, avisos de llamadas de teléfonos celulares a alto volumen, vestimentas indecorosas)
- Respetar la prohibición de fumar. Los trasgresores son pasibles a sanciones administrativas.
- Respetar la organización, los reglamentos y los horarios previstos en la estructura sanitaria.
- No alejarse de la sección o pabellón o la estructura durante la hospitalización, sin la correspondiente autorización.

LA MUJER EMBARAZADA TIENE DERECHO A:

- La privacidad y el reconocimiento de su dignidad
- Si es un inmigrante sin permiso de residencia, no ser expulsada del país hasta seis meses después del parto. El permiso de residencia puede solicitarse en la oficina de policía competente, presentando un certificado que testifique el estado de embarazo y la presunta fecha de parto.
- Vivir el parto como un acto fisiológico y no como una patología, respetando su propia cultura.
- Usufructuar de técnicas de parto actualizadas y si las indicaciones clínicas y la disponibilidad de la estructura hospitalaria lo permiten, elegir una técnica de parto particular.
- Efectuar gratuitamente los controles previstos por la norma vigentes.
- Contar con la presencia de por lo menos una persona de su confianza en el momento el parto y después del nacimiento.
- Recibir la visita de los hijos, aunque sean menores de 12 años.
- Tener consigo el recién nacido para facilitar la lactancia materna y la continuidad de la relación madre- hijo.

Específicamente con referencia a las actividades que cumple el personal de enfermería, el documento “ Derechos y deberes de los pacientes, papel de la Enfermera” elaborado por **Aniorte Hernández N.** en la asignatura de “ **Ética y Legislación en Enfermería**” señala lo siguiente: La relación enfermera-paciente se ha modificado, de una relación de carácter paternalista a otra de “ Autonomía” dando origen a nuevos y diferentes problemas en la práctica diaria a los que trata de dar respuesta la Bioética. Los avances tecnológicos, los cambios en los valores sociales y la creciente preocupación en la defensa de los derechos humanos, hacen que surjan y se reaviven los debates en temas controvertidos para la sociedad: la eutanasia, la interrupción voluntaria del embarazo, el estado vegetativo permanente, la atención a enfermos en fase irreversible, la fecundación in vitro, la

inseminación artificial, la ingeniería genética, los trasplantes de órganos y el tratamiento de los neonatos con graves minusvalías son algunos ejemplos que entre otros podemos citar. Ante la creciente insatisfacción de los pacientes por la asistencia recibida de profesionales, sanitarios y administrativos, las demandas judiciales han experimentado un crecimiento exponencial por parte de los usuarios. En este ámbito se cita las obligaciones y deberes de las pacientes que son:

CARTA DE DERECHOS:

- El usuario tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles.
- El usuario tiene derecho a la confidencialidad de toda información en su proceso, incluso el secreto de su estancia en Centros y establecimientos sanitarios, salvo que por exigencia legal que lo hagan imprescindible.
- El usuario tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronóstico, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, esta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.
- El usuario tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos; Cuando la urgencia no permita demoras, cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública.
- El usuario tendrá derecho a negarse al tratamiento excepto en los casos señalados en puntos anteriores, debiendo para ello solicitar el

alta voluntaria, en las condiciones establecidas por la institución de salud.

- El usuario tendrá derecho a que se le asigne un médico cuyo nombre deberá conocer y que será su interlocutor válido con el equipo asistencial. En caso de ausencia. Otro facultativo del equipo asumirá la responsabilidad.
- El usuario tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso, esta información y las pruebas realizadas constituyen la historia Clínica.
- El usuario tiene derecho a que no se realicen en su persona, investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una información sobre métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico, de los principios básicos y normas que establece la **Declaración de Helsinki**. Las actividades docentes requerirán así mismo, consentimiento expreso del paciente.
- El usuario tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.
- El usuario tendrá derecho en caso de hospitalización a que esta incida lo menos posible en sus relaciones sociales y personales. Para ello, el hospital facilitará un régimen de visitas lo más amplio posible, el acceso a los medios y sistemas de comunicación y de cultura y la posibilidad de actividades de que fomenten las relaciones sociales y el entretenimiento del ocio.
- El usuario tiene derecho a recibir cuanta información desee sobre los aspectos de las actividades asistenciales, y que afecten a su proceso y situación personal.
- El usuario tiene derecho a conocer los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general para comunicarse con la administración de las instituciones. Tiene derecho, así mismo a recibir una respuesta por escrito.

- El usuario tiene derecho a causar alta voluntaria de todo momento tras firmar el documento correspondiente.
- El usuario tiene derecho a agotar las posibilidades razonables de superación de su enfermedad. El hospital proporcionara la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales e espirituales.
- El usuario tiene derecho a que las instituciones sanitarias le proporcione: Una asistencia técnica correcta con personal cualificado. Un aprovechamiento máximo de los medios disponibles. Una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.

CARTA DE DEBERES:

- El usuario tiene el deber de colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las instituciones sanitarias.
- El usuario tiene el deber de tratar con el máximo respeto al personal de las instituciones sanitarias, os otros enfermos y acompañantes.
- El usuario tiene el deber de solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la institución y los canales de comunicación (quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas) Debe conocer el nombre del médico.
- El usuario tiene el deber de cuidar las instalaciones y e colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
- El usuario tiene el deber de firmar el documento de Alta Voluntaria, en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento.
- El usuario tiene el deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones farmacéuticas y sociales.

- El usuario tiene el deber de utilizar las vías de reclamación y sugerencias.
- El usuario tiene el deber de exigir que se cumplan sus derechos.

Según una publicación de “INALDE **BUSINESS School**- Colombia: “Atención **segura y de calidad al paciente a través del manejo del proceso hospitalaria** “viene atravesando por una importante crisis, permanentemente se conocen de pacientes que se quejan por la mala prestación de los servicios de salud y por los problemas de seguridad que deben afrontar en paralelo a su enfermedad. Pero en ¿Dónde se origina este problema tan delicado en la atención del paciente y porque el hospital se ha convertido en un lugar tan inseguro? El **Dr. Juan Carlos Giraldo**- Director General de la Asociación Colombiana de los Hospitales, ha señalado que los problemas se originan en la incontenible demanda por los servicios de salud, que supera la capacidad de los hospitales para atender a los pacientes. Así mismo mencionó que las entidades hospitalarias en Colombia están cargando con la operación del sistema, que los pacientes están ingresando en su mayoría a través de los servicios de urgencia y que el modelo ha llegado a un punto que no está funcionando de una manera óptima. En este documento se puede identificar dos elementos principales: demanda y capacidad. Toda empresa (en este Caso el Hospital) que desee permanecer en el tiempo deberá definir su promesa de valor al cliente (en este caso paciente). De la misma manera, debe diseñar los procesos y garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para entregar la promesa a su cliente. Una vez el cliente percibe el beneficio de la oferta entregada, responde adquiriendo sus servicios. A través de esta venta en como la empresa logra capturar valor (ganar dinero) y sobrevivir en el tiempo. En resumen: un modelo de negocio se compone de cuatro elementos principales: la promesa de valor al cliente, los procesos y recursos necesarios para entregarla y la formula de rentabilidad que define la empresa (el hospital) para ganar dinero. Es importante mencionar que el manejo de la variabilidad de la demanda es una alternativa que genera gran

valor a los diferentes actores del sector salud.1) el paciente recibe un mejor servicio(menores tiempos de espera) y una atención más segura y de mejor calidad; 2) El hospital incrementa su facturación y la rotación de activos (captura de valor) a través del aumento en el flujo de pacientes; 3) el personal asistencial y administrativo esta expuesto a un menor estrés debido a la mejora en las operaciones de la entidad; 4) La aseguradora se beneficia por la reducción de costos en la atención del paciente y al mismo tiempo, por los mejores resultados clínicos de sus afiliados.

Parte de la satisfacción de las usuarias en la atención de su parto se expresa en el cumplimiento de lo que ellas consideran sus derechos. Al revisar los tópicos de varias disposiciones jurídicas nacionales incorporan en el ámbito “derecho al trato digno” es de amplio y complejo análisis. Las usuarias le asignan un significado que incorpora elementos específicos de carácter emocional que requiere un análisis de las habilidades blandas que va más allá de un protocolo de comportamiento. Por otro lado, se plantea ideas que se asocian a recursos monetarios y humanos que no siempre están disponibles (infraestructura, falta de especialistas, entre otros.)

El **Departamento de Estudios y Desarrollo – Supersalud** elabora un documento denominado “**Qué es trato digno para los pacientes**” y señala que el “Trato digno” es brindar una atención de calidad en salud es algo deseado tanto para los que dirigen los centros asistenciales como para la autoridad que se preocupa que esto se cumpla. La calidad en la atención de la salud se puede abordar desde distintas aristas, no obstante, uno de los valores que interesa desarrollar en este estudio es lo relacionado con el concepto del trato digno de las usuarias que asisten a demandar servicios en su atención de parto en el hospital de La Mujer de La Paz. En este sentido resulta más que necesario el abordar el trato digno en la atención de salud, que parece ser obvio para quienes prestan los servicios. Sin embargo, lo que las usuarias expresan en palabras respecto de este concepto es un pequeño fragmento de las asociaciones que emergen de los procesos mentales y

emocionales que se vinculan a él. Por lo tanto, no parece estar tan claro cuáles son sus componentes y ante esta reflexión surge las siguientes interrogantes: ¿qué es trato digno para las pacientes?, ¿es una idea única y estándar?, ¿qué aspectos componen este concepto?, ¿Cómo se concreta en un significado más específico para saber si efectivamente se cumple?, ¿Cuáles son las asociaciones y conexiones relevantes que se activa en las pacientes al hablar de trato digno?, ¿son los componentes de este concepto transversales a las pacientes de la atención pública y privada?.

El trato digno se amalgama con el significado de trato humano, que en su necesaria profundización principalmente implicaría ser tratados como personas. El significado de este pensamiento representa una serie de constructos que interactúan entre si y que le dan sentido a la idea de ser tratados como personas, puede tener distintas expresiones, sin embargo, las usuarias comparten algunos elementos comunes en relación al tema. Sus ideas son consecuentes al señalar que en el momento que se contactan con el personal de salud y administrativo que los atienden se activan otros conceptos, alguno de ellos, más concretos que sustentan el significado de ser tratados como persona, los cuales se asocian a que estos: miren, escuchen, saluden, tengan en cuenta su opinión, sean cordiales e incluso cariñosos. Es interesante observar que algunos de ellos (que “saluden “) en si mismo se vinculan mentalmente a la presencia de la sonrisa y / o actitud de alegría, que es valorada más halla que un saludo amable. El saludo unido a la sonrisa se percibe positivamente y es interpretado como que esa persona “le gusta lo que hace “, le importó y siente que disminuye su ansiedad. El ponerse en el lugar del otro (Empatía) es decir, el tratar a un paciente como le gustaría ser tratado, ver interés en los profesionales, “que se preocupen por mí “. Los profesionales deben comprender que el paciente se siente enfermo y esto puede provocarle reacciones de enfado y hostilidad, por tanto, se solicita que se pongan en el lugar de la paciente y hagan el esfuerzo de entender estas emociones. Esta idea aborda el plano emocional, no es un concepto nuevo se menciona también en otros estudios.

Esto implica entrar en el mundo emocional de la paciente, con sus sentimientos de enferma, su vulnerabilidad y su inseguridad, esto es complejo ya que, de acuerdo al modelo clínico, las habilidades blandas son escasamente desarrolladas en los profesionales de la salud.

Se debe evitar el paternalismo, que alude un rol activo de la usuaria, que no coincide con el rol pasivo que se le asigna a la “paciente” donde se plantea una relación que es percibida como asimétrica entre los integrantes del equipo de salud y ella. Esto significa un cambio de paradigma en esta relación donde no queda claro que los profesionales lo practiquen de acuerdo a los relatos de las participantes. Se espera que la den una información completa sobre el tratamiento y / o enfermedad que tiene. Les produce malestar que les consideren como personas que no son capaces de entender, tienen acceso a la información a través de otros medios y cuando acuden al personal de salud con sus dudas y preocupaciones no se las resuelven, se sienten engañados. Que les saluden por su nombre, es importante destacarla por el significado que le asignan las pacientes a este aspecto, quienes lo perciben como algo que es más su identificación, simbólicamente la paciente ve reducida su ansiedad, siente que la acogen, que la quieren y que se preocupan de ella.

Que el médico explique con la verdad, a través de esta idea se quiere transmitir que se les explique realmente en que consiste su situación de salud que no se les oculte la verdad sobre su estado, su esperanza de vivir. Además, las pacientes prefieren que sea el médico el que trasmite esta información, especialmente si el estado de salud es de pronóstico grave, no que lo hagan los familiares ya que, por ser un tema doloroso, estos pueden engañar a la paciente. La información que el médico les entrega a los familiares se asocia a tres ideas fundamentales: disminuye la ansiedad, entienden mejor lo que tiene la enferma y le pueden apoyar en su recuperación y tratamiento. Las ideas que transmitieron estuvieron relacionadas con: que se les diese una explicación clara a los

acompañantes, especialmente importante en la Urgencia, ya que como no dejan acompañarlos, puede pasar mucho tiempo sin tener conocimiento de lo que le están haciendo a la paciente. Otro aspecto es porque la paciente a veces no tiene la capacidad para explicar su situación de salud, sobre todo cuando es una enfermedad compleja que necesita el apoyo de la familia, que el médico explique a los familiares la enfermedad y los cuidados. No es adecuado que le hagan firmar el consentimiento informado cuando se está en medio de un pasillo o a punto de su trabajo de parto, se sugiere se dedique un tiempo en una consulta previa en la que les entreguen todos los documentos que posteriormente tengan que firmar, dando la posibilidad de leerlos con calma y preguntar las dudas. Se perciben vulnerables, están asustados, la sensación es que no saben, ni entienden lo que firman.

El atraso (falta de puntualidad) se percibe como injusto porque sienten que el médico puede llegar tarde y las pacientes no se pueden atrasar ni un minuto. Que el médico llegue a la hora y que te avisen cuando el médico no va a su consulta es muy valorado por que implica una muestra de respeto hacia la paciente, además, le supone una pérdida a nivel económico (tanto por horas de trabajo como por transporte) y en el caso de que no pueda ser puntual, al menos que pidan disculpas por la demora. En el servicio de urgencias que lo atiendan con rapidez y en forma oportuna es la premisa básica. Las usuarias comentan que si acuden a ese servicio es porque problema necesita ser atendido con rapidez ya que lo sienten como de vital importancia y en ocasiones, la espera prolongada se percibe como un trato no digno.

En la consulta externa debe haber poca demora en la atención y acceso a la consulta del médico cuando se requiera. La espera prolongada (a veces hasta meses) se vincula a un trato indigno. Esto se exagera cuando se trata de especialidades médicas donde la lista de espera representa el hecho de no sentir que lo tratan como persona.

Con referencia al personal de enfermería (graduadas y auxiliares), estas deben estar atentos a las necesidades de la paciente y deben dar respuesta a estas necesidades, tener “voluntad “para atender. Entre las mismas se encuentra el deseo de las pacientes, cosa indispensable para que la paciente pueda estar en condiciones “aceptables”. A si como administrar los medicamentos adecuadamente en el momento oportuno. Les produce incomodidad tener que demandar que se les atiendan sus necesidades básicas. Las usuarias mostraban malestar porque incluso tenían que “ir gritando “para que los atiendan cuando están con dolor y sus necesidades.

La privacidad o intimidad es un derecho se asocia a dos ideas principales: la primera, a medios estructurales donde se releva la importancia del biombo o cortinas que la separen de las otras pacientes y a no ser atendidos en pasillos. Además el significado de mantener la puerta cerrada se asocia al respeto a su dignidad, resguardando de la intimidad y al reposo “ tranquilo”. La segunda idea, vincula este derecho a la autorización que debiese dar la paciente para ser examinado e interrogado por estudiantes de medicina. El ser examinado e interrogado por estudiantes se percibe como una sensación de malestar, que vulnera sus derechos de poder decir que no y a su vez, su intimidad.

Mónica Burgos Moreno en su documento “ **Violencia hospitalaria en pacientes** “ señala que el paciente se presenta susceptible a todos los estímulos y relaciones que surgen en el contexto hospitalario, en una atención que se reconoce como despersonalizada y falta de privacidad, lo que puede convertirla en una potencial víctima de actos violentos. Por la importancia que reviste otorgarla una atención en salud basada en el respeto y la dignidad hacia los usuarios, se hace necesario estudiar el fenómeno de la violencia que desde la óptica de los pacientes pudiera encontrarse en los servicios de salud, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la atención y cuidado que le es otorgado en los centros hospitalarios. El

paciente en el contexto hospitalario debe cumplir normalmente con numerosas tareas y compromisos en las distintas etapas de la vida, colegio, trabajo, familia, etc. Que aseguren su desarrollo y desenvolvimiento normal en la sociedad; sin embargo, esto puede verse alterado por la condición de enfermedad y más aún cuando es necesario el ingreso a un hospital. Esta situación hace al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones y interrelaciones que se desarrollan en este medio en el que adopta o pasa a ser incluido en el “ status del paciente”. En efecto, el paciente se enfrenta a un medio con estímulos y situaciones diversas que no solamente alteran la satisfacción de necesidades de orden elemental o biológicas, como puede ser el dormir o el alimentarse, sino también aquellas de orden superior, especialmente las que comprometen su esfera psico - afectiva. El paciente hospitalizado no solamente ve afectado el aspecto económico, el funcionamiento familiar y las responsabilidades previamente adquiridas, sino también se altera su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que se requieren de reajustes. Estos cambios repercuten además en las necesidades de seguridad y de pertenencia, las que se encuentran afectadas en el individuo aquejado por una enfermedad. Esta alteración que sufre toda persona enferma se acentúa especialmente cuando el individuo requiere de internación en un establecimiento de salud, ya que la separación del ambiente familiar, conocido y estable por otro ambiente extraño, con una serie de reglamentaciones internas, relaciones con múltiples personas y a veces falta de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad y reducción que puede surgir en las personas. La persona enferma erradica de su territorio vital a otro generalmente desconocido pierde en alguna medida la imagen de sí, aparecen sentimientos de culpa y vergüenza, que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante su hospitalización. Entonces las repercusiones de la enfermedad se hacen mucho más evidente cuando, por su gravedad o por las condiciones socio-económicas del paciente, imponen la necesidad de hospitalización.

La atención basada en el respeto, es punto importante del código deontológico para la profesión médica y de enfermería. Contempla en uno de sus cuatro elementos que regulan la conducta ética, la enfermera al dispensar cuidados debe promover un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de los individuos. El respeto al otro ser humano paciente y los derechos y deberes que como tal tienen, por tanto, condicionar todas las acciones del personal de enfermería. El respeto es un principio que rige desde su concepción hasta el suspiro final y aún más allá de su cuerpo y después de la muerte, y que no debe ser postergado por los avances tecnológicos.

Para el profesional de enfermería no solamente importa administrar hábilmente los diversos procedimientos que exige el que hacer diario, sino estar atentos a las distintas manifestaciones de los pacientes, derivados de la propia enfermedad, tratamiento y también de todos aquellos provenientes del medio hospitalario y de relación que surgen en la atención brindada por el equipo de salud a los usuarios, relación que en los últimos tiempo se ha deteriorado, dando paso a conductas y situaciones que pueden ser consideradas como violentas por los pacientes, por cuanto se pierda el principio fundamental del respeto y que en mayor o menor grado pueden alterar su bienestar. Esta situación en la que los usuarios podrían considerarse víctimas potenciales de diferentes tipos de manifestaciones violentas, que van desde no tratarlo por su nombre o no cumplir con las expectativas de la atención prestada, merece atención por la vulnerabilidad que estos presentan y las características de su condición, por la importancia que reviste otorgar una buena atención de salud a los pacientes, por la violencia reconocida en todos los contextos sociales, incluidos los servicios de salud y por las escasas investigaciones en este tema desde la perspectiva de los pacientes. Se hace necesario entonces realizar un diagnóstico de la situación de violencia percibida por los pacientes en los diversos contextos de la atención de salud y abordar esta problemática basándose en los resultados obtenidos, para proponer estrategias a objeto

de prevenir y / o intervenir si la situación así lo requiere, contribuyendo de esta forma con el compromiso adquirido por el CIE 2001 de erradicar la violencia en las instituciones de salud, otorgando prestaciones sanitarias en centros de salud y libres del flagelo de la violencia.

La satisfacción de la paciente como objetivo irrenunciable para los servidor en salud, debe servir a las instituciones sanitarias como instrumento importante de medición y establecer la calidad de atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud, para adoptar conductas adecuadas, buscando fundamentalmente la mejora permanente en la satisfacción del paciente y evitar sobre todas las cosas la insatisfacción de la paciente que la podemos definir como la no adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio hospitalario recibido.

La temática sobre la percepción de la paciente sobre el trato que recibe en una institución de salud como es el Hospital de la Mujer debe enfocarse como un problema social (nace de la interacción personal de salud y pacientes), local (abarca un problema institucional), cuya profundidad la conoceremos al establecer el grado de satisfacción de las pacientes que acuden para su atención de parto, y tratar de determinar la calidad de atención que se brinda en el mencionado nosocomio, además de establecer las necesidades y expectativas de las pacientes, esta asociación de conocimientos nos servirá como mecanismo de retroalimentación y nos permitirá diseñar estrategias y cambios pertinentes para lograr mejorar la calidad de atención en el mencionado hospital; respondiendo así a una necesidad institucional, la búsqueda de la excelencia con calidad y calidez en la prestación de servicios a la población, favoreciendo también la imagen de los servicios salud públicos, que se encuentra muy cuestionada.

4.2 ASPECTO JURÍDICO

Tratar el tema, también requiere abordarlo desde puntos de vista jurídico – normativos, para lo cual señalaremos algunos criterios fuerza.

La Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002 crea el Seguro Universal Materno Infantil (S.U.M.I.), esta ley organiza, norma y prevé financiamiento público para otorgar a los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas hasta el sexto mes después del parto, un conjunto de más de 400 prestaciones de atención médica, provisión de insumos, medicamentos esenciales y realización exámenes de laboratorio de carácter preventivo y curativo con el fin de reducir el impacto de las principales causas de mortalidad y morbilidad materno infantil (Artículo 4: I de la Ley)

El S.U.M.I. cubre prácticamente todas las atenciones que la población beneficiaria requiere, incluyendo capacitación y educación sanitaria. Las únicas prestaciones que no cubre son: ortesis y prótesis (articulares, válvulas y marcapasos cardiacos, neurológicas, lentes, audífonos y placas dentales fijas y removibles), cirugía estética, quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia, trasplantes de órganos y tejidos, diagnóstico y seguimiento de cromosopatías y otros síndromes dismórficos, rehabilitación de la parálisis cerebral infantil, ortodoncia y otras malformaciones congénitas no especificadas en la lista de prestaciones.

Las prestaciones que otorga el S.U.M.I. se realizan en redes municipales (o de mancomunidades) de servicios de salud del sector público (hospitales de II y III nivel, este último es el caso del Hospital de La Mujer; también en centros de salud, postas sanitarias, Etc.), en las cajas de seguro de salud y otros establecimientos privados (O.N.G, iglesias y otros). El S.U.M.I. prevé en el área rural la incorporación de la medicina tradicional.

El financiamiento del sistema está cubierto con aportes de los municipios (10% de la coparticipación tributaria), del Fondo Solidario Nacional HIPC-II (10% de la Cuenta Especial Diálogo 2000), del Tesoro General del Estado y de la cooperación internacional, destinados al financiamiento de personal, equipamiento y, suministros y medicamentos.

Lo que se pretende con este Seguro es ampliar cada vez más su número prestaciones en salud en beneficio de la población, particularmente la de menos recursos económicos, brindando e incentivando la demanda de los servicios de salud, mejorando el acceso y sobre todo la calidad de atención en salud (Cap. V, Artículo 22: I), con la consiguiente disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil.

Para promover y estimular la calidad, se crea el incentivo a la calidad a ser otorgado por el Ministerio de Salud y Previsión Social, de acuerdo a reglamento (Artículo 23), pero también se normatiza las sanciones (Art. 24), los reclamos y denuncias (Art. 25) y el sistema de control (Art. 26) ayudando a mejorar la calidad de atención en salud.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud es un derecho que debe promoverse continuamente, dado que es importante en el desarrollo social y económico de un país.

Lo anterior toma relevancia cuando se habla de la salud de la mujer dado su rol en la preservación de la humanidad a través del embarazo y su consecución en el parto.

El parto se lo concibe como el proceso mediante el cual el feto es expulsado del útero al término de la gestación, siendo de relevancia dado que su correcto abordaje limita el desarrollo de riesgos y complicaciones.

Sin duda que la mortalidad por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio aun es alta (160 por 100.000 nacidos vivos) siendo las principales causas: las hemorragias (19%), el aborto (13%) y las infecciones (7%).

Dicho indicador permite inferir la exclusión social, la inequidad, el grado de desorganización del sistema y la accesibilidad de los servicios de salud.

Es de esa manera que la maternidad segura es un objetivo clave al cuál nuestro país se ha sumado a través de distintos compromisos nacionales e internacionales, trazando como meta la reducción de la mortalidad materna.

En la presente década se han realizado modificaciones operando cambios en el modelo de atención de la salud y se han implementado programas para reducir las barreras de acceso a las gestantes a los servicios de salud, principalmente referida a la barrera económica y cultural, lo que ha permitido reducir la mortalidad materna sustancialmente.

La OMS ha planteado que para disminuir estos daños se deben efectuar evaluaciones periódicas de los servicios de salud y considerar los elementos de la estructura, el proceso y los resultados operacionales.

Lo anterior se refuerza en el hecho de que la calidad de los servicios brindados contribuirá a una mayor demanda de los servicios de salud obstétricos, y con esto una mayor cobertura de la población gestante, reduciendo de esta manera las complicaciones o muerte en el embarazo, parto y puerperio.

Sin embargo, la medición de la calidad a partir del nivel de satisfacción del paciente es relevante dado que una satisfacción baja puede ser indicador de una mala atención e indirectamente este valor se puede correlacionar con las tasas de complicaciones durante y después del parto.

Actualmente, existen pocos estudios de investigación que aborden el tema de calidad en la prestación de servicios durante el acto obstétrico y cómo es ésta percibida por las usuarias. Es por ello que se realizó el presente estudio, el cuál surge de la siguiente interrogante:

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de satisfacción en la atención del parto de mujeres que acuden al Hospital de La Mujer de la ciudad de La Paz durante el mes de diciembre de 2016?

7. OBJETIVOS

7.1. GENERAL

Establecer el grado de satisfacción en la atención del parto de mujeres que acuden al Hospital de La Mujer de la ciudad de La Paz durante el mes de diciembre de 2016

7.2. ESPECÍFICOS

1. Identificar las características sociodemográficas de la población objeto de estudio
2. Observar el grado de satisfacción durante las diferentes etapas del trabajo de parto (dilatación y expulsión).
3. Determinar el grado de satisfacción en referencia al personal que realiza la atención del trabajo de parto

8. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Cuadro 2

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Satisfacción en la atención del parto	Acción y efecto de satisfacción que siente una mujer en referencia a la atención cuando se produce la expulsión del feto y la placenta al final de la gestación	Satisfacción durante el periodo de dilatación Satisfacción durante el periodo expulsivo Satisfacción durante el periodo de alumbramiento	Grado de satisfacción en el periodo de dilatación Grado de satisfacción en el periodo expulsivo Grado de satisfacción en el periodo de alumbramiento	Escala Likert de 5 puntos que oscila desde muy insatisfecha (1) hasta muy satisfecha (5)
Satisfacción en la atención del parto por el personal de salud	Acción y efecto de satisfacción que siente una mujer en referencia a la atención que recibe la gestante durante el parto por parte del personal de salud	Satisfacción relacionada con la atención dada por el medico Satisfacción relacionada con la atención dada por la enfermera	Grado de satisfacción en referencia a la atención dada por el medico Grado de satisfacción en referencia a la atención dada por la enfermera	Escala Likert de 5 puntos que oscila desde muy insatisfecha (1) hasta muy satisfecha (5)

Fuente: Satisfacción en la atención de la atención del parto en el servicio de obstetricia del HM. Diciembre 2016

9. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

9.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de corte transversal cuyo objetivo es establecer el grado de satisfacción en la atención del parto de mujeres que acuden al Hospital de La Mujer de la ciudad de La Paz durante el mes de diciembre de 2016.

9.2. ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se desarrolla en el servicio de Obstetricia del Hospital de la Mujer

9.3. MEDICIONES

9.3.1. UNIVERSO

El universo está constituido por el conjunto de mujeres que acuden al Hospital de La Mujer para su atención del parto; número que durante el mes de diciembre fue de 320.

9.3.2. MUESTRA

Para este fin la unidad de análisis y de muestreo corresponde mujeres cuya atención del parto fue realizada en el Hospital de la Mujer, las cuales cumplen determinados criterios de inclusión (ver criterios de inclusión).

Para el cálculo de la muestra se aplicó la fórmula para universos finitos, debido a que el número de afiliados (universo) es inferior a 100.000 habitantes. Es de esa manera que para el cálculo de la muestra se consideró:

- El valor de Z que es de 1,96
- Una varianza de 3,75 recabada en un estudio de similar magnitud
- El tamaño del universo, que como se estableció con anterioridad fue de 320.
- Con una precisión que según estudios fue de 2, sin embargo, para incrementar el poder de la muestra se delimito una presión de 0,3.

Es de esta manera que el cálculo de la muestra es el siguiente:

Cuadro 1
Calculo de la muestra

$n = \frac{Z^2 * S^2 * N}{d^2(N-1) + Z^2 * S^2}$	$n = \frac{1,96^2 * 3,75 * 320}{0,3^2(320 - 1) + 1,96^2 * 3,75}$
$\begin{aligned} Z &= 1,96 \\ S^2 &= 3,75 \\ N &= 320 \\ d &= 0,3 \end{aligned}$	$n = 106$

Fuente: Satisfacción en la atención de la atención del parto en el servicio de obstetricia del HM. Diciembre 2016

Dada la factibilidad en la consecución de la información la muestra final está constituida por 138 mujeres cuya atención del parto fue realizada en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.

La selección de las 138 mujeres se la realizo aplicando un muestreo no probabilístico por cuota, dicha selección se la realizo mediante la aplicación de los siguientes criterios de inclusión:

- Parto atendido en el Hospital de La Mujer
- Parto eutócico
- Parto atendido en el servicio de obstetricia
- Tener predisposición para brindar información

Identificación y acceso al grupo de estudio:

En el servicio de obstetricia se fueron seleccionando a las 138 participantes tomando en cuenta los criterios de selección establecidos anteriormente. Los pasos seguidos para dicha selección fueron:

1. Se verifico la historia clínica
2. Se establecen los criterios de selección anteriormente establecidos
3. Una vez identificada lo posible participante, el investigador se acerca a la misma y pasa a explicar los aspectos referentes a la presente investigación.
4. Una vez que la usuaria decide participar en el presente estudio, se le hace firmar el consentimiento informado
5. Se aplica la encuesta MSCR

9.4. MÉTODOS Y TÉCNICAS

El método es la encuesta y la técnica es la entrevista, el instrumento corresponde a la Escala de Mackey Satisfaction Childbirth Rating.

Dicha escala mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo; que es aplicado antes del alta hospitalaria.

Este instrumento consta de 34 ítems agrupados en cinco subescalas que hacen referencia a: la mujer (9 ítems), la pareja (2 ítems), el recién nacido (3 ítems), la matrona (9 ítems), el obstetra (8 ítems) y finalmente la valoración global de la experiencia (3 ítems).

Cada ítem se evalúa en una escala Likert de 5 puntos que oscila desde muy insatisfecha (1) hasta muy satisfecha (5), con un valor central neutro.

9.5. MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS

Para los instrumentos usados se evidenció la exhaustividad e integridad de los datos.

9.6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos obtenidos de las fuentes primarias fueron tabulados en extenso en el programa estadístico SPSS 24.0, en el cual se determinó para cada uno de los casos:

1. La media o promedio de cada una de las dimensiones
2. La ponderación de cada ítem de la encuesta a una escala de 10, esto con la finalidad de facilitar la interpretación.

Una vez establecidos estos aspectos se procedió al análisis de los datos el cual fue de tipo descriptivo.

Es de esa manera que para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias, porcentajes y los promedios con sus respectivos IC 95%; a su vez para el análisis inferencial se utilizó la comparación de medias buscando establecer diferencias significativas; siendo este aspecto determinado mediante la significancia o probabilidad que si es $<$ al 0,05 permite rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_a) estableciéndose de esa manera diferencias significativas.

9.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A continuación, se establece como se cumple con los principios fundamentales de la ética de investigación tomando en cuenta la norma boliviana.

Voluntariedad. Previa a la aplicación del instrumento las personas confirmaron su participación mediante la firma del consentimiento informado, estableciendo de esta manera la voluntad de participación tal cual lo establece:

- La Constitución Política del Estado
 - Artículo 44. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.

- El código de ética y de deontología médica
 - Artículo 97. Se requiere el consentimiento informado escrito del paciente o de las personas responsables del mismo.

- El Código de Salud de la República de Bolivia
 - Artículo 148. Ninguna persona sin su consentimiento podrá ser sometida a experimentación clínica ni científica, sin la debida información en cuanto al riesgo que deberá proporcionar la persona autorizada legalmente para hacerlo.

Confidencialidad. Se protegió la identidad de los participantes mediante la asignación de un código a cada uno de los mismos.

10. RESULTADOS

En la Tabla 1 se evidencia que del total de participantes (n=138) la mayor parte (33%) tiene una edad comprendida entre los 20 a 24 años.

A su vez podemos evidenciar que, del total de participantes, el 88% (n=108) reside el área urbana mientras que el 12% (n=16) reside en el área rural.

Finalmente, un gran número de participantes (n=92 o 66%) concluyo el nivel secundario; de manera contraria en reducido grupo (n=12) tiene educación Universitaria.

Tabla 1
**Características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
Hospital de la Mujer - 2017**

	Frecuencia	%
Edad		
16 a 19	26	18,8
20 a 24	46	33,3
25 a 29	31	22,5
30 a 34	23	16,7
35 a 40	12	8,70
Residencia		
Urbana	122	88,4
Rural	16	11,6
NEDU		
Primaria	24	17,4
Secundaria	92	66,7
Técnico	10	7,20
Universitario	12	8,70
Total	138	100,0

*Fuente: Satisfacción en la atención de la atención del parto
en el servicio de obstetricia del HM. Diciembre 2016*

En la Tabla 2 evidenciamos que el grado de satisfacción de la atención en el periodo de dilatación con respecto a la edad es superior a 6 en todos los grupos, no existiendo diferencias significativas entre un grupo y otro.

Igualmente evidenciamos que el grado de satisfacción de la atención en el periodo de dilatación con respecto a la residencia es superior a 6 en residentes del área rural y urbana, no existiendo diferencias significativas entre un grupo y otro.

Finalmente, el grado de satisfacción de la atención en el periodo de dilatación en relación al nivel educativo es superior a 6 alcanzando un puntaje mayor en mujeres con educación secundaria y universitaria, no existiendo diferencias significativas entre un nivel educativo y otro.

Tabla 2

Grado de satisfacción de la atención recibida durante el periodo de dilatación según variables sociodemográficas. HM - diciembre 2016

	N=138	Grado de satisfacción durante el periodo de dilatación		p-valor
		X	[IC 95%]	
Edad				
16 a 19	26	6,28	[5,47 ; 7,11]	0,707
20 a 24	46	6,88	[6,15 ; 7,60]	
25 a 29	31	6,96	[6,20 ; 7,72]	
30 a 34	23	6,97	[5,91 ; 8,04]	
35 a 40	12	7,29	[5,70 ; 8,87]	
Residencia				
Urbana	122	6,87	[6,48 ; 7,27]	0,606
Rural	16	6,56	[5,04 ; 8,08]	
NEDU				
Primaria	24	6,16	[5,15 ; 7,17]	0,277
Secundaria	92	7,01	[6,53 ; 7,46]	
Técnico	10	6,31	[4,38 ; 8,21]	
Universitario	12	7,41	[6,23 ; 8,59]	

Fuente: Satisfacción en la atención de la atención del parto en el servicio de obstetricia del HM. Diciembre 2016

En la Tabla 3 evidenciamos que el grado de satisfacción de la atención en el periodo expulsivo con respecto a la edad es superior a 6 en todos los grupos siendo dicho puntaje mayor en mujeres con una edad superior a 35 años, no existiendo diferencias significativas entre un grupo y otro.

Igualmente evidenciamos que el grado de satisfacción de la atención en el periodo expulsivo con respecto a la residencia es superior a 6 en residentes del área rural y urbana, no existiendo diferencias significativas entre un grupo y otro.

Finalmente, el grado de satisfacción de la atención en el periodo expulsivo en relación al nivel educativo es superior a 6 alcanzando un puntaje mayor en mujeres con educación universitaria, no existiendo diferencias significativas entre un nivel educativo y otro.

Tabla 3
Grado de satisfacción de la atención recibida durante el periodo expulsivo, según variables sociodemográficas. HM - diciembre 2016

	N=138	Grado de satisfacción durante el periodo expulsivo		p-valor
		X	[IC 95%]	
Edad				
16 a 19	26	6,73	[5,99 ; 7,46]	0,728
20 a 24	46	6,96	[6,32 ; 7,60]	
25 a 29	31	6,43	[5,71 ; 7,15]	
30 a 34	23	6,86	[5,92 ; 7,81]	
35 a 40	12	7,29	[6,03 ; 8,54]	
Residencia				
Urbana	122	6,84	[6,48 ; 7,20]	0,644
Rural	16	6,59	[5,35 ; 7,83]	
NEDU				
Primaria	24	6,29	[5,36 ; 7,21]	0,229
Secundaria	92	6,96	[6,55 ; 7,37]	
Técnico	10	6,05	[4,42 ; 7,68]	
Universitario	12	7,33	[6,18 ; 8,48]	

Fuente: Satisfacción en la atención de la atención del parto en el servicio de obstetricia del HM. Diciembre 2016

En la Tabla 4 evidenciamos que el grado de satisfacción por la atención brindada por el personal de enfermería en referencia a la edad de la gestante es superior a 6 puntos en todos los grupos, no existiendo diferencias significativas entre un grupo y otro.

Igualmente evidenciamos que el grado de satisfacción por la atención brindada por el personal de enfermería en referencia a la residencia es superior a 7 puntos en residentes del área rural y urbana, no existiendo diferencias significativas entre un grupo y otro.

Finalmente, el grado de satisfacción por la atención brindada por el personal de enfermería en referencia al nivel educativo es superior a 7 alcanzando un puntaje menor en mujeres con educación universitaria, no existiendo diferencias significativas entre un nivel educativo y otro.

Tabla 4

Grado de satisfacción de la atención recibida por parte del personal de enfermería, según variables sociodemográficas. HM - diciembre 2016

	N=138	Grado de satisfacción por la atención recibida por enfermería		
		X	[IC 95%]	p-valor
Edad				
16 a 19	26	7,15	[6,58 ; 7,72]	0,296
20 a 24	46	7,62	[7,05 ; 8,20]	
25 a 29	31	6,63	[5,99 ; 7,28]	
30 a 34	23	7,01	[5,91 ; 8,12]	
35 a 40	12	6,99	[5,49 ; 8,49]	
Residencia				
Urbana	122	7,09	[6,74 ; 7,43]	0,258
Rural	16	7,68	[6,43 ; 8,94]	
NEDU				
Primaria	24	7,46	[6,61 ; 8,31]	0,849
Secundaria	92	7,12	[6,73 ; 7,52]	
Técnico	10	7,01	[5,70 ; 8,29]	
Universitario	12	6,94	[5,23 ; 8,64]	

Fuente: Satisfacción en la atención de la atención del parto en el servicio de obstetricia del HM. Diciembre 2016

En la Tabla 5 evidenciamos que el grado de satisfacción por la atención brindada por el personal médico en referencia a la edad de la gestante es superior a 7 puntos en todos los grupos, no existiendo diferencias significativas entre un grupo y otro.

Igualmente evidenciamos que el grado de satisfacción por la atención brindada por el personal médico en referencia a la residencia es superior a 7 puntos en residentes del área rural y urbana, no existiendo diferencias significativas entre un grupo y otro.

Finalmente, el grado de satisfacción por la atención brindada por el personal médico en referencia al nivel educativo es superior a 7.

Tabla 5
Grado de satisfacción de la atención recibida por parte del personal médico, según variables sociodemográficas. HM - diciembre 2016

	N=138	Grado de satisfacción por la atención recibida por el medico		p-valor
		X	[IC 95%]	
Edad				
16 a 19	26	7,27	[6,63 ; 7,91]	0,878
20 a 24	46	7,71	[7,22 ; 8,21]	
25 a 29	31	7,46	[6,87 ; 8,05]	
30 a 34	23	7,56	[6,75 ; 8,37]	
35 a 40	12	7,47	[6,08 ; 8,86]	
Residencia				
Urbana	122	7,48	[7,17 ; 7,80]	0,430
Rural	16	7,85	[7,15 ; 8,54]	
NEDU				
Primaria	24	7,49	[6,71 ; 8,26]	0,961
Secundaria	92	7,51	[7,16 ; 7,85]	
Técnico	10	7,81	[7,07 ; 8,54]	
Universitario	12	7,55	[6,07 ; 9,04]	

*Fuente: Satisfacción en la atención de la atención del parto
en el servicio de obstetricia del HM. Diciembre 2016*

11. DISCUSIÓN

Se entiende como satisfacción a la respuesta emocional de los usuarios por la atención recibida, en virtud de ello es un aspecto relevante para la evaluación de la calidad de la atención por parte del personal de salud.

En las últimas décadas a nivel internacional la calidad de atención del parto ha sido un tema que ha empezado a tomar importancia en virtud de que un incremento de la satisfacción conlleva a un incremento del número de atenciones dado que las usuarias satisfechas son las que recomiendan el servicio; aspecto que sin duda promueve la atención del parto de manera institucional.

El presente estudio establece que la satisfacción de las usuarias durante la fase de dilatación y la expulsiva es mayor a 6.

De igual manera en relación a la satisfacción en relación al personal que realiza la atención sea este médico o de enfermería se establece un puntaje de 7; dicho puntaje es menor al obtenido en otros estudios donde el valor oscila entre 8 a 9.

Lo anterior nos indica que, aunque las usuarias se encuentren satisfechas, aún hay amplio margen de mejora en cuanto a la calidad de atención para conseguir una satisfacción amplia, que es el máximo grado de satisfacción que mide la encuesta.

Si bien se puede tender a pensar que el nivel de educación puede influir sobre los puntajes de satisfacción esto no ocurre en el presente estudio dada las mínimas variaciones que se producen entre un nivel y otro. Lo anterior se respalda en un estudio realizado en Bangladesh acerca de la

satisfacción del usuario, donde no se encontró ninguna correlación de los niveles de satisfacción de los usuarios de un centro de salud con el nivel de educación.

En referencia a la procedencia en el presente estudio no se ha hallado diferencias significativas entre la satisfacción de usuarias del área rural y urbana; este es un aspecto importante dada la dificultad en la accesibilidad por parte de las usuarias del área rural que según otros estudios es un aspecto que influye negativamente en la satisfacción de las usuarias.

En otros estudios hubo factores que influyeron sobre el grado de satisfacción siendo los mismos los siguientes:

- Número de embarazos, se puede inferir la importancia de dicho dato, ya que las experiencias acumuladas de un servicio influyen en la valoración integral de la calidad del servicio por parte de las usuarias como menciona Hulton.
- Presencia del esposo o un durante el parto, lo cual determina mayor seguridad en la parturienta y menores complicaciones gineco-obstétricas y perinatales.
- La posición para dar a luz es un derecho que se contempla en algunos protocolos a nivel nacional, aspecto que si no respetado, es asumido por las usuarias como un trato paternalista y autoritario que ejerce el personal de salud creando desconfianza de la mujer a la hora de dar a luz.

De igual manera existen estudios que hacen uso de otras metodologías SERVPERF (derivada de SERVQUAL) la cual investiga en 5 dimensiones: 1. Respuesta rápida (disposición y voluntad para ayudar a los usuarios rápidamente), 2. Empatía (atención individualizada y humana que brinda el proveedor), 3. Seguridad (conocimientos y atención mostrados por los proveedores de salud confianza), 4. Habilidad para realizar el servicio y 5.

Tangible (apariencia del lugar y comodidad del centro donde se recibe la atención).

Según el abordaje del padre de la calidad de atención sanitaria, Donabedian, y según su marco de estructura, proceso y resultado, se puede decir que el presente estudio abordó el proceso de la atención y dentro de este, el grado de satisfacción percibida por las usuarias.

En resumen, el puntaje de 6 a 7 establecido por las usuarias ante la atención del parto en el Hospital de la Mujer de manera global puede ser considerado como satisfactoria.

12. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS

Dados los resultados que demuestran una satisfacción positiva, aspecto que debe impulsar a la institución a mejorar aún más, basándose en los estándares de calidad instituidos a nivel nacional.

13. CONCLUSIONES

Se establecen las conclusiones enmarcándose en los objetivos planteados de manera inicial, los cuales son:

1. Al ser un establecimiento de referencia en patologías gineco-obstétricas, caracteriza al Hospital de la Mujer la atención de mujeres gestantes de diferentes grupos de edad, áreas y niveles educativos.
2. Las mujeres gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer establecen una percepción positiva en referencia a la atención recibida durante el periodo de dilatación y expulsivo.
3. Las mujeres gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer establecen una percepción positiva en referencia a la atención recibida por parte del personal de enfermería y medicina.

14. RECOMENDACIONES

- Hacer evaluaciones periódicas en referencia a la satisfacción del usuario ya sea mediante la Escala de Mackey Satisfaction Childbirth Rating.
- Fortalecer los sistemas de Gestión de calidad de la Institución.
- Actualizar al personal de salud sobre las normas de calidad establecidos fortaleciendo sus conocimientos.
- Capacitar al personal sobre los derechos y obligaciones del médico y del usuario.
- Implementar un sistema de retroalimentación por parte del usuario por medio de encuestas.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. The principles of quality assurance. Report on a WHO meeting. Copenhagen. OMS. 1985. (Euro Report and Studies Series, n°94).
2. Vuori HV. El control de la calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: SG Editores y Masson, 1989.
3. Características de los buenos hospitales: la calidad. (3° parte). (Editorial). Todo Hospital 1993;98:1-2.
4. Indicadores de calidad asistencial en Obstetricia y Ginecología. Sociedad española de Obstetricia y Ginecología, 2000.
5. NQMC. National Quality Measures Clearinghouse. Hallado en: www.qualitymeasures.ahrq.gov
6. Institute for Clinical Systems Improvement. Intrapartum fetal health rate management: percentage of women who are assessed for risk status on entry to labor and delivery. NQMC: 000678, 2003.
7. Joint Comisión of Accreditation of Healthcare Organizations. Pregnancy and related conditions: proportion of patients with third or fourth degree perineal laceration. NQMC: 000221, 2002.
8. Agency for Health Care Research and Quality. Low birth weight: rate of infants with low birth weight. NQCM: 000755, 2004.
9. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Anuario 2004. División de Operaciones.
10. Fleischer A, Manning F, Jeanty P, Romero R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Madrid: Marban.
11. Nicolaides K, Falcon O. La ecografía 11-13+6 semanas. Londres: Fetal Medicine Foundation, 2004.
12. O'Sullivan JB, Charles D, Mahan CM, Dandrow RV. Gestational diabetes and perinatal mortality rate. Am J Obstet Gynecol 1973; 116: 901-4.

13. Mercer BM. Prenatal screening for group B streptococcus. I Impact of antepartum screening on antenatal prophylaxis and intrapartum care. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(3Pt1): 837-41.
14. Casanova BF, Sammel MD, Macones GA. Development of a clinical prediction rule for iron deficiency anemia in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 460-6.
15. Kee Gung. Prevention of Rh alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can* 2003; 25(9): 765-73.
16. Mercer B. Preterm Premature Rupture of the Membranes: Current Approaches to Evaluation and Management. *Obstet Gynecol Clin North America* 2005; 32: 411-28.
17. National Institut of Health Consensus Development Conference Statement: Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 246-52.
18. Tabor A. Randomized controlled trial of genetic amniocentesis in 4606 low-risk women. *Lancet* 1986; 1(8493): 1287-93.
19. Sibai B. Pre-eclampsia. *Lancet* 2005; 365(9461): 785-99.
20. Mardones F, Rioseco A, Ocqueteau M, et al. Anemia en las embarazadas en la comuna de Puente alto, Chile. *Rev Méd Chile* 2003; 11(5): 520-25.
21. Oyarzún E, Donoso E, Foradori A, et al. Algunos parámetros hematológicos del embarazo normal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1986; 51: 402-19.
22. Ministerio de Salud de Chile. Programa de Infecciones Intrahospitalarias, 2004.