

UNIVERSIDAD DE ORIENTE.
NÚCLEO DE SUCRE.
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.



**INCIDENCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL SERVICIO QUE SE
OFRECE EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL TIPO I. “Dr.
ARMANDO MATA SÁNCHEZ”. PUNTA DE PIEDRAS. MUNICIPIO TUBORES.
ESTADO NUEVA ESPARTA, 2008.**

ASESOR: Dra. CARMEN GUEVARA

AUTORA: MARNELYS GONZALEZ

TRABAJO DE GRADO MODALIDAD TESIS QUE SE PRESENTA COMO
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE LIC. EN TRABAJO SOCIAL.

CUMANÁ, DICIEMBRE 2008.

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	i
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
LISTA DE TABLAS	vi
RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA Y SUS GENERALIDADES	3
1.1. Planteamiento Del Problema	3
1.2. Objetivos De La Investigación.	10
1.2.1. Objetivo General	10
1.2.2. Objetivos Específicos	10
1.3. Justificación	10
CAPITULO II	13
MARCO TEORICO - REFERENCIAL	13
2.1. Antecedentes	13
2.1.1. A nivel Internacional	13
2.1.2. A nivel Nacional	14
2.1.3. A nivel regional	15
2.2. Bases Teóricas	15
2.2.1. Relación Médico Paciente En El Sistema Nacional De Salud	15
2.2.2. Modelos De RMP	21
2.2.2.1. Modelo “Actividad-Pasividad” o “Paternalista”	21
2.2.2.2. Modelo “Biomédico” o “Biológico-Lesional”	23
2.2.2.3. Modelo “Legal” “Comercial” o “Contractual”	24

2.2.2.4. Modelo de “Alianza” o “Coparticipación-Guía” _____	24
2.2.2.5. Modelo de Participación _____	25
2.2.3. La Universidad Como Agente De Formación Ético Profesional De Los Estudiantes De Medicinas _____	28
2.2.4. La Comunicación Médico Paciente _____	31
2.2.4.1. Aspectos Básicos en la Comunicación Verbal durante la RMP ____	34
2.2.4.1.2. Sensibilidad: _____	36
2.2.4.2.2. Expresividad: _____	37
2.2.5. Problemas Actuales De La Relación Médico Paciente _____	40
2.2.6. Bases Legales _____	42
CAPÍTULO III _____	49
MARCO METODOLÓGICO _____	49
3.1. Nivel De Investigación _____	49
3.2. Tipo O Diseño De La Investigación _____	50
3.3. Universo O Población _____	51
3.4. Fuentes De Recolección De Información _____	51
3.4.1. Fuentes Primarias _____	52
3.4.2. Fuentes Secundarias _____	52
3.5. Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos _____	53
3.5.1. La observación: _____	53
3.5.2. Entrevista Estructurada: _____	54
3.5.3. Revisión Bibliográfica: _____	54
3.6. Procesamiento Y Análisis De Los Datos _____	55
CAPÍTULO IV _____	56
HALLAZGOS ENCONTRADOS _____	56
4.1. Información General Del Hospital Tipo I Dr. Armando Mata Sánchez ____	58
4.2. Características Socioculturales De Los Pacientes Que Utilizan La Sala De Hospitalización Del Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez _____	63
4.3. Elementos Que Influyen En La RMP _____	68

4.4. La Comunicación En La RMP _____	72
4.5. Expectativas Y Satisfacciones De Los Pacientes En La RMP _____	78
4.6. Limitaciones En La RMP _____	82
4.7. Sugerencias Para Fortalecer La RMP _____	85
CONCLUSIONES _____	88
RECOMENDACIONES _____	92
BIBLIOGRAFIA _____	94
Textos _____	94
Trabajos de Grado _____	96
Documentos Legales _____	97
Folletos, Revistas, Trabajos Publicados, Material, Mimografiados Y Otros _____	98
ANEXOS _____	99
HOJA DE METADATOS _____	111

DEDICATORIA

Hoy con orgullo a través de estas líneas ofrezco mis más anhelados sueños a:

Dios todo poderoso, y a la **Virgen del Valle**, quienes iluminaron mi camino y me acompañan en todo momento, dándome, salud, claridad y perseverancia a lo largo de mi vida. Gracias señor y Virgencita del Valle por darme fortaleza y dedicación para alcanzar esta meta tan anhelada

A mi **mamá**, regalo hermoso que dios me ha dado, a ti te debo lo que soy, gracias por ser tan especial conmigo, este triunfo te lo dedico a ti, espero siempre estés a mi lado dándome aliento para seguir adelante. Te quiero.

A mi **hija**, Valeria, el tesoro más grande que Dios me ha dado, y quien hizo crecer mis ganas de continuar para lograr este sueño. Te amo hija.

A mi **esposo**, quien con su paciencia apoyo y comprensión, me dio fuerzas y esperanzas para cumplir esta meta que hoy me llena de satisfacción. Gracias Antonio y que Dios y la Virgen del Valle te bendigan. Te amo.

A mis **hermanos**, que siempre representaron un gran estímulo en mi vida. Que Dios y la Virgen del Valle los bendigan.

A mis **amigos** y demás personas importantes que no menciono, pero que estuvieron presentes en todo momento. Hoy me siento con satisfacción por haber culminado este esfuerzo, gracias por su apoyo y cariño sincero, de verdad que me siento afortunada por contar con personas como ustedes, espero no defraudarlos.

A **Anel**, amiga gracias por ayudarme en todo momento que necesite de ti, por tenerme paciencia y dedicación, por enseñarme sobre todo que la perseverancia y la constancia nos lleva al triunfo. Este éxito también es tuyo.

MARNELYS GONZÁLEZ.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que hicieron posible la culminación y logro de esta meta.

A la profesora **Carmen Guevara** mi asesora, por brindarme su dedicación y apoyo incondicional y quien en todo momento, me animo a seguir adelante a través de sus orientaciones. Gracias Prof...!!!!

Al personal médico y pacientes del Hospital Tipo I Dr. Armando Mata Sánchez, quienes colaboraron para que se llevara a cabo esta investigación

A todos mis familiares y amigos especiales por el apoyo, por siempre pensar que lo lograría y estimularme con sus buenos comentarios ¡Gracias!

A la Lcda. Anel Hernández, por sus buenos consejos y orientaciones en todo momento. Muchas gracias amiga, siempre te estaré agradecida.

MARNELYS GONZALEZ.

LISTA DE TABLAS

CUADRO N° 1: Distribucion Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, Su Ingreso Familiar Mensual.Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sanchez, Punta Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008_____	65
CUADRO N° 2: Distribución Absoluta De Los Pacientes Hospitalizados Según, Elementos Que Se Encuentran Presente Durante La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008_____	69
CUADRO N° 3: Distribución Absoluta De Los Médicos Según Elementos Que Se Encuentran Presente En La Relación Con Los Pacientes Hospitalizados. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008 _____	71
CUADRO N° 4: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes hospitalizados Según, Definición De La Comunicación En La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sanchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Neva Esparta 2008. __	73
CUADRO N° 5: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, Utilidad Del Diálogo. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008. _____	74
CUADRO N° 6: Distribucion Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, La Presencia De Elementos Obstaculizantes En La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sanchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008_____	75
CUADRO N° 7: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Médicos Según, Información De Fácil Comprensión Para Los Pacientes. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta2008. _____	76

CUADRO N° 8: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Médicos Según, La Comunicación Rmp. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sanchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nuevaesparta 2008.	77
CUADRO N° 9: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, Existencia De Expectativas. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008.	78
CUADRO N° 10: Distribución Absoluta De Las Opiniones De Los Pacientes Hospitalizados, Según Cuales Eran Sus Expectativas Antes De La Hospitalización. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta Piedra, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta. 2008.	79
CUADRO N° 11: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, Cumplimiento De Sus Expectativas. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008.	81
CUADRO N° 12: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, Satisfacción RMP. Hospital Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008	82
CUADRO N° 13: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, La Existencia De Limitaciones En La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008.	83
CUADRO N° 14: Distribución Absoluta De Los Pacientes Según, Limitaciones En La Rmp. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sanchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008.	83
CUADRO N° 15: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Médicos Según, Existencia De Limitaciones En La RMP. Hospital Dr. Armando Mata Sánchez, De Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008	85
CUADRO N° 16: Distribución Absoluta De Los Pacientes Hospitalizados Según, Sugerencias Para Mejorar La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez,	

Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008. _____	86
CUADRO N° 17: Distribución Absoluta De Los Médicos Según, Sugerencias Para Mejorar La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, De Punta Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008 _____	87

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo de investigación fue Analizar la Incidencia de la Relación Médico Paciente en el Servicio que se Ofrece en la Sala de Hospitalización del Hospital Tipo I “Dr. Armando Mata Sánchez.” de Punta de Piedras. Municipio Tubores. Estado Nueva Esparta, 2008, desde un punto de vista metodológico se desarrolló un diseño que se enmarco bajo la modalidad de campo, con un nivel analítico. El instrumento realizado por la investigadora para recabar la información de los pacientes hospitalizados y del personal médico del hospital fue una entrevista estructurada. En la investigación se obtuvo como resultado relevante que aunque dentro del recinto hospitalario se lleve a cabo la RMP, ésta se ve interferida por múltiples aspectos que limitan el proceso como, bajo nivel educativo del paciente, déficit de médicos que atienden en la sala de hospitalización, tiempo dedicado al paciente, falta de habilidades comunicativas, así como también el factor cultural y lo reducido del espacio físico. Entre las conclusiones más resaltantes se pueden señalar que existe un alto grado de satisfacción de los pacientes con respecto a la RMP que se desarrolla en el servicio ofrecido en la sala de hospitalización del Hospital Tipo I Dr. Armando Mata Sánchez, aunque estos estén claros sobre la existencia de limitaciones que obstaculizan el desarrollo de las RMP dentro del recinto.

Palabras claves: Relación Medico Paciente (RMP), médico, paciente, comunicación, satisfacción.

INTRODUCCIÓN

Con la expresión “Relación médico paciente” (RMP) se define un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuesto de los encuentros clínicos, por lo que hoy día este tema es de mucho interés y ha instado algunos estudios, ya que ayuda a comprender los desenlaces y consecuencia del encuentro clínico, por tanto se pueden planificar estrategias con los objetivos de mejorar los desenlaces del paciente individual y prevenir las consecuencias adversas del los encuentros médicos, para lo que se requiere identificar en primer lugar, aquellos factores de la RMP asociados con los mismos, así como los relacionados con el inicio, el mantenimiento y la prevención de su deterioro, tareas aun escasamente documentada y abordadas en las Ciencias Sociales.

De acuerdo a lo planteado, la RMP es el pilar fundamental sobre el cual descansa el nivel de satisfacción de la atención médica por lo que cobra cada vez más importancia para alcanzar el deseado bienestar del paciente. En este orden de idea, según lo menciona Rosselo (2000) se hace necesario realizar investigaciones en este campo, debido a que RMP, es un elemento decisivo en la atención al paciente dentro de los centros hospitalarios, porque permite explorar este ámbito para conocer cuales podrían ser los elementos que potencializan y limitan la acción médica.

Dada la importancia que tiene la RMP, surgió el interés de la autora de realizar la presente investigación, la cual estuvo enmarcada en este tema de estudio, orientada a analizar la Incidencia de la Relación Médico Paciente del Servicio Prestado en el Hospital Tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”. Punta de Piedras, Municipio Tubores, estado Nueva Esparta, 2008.

En función a estas consideraciones, se abordó el fenómeno objeto de estudio

por medio de una metodología cuantitativa, expresada a través de un nivel de investigación analítica, con un diseño de campo, el cual tiene como universo o población al personal médico que presta servicio en el Hospital Tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”, al igual que los pacientes que se encontraban en su sala de hospitalización. En este sentido se tomaron en cuenta las fuentes primarias y secundarias de la investigación para favorecer la recolección de datos que se llevo a cabo por medio de las diferentes técnicas utilizadas para efecto del estudio, las cuales fueron la entrevista estructurada, la observación y la revisión bibliografía.

En este orden de idea, se realizó el procesamiento de los datos por medio de la tabulación manual, quedando posteriormente establecidos y representados en cuadros estadísticos para el pertinente análisis de los resultados.

En tal sentido, este trabajo de investigación esta estructurado de la siguiente manera: Capítulo I, en este se realiza una descripción del problema de estudio (RMP) de manera explicita, ubicado en un contexto determinado que permitió su comprensión, así como la justificación de la autora para la realización de la investigación complementado por los objetivos general y específicos, los que sirvieron como guía de orientación a la investigación. Capítulo II, este se refiere al marco de referencia o teórico, donde se sustentó los antecedentes de la investigación, las cuales incluyeron algunas investigaciones o estudios relacionados directa o indirectamente a la problemática de interés, al igual contempla las bases teóricas, las cuales son los fundamentos teóricos que sirvieron para el abordaje de la investigación tales como: RMP en el sistema nacional de salud, comunicación RMP, Modelos de RMP, la universidad como agente de formación ético profesional de los estudiantes de medicina, comunicación RMP, Problemas actuales de la RMP. Capitulo III este enmarca todo el proceso metodológico, el cual establece: tipo de investigación, diseño de la investigación, universo o población, fuente de recolección de información, técnicas e instrumento de recolección de datos y por ultimo el Capitulo IV, donde se plasmó los hallazgos encontrados, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA Y SUS GENERALIDADES

1.1. Planteamiento Del Problema

En el transcurso de la evolución y el desarrollo de la medicina se ha considerado que el ejercicio médico del profesional responsable, requiere de una preparación intelectual y técnica que garantice una óptima ayuda al enfermo, al tiempo que implica una vocación de servicio al ser humano, al hombre como ser individual y social. En este sentido, se entiende a la RMP como **“una forma especial de vínculos entre una persona que acude motivada por su estado de salud y a otra con la capacidad de orientarla”** Zambrano, M (2000: 102).

Bajo este marco, el médico esta encargado de la responsabilidad de velar por la salud y normal equilibrio de la persona humana para librarla de la enfermedad, del dolor y hasta de la muerte. Por esto los rasgos humanitarios, la vocación, el respeto, el bien y el servicio son características del actuar médico y deben permanecer en cada una de las relaciones que este establece con sus pacientes.

De acuerdo por lo planteado por Zambrano (2006), el galeno debe llevar a cabo cinco momentos durante su relación con el paciente: el momento afectivo, en el que se solidariza con el otro participante en su condición de enfermo; el momento cognoscitivo, durante el cual obtiene acceso no sólo a la información referente al estado físico, sino también a la realidad personal y a la biografía del consultante; el momento operativo en el que procura mantener la salud del paciente en un grado elevado, evitando que se deteriore y, si esto ha ocurrido, intenta recuperarla; el momento ético, durante el cual busca proceder de acuerdo con lo bueno, lo justo,

buscando el verdadero bien, lo que contribuye a la óptima realización de la persona humana en su totalidad y por último y no menos importante; el momento social, en el que se hace responsable no solamente del paciente sino también de la comunidad y de la familia a la que pertenece.

Dentro de este marco de ideas, el paciente es ante todo un ser social, con fuertes necesidades no sólo físicas y biológicas, sino también psicológicas y sociales, por lo que es absolutamente indispensable que estos aspectos o momentos señalados, sean totalmente centrales en las relaciones con los pacientes, en función de lograr excelentes resultados en los procesos comunicacionales y los socio afectivos que se desarrollan en el encuentro médico.

Sin embargo, hoy en día suele reconocerse que uno de los problemas fundamentales de los actuales sistemas sanitarios en todo el mundo es precisamente la enorme insatisfacción y desconfianza que existe en los pacientes hacia las relaciones personales y los procesos comunicacionales entre ellos y los médicos , lo que a su vez ha contribuido a que esta relación se ubique como uno de los temas de mayor debate dentro de la medicina, por cuanto ejerce un papel fundamental en la práctica de la profesión, puesto que se concibe que de la RMP, depende el proceso de prevención y curación que logre efectuar el galeno en el ejercicio de su labor. No obstante, en los últimos años se ha presentado un deterioro en dicha relación, circunstancia que ha generado el pronunciamiento de la comunidad académica, Arúgate (2000)

Esta realidad descrita se ve reflejada en la insatisfacción con la medicina en los Estados Unidos, la cual es más fuerte justo cuando los médicos tienen a su disposición la tecnología más poderosa que el mundo haya visto. Y es que, los médicos suelen ser seleccionados y formados en las universidades exclusivamente en función de sus habilidades científicas y sin tener en cuenta sus habilidades interpersonales, tan necesarias para cumplir satisfactoriamente sus tareas. Además,

ello se agrava por el hecho de que a menudo los médicos poseen una visión muy estrecha de lo que es lo científico. Haciendo a un lado los aspectos psicológicos y sociales del individuo.

De acuerdo a lo planteado, Rosselo (2000), señala que se ha demostrado, en distintos análisis de demanda por mala praxis, que en la mayoría de los casos no responden a un mal desempeño profesional, sino a una falla en el proceso comunicacional durante la RMP, la cual se lleva a cabo de manera deficiente; lo que hizo necesario que en muchos hospitales de los Estados Unidos comenzara a ser obligatorio que los médicos pasen por una serie de pruebas para determinar si tienen o no habilidades éticas y humanas suficientes para comunicarse con el paciente, debido a que cada vez hay más demandas por parte de los usuarios, cuyo fundamento es el de no sentirse satisfecho con el trato recibido.

En el caso específico de Venezuela, según Zambrano (2006:72), señala que:

“la función mejor desarrollada por las Universidades ha sido la de formar buenos profesionales en cuanto al área de medicina, pero esta función ha sido cumplida al margen de la realidad social, obviando el importante rol de educar en valores para equilibrar el conocimiento técnico- metodológico y la calidad humana del profesional, en función de formarlo de manera integral”.

Es así que la Universidad Venezolana, máxima expresión de la educación formal, se ha conformado con instruir para el ejercicio teórico- metodológico de una profesión y ha sido una universidad profesionalista que niega su propia misión de dar sentido a la realidad y a la vida, a través de la instauración del diálogo hombre y sociedad, con el ambiente y con su conciencia. Zambrano (2006).

Además de lo planteado, cabe destacar que en área de salud, Venezuela presenta profundos problemas estructurales que encierra todo un conjunto de elementos, desde lo que es la formación del futuro profesional de la medicina en cada una de las universidades y su formación ética, como también la creación de las infraestructuras de centros médicos, dotación, demanda del servicio, legislaciones que rigen el ejercicio, el sistema nacional de salud y otros, lo que ha permitido que las diversas políticas implementadas por el Estado en esta área no sean suficiente para cubrir en su totalidad las necesidades de la población y así lograr una mejor calidad de vida. González (2005).

Aunado a lo anterior, producto del desarrollo del país y las múltiples contingencias presentadas como consecuencia de las alteraciones ambientales y de diferentes índoles, cada vez es mayor la demanda de los servicios públicos y en especial en el área de salud, por tanto, el porcentaje de afluencia de los pacientes en los servicios de salud ha traído consigo la saturación física y el hacinamiento en los servicios, entorpeciendo las relaciones entre médicos y pacientes, ya que el médico por exceso de trabajo no dispone del tiempo necesario y requerido para atender, de tal forma que la relación se da de manera rápida y deshumanizada, sin tomar en consideración las necesidades psicosociales del paciente, Gómez (1999).

La realidad descrita, también se ha mantenido presente en el Estado Nueva Esparta, específicamente en el Hospital Tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”, como producto de las precarias condiciones sociales, culturales y económicas que afectan a la población, el servicio hospitalario de la zona, ha experimentado una mayor demanda de pacientes haciendo insuficiente la cobertura de la atención hospitalaria.

En este contexto pareciera que las progresivas masificaciones en la atención médica en el Hospital Tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”, de alguna manera ha favorecido al deterioro en la RMP y por ende, ha incidido en el servicio que se ofrece

en la sala de hospitalización ya mencionado, debido a que los recursos disponibles; humanos, materiales y financieros se han visto limitados, por lo que se evidencia la insuficiencia de personal especializado, del espacio físico y de insumos en relación al número de pacientes hospitalizados; por lo tanto se presentan exceso de carga asistencial, lo que implica que el tiempo destinado a la consulta para los pacientes hospitalizados sea insuficiente, produciéndose por medio de esto las dificultades que entorpece la RMP, originando en gran medida que el médico dirija sus acciones al diagnóstico de la enfermedad reduciendo a la persona a un simple cuerpo humano.

En consecuencia, la relación que se establece no es con el paciente como ser biopsicosocial sino con su cuerpo, tales situaciones obedecen en gran medida a las condiciones estructurales del sistema de salud y a la adopción de políticas parciales, respondiendo más a las coyunturas, que al fortalecimiento del sector social, lo cual ha sido producto de todo el sistema social venezolano

Dentro de este orden de ideas, otra de las situaciones problemáticas que afectan la práctica del galeno dentro del el Hospital Tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”, es que estos se alejan notablemente de la propuesta realizada por el autor Zambrano (2006), la cual hace referencia al deber ser de la RMP, mencionando que el médico debe llevar a cabo cinco momentos al relacionarse con su paciente en función de tratar su situación problema, los cuales constituyen los pilares fundamentales en el ejercicio profesional y colabora en gran medida a que el paciente se sienta satisfecho en la atención recibida. No obstante, aunque estos momentos constituyen el deber ser de la práctica del galeno escasamente se cumplen, puesto que la realidad que emerge de este centro de salud es contradictoria, el profesional muestra preocupación por cumplir su tarea técnica de manera rígida sólo tomando en cuenta al hombre como ser enfermo que necesita cura y atención a su problema de salud, sin considerar el contexto en el cual se desenvuelve el paciente, obviando la influencia que alcanza este elemento en el estado físico y emocional de la persona que presenta la situación

problema.

Las exigencias del sistema de salud también han desvirtuado la relación entre médicos y pacientes, por cuanto promueve la ampliación de cobertura de servicio, sin desarrollar su calidad, Inatty (1994). Actualmente estos servicios tienden a realizar un mayor número de consultas en menos tiempo y desarrollar tratamientos que no sobrepasen los límites económicos del paciente.

Con relación a este planteamiento González (1997) coincide con que las circunstancias descritas han causado dificultades en la RMP, produciéndose un impacto emocional negativo al no cumplirse las expectativas de los pacientes atendidos, abriendo paso a la medicina defensiva y a una práctica que se aleja en gran medida de lo que se considera técnicamente humano. En este sentido, se deterioraría el prestigio profesional y humano del médico, debilitándolo, dañando no sólo al profesional de la medicina, sino a todo al cuerpo médico y a la institución prestadora de servicios y por ende al paciente, haciéndolo sentir insatisfecho y desasistido.

Es por ello, que se necesita plantear cambios radicales en los servicios que se prestan en el área de salud, para así atacar e ir disminuyendo progresivamente la problemática que afecta la RMP, teniendo en cuenta a la vez que es una situación que los encargados de la salud deben asumir y enfrentar con dedicación y compromiso para producir cambios que vayan enfocados a ofrecer servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de la población tanto físicas como emocionales, planteamientos que se corresponden con el deber ser de la profesión según lo señala el autor Arúgate (2000), garantizando así la calidad del servicio y por ende su supervivencia.

Ahora bien, la mejora de la RMP puede potenciarse de diferentes maneras, pero principalmente; a través del entrenamiento de habilidades sociales lo que conllevaría

al paciente y al profesional de la salud a manejar sus relaciones interpersonales de manera más efectivas, mejorando habilidades de comunicación, asertividad, actitudes y perspectivas con la finalidad de captar e interpretar de forma adecuada las señales no verbales procedentes del pacientes.

Así mismo, es necesario que para el ejercicio de una medicina humana, ética, técnica y socialmente eficaz y en función de los progresos tecnológicos es cada vez más indispensable formar sólidamente al médico en las vertientes antropológicas y éticas de la profesión, así como también entrenarlos para que dominen destrezas clínicas y humanitarias. Por lo que señala González (2005: 19) **“el profesional de la salud que desee que su labor sea eficaz, deberá preocuparse por establecer buenas relaciones humanas con el paciente”**, lo que sugiere tratar al paciente como persona atendiendo sus necesidades psicológicas y sociales, ocupándose por conocer su contexto social. Y en este proceso de relaciones positivas con el paciente un factor crucial va hacer la existencia de una buena comunicación.

De acuerdo de lo planteado y tomando en cuenta que la RMP es uno de los problemas sociales que mayormente esta afectando la calidad de la atención médica, la autora de la presente investigación se propuso analizar la Incidencia de la Relación Medico Paciente en el servicio prestado en el Hospital Tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”. Punta de Piedras, Municipio Tubores, Estado Nueva Esparta.

En base a lo anteriormente expuesto surgieron las siguientes interrogantes:

¿Cuáles serán las características socio- económicas de los pacientes que utilizan el servicio de hospitalizados en el hospital tipo I, Dr. Armando Mata Sánchez?

¿Qué factores intervendrán en la relación médico- paciente que se establece en hospital?

¿De qué manera la comunicación se presenta como factor fundamental en la relación médico paciente?

¿Cual será la opinión del usuario del hospital tipo I, Dr. Armando Mata sobre la relación médico paciente?

1.2. Objetivos De La Investigación.

1.2.1. Objetivo General

- Analizar la Incidencia de la Relación Médico Paciente en el Servicio que se ofrece en la Sala de Hospitalización del Hospital Tipo I “Dr. Armando Mata Sánchez.”Punta de Piedras. Municipio Tubores. Estado Nueva Esparta, 2008

1.2.2. Objetivos Específicos

- Describir las características socioeconómicas de los pacientes que asisten al servicio ofrecido en la sala de hospitalización del Hospital Tipo I “Dr. Armando Mata Sánchez”.
- Identificar los factores que intervienen en la relación medico paciente.
- Determinar la importancia de la comunicación en la relación médico paciente.
- Indagar sobre los niveles de satisfacción de los pacientes.
- Evaluar la relación médico paciente desde la expectativa del usuario

1.3. Justificación

Actualmente, el sistema de salud venezolano está siendo afectado por el

deterioro de la RMP, que no es más que un problema que incide de manera negativa en el bienestar de los individuos y por ende de la sociedad, siendo ésta una situación preocupante, porque afecta la calidad de vida de los mismos, y a la vez, desencadenan otros problemas sociales, los cuales obstaculizan en gran magnitud el desarrollo de la nación. De esta manera, la relación entre médico y paciente recupera una importancia significativa, ya que un adecuado desarrollo va a determinar las condiciones de satisfacción y calidad de vida de los pacientes, constituyendo estas las razones principales que motivaron dicha investigación.

En este sentido, se analizó la Incidencia de la Relación Médico Paciente en el Servicio que se ofrece en la sala de hospitalización del Hospital Tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”. Punta de Piedras, Municipio Tubores, Estado Nueva Esparta, lo cual permitió confrontar el deber ser de dicha relación y su desarrollo en la práctica actual.

Dentro de este marco se puede señalar que la investigación se justifica a nivel institucional, social e individual, las cuales a continuación se expresarán:

A nivel institucional: la investigación se presenta como una herramienta importante para el Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, para hacerse del conocimiento de la situación problema que los afecta y de esta manera creen estrategias de acción que conduzcan a disminuir la problemática existente dentro de la RMP, permitiendo así lograr un mejor desarrollo y calidad de este vínculo. Asumiendo estrategias que favorezcan al fortalecimiento y consolidación de la RMP.

De igual manera, la Universidad de Oriente puede contar con un material de referencia que refuerce investigaciones futuras y también abra otras interrogantes que vayan enmarcadas en mira de la RMP y sus elementos configurativos, para elaborar así propuestas o alternativas futuras encaminadas a enfrentar las situaciones que

adversan este vínculo.

A nivel social: esta investigación aportará herramientas que ayudarán a sensibilizar a los galenos y pacientes que hacen vida en el Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez con respecto a su situación problema y cuales serian las consecuencias que éstas les proporcionarían dentro de su realidad social.

De igual forma, a nivel individual, la investigación se presentó como un valioso aporte a la investigadora, pues le permitió poner en práctica una serie de conocimientos teóricos – metodológicos adquiridos a lo largo de su formación profesional, y al mismo tiempo obtener nuevos conocimientos en el área del campo de la salud, muy poco abordado por las Ciencias Sociales.

CAPITULO II

MARCO TEORICO - REFERENCIAL

2.1. Antecedentes

Son muchas las investigaciones que se han realizado en función de la RMP a nivel internacional y nacional, con el objeto de buscarles soluciones a los distintos problemas que viene manifestando el sector salud y que son preocupantes para las distintas autoridades de salud y la población en general, por las consecuencias que ocasionan al desarrollo humano y social del país.

La RMP constituye uno de los principales problemas sociales que ha afectado al sector salud y a nivel regional son muy pocas las investigaciones publicadas por quienes han intentado identificar las variables asociadas a este fenómeno, así como también proponer soluciones. Precisamente, aquí se inscribe la presente investigación, que aunque no pretende aportar conclusiones definitivas, intenta actualizar la información relativa a la RMP y su incidencia en el servicio prestado.

En este sentido, tomando en consideración todos los elementos citados en el planteamiento del problema, se hace indispensable y necesario reseñar algunas investigaciones realizadas en esta área en el ámbito internacional y nacional.

2.1.1. A nivel Internacional

Entre algunos estudios internacionales que se han realizado con relación al tema de investigación y que hoy han servido como referencia para sustentar este estudio se puede señalar la realizada por el investigador SENRA, Catedrático de Medicina

Interna y Doctor en Oncología quien en el año 2001 publicó en Internet un trabajo titulado **Estudio Descriptivo De la Comunicación Médico Paciente Como Parte de a Formación Ética Profesional de los Estudiantes de Medicina**, cuyo objetivo principal planteaba evaluar el cumplimiento de las funciones de la comunicación como mecanismo de comprensión mediante la percepción y la valoración de estudiantes y profesores de diferentes años de carreras. El autor concluyó que aunque en los documentos rectores de la formación del docente esta reflejada la formación ética profesional para una adecuada RMP, no se concreta como objetivo de análisis en la mayoría de las actividades metodológicas que realizan dentro de las facultades.

Por su parte también mencionaremos el realizado por TSUCHIDA en el año 2003, en Bogotá, cuyo título fue; **Nivel de Satisfacción General y Análisis de La RMP, de los Médicos en Entrenamiento de la Sala de Hospitales e Medicina Interna**, donde se planteó como objetivo revisar la RMP y conocer el nivel de satisfacción general de los pacientes hospitalizados con respecto a los médicos; concluyendo que el nivel de satisfacción general fue de un 82,80% con niveles menores para las habilidades de comunicación con el paciente 73%, el ejercicio de la autonomía 31%, la consideración de la perspectiva del paciente y sus valores 21% y los aspectos psicológicos 18% ; por tanto, se hace necesario reforzar en los médicos en entrenamiento las habilidades de comunicación, el ejercicio de la comunicación de los pacientes, valoración de la perspectiva del paciente y los aspectos psicosociales.

2.1.2. A nivel Nacional

En el ámbito nacional entre las investigaciones realizadas con relación al tema objeto de estudio tenemos: CAMPERO en el año 1998, quien realizó un trabajo de grado en el Estado Monagas intitulado, **Calidad Pedagógica entre Médico y Paciente en Consultas Externas en el Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar**,

Maturín Estado Monagas, donde se planteó como objetivo conocer la calidad pedagógica entre médicos y pacientes en consultas externas, donde la autora concluyó que la formación que se esta otorgando a los estudiante en las escuelas de medicina se centra exclusivamente en el aprendizaje parar la determinación de diagnostico y tratamientos de patologías y por lo tanto no se encuentran preparados para transmitir sus conocimientos de forma apropiadas a los pacientes involucrados en el procesos de curación y prevención en salud.

2.1.3. A nivel regional

En este apartado se hace difícil presentar antecedentes, debido a que la RMP no ha sido abordada o estudiada en esta zona del país, por lo que después de visitar bibliotecas y demás espacios donde se pudiese brindar información sobre el tema en cuestión, se llega a la conclusión que no se registran antecedentes regionales o locales.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Relación Médico Paciente En El Sistema Nacional De Salud

Es indudable que la relación médico paciente (RMP) es un aspecto de suma importancia en el tratamiento de las enfermedades, o más bien de los enfermos, por lo que debe insistirse en el rol que tiene la conducta humana del médico hacia sus pacientes, su empatía, su capacidad para comprender las situaciones particulares de una persona limitada por su enfermedad, su comprensión de las reacciones de los familiares preocupados, y las explicaciones que el médico tiene que proporcionar. Todos los médicos desde los que se encuentran en formación hasta los más experimentados, tienen obligación moral y profesional de tratar de mejorar permanentemente también este aspecto de su trabajo cotidiano.

Sin embargo, no se puede olvidar que las relaciones entre médicos y pacientes se desarrollan en un contexto social determinado por el sistema de salud. En la actualidad en Venezuela el médico y su paciente se encuentran dentro de un sistema estatal, cuyas deficiencias son altamente conocidas y analizadas, Zambrano (2006).

Bajo este enfoque la Organización Mundial de la Salud OMS (2000) define al sistema de salud como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo principal, consiste en mejorar la salud y por consiguiente la calidad de vida de la población”.

Desde este punto de vista lo anterior permite notar que evidentemente el principal responsable por el empeño global del Sistema de Salud de un país es el gobierno nacional, bajo esta perspectiva el fortalecimiento del sistema y el aumento de su equidad y calidad son estrategias para luchar contra la pobreza y fomentar un desarrollo de calidad en la población.

Dentro de este orden de ideas y cumpliendo con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), se hace regencia en los Art. 83y 84, que se tiene que garantizar la salud y el derecho a la vida de las y los venezolanos, así como promover y ejecutar políticas públicas destinadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, por lo que el Estado venezolano ha venido desarrollando una serie de acciones encaminadas a construir un Sistema Público de Salud, regido por los principios de calidad, gratuidad, universalidad, integridad, equidad e integración social.

En función de lo anteriormente señalado, el Estado venezolano en aras de brindar a la población el desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, por medio de la Asamblea Nacional aprobó en primera discusión en el mes de diciembre de 2004, el Proyecto Ley de

Salud y Sistema Público Nacional de Salud, el cual prevé la conformación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), previsto en la Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela (Art. 84), a través del cual el Estado creará y será responsable de un nuevo modelo de organización del sistema de salud, “de carácter único, intersectorial, intergubernamental, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social”, que tendría como meta primordial, propiciar la restitución y fortalecimiento del derecho a la salud, mediante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Se evidencia entonces que estos cambio en la salud pública, están orientados a la definición de prioridades de salud, que permitan abordar los grandes problemas de la población y a su vez, implantar sistemas de información que hagan más transparente y eficientes los resultados obtenidos, pero tales metas solo se verán concretados a través de un proceso de unificación (tipificado en la Ley Orgánica de Salud), que consiste en la progresiva integración de los organismos, instituciones, centros y establecimientos públicos prestadores de servicios de salud, en una sola rectoría en todos los niveles gubernamentales, tanto para el financiamiento como para la prestación de servicios, coadyuvando a la homogenización, descentralización e integración de la política de salud pública venezolana.

Bajo este marco la rectoría será responsabilidad del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), el cual ejercerá competencias exclusivas a nivel nacional y concurrentes entre los niveles nacional, estatal y municipal, y será constituido por otras instituciones y órganos como las Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social, las Direcciones Municipales de Salud y Desarrollo Social y las Redes de Salud integradas por los establecimientos públicos, que tendrán la obligación de elaborar planes de salud anualmente desde el ámbito municipal al nacional, en el que las comunidades organizadas tendrán la oportunidad de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política en materia de

salud publica.

Es así como, la consolidación y unificación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), es de suma importancia para la Seguridad Integral de la Nación, debido a que el establecimiento de éste Sistema, lleva en su interior la transformación holística de la ejecución de la política de salud pública, al propiciar la conformación de una organización cohesionada de alta especialización, que integrada al sistema de seguridad social, se encargará de la salud de la población desde la atención primaria, registro de datos individualizados, adecuación de terapias alternativas, saneamiento ambiental, contraloría de salud colectiva, atención de situaciones de catástrofes, prevención y atención de riesgos en el trabajo, atención de trabajadores y trabajadoras del poder público, hasta la investigación y elaboración de medicamentos.

Bajo este enfoque son muchas las consideraciones que contemplan el deber ser de la práctica médica, puesto que el sistema de salud es quien rige este quehacer profesional en Venezuela, tomando como referencia a que la salud es **“un estado de completo de bienestar físico, psíquico y social que implica un normal funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, lo que le permite su desarrollo integral”** OMS (2000). Siendo así, que el conjunto de factores que determina la relación salud enfermedad tiene componentes biológicos (genéticos, ambientales, físicos, etc.), determinantes geográficos y determinantes sociales (cultura, religión, ideología, economía, etc.). Por lo tanto la medicina y los servicios de salud no sólo es una disciplina científica y mecánica, sino que tiene un componente humanista y social fundamental.

En este sentido, se puede asumir que, el SPNS esta enfocado principalmente a los pacientes, por lo que hace honor al paciente como individuo respetando su decisiones, cultura, contexto social, y familiar, teniendo como pilares fundamentales en la atención la individualidad, la información (definida como la posibilidad de

conocer, el qué, entender el porqué y comprender el para qué), respeto por la intimidad del paciente sus valores culturales, etnias, valores sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno concomitantes con su proceso salud enfermedad, lo cual lo llevan a tener expectativas diferentes al momento de acudir al servicio de salud.

Por lo tanto el objeto del sistema de salud venezolano en cuanto a la RMP es personalizar la atención en salud, de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno humano (familiares y amigos), deseos y circunstancias propias de cada momento en el que el paciente utiliza los servicios de salud moldeando los servicios de acuerdo a las necesidades y expectativas, pero a demás también satisfacer las necesidades y expectativas de los familiares, el entorno laboral y social que se convierte en parte fundamental de la relación medico paciente.

Vale la pena mencionar que desde la óptica del SPNS, según lo menciona Zambrano (2006), se concibe que la RMP debe cubrir los siguientes momentos para garantizar una efectiva RMP: el momento afectivo, momento cognoscitivo, momento operativo, momento ético, y por ultimo y no menos importante, el momento social.

De este modo, es visible notar que son muchos los planteamientos humanizados que realiza el SPNS en cuanto a la praxis profesional del galeno, dándole importancia notable a la RMP, puesto que la considera como un elemento fundamental en el desarrollo del accionar médico, pero es de preocupación que en la ejecución de sus planteamientos estos preceptos han sido olvidados y se le ha restado importancia, convirtiéndose en la actualidad en una situación negativa que cada día se agudiza más y forma parte de los grandes problemas que acarrea el SPNS.

Bajo esta premisa el gobierno venezolano, ha venido haciendo grandes

esfuerzos para reducir progresivamente la brecha social y brindar atención integral, oportuna, eficiente y de calidad humana a toda la población nacional y sobre todo a los más excluidos.

A propósito de esto Ramírez S, (2007). plantea que **“el Gobierno Nacional adelanta la construcción de un sólido y eficiente SPNS, el cual busca articular una red concreta de asistencia médica con alto nivel de eficiencia, tecnología y alcance masivo”**, se evidencia entonces que en este nuevo enfoque se persigue la participación popular organizada, ya que esto constituye el motor fundamental en la materialización de una verdadera atención médica del país.

Como respuesta a lo planteado el estado venezolano ha impulsado políticas en materia de salud, en función de recuperar el papel rector en la construcción de un SPNS de carácter intersectorial, descentralizador y participativo, por tal razón, de esto, el Estado inicio en el año 2003 la primera etapa del núcleo de atención primaria denominado Misión Barrio Adentro, el cual surgió para dar respuesta a la población que acudía a los hospitales por el área de emergencia para recibir atención inmediata, pues los altos costos de las clínicas no permitían contar con ese servicio, lo que ocasionaba que las emergencia se encontraran abarrotadas de personas, ya que era la única forma de atención pública, lo que limitaba la calidad de atención y por consiguiente la RMP.

La Misión Barrio Adentro nace del convenio Cuba-Venezuela en Abril del 2003, como respuesta al venezolano para la solución de las principales necesidades sociales y de salud, constituyéndose como el punto de partida para el desarrollo de la Red de Atención Primaria Integral, prevista en la Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela y en el Proyecto de Ley de Salud y el Sistema Publico Nacional de Salud.

El principal objetivo de esta misión es llegar a todos los rincones del país, sin discriminación alguna y gratuidad, y con la prestación de un servicio de alta calidad humana, donde el paciente se sienta satisfecho por la atención recibida.

2.2.2. Modelos De RMP

Desde Hipócrates, la RMP se ha considerado la base de la atención en salud, por cuanto describe la calidad ética y científica que se le otorga al encuentro. A partir de estos tiempos, se asume como un pacto de trabajo entre los dos participantes en el que el galeno se compromete a satisfacer las necesidades e intereses de aquel que demanda sus conocimientos y a cumplir sus expectativas, entre las que se encuentran guardar lealtad al paciente de manera incondicional, ubicar el bienestar del consultante por encima de todos los intereses económicos y guardar el secreto profesional.

Rodríguez G. (2004: 65) plantea que **“aunque se sigue otorgando una especial importancia a la RMP a lo largo de estos 25 años, las condiciones de esta relación no han permanecido estática”**. Las características sociales, económicas y culturales de cada grupo poblacional influyen en la evolución y desarrollo de los vínculos que unen al galeno con el enfermo, por lo que tomando esto como referente el mencionado autor ha estructurado diferentes modelos de RMP.

2.2.2.1. Modelo “Actividad-Pasividad” o “Paternalista”

Cabe destacar que este ha sido el primer modelo y más antiguo, pero todavía vigente en la relación que mantienen muchos médicos con sus pacientes. En algunos contextos culturales, se cree que es Hipócrates el fundador de este modelo de carácter paternalista.

Ahora bien en este modelo, el médico se esfuerza en determinar lo que es lo mejor para el paciente, prescindiendo del paciente mismo, esto es, sin que el paciente intervenga en la decisión. El médico, presuponiendo que es quien más sabe sobre la enfermedad del paciente, entabla con él una relación paternalista, en la que implícitamente retiene que lo mejor para el paciente es que no intervenga en la toma de decisiones, debido a la ignorancia sobre su caso. Se supone que el paciente estará agradecido por las decisiones tomadas por el médico aun cuando no esté de acuerdo en el momento de la decisión. Goic G. (2004).

Visto de esta forma, lo anterior permite dilucidar lo que plantea Rodríguez G. (2004) referente a la ausencia del principio de autonomía del paciente, por lo que al paciente se le trata como a alguien que no tiene capacidad de autonomía en lo que se refiere al uso de su razón para tomar decisiones. Se tiene en cuenta la vulnerabilidad del paciente en sentido equivocado; en vez de ayudarlo para qué tome decisiones se prescinde de él por creer que en medicina quien más sabe es el médico y que la opinión del paciente es superflua. Sus opiniones no cuentan y, peor aún, no cuenta lo que está detrás de esas opiniones: sus motivaciones, lo que es importante para él, sus temores y frustraciones.

Bajo este marco resulta claro que en este modelo de atención la RMP no cobra importancia, ya que es el médico quien toma las decisiones correspondientes al mejor tratamiento que el paciente debe seguir y quien asume el rol activo en la relación. Por su parte el paciente recibe pasivamente los efectos de las acciones del médico, por cuanto se le considera como un individuo ignorante en cuestiones médicas y en el cuidado de su salud, de esta manera limitándolo a aceptar las indicaciones del profesional.

2.2.2.2. Modelo “Biomédico” o “Biológico-Lesional”

Este modelo surge del poder tecnológico de la biología y medicina moderna. Se ve al paciente solo desde el punto de vista de su carne, como si fuera sólo un conjunto de órganos, tejidos, huesos, nervios, etc.; relegando a planos inferiores la condición psicológica, situación social y la espiritualidad de la persona, se confía todo al poder a la técnica y se deja a un lado a la persona. Rodríguez G. (2004).

Se evidencia entonces que el médico se enfoca más en la enfermedad o psicopatologías que en la persona que la tiene, de esta manera el médico al escuchar y recoger la historia personal del paciente le resulta hasta irrelevante, mientras que los datos obtenidos por la tecnología médica le resultan claros y objetivos, esto ocasiona que el paciente llegue a la consulta premunido de tantos exámenes y documentos, que vuelven casi innecesaria su presencia e inútil la propia experiencia del mal que le aqueja.

Tomando en consideración lo planteado anteriormente, en este modo de atención, se miran sólo los aspectos fisiológicos del problema y se ignoran las personas con todos sus valores psicológicos y espirituales, debido a que el médico centra sus intereses en la enfermedad y en sus causas, olvidando la condición humana del coparticipante en la relación, al igual que su entorno.

Por ultimo es de importancia mencionar que existen también otros factores que hacen que lo planteado anteriormente se presente de esa manera, entre ellos se pueden mencionar la poca habilidad comunicativa del médico o del paciente para hacer las preguntas oportunas, la falta de confianza del paciente en el médico para poder revelar problemas íntimos, tendencia del médico a dejarse llevar por sus propias expectativas sin escuchar lo suficiente al paciente.

2.2.2.3. Modelo “Legal” “Comercial” o “Contractual”

Rodríguez G. (2004) plantea que la estructura de la administración en salud le proporciona al paciente un papel igualitario, dando cabida a que la relación entre los dos participantes se fundamenta en un convenio que posibilita demandar en términos legales al médico, si se considera que este no está respetando ni cumpliendo los acuerdos establecidos en un principio. Se crea una reglamentación referente a los derechos del paciente y a las exigencias que puede efectuar sobre el servicio de salud.

Este modelo se caracteriza porque el médico y el paciente firman un contrato legal de común acuerdo, que limita la naturaleza de la relación, por lo que se está sujeto a disputas sobre su cumplimiento, por tanto cuando no hay confianza, la RMP queda circunscrita al campo de lo jurídico, cumplir un contrato y protegerse de conflictos legales, dejando a un lado la relación de persona a persona, bajo esta perspectiva se puede llegar a la situación absurda de no intervenir en una situación de urgencia y gravedad por no tener conocimiento cierto de la póliza de aseguración del paciente a efecto del contrato legal para dicha intervención.

Es por estas razones que la falta de confianza entre el médico y el paciente es mutua. La pérdida de confianza en el médico y el distanciamiento de este con el paciente constituyen la razón fundamental por la que se habla hoy día de deshumanización de la medicina.

2.2.2.4. Modelo de “Alianza” o “Coparticipación-Guía”

Bajo este modelo, la RMP consiste fundamentalmente en la confianza que el paciente deposita en la conciencia del médico, por lo que el médico tiene el compromiso y la obligación de proveer al paciente de la información sobre la naturaleza de su condición de los riesgos y beneficios de posibles intervenciones, al

mismo tiempo asistir al paciente en la elucidación y articulación de sus valores.

De tal manera que el médico actúa como consejero, por lo que se evidencia la presencia de un mayor equilibrio entre la autonomía del paciente y la trascendencia del juicio profesional del médico. El encuentro entre los dos individuos se desarrolla en una situación asimétrica de poder, en virtud de la competencia técnica que posee el galeno. Sin embargo, éste le brinda al paciente el espacio para manifestar sus expectativas, temores y necesidades respecto a la atención que demanda.

Es así que en este modelo se evalúa la autonomía del paciente como un sujeto en proceso de conocerse a sí mismo y capaz de tomar decisiones médicas compartidas por lo que se requiere un médico capaz de interpretar valores, con experiencia, con visión intuitiva de las necesidades del paciente y sensibilidad espiritual. Rodríguez G. (2004) es decir el médico ha de desarrollar la sensibilidad que le haga capaz de entrar en comunicación de espíritu a espíritu con el paciente y de apreciar detalles íntimos de la vida del paciente y respetar sus emociones. Se requiere el arte de la escucha, que envuelve todos los sentidos, no solamente los oídos. El médico debe estar atento al lenguaje del cuerpo no verbal, como el gesto que esté en contradicción con lo que se está diciendo, o movimientos que hablen de un estado interior de estrés o angustia.

2.2.2.5. Modelo de Participación

El modelo Participación según Rodríguez G. (2004) es considerado el ideal, en este se presenta una igualdad en la interacción y el desarrollo de intervenciones activas y permanentes por parte del médico y el paciente, juntos poseen una responsabilidad compartida y una mutua independencia en la fijación de los problemas y de su jerarquía. Es decir la finalidad de este modelo es la de incorporar el punto de vista del paciente con el objetivo de adecuar la atención médica a su problema clínico particular y, así, aumentar su satisfacción y garantizar el

cumplimiento de los tratamientos prescrito. Para ello, ambos participantes deben determinar conjuntamente la naturaleza de los problemas del paciente y el motivo de consulta, la finalidad y prioridades del tratamiento y las funciones que ambos deben desarrollar para alcanzar sus objetivos.

En primer lugar el paciente está llamado a jugar un papel nuevo más activo y responsable. Debe tomar conciencia de su propia unidad psicofísica y evaluar así la enfermedad que lo afecta no sólo como locura sino como posible sabiduría del cuerpo, para verificar su propia existencia y crecimiento personal.

Desde este punto de vista el modelo de participación ubica como su base fundamental el derecho que tiene el paciente de permanecer informado acerca de su estado físico y sobre el tratamiento que el profesional considera conveniente llevar a cabo, con el fin de hacerlo también responsable del cuidado de su salud e involucrarlo en la toma de decisiones. El médico debe facilitar al enfermo el conocimiento del pronóstico de su patología, los riesgos, las alternativas terapéuticas y las precauciones que debe tener, empleando un lenguaje claro, sencillo y comprensible.

Uno de los componentes más importante de este modelo, es que la RMP se fundamenta en proceso de comunicación entre dos participantes, el cual no posee una estructura estática. En cada caso se presenta en diferentes situaciones de acuerdo con las características y atributos personales del consultante.

En función de lo planteado el galeno debe examinar ciertos factores que determinan la clase de comunicación que se establece durante el encuentro. Entre estos factores están las condiciones propias del enfermo, como su edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y la ocupación. También algunos elementos de su personalidad, como sus sentimientos, pensamientos, expectativas de vida y convicciones de tipo religioso, moral y ético. Al efectuar este reconocimiento, el

medico logra sostener una relación en el que asume al paciente no solamente como un individuo que presenta una patología, sino también como un ser humano con una realidad propia.

Se evidencia entonces que el modelo de participación busca conciliar el humanismo de la medicina clásica con la práctica de una medicina científica y tecnológicamente sofisticada, para ello es necesario que el profesional asuma la enfermedad como una vivencia o una experiencia cognitiva y afectiva del paciente y se preocupe por identificar las ideas que este tiene acerca de su problema clínico, sus sentimientos y temores con relación a la dolencia, su funcionalidad y la forma en que se ve afectada con la enfermedad y sus expectativas respecto a la atención en salud con el fin de brindarle la orientación y ayuda conveniente.

Se asume así a la RMP como una intervención psico-social en la que sobresale la comunicación interpersonal y el apoyo psicológico, al mismo tiempo que el reconocimiento pleno de la mutua competencia de los dos participantes, por lo que el restablecimiento de una RMP sobre la base de la responsabilidad compartida ha de dinamizar toda intervención clínica y humanizar la medicina.

Por último cabe destacar que el modelo de participación es considerado como el ideal por cuanto la RMP puede alcanzar un desarrollo adecuado y establecerse en las mejores condiciones, generando satisfacción en médicos y pacientes.

En la perspectiva planteada en este modelo se hace referencia el cumplimiento de los cinco momentos que según el autor Zambrano, M (2006) deben contemplarse en la RMP los cuales se mencionan a continuación: el momento afectivo, el momento cognoscitivo, el momento operativo, el momento ético, y por ultimo y no menos importante; el momento social.

2.2.3. La Universidad Como Agente De Formación Ético Profesional De Los Estudiantes De Medicinas

La universidad posee la responsabilidad social de la formación humanista de los futuros profesionales, ha de informar y motivar sobre los objetivos educativos en el ámbito de la formación humanista para su educación ético profesional, desde esta concepción se aborda y se explica la relación de la formación humanista y la ética profesional en las carreras en el campo de la medicina en las Universidades Venezolanas.

Aún cuando en Venezuela existen tan solo ocho Facultades de Medicina, no se ha logrado la cristalización de un proyecto coherente en la formación del galeno dirigido a introducir los cambios curriculares para la enseñanza de la ética, con el objetivo, tal como lo expresa el Profesor García, D (1998:183) **“de ayudar al médico en el proceso de toma de decisiones, y hacer que de este modo la calidad de su asistencia mejore, tanto objetiva como subjetivamente,”** pues para el logro de una medicina de calidad no se necesita sólo que el médico sea un buen médico, es decir, que su actividad profesional no sólo sea técnicamente correcta, sino además éticamente adecuada, sólo esto merece el nombre de medicina de calidad.

García, D (1998:183), plantea **“los egresados de las universidades venezolanas en las distintas ramas del conocimiento, han adquirido en las aulas un nivel técnico y científico acorde con los avances habidos en el mundo en cada disciplina en particular”**, pues los currículos tienen, en general, excelentes contenidos teórico/prácticos; sin embargo, con mucha frecuencia, carecen de elementos axiológicos. En consecuencia, en las universidades egresan profesionales con muchos conocimientos, pero escasos en la sabiduría necesaria para afrontar y resolver los dilemas éticos y sociales que inciden en mayor o menor grado, en la integridad del hombre.

Es precisamente por lo antes expuesto que los egresados universitarios, no sólo tienen que estar profesionalmente bien preparados, sino también deben ser personas con criterio, de mente abierta, tolerantes y respetuosos de las opiniones de los demás, capaces de reflexionar acerca de las consecuencias de las acciones que realicen. Desde el punto de vista ético, la universidad como institución educativa, debe contribuir, cuanto sea posible, a que el estudiante llegue a ser un hombre de criterio, consciente de sus responsabilidades con la sociedad.

De esta manera el país, la sociedad, la educación y las universidades, asumen y entienden que necesitan cambios por lo que hablan y discuten, pero no los concretizan, probablemente porque esto implica también un cambio de mentalidad y de conducta. Aquí reside la mayor dificultad, ya que producir cambios en la universidad es una tarea difícil, pues **“la universidad es una de las instituciones más ancladas en el pasado y más resistente al cambio; hacer cambios en las universidades es como remover cementerios”** González L (1993: 112)

Sin embargo, por definición, la Universidad es dialogante y debe asumir el reto de la ciencia y la técnica al servicio del desarrollo nacional, a través de su vocación y compromiso de creación de un mundo más humano y solidario. Así como en los pueblos primitivos se recurría a los más viejos y sabios en momentos de angustia y peligro, hoy la Universidad debe ofrecerse como la más vieja y la más sabia de las instituciones para socorrer al hombre contemporáneo en sus conflictos y confusiones.

De acuerdo a lo planteado es necesario mencionar a la educación como proceso de formación, que debe basarse en valores, de lo contrario no será una auténtica educación, sino un simple adiestramiento; por lo tanto, de las universidades venezolanas debe emerger una ética de profundo contenido social, ya que **“actualmente los problemas fundamentales que enfrenta el país son esencialmente de carácter social y de compromiso ético”** Moros, C (2000:47).

En este orden de idea, siguiendo lo planteado por Simón Rodríguez, (1834:107) es necesario diferenciar entre <educar> e <instruir>; el Maestro de América lo diferencia cuando dice **“instruir no es educar: ni la instrucción puede ser equivalente de la educación, aunque instruyendo se eduque”**. Simón Rodríguez entendía que <instruir> era comunicar de manera sistemática, coherente y organizada, determinadas ideas; mientras que educar lo interpretaba como <crear voluntades>, desarrollando en el educando sus facultades, sus aptitudes, sus capacidades y sus sentimientos a fin de formarlo para vivir en sociedad, para conocer sus derechos y sus deberes frente a sí mismo y frente a los demás, para defender el bien público, para forjar el desarrollo social, político, cultural y económico de su país.

En las reflexiones, sobre los aspectos tratados es necesario mencionar que siendo que la educación es siempre humanismo, porque educar es básicamente un proceso hacia el perfeccionamiento de la formación; es la capacitación de la conciencia individual para su participación en la conciencia total de la sociedad, es bajo estas premisas que se debe educar en materia de Bioética, sólo así se podrá impulsar un comportamiento ético nacido de una profunda convicción interior.

Con la visión puesta en estos objetivos, es necesario que exista una teoría, de la cual se pueda derivar una metodología dirigida a mejorar el desempeño profesional en el conjunto de actividades técnicas y científicas, cuyo objetivo es el conocimiento y estudio del hombre como un ser multidimensional, donde lo biológico y lo psíquico se entrelazan con lo sociocultural y espiritual, e inciden con mayor o menor intensidad en su proyecto de vida, produciendo consecuencias positivas, negativas o neutras en este proyecto.

Por estas razones es que esta metodología debe tener como primera finalidad, infundir en los futuros profesionales, a través del entrenamiento sistemático integrado a los componentes del currículo, la noción del deber y el hábito de reflexionar sobre

acciones y situaciones, antes de opinar o decidir en una determinada dirección acerca de los hechos que pueden afectar al hombre y su espacio vital.

2.2.4. La Comunicación Médico Paciente

Como encuentro entre dos personas la relación médico-paciente implica una interacción comunicativa destinada en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico; pero en muchos casos, permite la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes. En principio para alcanzar esta posibilidad se requiere que dicha comunicación vaya más allá de un simple intercambio de información y se constituya en una recíproca y fructífera interacción personal, en la cual surja una amistad, entendiendo amistad como la plantea el autor Ruiz, R (2002:134) en el sentido cristiano del término, lo cual implica que existan dos condiciones: **“proximidad, es decir un amor desinteresado que se prodiga a otro ser humano y confianza, que consiste en infundir en el otro lo que en la propia persona es más íntimo”**

Ciertamente según lo señala el autor Ruiz, R (2002:134) **“la interacción comunicativa que permite convertir tal encuentro en amistad es el diálogo”**. Cabe destacar que el diálogo ha sido reconocido desde la antigüedad como proceso fundamental de la comunicación humana que permite el conocimiento del otro, del mundo, y especialmente de uno mismo; como lo demostrara magistralmente Platón en sus Diálogos. El diálogo es una interacción creativa en el curso de la cual surgen emociones, pensamientos y se generan nuevas actitudes, que pueden determinar cambios significativos en las persona y en el caso de la atención médica, influir trascendentalmente sobre el estado de salud, en el caso de la RMP fomenta un ambiente que además de facilitar la búsqueda diagnóstica y terapéutica, hace que la RMP no se limite a una relación técnica e instrumental, dándole su fundamental categoría humana.

A propósito de esto, MacWhinney, IR, (1995: 113) señala lo siguiente sobre la comunicación:

“La comunicación proviene de la raíz latina comunicarse, que implica hacer a otro participe de lo que se tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo, conversar, tratar con otro corporalmente, de palabra o por escrito, transmitir señales mediante un código común entre un emisor y un receptor; establecer medios de acceso entre poblaciones o lugares; consultar con otros un asunto, tomando su padecer, comulgar, o finalmente, extenderse, propagarse”.

Es entonces, de esta manera que se resalta la importancia de la comunicación en la RMP, la comunicación médico paciente implica prácticamente todo estos aspectos, que tienen diversas matices y connotaciones históricas, científicas, culturales, legales, filosóficas, lingüísticas, antropológicas y epistemológicas.

La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica, ya que la comunicación se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo del médico, en este sentido, vale la pena señalar que dos de las principales funciones clínicas que debe cumplir todo médico ante su paciente son el diagnóstico y el tratamiento, para cumplirlas de manera satisfactoria, debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo ,así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud.

Cabe considerar por otra parte que el proceso comunicacional no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad.

Un razonamiento inicial para estimar la importancia de la comunicación en la RMP identifica que uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento.

Bohórquez, F (2004), coincide en que **“una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido”**, por lo que una de las mayores cualidades del médico debe ser su conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes, y aunque el autor además señala que una explicación de la falta de estas cualidades se puede encontrar en la asimetría cultural entre el médico y el paciente, lo cierto es que, las cualidades humanísticas del médico, son muy valoradas por los pacientes y la comunicación como parte de ellas.

En las reflexiones sobre los elementos tratados y bajo las mismas perspectivas se hace necesario e importante señalar los aspectos básicos en la comunicación verbal y aspectos importantes en la comunicación no verbal, los cuales a continuación serán expuestos:

2.2.4.1. Aspectos Básicos en la Comunicación Verbal durante la RMP

Dentro de las bases del [proceso](#) de comunicación verbal es importante resaltar los fenómenos psicológicos dentro de una RMP, según lo plantea Jalvo, V. (1999)

- **Las transferencias:**

Son las reacciones emocionales del paciente hacia el médico (sentimientos negativos ó positivos).

- **La contra transferencia:**

Son las reacciones emocionales del médico hacia el paciente, así como los sentimientos muchas veces de frustración por no poder resolverle su problema de salud, y las conductas que a veces se tornan rudas con intención evidente de acortar el encuentro, cuando el médico desconoce como manejar estas respuestas se afecta en gran medida su relación con sus pacientes.

- **La Empatía:**

Es la habilidad del médico para recibir y descodificar la comunicación afectiva de sus pacientes, esto puede permitirle el entendimiento de los sentimientos del paciente.

- **El "Rapport"**

Incluye [el estado](#) de mutua confianza y [respeto](#) entre el médico y el paciente.

- La **Resistencia**:

Son las reacciones del paciente en contra de la relación con el médico ó del paciente.

Según plantean Jalvo V. (1999:49). **“Se considera que los conocimientos de estos fenómenos psicológicos son básicos para que el médico pueda desarrollar una adecuada RMP, profesional”**.

Aspectos Importantes en la Comunicación no Verbal en la RMP.

Cada vez es más reconocida la importancia de las señales no verbales para todo proceso de interacción o comunicación y para dar cuentas de las relaciones entre el médico y el paciente. **“Desde la antigüedad la medicina en su historia ha presentado atención a la observación, a la hora de hacer un buen diagnóstico”** Jalvo V, (1999:49). Es por esto la importancia de las señales no verbales que con frecuencia manifiestan los pacientes de manera sutil y las respuestas que desde esa misma óptica sean ofrecidas por parte de los galenos.

Actualmente los procedimientos científicos han reemplazado en gran parte el arte de la práctica médica, **“la dinámica de la interacción interpersonal permanece en su mayor parte desasistida por la investigación sistemática”** Jalvo V (1999:49).

Es por esto que la comunicación no verbal es particularmente importante en las situaciones cuando mayor sea la tecnificación y sofisticación de los instrumentos al servicio del personal médico, también supone la captación de aquellas señales sutiles que complementan e ilustran aspectos de la interacción verbal y a menudo proporcionan mensajes y expresan sentimientos que no están sujetos al análisis

directo consciente de quienes interactúan. Por ejemplo las muecas de los pacientes, su sonrisa ó sus expresiones de miedo, así como el contacto aliviador de una enfermera ó la expresión facial de disgusto, son todos ellos actos comunicativos que pueden ser incluso más importante que la propia expresión verbal

Borroto R, (2005:112), “**plantea que es importante la comunicación no verbal a dos niveles**” por una parte la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar señales no verbales emitidas por las personas que le rodean incluyendo la de los profesionales de la salud y por otra parte la expresividad no verbal de los pacientes que tan útil suele ser para el médico

2.2.4.1.2. Sensibilidad:

La enfermedad crea en el paciente un [estado](#) de fuerte ansiedad que se ve acompañado de incertidumbre, lo que le lleva al paciente a buscar en el medio indicios que le indiquen cuál es la situación real de su salud y que le den una pista de cómo se debe sentir en esa situación Fernández, A. (1996) de esta manera, en el marco hospitalario, el paciente va a tratar de determinar cuál es la respuesta idónea a la situación, para lo cual buscará información acerca de su enfermedad a través de todos los indicios que le pueden suministrar las personas con las que interactúa.

Ahora bien, en el ejercicio de la medicina o la [enfermería](#), se plantean numerosas situaciones en que pueden dar un ocultamiento de la información al paciente, pero ello no impide que éste preste atención a los indicios no verbales del engaño. Y en [función](#) de ello el paciente se hace unas expectativas acerca de la gravedad de su propia enfermedad, del [interés](#) que el médico tiene por él, etc. por lo que son especialmente propensos a obtener información en la que basar estas expectativas, a través de indicios no verbales.

2.2.4.2.2. Expresividad:

Dado el gran número de [emociones](#) de diferentes clases que se suelen experimentar en una situación de enfermedad y que no son fáciles de sentir en el mismo grado en la vida cotidiana (miedo, dolor, ansiedad, [inseguridad](#), incertidumbre, etc.), Fernández, A. (1996) plantea que suele ser habitual que el paciente experimente un aumento considerable en su capacidad de expresividad por vía no verbal. Es más, bien sabido que las emociones se expresan generalmente por vía no verbal, máxime en el caso de las emociones asociadas a la enfermedad ya que el paciente posee por lo general una falta de [entrenamiento](#) en cuanto al [control](#) u ocultamiento de estas emociones. Es decir la manifestación no verbal de tales emociones es más probable debido a las dificultades que los pacientes suelen tener para expresar verbalmente sus sentimientos relacionados con ciertos temas que le resultan embarazosos y/o enfrentarse a situaciones suscitadas por la enfermedad.

Incluso Fernández A, (1996:102), hace referencia a la “existencia de casos extremos en los que el sistema de expresión verbal del paciente se ve afectado por la enfermedad hasta quedar totalmente deteriorado”, convirtiéndose entonces el sistema de comunicación no verbal no sólo en la principal sino en la única vía de comunicación entre el paciente y su entorno.

Simultáneamente el campo de la [Psicología](#) se está dando cuenta de la importancia que en sí misma posee la interacción directa, **cara-a-cara**, entre el médico y el paciente, y lo central que son los aspectos de comunicación no verbal en tal interacción, **“se están comenzando a estudiar el tema, existiendo ya una serie de [datos](#) comprobados empíricamente”** Borroto R, (2005:112), entre los que destacamos los siguientes

- **El contacto físico:**

El contacto físico es la principal de las conductas no verbales en el ejercicio de la medicina. Borroto R, (2005) sin embargo, hay que tener en cuenta que, el tocar, como ocurre con otras formas de [conducta](#) no verbal, puede resultar congruente o no con los mensajes verbales, de forma que, por ejemplo, el hecho de que un médico toque a un paciente a la vez que le asegura que no debe preocuparse por la operación quirúrgica a que se le va a someter, puede o bien corroborar el mensaje tranquilizador o bien transmitir un estado de nerviosismo que contradiga el mensaje verbal, haciéndole a éste ineficaz e incluso contraproducente.

- **La mirada:**

Se trata de uno de los [elementos de la comunicación](#) no verbal que más información aporta, si se sabe interpretar adecuadamente, pues cumple una serie de [funciones](#) entre ellas: la regulación del flujo de la comunicación, la obtención de un "feedback" acerca de cómo los demás reaccionan a una comunicación, expresión de las emociones, comunicación de la [naturaleza](#) de la relación (diferencia de status, etc.). Borroto R, (2005) Así, por ejemplo, con respecto a la última de las [funciones](#) mencionadas, que el profesional de la salud no mire al paciente a la cara forma parte de un proceso de despersonalización que suele utilizarse con frecuencia en ambientes hospitalarios.

- **La expresión facial y gestual:**

Una de las cuestiones que interesa es, sin duda, la expresión del dolor a través de gestos de la cara. Existe evidencia de que “**el [control](#) de la expresión facial de dolor puede servir para reducir el propio dolor, debido al rol mediador que la expresión facial posee en la experiencia de las emociones**” Jalvo V (1999:55).

- **La voz:**

La importancia de la voz como instrumento de comunicación no verbal estriba en su capacidad para transmitir información acerca de los estados emocionales del que habla, con las implicaciones que ello tiene en el campo de la salud. Así, por ejemplo, hay una relación negativa entre la ira existente en la voz de un médico y su [eficacia](#) en el tratamiento de pacientes. Por otra parte, el tono de la voz y una serie de señales sutiles relacionadas con ella son especialmente importantes cuando el que habla pretende o bien engañar o bien ocultar información al paciente Borroto R, (2005).

- **Olfato:**

Aunque la comunicación a través de los olores es muy importante en el mundo animal, en los hombres parece ser relativamente poco importante. Sin embargo, el campo médico puede ser una importante excepción. Algunas [enfermedades](#) y tratamientos pueden actuar directamente para producir en el paciente olores desagradables. De otro lado, también los profesionales de la salud pueden ser asociados con olores particulares. El uso de desinfectantes, tratamientos químicos, anestesia, [alcohol](#), etc., así como olores impregnado de otros pacientes, pueden todos ellos transmitir mensajes olfativos al paciente. Y no cabe duda que muchos de estos olores tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud susciten fuertes sentimientos negativos. De esta manera se sabe que con frecuencia suelen asociarse a los malos olores atributos personales negativos Borroto R, (2005).

Finalmente en las reflexiones sobre los aspectos tratados, es necesario mencionar una vez más que los procesos de comunicación condicionan la calidad de la RMP, las habilidades fundamentales que se deben formar en un médico, como son

las de diagnosticar, tratar y prevenir, están muy relacionadas con la calidad en la comunicación que se establece, por lo que la comunicación en la RMP, influyen en mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva, en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento de los tratamientos, en la eficiencia clínica y en la disminución del número de complementarios.

2.2.5. Problemas Actuales De La Relación Médico Paciente

La RMP, sigue siendo, por encima de los continuos progresos en los conocimientos científicos y desarrollos tecnológicos, el sustento de la práctica médica y en consecuencia el escenario fundamental de la formación del médico; sin embargo los **“cambios históricos han determinado que fuerzas sociales, económicas, políticas, tecnológicas o culturales hayan distorsionado este fundamento esencial, involucrando a los profesionales de la salud en procesos que desvirtúan su misión central”** Carrera JM, (2003:302)

En la actualidad la RMP es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo XX, donde existían profundos vínculos afectivos entre el médico generalista de aquella época y sus pacientes y familiares, lo cual lo convertía en un verdadero líder en la comunidad donde ejercía. Hoy existen diferentes condiciones que han repercutido negativamente en esta relación, entre ellas, **“la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica”** Carrera J, (2003:302).

Esta situación ha convertido al paciente en un "comprador", en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos "vendedores"; de benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia. Esta situación ha afectado profundamente la RMP, incrementando los errores médicos,

violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones.

Otra condición que está interfiriendo negativamente sobre la RMP es el desarrollo tecnológico ocurrido en las últimas décadas, que ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico. Todos estos avances técnicos (la biotecnología, la inmunología molecular, la ingeniería genética, la imagenología) son de suma utilidad y de gran ayuda en el diagnóstico y tratamiento, pero nunca son ni serán sustitutos del método científico. Esta tecnificación moderna con su endiosamiento, promovida por intereses económicos está distorsionando por completo la RMP en sus aspectos fundamentales, a tal punto que algunos autores como Carrera (2006:221) plantean que **“ya no es buena ni mala, sino que simplemente ha dejado de existir”**. Toda esta situación ha ido cambiando la habilidad de diagnosticar por la realización de procedimientos y técnicas no siempre necesarias, creando frustración y encono.

La situación profesional, social, moral, académica, económica, etc., del médico actualmente es delicada, ya que se encuentra en una encrucijada, pero es necesario que el médico siempre este ética y moralmente al lado del paciente, aunque inmerso en el sistema de cuidados médicos dirigidos por el estado o las empresas públicas, como "pagadores" del médico.

En el caso particular de Venezuela otro de los problemas que atenta en contra de la RMP es la demanda creciente que experimenta el servicio público de salud y la escasez de profesionales en los diferentes centros hospitalarios lo cual obliga que el profesional se exceda en la rapidez de atención y descuide aspectos que nutran la RMP. También se puede mencionar la formación ética- metodológica que reciben alguno de los médicos en las diferentes universidades del país donde por mucho

tiempo se había obviando la parte humanizante de la profesión.

En síntesis se puede decir que la esencia del problema de la RMP esta determinada por una actitud que subvalora y degrada al paciente a la condición de objeto, generando un trato alienante y cosificado que deshumaniza la interacción. Utilizándose en esta oportunidad el término deshumanización como el deterioro de los valores y atributos en la actitud y trato deseable en los sistema de salud, por lo que también se hace referencia a la despersonalización de la medicina que se ha explicado como un producto de transformaciones políticas, económicas, legales, culturales y tecnológicas, que con una postura racionalista estimulan actitudes utilitarias y eficientitas en las RMP, lo que reduce la relación a una interacción técnica e instrumentaría que ha cambiado el lenguaje y presiona cambios en la interacción médico paciente.

2.2.6. Bases Legales

La salud debe ser considerada como un área prioritaria de atención en todo país, puesto que de esta condición del ser humano designa en gran proporción la calidad de vida de un individuo y con ello el desarrollo comunitario y el alcance del bienestar social tan anhelado por todas las poblaciones en todo tiempo.

En este sentido, es que para apoyar la labor de atención a la salud como área prioritaria en el desarrollo de la vida se le han dado vigencia a una serie de planteamientos que han servido como basamentos legales que sustentan y enmarcan en las legislaciones del país la gran importancia y relevancia de atender el sector salud en todo momento y espacio.

Entre los basamentos legales donde se pueden encontrar disposiciones con relación al área de salud se señalan: la Constitución de la República Bolivariana de

Venezuela, la cual como carta magna consigna gran decisión e sus disposiciones señalando en el Capítulo V de los derechos sociales y de la familia artículo 83 (1999: 89) que:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizara como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personal tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la republica.

Por medio de este artículo se señala que el Estado tiene por objeto garantizar el derecho a la salud a todas las personas, consagrado constitucionalmente como derecho social fundamental y parte del derecho a la vida; en un marco de Estado democrático, descentralizado, participativo y social de derecho y de justicia que propugna como valores superiores la vida, la libertad, la igualdad, la solidaridad y la responsabilidad individual y social.

Otro de los artículos que se encuentra presente en la constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela y que consigna propiedades relevantes en el área de salud es el 84 (1999: 90) que señala lo siguiente:

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integridad, equidad, integración social y

solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Por medio de este artículo se garantiza que el Estado se hará responsable de diseñar las políticas, servicios y acciones de salud y de interés para la salud en todo el territorio nacional, ejecutadas en forma particular o conjuntamente, de carácter permanente o eventual, por personas naturales o jurídicas de derecho público o privado; así como establece los principios, objetivos, funciones y organización del Sistema Público Nacional de Salud. Además promueve la creación del Sistema Público Nacional de Salud, definido como el conjunto integrado de políticas, planes y acciones, recursos financieros de fuentes públicas e instituciones, redes de atención y servicios públicos destinados a la salud que operen en los ámbitos nacional, estatal y municipal, incluyendo todas aquellas instituciones, redes y servicios que reciban financiamiento por parte del Estado.

Es así que en este orden de ideas se plasma en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela otra disposición que ratifica y fortalece el señalamiento realizado en el párrafo anterior. Este artículo es el 85 (1999: 90) donde se expresa lo siguiente

El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del estado, que integrara los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El estado garantizara un presupuesto para la salud que permita cumplir con

los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional, de formación de profesionales, técnicos y técnicas, y una industria nacional de producción de insumo para la salud. El estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

De este modo se concibe que el Sistema Público Nacional de Salud esté integrado al Sistema de Seguridad Social, en el marco del cual garantiza y gestiona el Régimen Prestacional de Salud y la restitución y rehabilitación de la salud del Régimen Prestacional de Seguridad, Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo.

En otras de las legislaciones venezolanas que se hacen planteamientos en función de esta área es la [Ley](#) Orgánica de Salud de [Venezuela](#), publicada en gaceta oficial N° 36.579 se expresa claramente en su artículo 3 (1998: 4) que:

Los [servicios](#) de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes <http://www.monografias.com/trabajos6/etic/etic.shtml> principios: Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin [discriminación](#) de ningún a [naturaleza](#). • Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la [programación](#) de los servicios de [promoción](#) y saneamiento ambiental y en la gestión y [financiamiento](#) de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios. • Principio de Complementariedad: Los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos. • Principio de [Coordinación](#): Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el

ejercicio de sus [funciones](#), [acciones](#) y utilización de sus [recursos](#). • Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de [control](#) para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las [normas](#), [procedimientos administrativos](#) y prácticas profesionales.

Bajo este marco de ideas se expresa que el servicio prestado en el área de salud debe darse con calidad y sin restricción alguna cada vez que se demande, puesto que se cumplen como principios fundamentales, elementos tan importantes como la universalización, la participación, complementariedad, cooperación y la calidad todo esto para garantizar que el accionar en el sector salud no se concrete de manera excluyente y deshumanizada, por lo que se pueda prestar un servicio de atención y prevención eficaz y eficiente en todo lugar y espacio.

Desde esta óptica se ratifica la condición que tenemos todos los individuos de contar con salud y lo prioritario que debe ser la intervención desde este área ante cualquier situación y eventualidad tratando siempre de distinguirse por la forma como este compromiso sea asumido, lo cual demanda desde el seno de sus administradores compromiso y responsabilidad.

En el código de Deontología Médica aprobada durante la LXXVI reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas el 20 de Marzo de 1985, también se plasman disposiciones que atribuyen valor legal a la práctica de la salud, en función de ser regulada todo su proceso y su aplicación así como también su prevención. Dentro de este documento se puede mencionar con gran relevancia lo planteado en el artículo 69 (1985) el cual hace referencia a los derechos y deberes de los enfermos.

El enfermo tiene derecho a:

- 1) Exigir de los médicos que lo asisten y de los demás integrantes del equipo de salud, un elevado grado de competencia profesional y a esperar de los mismos una conducta moral irreprochable.**
- 2) Ser atendido en forma respetuosa y cordial por el médico y por los demás integrantes del equipo de salud.**
- 3) Ser informado de la naturaleza de su padecimiento, de los riesgos inherentes a la aplicación de los procedimientos diagnósticos y a conocer las posibles opciones.**
- 4) Recibir la información necesaria para dar un consentimiento válido (libre), previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.**
- 5) Que se respete su intimidad, violada con elevada frecuencia al hallarse recluido en instituciones docente-asistenciales.**
- 6) Que se respeten sus confidencias y a que las discusiones concernientes a la información que ha suministrado, exámenes practicados y estado de salud, se conduzcan con discreción y carácter confidencial.**

Por medio de este artículo se deja claro que en las legislaciones existentes se toma en consideración al paciente como factor primordial en la acción médica y de salud otorgándoseles a los mismos la condición de conocer y manejar desde un punto de vista legal la regulación de sus acciones, a si como también el obtener conocimiento, que deberes tiene que cumplir para poder propiciar una RMP de calidad y eficiencia para lograr la satisfacción que los mismos desean alcanzar en su oportunidad.

Bajo este marco vale la pena señalar que otra de las legislaciones que plantea postulados sobre la salud es la ley del ejercicio de la medicina, donde en su Capítulo I artículo 3 (1982) señala que:

Se entiende por ejercicio de la medicina la prestación, por parte de profesionales médicos, de servicios encaminados a la conservación, fomento, restitución de la salud y rehabilitación física o psico-social de los individuos y de la colectividad; la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; la determinar las causas de muerte; el peritaje y asesoramiento médico forense así como la investigación y docencia clínicas en seres humanos.

Siendo así como se rige de manera legal el accionar por parte de los profesionales de la salud el funcionamiento o del área en cuestión, con el objeto de acentuar el propósito del Estado de proporcionarle a la población la garantía de dejar constancia de un servicio que será ofrecido según los lineamientos legales con compromiso, responsabilidad y calidad.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Para toda investigación es de importancia fundamental que los hechos y relaciones que se establecen y los resultados obtenidos o nuevos conocimientos, tengan el grado de exactitud y confiabilidad. Para ello se plantea una metodología o procedimiento ordenado que sea segura para establecer lo significativo de los hechos y fenómenos hacia el cual esta encaminado el tema en interés.

De acuerdo a lo anteriormente referido Tamayo y Tamayo, (1998:46), señala que **“La metodología constituye la médula del plan, se refiere a la descripción de las unidades de análisis, o de investigación, las técnicas de observación y recolección de datos, los instrumentos, los procedimientos y las técnicas de análisis”**

En este sentido en el presente capítulo se expondrá el procedimiento metodológico que se utilizó en el estudio para llevar a cabo la investigación y para responder al problema planteado.

3.1. Nivel De Investigación

Al hablar del nivel de investigación se hizo referencia básicamente al grado de profundidad con que la investigadora abordó el fenómeno objeto de estudio.

El estudio presentado se inscribió bajo el marco de una investigación con un nivel analítico que según Tamayo y Tamayo (1998:45) **“Es algo más que recoger y tabular datos ocupándose del análisis e interpretación de los datos que han sido**

reunidos con un propósito definido, el de la comprensión del problema”. En este sentido y bajo el enfoque de este nivel de estudio, la investigadora señaló que el nivel analítico le permitió contemplar su objeto de estudio de manera más completa, a través del cual logro identificar características del universo de la investigación, señalar formas de conductas y actitudes, establecer comportamientos concretos, entre otros.

3.2. Tipo O Diseño De La Investigación

El diseño de la investigación hace referencia a la estrategia que adoptaron las investigadoras para responder al problema planteado y recoger toda la información que se requería en el estudio.

En este caso, el diseño que se tomó como referencia fue la investigación de campo sobre el cual Arias (1999: 82) señala que **“Consiste en la recolección de los datos directamente de la realidad donde ocurren sin manipular o controlar variables algunas”**. En este sentido, se consideró este diseño como el más idóneo para dicha investigación; ya que la investigadora tomo en consideración que se trataba de un procedimiento riguroso, formulado de manera muy lógica, que le permitió conocer de forma inmediata y directa aspectos y características del fenómeno objeto de estudio.

Bajo este marco, la investigadora realizó un trabajo acorde a su quehacer profesional, el cual consistió en insertarse en la realidad objeto de estudio, estableciendo contacto directo con cada uno de los médicos y pacientes que hacen vida en el hospital tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, para así obtener información de primera mano.

3.3. Universo O Población

Según Sabino (1986), la población o universo **“Se refiere al conjunto para la cual serán validas las condiciones que se obtengan a los elementos o unidades involucrados en la investigación”**. De acuerdo a este planteamiento el universo o población del estudio se dividió en dos a saber:

- Pacientes hospitalizados en el Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez; los cuales para el momento del estudio eran 14 personas con diferentes patologías.
- Médicos residentes que prestan servicios en el hospital mencionado, cabe destacar que para la ocasión se contaba con solo 3 profesionales los cuales establecen turnos rotativos para poder así cubrir las 24 horas de atención médica que demanda la población, cubriendo las áreas de emergencia adultos y niños, sala de parto, hospitalización y consulta general.

De este modo se puede especificar que el universo o población objeto de estudio e investigación fue de una cantidad de 17 sujetos.

3.4. Fuentes De Recolección De Información

Según Méndez C. (2001:153) las fuentes de información **“Son hechos o documentos a los que acude el investigador y que le permite obtener información”**.

En este sentido, al realizar este trabajo de investigación se hizo fundamental determinar las fuentes de las cuales se obtuvieron las informaciones para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

En el estudio realizado en el hospital tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez sobre la incidencia de la RMP en el servicio prestado se utilizaron fuentes primarias y secundarias de información las cuales a continuación se mencionaran:

3.4.1. Fuentes Primarias

Según Méndez C, (2001:152) señala que las fuentes primarias **“Son información oral y escrita recopilada directamente por el investigador a través de relatos o escritos transmitidos por los participantes en un suceso o acontecimiento”**.

Bajo esta perspectiva las fuentes primarias presentes en la investigación que hicieron posible la recolección de los datos de manera más directa fueron los 17 sujetos población de estudio, ya que de ellos se obtuvo información de primera mano sobre la dinámica de cada uno de los grupos, lo cual ayudó a establecer de forma certera un balance general de la totalidad grupal como población objeto de estudio y su situación problemática.

3.4.2. Fuentes Secundarias

Según Méndez C. (2001:152), las fuentes secundarias **“Son informaciones escritas que han sido recopiladas y transcritas por personas que han recibido tal información a través de otras fuentes escritas o por un participante en un suceso o acontecimiento”**.

Entre las fuentes secundarias que se utilizaron para recabar información con relación a la investigación se pueden mencionar: libros, tesis, trípticos, folletos, trabajos publicados en Internet, monografías y trabajos presentados en conferencias.

3.5. Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos

Las técnicas o instrumentos pueden considerarse como los medios o vías que se emplean para recabar la información necesaria que pudiesen ser arrojadas por las diferentes fuentes de información presentes en el estudio de una situación determinada. Méndez (2001).

Para llevar a cabo el estudio realizado la investigadora recolecto los datos correspondientes aplicando técnicas e instrumentos que se adecuaron al objeto de estudio, permitiendo cubrir de forma convincente y oportuna la totalidad de la población en cuestión, la cual estuvo constituida por 17 sujetos.

Entre las técnicas e instrumentos que se utilizaron en la investigación se pueden mencionar las siguientes:

3.5.1. La observación:

Según Tamayo Y Tamayo (1998:70) la observación **“Es aquella en la que el investigador juega un papel determinado dentro del campo donde se realiza la investigación”**

La puesta en práctica de esta técnica resultó muy útil y viable en la obtención de la información que se necesitó, a través de ella se logró captar la realidad objeto de estudio tal y como se presentaba.

La técnica de observación se aplicó a través de las visitas realizadas al hospital en cuestión, específicamente a la sala de hospitalización, permitiendo conocer esto de forma concreta y precisa cómo se manejaba la dinámica de la RMP.

3.5.2. Entrevista Estructurada:

Según Ander Egg (1983: 68) **“es una forma de entrevista que se realiza sobre la base de un formulario preparado y estrictamente formalizado a través de una lista de preguntas establecidas con anterioridad”**.

Este instrumento se le aplicó específicamente a cada uno de los médicos y pacientes del hospital, donde se formularon preguntas referidas a describir las características socioculturales de los pacientes que asisten al servicio ofrecido por el Hospital Tipo I “Dr. Armando Mata Sánchez”, identificar los elementos que intervienen en la relación médico paciente, determinar la importancia de la comunicación en la RMP, indagar sobre los niveles de satisfacción de los pacientes, y por último evaluar la RMP desde la perspectiva del usuario y los médicos, conociendo sus expectativas, satisfacciones, las limitaciones que consideran obstaculizan el proceso, así como también las sugerencias proporcionadas por las dos (2) ópticas de los participantes para fortalecer la RMP, cabe señalar que este instrumento fue validado por tres expertos, los cuales dieron su aprobación en cuanto a su estructuración.

3.5.3. Revisión Bibliográfica:

Esta técnica fue empleada en todo el proceso de investigación pues, la investigadora realizó un arqueo bibliográfico con diversos textos contentivos de temas relacionadas con su objeto de estudio, lo que les fue de gran ayuda para documentarse sobre el tema en específicos y las variables relacionadas con el mismo.

Se realizaron lecturas e investigaciones mediante el uso de revistas, textos, tesis, Internet, entre otras.

3.6. Procesamiento Y Análisis De Los Datos

El procesamiento y análisis de los datos fue realizado a través de la tabulación en forma manual y posteriormente fueron dispuestos en cuadros estadísticos representados en manera absoluta y porcentual, conjuntamente con un análisis de dichos resultados, apoyados y sustentados por el marco referencial. El análisis se realizó en forma cuantitativa y cualitativa.

CAPÍTULO IV

HALLAZGOS ENCONTRADOS

A continuación se presentaran los resultados arrojados producto de la aplicación de dos instrumentos de recolección de datos de los sujetos estudiados.

Cabe señalar que la población objeto de este estudio ha sido dividida por la investigadora de la siguiente manera:

- Pacientes hospitalizados, en la Sala de Hospitalización del Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, los cuales tengan un mínimo de tres (3) días recluidos en el lugar mencionado y que se encuentren facultados mentalmente para responder a las preguntas referidas. Para el momento del estudio se trabajó con una población de 14 sujetos que cumplían con los criterios establecidos por la investigadora.
- Personal médico que labora y cubren la atención en la sala de hospitalización en el Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez. Para el momento del estudio el hospital contaba con sólo tres médicos que cubrían este servicio y a su vez otras áreas como emergencia adultos, pediátrica y consulta general.

Es necesario señalar que la aplicación del instrumento de recolección de datos se fue dando de diferentes formas a través de un proceso de inserción y acercamiento a la población objeto de estudio.

Para aplicar el instrumento a la población del personal médico que labora en la sala de hospitalización del Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, la investigadora asistió en diferentes oportunidades al hospital para poder entrevistarse

con los distintos profesionales, en función de explicarle y solicitar su colaboración, la cual consistía en responder de forma completa y con absoluta franqueza las preguntas formuladas en el instrumentos de estudio, posteriormente se procedió a realizar intercambios de opiniones con los mismos, lo cual le permitió a la investigadora interactuar y aclararles dudas a los profesionales con relación a algunas de las preguntas expuestas durante la entrevista estructurada.

En este sentido, la aplicación del instrumento a los pacientes fue un proceso bastante sencillo, puesto que para la oportunidad después de solicitar los permisos necesarios a la institución según sus costumbres y normas se logró aplicar una a una las entrevistas a los pacientes que cubrían el perfil exigido.

Ahora bien, una vez obtenidos todos los datos recogidos por medio del instrumento aplicado, la investigadora procedió a tabular los datos de manera manual, representándolos en tablas estadísticas, las cuales fueron el punto de partida para analizar los siguientes puntos:

- Información general del Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez.
- Características socioculturales de los pacientes que utilizan la Sala de Hospitalización del Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez
- Elementos que influyen en la RMP.
- La comunicación en la RMP.
- Expectativas y satisfacciones de los pacientes en la RMP.
- Limitaciones de la RMP
- Sugerencias para fortalecer la RMP.

4.1. Información General Del Hospital Tipo I Dr. Armando Mata Sánchez

Cabe destacar que para el año 1964 Punta de Piedras contaba con servicios Odonto-Sanitarios brindados en el Ambulatorio Rural Tipo II, Catorce años más tardes se crea la Unidad Operativa Centro de Salud “Dr. Armando Mata Sánchez”, con mejores servicios de Salud Pública para atender a la comunidad. El 23-09-1978 es inaugurado y entra en funcionamiento el 11-12-1978.

Esta Unidad Operativa de Salud se inicia como un modelo que pretende lograr una adecuación de los servicios de salud a la realidad social existente, permitiendo la optimización de los recursos con una programación local participativa, que aborde los principales problemas de salud, con criterios de riesgos y factibilidad, pero debido al ascenso de la población después de un corto tiempo eran muchas las demandas para la infraestructura existente.

Siendo así, que por estas razones surge la necesidad de buscar otro tipo de alternativa de acción dentro de la Unidad Operativa de Salud, para dar respuesta a las mayoría de las problemáticas que demanda la población que cada día se encontraba en mayor asenso, y es así como surge y comienzan a funcionar diferentes servicios y especialidades para la atención de los pacientes, como lo son: Hospitalización de niños y adultos, Maternidad, Quirófano, Emergencia pediátrica y adulto, Laboratorio, Historias Médicas, Odontología, Rayos X, Farmacia, Nutrición y Servicio Social. Al mismo tiempo se le otorga a los pacientes consultas de Psiquiatría, Psicología, Ginecología, Pediatría, Cardiología, Medicina interna, Neumonología, Traumatología, Nutrición, Cirugía y Pediatría, con un Área de influencia en toda la extensión de los Municipios, Tubores, Península de Macanao, Villalba y parte del Municipio Díaz. Es por esto que para el año 1995 recibe el nombre de Hospital Tipo I Dr. Armando Mata Sánchez., calificado como tipo I, ya que cuenta con atención médica hospitalaria con los servicios básicos en beneficio de la salud de la población

y área de influencia.

El Hospital Tipo I Dr. Armando Mata Sánchez., cuenta además con un área de mantenimiento, cocina, lavandería, y área administrativa, en lo que respecta a esta última la misma no cuenta con espacio suficiente para brindar un servicio acorde con el crecimiento del hospital y la comunidad por lo reducido de su espacio.

En función a este planteamiento el hospital, tiene como objetivos:

- Resguardar la salud de los pacientes que asisten al Centro Hospitalario.
- Garantizar atención integral y especializada.
- Realizar campañas de divulgación, dirigidos a las comunidades áreas de influencia en función de la prevención de enfermedades.
- Elaborar planes y políticas del Centro Hospitalario.
- Otros.

Funcionamiento de los Servicios que presta el Hospital.:

- **Servicio de Hospitalización:** Este servicio es proporcionado a todo aquellos pacientes bien sean niños o adultos, que presenten complicaciones al momento de ingresar al Centro o en el transcurso de la enfermedad, que requieran de una inmediata hospitalización y una atención médica cuidadosa, por lo que son evaluados diariamente por los médicos residentes, y dependiendo de la urgencia se requerirá un especialista, actualmente el servicio tiene disponible un total de 25 camas, distribuidas todas en dos sala acondicionadas para tal fin.
- **Servicio de Maternidad:** Este servicios actualmente es ofrecido a las pacientes

solamente cuando el parto es natural, debido a que no se cuentan con los equipos quirúrgicos necesarios para una intervención de esa naturaleza como lo son las cesáreas, por lo que se brinda la atención necesaria evaluando el estado, y dependiendo del diagnóstico se atiende el parto en el Centro de Salud o en su defecto es remitida de inmediato al Hospital Central “Luís Ortega” de la Ciudad de Porlamar.

Cabe destacar que este servicio cuenta con una sala de parto y una sala de maternidad, donde se encuentran las madres y los neonatos hasta el momento del alta del Hospital.

- **Servicio de Quirófano:** Este servicio en la actualidad es utilizado para cirugías menores.
- **Servicio de Emergencia Pediátrica y Adulta:** Estas consultas son ofrecidas a niños y adultos, que acuden al Centro Hospitalario, con complicaciones o molestias imprevistas, en función de obtener un diagnóstico del estado de salud y posteriormente cumplir con las indicaciones médicas bien sea exámenes médicos, tratamientos o ser remitido al especialista de competencia.
- **Servicio de Laboratorio:** Es una herramienta primordial para el Centro de Hospitalario, ya que por medio de este se diagnostican diferentes patologías, y además se realizan estudios para establecer el tipo de tratamiento que se debe administrar al paciente, al igual que el seguimiento del mismo. Este servicio es ofrecido a toda persona que lo requiera, justificándolo con un recipe médico que indique nombres y apellidos del paciente al igual que los exámenes a realizarse, entre los exámenes de rutina que se efectúan se mencionan: Hematología, Orina, Heces, Prueba de embarazo, VDRL, entre otros, estos exámenes son realizados por bioanalistas, cabe destacar que cada examen de laboratorio clínico es realizado a los pacientes de forma individual, guiándose

siempre por los parámetros profesionales y éticos. .

- **Servicio de Historias Médicas:** a través de este servicio se proporciona al médico informaciones básicas, fácilmente asequible acerca del paciente, dentro de sus funciones se resaltan dar cita a los Pacientes, asignar a cada médico un número de pacientes, llevar un sistema de cita en un tiempo estipulado para cada paciente que solicite una consulta., llevar la identificación del paciente y abrir carpetas unitarias.
- **Servicio de Rayos X:** Este servicio es una herramienta fundamental con la que cuenta el hospital, al igual que el servicio de laboratorio, ya que a través de ellos se puede precisar el diagnóstico de los pacientes y definir las indicaciones pertinentes.
- **Servicios Sociales:** El sector salud ha sido una de las áreas de mayor demanda ocupacional del trabajador Social. Su incorporación se ha realizado desde el momento en que la salud se consideró como un problema físico y biológico, se incrementó como resultante de las interacciones dialécticas del individuo con su medio ambiente.

Ahora bien, en esta área existen varios campos de actuación, donde el Trabajador Social desempeña algunas funciones y roles que facilitan la intervención de una problemática determinada, ya sea a nivel individual, grupal o familiar, por lo que entre las actividades que ejecuta, están la intervención en los servicios médicos asistenciales destinado a la conservación de la salud, también participa en equipos médicos para investigar aspectos socioeconómicos y psico-sociales del paciente y su grupo familiar.

En cuanto al aspecto preventivo, desarrolla actividades socio-educativas, que tienden a influir sobre la población, mediante la orientación y enseñanza de principios

y normas dirigidas a mantener la salud. Además se pudo conocer que entre otras actividades que se ejecutan se encuentran: Coordinación de grupos (consejos comunales), en el área de influencia de la del centro hospitalario, para la realización de actividades de salud preventiva, proyectos de sectorización en el área de influencia del centro hospitalario, realización de jornadas socio-educativas (talleres, charlas, etc.), dirigidas a prevenir enfermedades , entre otras :

- **Servicio de Farmacia:** La Farmacia Hospitalaria es una especialidad farmacéutica que se ocupa de servir a la población en sus necesidades farmacéuticas, a través de la selección, preparación, adquisición, control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y costo-efectiva de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el hospital y en su ámbito de influencia.

Visto de esta forma, lo anterior permite conocer lo importante de contar con una farmacia hospitalaria, pero la realidad que protagoniza el centro hospitalario mencionado, es que este servicio de farmacia no se encuentra en funcionamiento, aún cuando se dispone de las instalaciones físicas, debido a las deficiencia presupuestaria del Centro Hospitalario, lo que ha originado que los pacientes adquieran los medicamentos en establecimientos privados a un mayor costo.

- **Servicio de Epidemiología:** Este servicio tiene como objetivo el conocimiento epidemiológico de los problemas y situaciones del binomio salud-enfermedad con el fin de mejorar el nivel de salud de la población de influencia al centro hospitalario, mediante la vigilancia de la salud pública, estudio de la conducta de las enfermedades (transmisibles y no transmisibles), por lo que se planean estratégica y evaluación de las actividades de vigilancia epidemiológica,

diagnóstico, prevención, control y erradicación de las enfermedades y plagas.

- **Servicio de Nutrición:** La importancia de este servicio radica en que su objetivo fundamental es conseguir y mantener un estado nutricional adecuado para el paciente hospitalizado en el centro hospitalario, por tanto su ámbito de trabajo incluye la organización y control de la dietética hospitalaria a través de los cuidados nutricionales y asistenciales al paciente,

Es importante señalar que todos estos servicios mencionados anteriormente no cuentan con un espacio físico adecuado para su desempeño ya que muchos de ellos son compartidos, al mismo tiempo se hace saber que los servicios de Hospitalización, Maternidad y Emergencia, son atendidos por médicos residentes los cuales atienden a los servicio paralelamente durante sus guardias médicas.

En lo que respecta a las consultas otorgadas en el centro hospitalario, cabe señalar que estas son pautadas a través de historias médicas, quienes solicitan el recipe médico donde consta la remisión al especialista, una vez confirmada la información se procede a designar la cita al paciente, esta citas en su mayoría se dan aproximadamente un mes después como mínimo y hasta tres meses en algunas oportunidades, debido a la demanda de pacientes y a la carencia de especialistas, que por lo general realizan las consultas de dos a tres veces por semana en el centro hospitalario mencionado, como consecuencia de laborar en otros centros de salud, bien sea públicos o privados.

4.2. Características Socioculturales De Los Pacientes Que Utilizan La Sala De Hospitalización Del Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez

Según el instrumento aplicado a la población objeto de estudio que está

conformado por los pacientes que se encontraban hospitalizados en la sala de hospitalización del Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, se pudo conocer al respecto que estos pacientes poseen edades comprendidas en la escala de 26 a 33 de años, representándose esta en un 64,29 % de la población, mientras que un 28,57 % de la población de pacientes hospitalizados poseen edades comprendidas entre años 18 a 25 y un 7,14 que se representa en pacientes con edades menores de 18 años de edad. En esta oportunidad no fueron adultos mayores, debido a que los presentes no cumplían con los criterios establecidos por el estudio.

Al respecto se puede señalar que la población de beneficiarios están constituida por personas que se encuentran en la etapa del desarrollo cognitivos de la adultez, por lo que se asume que las consecuencias que los conllevan a las diferentes enfermedades y patologías pueden ser motivadas por varias causas, dependiendo de todas las presiones que en la etapa adulta se ven sometida las personas, puesto que vale la pena mencionar que es en esta etapa del desarrollo donde las conductas son asumidas con mayor responsabilidad y compromiso.

De igual forma se puede señalar que un 71,42% de la población de pacientes se encuentra representada por el sexo masculino, el cual equivale a 10 pacientes, mientras que el 28,57% pertenece al sexo femenino, lo cual pudiese obedecer a que la mayor población de la localidad de Punta de Piedras son los masculinos INE (2003) y que también estos representan la mayor cantidad de fuerza productiva de la población, ya que son estos los que diariamente salen a realizar sus tareas laborales cumpliendo con sus jornadas de trabajo, para poder llevar el sustento a sus hogares, mientras que las femeninas en su mayoría asumen su papel de ama de casa, dedicándose a las tareas del hogar, encargándose de manera directa de las labores propias de su ocupación.

En este sentido, se puede mencionar que, en cuanto al ingreso mensual familiar

de los pacientes hospitalizados en el Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, se distribuyen de la siguiente manera:

CUADRO N° 1: Distribucion Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, Su Ingreso Familiar Mensual.Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sanchez, Punta Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008

INGRESOS	F	%
Menos de 512,325 Bs.F	9	64,29
De 512, 325 a 1.024,650 Bs.F	5	35,71
1.024,651 a 1.536,976 Bs.F	0	0
Mas de 1.536,976 Bs.F	0	0
TOTAL	14	100%

Fuente: Datos recopilados por la autora

El ingreso es uno de los indicadores que va a permitir analizar el nivel de vida de una población; según su cuantía podrá satisfacer las necesidades básicas de alimentación, educación, salud, entre otros, sin embargo cada día es más difícil el poder adquisitivo que tienen los grupos de bajos recursos para alcanzar un optimo nivel de vida.

En este sentido, en el cuadro N° 1 se observó que entre el grupo de pacientes entrevistados, el ingreso mensual es menor de 512,325 Bs.F, alcanzando un total de 64,29%. De esto, se puede inferir que el ingreso que ellos perciben esta por debajo o alrededor del salario mínimo actual para el momentos del estudio. La distribución de este ingreso no satisface cabalmente las necesidad básicas como la alimentación, educación, vestido, servicios públicos, salud entre otros, por lo que se supone que el

bajo nivel económico de estos pacientes pueden repercutir en su salud y la de su grupo familiar, puesto que según se puede observar muchos de ellos no cuentan con las posibilidades de costearse un tratamiento médico para el control y prevención de sus enfermedades o patología.

De igual manera, dentro de este marco referencial y de las características de los pacientes de la sala de hospitalización, se logro conocer que, el 57,14% de los hogares de los pacientes tienen un número de integrantes; entre las escalas de 5 a 9 personas, perteneciendo estos a familias nucleares extensas de las que en la actualidad caracterizan a los hogares venezolanos, mientras que un 28,57% de los pacientes poseen un núcleo familiar formado por una cantidad de 1 a 4 personas sobre la cual se puede reflejar la presencia de la planificación familiar, un 7,14% se encuentra en la escala de 10 a 14 y otro 7,14% en la escala de más de 15 personas.

Con respecto al nivel de instrucción de los pacientes hospitalizados se pudo conocer que el 35,71% tienen la primaria incompleta, el 28,57% posee la secundaria incompleta, mientras 14,29% presentan la primaria completa, otro 14,29% tienen el ciclo diversificado completo y un 7,14% cuenta con el ciclo diversificado incompleto.

Lo planteado deja muestra que la gran mayoría de los pacientes hospitalizados poseen un bajo nivel de instrucción, por lo que se infiere tengan mayores privaciones a lo largo de su vida, estando más expuestas a la adversidad social y económica del contexto al cual pertenecen, lo cual pudiese estar infiriendo en el problema de la salud y en el cumplimiento de las indicaciones médicas desencadenando una RMP contraproducente.

Por otra parte, se pudiese relacionar el bajo nivel de instrucción de los pacientes con la concepción que estos tengan con relación a la salud puesto, que según el instrumento se pudo conocer que 85,71% de los pacientes opinan que la salud es una

de las primeras necesidades que se deben cubrir, y posteriormente señalan en un 78,57% que cuando sienten algún problema de salud acostumbran a realizarse o practicar remedios caseros, mientras que un 7,14 señala a su vez que esperan que el malestar mejore por si solo, mientras que un 14,29 señala acudir rápidamente al medico.

Lo planteado deja inferir que estamos ante un grave problema de salud social, debido a que en un porcentaje significativo señalan a la salud como primera necesidad, pero en la práctica no le dedican la atención e importancia que requiere, ya que no acuden a los centros de salud, sino que utilizan otras alternativas. Tal vez uno de las principales fuentes que causan dicha dificultad es el factor económico, el cual no le permite cubrir esta necesidad, debido a que los ingresos son insuficientes, lo que conlleva a dejar a un lado la salud, seguidamente se puede deducir que la ignorancia y la falta de educación así como también la influencia del factor cultura son efectos que agudizan la problemática de salud.

El factor cultura pudiese estar repercutiendo en la atención a la salud de la siguiente manera, puesto que los pacientes repiten conductas propias de sus familiares realizándose remedios caseros, luego después de un tiempo si no ven mejoría acuden al médico cuando la enfermedad ya este avanzada, esperando que su malestar sea aliviado en corto tiempo, transfiriendo así la responsabilidad de sus actos al médico tratante, y originando a su vez insatisfacción por el resultado obtenido, afectando esto de manera directa la RMP.

Todos estos elementos evidencian en definitiva la importancia que juegan en la RMP, entendiendo que la RMP se desarrolla en un contexto determinado por lo que esta sujeta a las características socioculturales que realmente posean los participantes.

4.3. Elementos Que Influyen En La RMP

La RMP es un elemento de vital importancia para el desarrollo de la atención médica por lo que se debe considerar en la intervención para la salud la interacción entre el médico y el paciente como vínculo que denote un hilo conductor por medio del cual se logre garantizar el éxito y fiel cumplimiento del tratamiento recomendado.

En este sentido, es que la RMP ha sido considerada el acto central de la intervención clínica y el escenario principal de la medicina más allá de los conocimientos científicos y desarrollos tecnológicos básicos para la práctica médica e imprescindible en la formación del médico y demás profesionales de la salud.

Dentro de este orden de ideas, vale la pena presentar el siguiente cuadro donde se hace referencia a la opinión que dan los pacientes cuando se les preguntaba cuales eran los elementos que consideraban estaban presentes en la RMP establecidos durante su estadía en el Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez.

CUADRO N° 2: Distribución Absoluta De Los Pacientes Hospitalizados Según, Elementos Que Se Encuentran Presente Durante La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008

ASPECTOS	F
Solidaridad	3
Comunicación	5
Responsabilidad	11
Desconfianza	3
Satisfacción	8
Insatisfacción	3

Fuente: Datos recopilados por la autora

Nota: Pregunta de respuestas múltiples.

Según el cuadro presentado se puede señalar que los pacientes señalaron que uno de los principales elementos que influyen en la RMP es la responsabilidad de ambas partes, puesto que ellos consideran que el médico siempre trata de cumplir con sus tareas y brindar atención a los pacientes a pesar del gran problema del déficit de médicos que presenta el recinto y ellos como pacientes tratan en lo posible de explicarles con exactitud sus padecimientos, en función de facilitar la obtención de un diagnóstico efectivo y certero, responsabilizándose al mismo tiempo por seguir las indicaciones del médico en lo posible, siempre y cuando este no se vea afectado por su situación económica que limita en gran medida el financiamiento de los tratamientos, debido a que en algunas oportunidades son muy costosos.

En este sentido, va la pena mencionar que otro de los elementos señalados por los pacientes influyentes en la RMP establecida es la satisfacción que estos sienten por la atención brindada de parte de los galenos, quienes a pesar de las múltiples

limitaciones que tienen, la práctica médica en el hospital, tratan en la medida posible de siempre mantener activo el servicio de hospitalización y nunca dejarlo solo, aunque son sólo tres médicos los que se encuentran disponibles, no siendo el número suficiente para cubrir la demanda de la sala en cuestión, afectando esto la RMP establecida.

Otro de los elementos señalados como influyente es la comunicación, puesto que se menciona que los médicos explican de manera sencilla y clara a los pacientes las indicaciones del tratamiento y las enfermedades o patologías presentadas y la misma información es captada por ellos sin muchos problemas, aunque en muchas oportunidades los pacientes se sienten cohibidos según lo expresaron, porque el médico suele utilizar algunos términos muy técnicos que no son comprendidos en su totalidad durante el discurso (no en todos los casos).

En este mismo orden de ideas, se debe mencionar que algunos pacientes señalan que dentro de la RMP se ve presente la solidaridad por parte del personal médico al ejercer sus tareas, señalando que trabajan con empatía, poniéndose en muchas oportunidades en lugar del paciente y tratando de hacerles las cargas más llevaderas.

Así mismo, se obtuvo como respuesta que otro de los elementos que influyen en esta relación es la desconfianza y la insatisfacción, sustentándose estas respuesta en la opinión de pacientes que sostienen que no se sienten a gusto con la forma como son atendidos y como se les suministran los medicamentos, así como el tipo de medicamento tan costosos que a veces suelen medicarles y que no los ofrece el hospital, otros señalan que las apariencias de los médicos no les agrada se ven muy jóvenes e inexpertos por lo que prefieren sus recetas tradicionales y remedios caseros.

En este sentido, vale la pena mencionar, que según la opinión de los pacientes

expresaron en un 100% que los elementos más importantes con que deben cumplir para mantener la RMP es la responsabilidad y el respeto de ambas parte tanto médicos como pacientes, puesto son características muy relevantes que denotan que todo tipo de relación se lleve a cabo de manera positiva y satisfactoria.

Según el criterio de los médicos se presenta a continuación el siguiente cuadro, donde se señala cuales son los elementos que ellos consideran influyen en la RMP:

CUADRO N° 3: Distribución Absoluta De Los Médicos Según Elementos Que Se Encuentran Presente En La Relación Con Los Pacientes Hospitalizados. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008

ELEMENTOS	F
Solidaridad	1
Responsabilidad	3
Satisfacción	0
Información (comunicación)	3
Desconfianza	0
Insatisfacción	0
Otros: Empatía	1

Fuente: Datos recopilado por las autora.

Nota: Pregunta de respuestas múltiples.

Con relación a este cuadro, se puede evidencia que el 100% del personal médico que labora en el Hospital Dr. Armando Mata Sánchez, opinan que el elemento más influyente en la RMP es la responsabilidad, pues se esta tratando con vidas humanas, lo que implica compromiso hacia el paciente como ser humano en todos los actos, pues señalan que así se evidencia la dedicación y el grado de vocación que

posee el profesional. Así como también, permite poner a prueba el interés del paciente para mejorar su estado de salud, puesto que estos sostienen que si las dos partes constantemente cumplieran con este elemento la atención e intervención clínica siempre fuese de calidad y los resultados dejara gran satisfacción.

También se puede señalar que los médicos mencionan que otro elemento influyente en la RMP es la comunicación, puesto que por medio de este proceso se obtiene confianza en el vinculo establecido, lo cual mejora la atención terapéutica, pudiendo facilitar el proporcionar y recibir informaciones relevantes sobre el estado de salud del paciente, para así suministrar tratamientos apropiados en la atención de los diversos casos que se atienden, observándose así que estos le dan importancia a el proceso de comunicación como canal que les permita cumplir con sus tareas.

El personal médico también señala que existen otros elementos como la empatia y la solidaridad que influyen de manera decisiva en la RMP, puesto son cualidades humanas que no se deben obviar, porque ellos sostienen que están trabajando con personas y que esto es lo que hace realmente complejo el accionar medico.

4.4. La Comunicación En La RMP

La comunicación es uno de los procesos más importantes que el ser humano emprende, puesto que con ello logra transmitir lo que desee y ser entendido, por lo que su aplicación en cualquier área es de suma importancia, y más aún cuando de salud se trata, puesto que este proceso llega a convertirse en elemento fundamental para que el médico y el paciente puedan realizar su actuación de manera positiva y satisfactoria.

Al respecto a este apartado se presenta el siguiente cuadro donde los pacientes

señalan cual es el tipo de comunicación que se practica en la RMP del centro estudiado, en la cual han participado durante su estadía en la sala de hospitalización del centro de salud de la localidad de Punta de Piedras.

CUADRO N° 4: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes hospitalizados Según, Definición De La Comunicación En La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sanchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Neva Esparta 2008.

DEFINICION – COMUNICACIÓN	F	%
Unidireccional	2	14,29
Bidireccional	12	85,71
TOTAL	14	100%

Fuente: Datos recopilado por las autora.

Con relación a este proceso, se pudo conocer por medio del instrumento aplicado como se observa, que dentro del Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, las RMP que se establece se da por medio de una comunicación bidireccional señalando esto un 85,71 % de la población de pacientes, puesto que el galeno para intervenir inicia un diálogo donde el paciente se siente cómodo y plantea todo lo que considera necesario sin muchos temores, generándose de esta manera una interacción y retroalimentación mutua, de contraposición un 14,29% de la población de los pacientes señalan que la comunicación se da de forma unidireccional porque los médicos muy poco establecen diálogo y toman las decisiones sobre sus tratamientos sin tomarlos en cuenta.

En este mismo sentido, los pacientes señalan que el proceso comunicativo que establecen con el personal médico del hospital es de fácil comprensión, puesto que el lenguaje utilizado es claro y sencillo, permitiendo así concebir e internalizar lo que le

trasmite el médico, esto lo señala un total de 71.43% de la población, mientras que un 28,57 plantea que casi siempre es entendida la información, puesto que algunas veces trae confusiones, porque el galeno utiliza términos no conocidos por el paciente.

CUADRO N° 5: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, Utilidad Del Diálogo. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008.

UTILIDAD DEL DIÁLOGO	F	%
Siempre	10	71,43
Casi Siempre	4	28,57
A Veces	0	0
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	14	100%

Fuente: Datos recopilados por la autora

En este orden de ideas, los pacientes señalan en un 71,435 que el diálogo que utiliza con su médico le permite llevar a cabo una buena RMP, así como también mencionan que el mismo es de gran utilidad para aclarar las dudas que les suscitan de su enfermedad o patología, puesto que sostienen que el médico tratante hace todo lo posible porque las informaciones suministradas sean entendidas repitiendo la explicación si lo fuese necesaria en algunas oportunidades. Mientras que un 28,57 plantea que el dialogo que establece con su médico tratante no los satisfacen por completo, pues algunas veces quedan con dudas debido a que se emplean términos desconocidos por lo que eso limita la comunicación en algunos momentos y por ende a la RMP.

A continuación se presenta el siguiente cuadro en el cual se representa la

opinión de los pacientes en cuanto si existe la presencia de elementos obstaculizantes del proceso comunicativo:

CUADRO N° 6: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, La Presencia De Elementos Obstaculizantes En La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008

ELEMENTOS OBSTACULIZANTES	F	%
SI	5	35,71
No	9	64,28
TOTAL	14	100%

Fuente: datos recopilados por la autora.

Vale la pena señalar que algunos pacientes según lo refleja el cuadro, mencionaron en un 64,28% que el proceso comunicativo que es llevado a cabo entre ellos y sus médicos tratantes se desarrolla de manera efectiva y eficiente, puesto que no se han presentado elementos obstaculizantes que pudiesen interferir en el proceso, mientras que un 35,28% señalan que durante sus encuentros comunicativos si se han presentado elementos obstaculizantes del proceso en cuestión, puesto que muchas veces los términos adoptados por el médico no son de fácil entendimiento, así como también en algunas oportunidades los médicos tienen que suspender e interrumpir el momento de pasar revista, porque llega algún caso por emergencia y no hay quien cubra esa eventualidad, también se conoció que en algunas ocasiones durante la consulta el médico tratante atiende llamadas telefónicas o escriben mensajes de textos, lo que distorsiona el proceso, ocasionando desconfianza, falta respecto y seriedad al encuentro.

Desde la óptica de los galenos estos definen en un 100% que el tipo de comunicación que establecen es de tipo bidireccional, puesto que consideran que por

medio del proceso comunicativo pueden fortalecer su intervención profesional y causar un mejoramiento positivo en la realidad inicial del paciente. Dicho planteamiento se refuerza en el siguiente cuadro donde estos emiten sus opiniones con respecto a como evalúan la información que ellos suministran y su grado de comprensión.

CUADRO N° 7: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Médicos Según, Información De Fácil Comprensión Para Los Pacientes. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta2008.

INFORMACION DE FACIL COMPRENCIÓN	F	%
Si	3	100
No	0	0
TOTAL		100%

Fuente: Datos recopilado por la autora

En el presente cuadro se plantea la opinión de los médicos donde estos señalan en un 100% que la información que ellos suministran a sus pacientes mediante su proceso comunicativo es entendida por estos, puesto que ellos alegan que tratan de ser lo más explícitos que se pueda utilizando un lenguaje claro y sencillo que sea comprendido. En este mismo sentido, vale la pena señalar el siguiente cuadro, donde se plasma la opinión de los médicos en cuando a si el proceso de comunicación en que estos practican le permite establecer una RMP.

CUADRO N° 8: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Médicos Según, La Comunicación RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nuevaesparta 2008.

COMUNICACIÓN RMP	F	%
Si	3	100
No	0	0
TOTAL		100%

Fuente: Datos recopilado por la autora

De acuerdo a lo observado los médicos respondieron tajantemente que su proceso comunicativo le permite una buena RMP, puesto que consideran que por medio del diálogo se establece un vínculo de interacción con el paciente que le proporciona lograr un clima de confianza para poder tener una intervención acorde a los resultados esperados con miras al restablecimiento de la salud del pacientes, asimismo estos en un 100% expresaron que el diálogo establecido, les permite aclarar dudas con relación a las enfermedades y patologías presentadas por los paciente así como también le permite suministrarles informaciones relevantes al paciente concerniente a su tratamiento y veracidad en cuanto a su estado de salud.

Los médicos señalan en su plenitud (100%) que consideran la comunicación como una herramienta de vital importancia para su intervención profesional, pues por medio de este proceso se hacen participe de un acto de interacción con sus pacientes, destinado en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico, incidiendo de forma significativa en los resultados en el proceso de curación y por consiguiente de satisfacción del paciente y del médico.

4.5. Expectativas Y Satisfacciones De Los Pacientes En La RMP

Las expectativas y satisfacciones son elementos claves, que en muchas oportunidades son utilizados como mecanismos, por medio del cual se establecen evaluaciones sobre cualquier proceso o estructura, en el caso propio de la RMP, se pudiese concretar como expectativas lo que el paciente espera del vinculo médico establecido y lo piensa sobre el mismo, y en lo que respecta a la satisfacción, lo que le fue transmitido y valorado por él como algo significativo y positivo en el desarrollo de la RMP:

En cuanto a este apartado vale la pena plasmar el siguiente cuadro en el cual se hace referencia si existía algún tipo de expectativa en el paciente con relación a la RMP que se pudiese establecer durante su estadía en la sala de hospitalización del Hospital Tipo I Dr. Armando Mata Sánchez.

CUADRO N° 9: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, Existencia De Expectativas. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008.

EXISTENCIA DE EXPECTATIVAS	F	%
SI	14	100
No	0	0
TOTAL	14	100%

Fuente: Datos recopilados por la autora

Como se puede evidenciar en el cuadro N° 9 el 100% de los pacientes que para el momento de la aplicación del instrumento se encontraban en la sala de hospitalización señaló que tenían expectativas con relación a la RMP, puesto que habían asistido en oportunidades anteriores por alguno de los otros servicios, en su

mayoría al servicio de emergencia.

Con relación al planteamiento realizado se plasma en el siguiente cuadro donde se dilucidan algunas de las expectativas presentadas y que fortalecen lo antes expuesto:

CUADRO N° 10: Distribución Absoluta De Las Opiniones De Los Pacientes Hospitalizados, Según Cuales Eran Sus Expectativas Antes De La Hospitalización. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta Piedra, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta. 2008.

EXPECTATIVAS ANTES DE LA HOSPITALIZACIÓN	F
Como seria el trato del médico al paciente	8
Suministro de información	7
Insatisfacción	4
Confidencialidad	3
El respeto hacia el paciente	3

Fuente: Datos recopilado por las autora.

Nota: pregunta de respuestas múltiples.

En este sentido se puede conocer cuales son las primeras impresiones del paciente, cuando conoce la decisión de que deberá permanecer por algún tiempo en el recinto médico, por lo que se evidencia que aparte de sus dudas sobre la enfermedad surgen otras interrogantes sobre como se desarrollaran las relaciones con el personal de médicos que cuidará ese tiempo de reclusión su salud, siendo una de las principales dudas sobre cual será el trato recibido por parte del médico tratantes, puesto ya muchos de los pacientes hospitalizados habían utilizado algunos de los otros servicios que oferta el centro de salud y venían con una concepción de que no serian bien atendidos, puesto que en algunas oportunidades se daban cuenta que el

médico se encontraba sobresaturado de trabajo y que los mismo son profesionales muy jóvenes, por lo que presumían eran inexpertos.

Otras de las expectativas surgidas fue como seria llevado a cabo el suministro de información sobre su estado de salud y los tratamientos a ser utilizados, así como también existían los que aun sin utilizar el servicio llegaron pensando que su estadía allí seria de gran insatisfacción por causa del accionar médico, puesto que consideraban que los médicos eran muy jóvenes y no contaban con la experiencia para atender una sala de hospitalización al igual no se sentirían a gusto, debido a las condiciones del hospital, el cual les ofrecía la imagen de no estar en condiciones para brindar este tipo de servicios que requiere mayor atención médica a tiempo completo.

Para esta ocasión algunos de los pacientes también presentaron expectativas con relación a la confidencialidad que tendría que cumplirse sobre su situación de salud y las cosas que el diría que no les gustaría fuese divulgado, otra acotación fue la que hace referencia al respeto que el médico debe profesar por el paciente en calidad de ser objeto de intervención médica.

En función de esto se presenta el siguiente cuadro representativo el cual hace referencia a las expectativas señaladas y su cumplimiento en función de la estadía en el recinto médico:

CUADRO N° 11: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, Cumplimiento De Sus Expectativas. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008.

CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS0	F	%
Si	2	14,29
No	12	85,71
TOTAL		100%

Fuente: Datos recopilado por la autora

Con relación a el cuadro se puede evidenciar que el 85,71% de los pacientes hospitalizados dejan como referencia que sus expectativas no fueron cubiertas y que una vez cumpliendo su estadía médica en el lugar pudieron darse cuenta que fueron especulaciones que no se correspondían con la realidad que estaban viviendo en el lugar, pues que a pesar de que realmente existían limitaciones para mantener las RMP estas se daban y se llevaban a cabo de manera armónica, sintiéndose a gusto con los profesionales y el vinculo establecido. Mientras que un 14,29% señalaron que sus expectativas si fueron cumplidas en algunos aspectos, puesto que no se sentían satisfechos en todos los aspectos de las relaciones que se establecieron con los galenos, señalando que habían dificultad en el suministro de información, porque en algunos momentos no entendían las explicaciones del medico.

En este sentido, vale la pena señalar que el 100% de la población de pacientes recluidos en la sala de hospitalización de Hospital Tipo I. Dr. Amando Mata Sánchez, han señalado de manera tajante que si obtuvieron satisfacciones en cuanto a la RMP establecida durante su estadía, lo cual se refleja en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 12: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, Satisfacción RMP. Hospital Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008

SATISFACCION RMP	F	%
Si	14	100
No	0	0
TOTAL		100%

Fuente: Datos recopilado por la autora

En esta ocasión todos los pacientes señalaron en un 100% haber obtenido algún tipo de satisfacción en cuanto a la RMP que se estableció durante la estadía en el recinto, aunque se realizaron algunas salvedades de que no entendían algunos términos utilizados por el galeno, así como también expresaron que el tiempo muchas veces se hacia muy corto para la consulta, debido a la gran demanda del servicio, se concluyó ratificando que las satisfacciones recibidas en el trato del profesional, su forma de expresarse, la empatia por este hacia su paciente y la preocupación en el suministro de medicamentos e informaciones.

4.6. Limitaciones En La RMP

En base a los instrumentos aplicados se puede decir que existen limitaciones que afectan el desarrollo de la RMP, lo cual se refleja en el siguiente cuadro representativo donde los pacientes dan su opinión con relación a este tema:

CUADRO N° 13: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Pacientes Hospitalizados Según, La Existencia De Limitaciones En La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008.

EXISTENCIA DE LIMITACIÓN	F	%
Si	14	100
No	0	0
TOTAL		100%

Fuente: Datos recopilado por la autora

Con relación a esta posición se da a notar que todos y cada uno de los pacientes de la sala de hospitalización reconocen que se presentan fallas en la RMP que residen principalmente en lo que se podrá observar en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 14: Distribución Absoluta De Los Pacientes Según, Limitaciones En La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008.

LIMITACIONES PRESENTES	F
Espacio físico	5
Habilidades comunicativas	6
Deficiencia en número de personal médico	14
Elementos obstaculizantes en el proceso de atención al paciente	1
Tiempo dedicado a la consulta	2

Fuente: Datos recopilado por las autora.

Nota: Pregunta de respuestas múltiples.

En este cuadro se puede apreciar que los pacientes hospitalizados señalaron que una de las limitaciones más fuertes que dificulta el desarrollo de la RMP en el centro

hospitalario específicamente en la sala de hospitalización es la deficiencia del número de personal médico que existe en el hospital, puesto que sólo había para el momento de la entrevista tres médicos que se hacían cargo de la emergencia de niños y adultos, hospitalización, sala de parto y medicina general.

Otras de las limitaciones presentes según los pacientes son las habilidades comunicativas del médico al momento de suministrar algunas informaciones para el paciente, puesto que muchas veces tienen que repetir la información o suscita dudas en éste, porque utiliza términos que no son comprendidos por el paciente quien opta muchas veces por callar, también se menciona como limitación el espacio físico de la sala de hospitalización debido a que es muy pequeño, por lo que se vive una situación de hacinamiento, lo cual origina que en algunos momentos existan interrupciones por parte de los mismos pacientes que comparten la sala o del resto del personal que se encuentra en el espacio, presentándose esto como barreras en el proceso comunicativo.

Se menciona igualmente como limitación para la RMP el tiempo de atención al paciente, el cual en algunas oportunidades limita la interacción que debe darse para propiciar un clima de confianza vital que genere relaciones interpersonales efectivas, también muchas veces el momento de consulta es reducido por que el médico tiene que salir a atender otras emergencias que demandan de atención inmediata.

Así mismo, se mencionan como limitaciones los elementos obstaculizantes en el momento de atención al paciente; como lo son las llamadas telefónicas, muchas veces el médico está atendiendo en la consulta y realiza y atiende llamadas que consumen mucho tiempo, interrupciones continuas en el momento de la atención, debido a que la sala de hospitalización ocupa todo un pasillo donde no hay compartimientos propagándose todo tipo de ruidos.

Con relación a este tema se puede mencionar que el personal médico que labora en el Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, específicamente en la sala de hospitalización también señala que existen limitaciones que afectan dentro del recinto medico la RMP, lo cual se expresa en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 15: Distribución Absoluta Y Porcentual De Los Médicos Según, Existencia De Limitaciones En La RMP. Hospital Dr. Armando Mata Sánchez, De Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008

EXISTENCIA DE LIMITACIONES	F	%
Si	3	100
No	0	0
TOTAL	3	100%

Fuente: Datos recopilado por la autora

Como se puede observar en un 100% de la población asumió el hecho de que existían limitaciones, señalando que la principal de ellas es el déficit en el número de profesionales de la salud, puesto que sólo son tres los médicos que se encuentran presente en el recinto, para atender la sala de hospitalización y otros servicios de forma muchas veces simultaneas y esto incide en el tiempo que pueda ser empleado para la atención de los pacientes. Estos profesionales también señalan como limitantes de la RMP el bajo nivel educativo del paciente y su carga cultural, lo cual incurre directamente en la conducta que el individuo asume para con su enfermedad y tratamiento.

4.7. Sugerencias Para Fortalecer La RMP

Según el cuadro representativo que se muestra a continuación se plantean algunas de las sugerencias aportadas por los pacientes para fortalecer la RMP.

CUADRO N° 16: Distribución Absoluta De Los Pacientes Hospitalizados Según, Sugerencias Para Mejorar La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, Punta De Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008.

SUGERENCIAS	F
Ampliar el espacio físico	5
Mejorar las habilidades comunicativas	3
Aumentar el número de personal médico	14

Fuente: Datos recopilado por las autora.

Nota: Pregunta de respuestas múltiples.

Como se puede observar en el cuadro N° 16, la sugerencia generalizada que es expresada por la población de pacientes fue la de aumentar el número de médicos en el hospital, pues ya que ellos consideran que en este aspecto radican en gran parte muchas de las limitaciones existentes en la RMP y en el servicio prestado en general, otra de las sugerencias mencionadas por los pacientes es la ampliación del espacio físico de la sala de hospitalización y de toda la infraestructura en general, así como también se sugiere mejorar las habilidades comunicativas de los profesionales, puesto que en algunos momentos no son comprendidas por los usuarios.

Desde la óptica del personal médico se plantean las siguientes sugerencias:

CUADRO N° 17: Distribución Absoluta De Los Médicos Según, Sugerencias Para Mejorar La RMP. Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, De Punta Piedras, Municipio Tubores, Edo Nueva Esparta 2008

SUGERENCIAS	F
Aumentar el número de profesionales	5
Dedicar más tiempo a los pacientes	6

Fuente: Datos recopilado por las autora.

De este modo se puede observar que el personal médico sugiere en su totalidad que hay que aumentar el número de médicos para mejorar la intervención al paciente y a su vez la RMP para así dedicar más tiempo en atención a las necesidades clínicas e individuales de cada paciente para así fortalecer la interacción que se propicia y fomentar un clima de confianza.

CONCLUSIONES

El estudio realizado sobre Incidencia de la Relación Médico Paciente en el Servicio que se Ofrece en La Sala de Hospitalización del Hospital Tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”. Punta de Piedras. Municipio Tubores. Estado Nueva Esparta, concluye los siguientes planteamientos:

- Escasez de recursos humanos en cuanto al personal médico, a nivel institucional, para brindar atención a los pacientes que utilizan las instalaciones del hospital, en especial a los pacientes que se encuentran en la sala de hospitalización, pues se debe tomar en cuenta que ésta es una tarea que requiere dedicación y tiempo, así como también para satisfacer con mayor amplitud las necesidades de los pacientes, las cuales deben ser canalizadas por la institución, debido a que los limita no contar con la atención profesional especializada en cuanto a diagnóstico, prevención y tratamiento de cualquier enfermedad o patología, siendo este un aspecto fundamental que obstaculiza la RMP y en el caso propio del vínculo establecido con los pacientes que utilizan el servicio de la sala de hospitalización, representando este el factor principal en las limitación para que la RMP sea satisfactoria para las dos partes (médicos y pacientes).
- Se detectaron problemas en la comunicación que pudiesen estar afectando la RMP; estos problemas comunicativos radican principalmente en que el galeno utiliza en muchos de sus contactos médicos palabras muy técnicas que limitan la comprensión del paciente, obstaculizando la creación de una atmósfera basada en la confianza y comunicación abierta, puesto que el paciente al ocurrir esto se siente cohibido y opta por guardar silencio.
- El bajo nivel de instrucción que presentan los pacientes que acuden con

frecuencia al hospital y en específicos los que utilizan la sala de hospitalización también afecta e influye en la RMP, puesto que este podría ser un elemento que limita la comprensión de las expresiones realizadas por el médico, así como también se pudiese inferir que este factor influye en la forma como el paciente asume su enfermedad y la afronta.

- Existe escaso conocimiento por parte de los pacientes sobre las diferentes enfermedades y patologías que presentan, por lo que asumen en algunos casos una conducta de ignorancia y despreocupación de su estado de salud, tildando las informaciones proporcionadas por el médico como alteradoras y exageradas, siendo este un elemento que también incide en la RMP.
- Se evidenció, que aun cuando el hospital cuenta con un equipo interdisciplinario, (médicos, enfermeros y trabajador social) éste no cumple las funciones del mismo a cabalidad, como producto de la deficiencia de personal en relación al numero de casos por atender, lo cual dificulta en gran medida que se pudiera cubrir las diversas demandas, recayendo el mayor peso en los miembros del equipo, más directamente responsabilizados con satisfacer las expectativas de salud del paciente y sus familiares.
- Dentro del hospital se requiere de la articulación de esfuerzos para activar mecanismos, en función de solucionar sus situaciones problemáticas, a nivel de infraestructura y recurso humano, lo cual sería muy positivo en el desarrollo de la RMP.
- De acuerdo al estudio realizado se pudo evidenciar que existe un alto grado de satisfacción de los pacientes con respecto a la RMP que se desarrolla en el servicio ofrecido en la sala de hospitalización del Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, aunque estos estén claros sobre la existencia de limitaciones que obstaculizan el desarrollo de las RMP dentro del recinto.
- A pesar de las deficiencias presentadas en la RMP como producto de problemas

en la comunicación, el cual no es el proceso más eficiente, por la presencia de factores obstaculizantes. Se pudo evidenciar que el mismo dentro del establecimiento de salud y en específico en la sala de hospitalizaciones, ha proporcionado la existencia de la RMP que ha generado algunas satisfacciones.

- Se puede señalar que los médicos hacen el esfuerzo por mantener un proceso comunicativo que les permita conocer y atender los casos que se les presenta de manera efectivo, pero se detecto la necesidad de fomentar en estos habilidades comunicativas, que les permita tener un acercamiento mucho más efectivo con sus pacientes, en función de ganar más espacios y fortalecer la RMP que se expresan han sido fomentadas.
- Existen elementos que potencializan la RMP, generando un clima de confianza armónico en el que se refleja, sentido de compromiso, honestidad, empatía, tolerancia y cooperación, cuestiones que influyen de manera positiva en el desarrollo de la intervención medica y que designa a su vez la importancia de la RMP.
- Se evidenció a través de esta investigación que el modelo de RMP predominante en la realidad estudiada es el participativo, pues se demostró que la comunicación que se da es bidireccional entre el médico y paciente, de tal manera que se promueve un verdadera comunicación activa entre ambas partes, por lo que están dispuestos a involucrarse con compromiso, en el proceso terapéutico, desde el conocimiento científico y la sensibilidad por parte del médico y desde la responsabilidad madura y propia autonomía del paciente, el cual juega un papel mas activo y responsable.
- La carga cultural que poseen la mayoría de los pacientes también representa en algunos aspectos un elemento limitante del accionar médico, puesto que los pacientes antes de consultar al médico optan por realizarse remedios caseros y asisten solo al centro de salud cuando se dan cuenta que no sanan,

- Según el estudio se determinó que el tiempo empleado por el médico en la atención al paciente recluido en la sala de hospitalización es insuficiente, lo cual puede ser causado principalmente porque el galeno se encuentra sobre saturado de muchas responsabilidades que lo limitan y esto afecta la RMP.
- Aún cuando existe escaso conocimiento por parte de los paciente en relación a las legislaciones existentes que resguardan los derechos y deberes de los paciente, estos tienen presente que la salud es un derecho fundamental, y que el estado esta en la obligación de garantizar la protección a la salud de todos los habitantes del país sin restricción alguna
- En lo que respecta a la prestación de un servicio de calidad, se evidenció que no se concreta en el deber ser establecido en los basamentos legales, debido a limitaciones existentes, en relación al número de personal que labora en el hospital, habilidades comunicativas del médico, espacio físico y el tiempo de atención al paciente, lo que por definitiva obstaculiza el deber ser la RMP.

RECOMENDACIONES

En función del estudio realizado y el análisis de los resultados de la investigación, se hace necesaria la formulación de las siguientes recomendaciones, las cuales podrían optimizar el proceso de la RMP en el Hospital Tipo I. Dr. Armando Mata Sánchez, específicamente en la sala de hospitalización:

- A nivel institucional, el recurso humano debe ser aumentado en función de cubrir más en atención a los pacientes que consultan el servicio de hospitalización, para que así cada profesional pueda dedicar más tiempo en la atención al paciente.
- Desde el área de hospitalización se deben establecer parámetros en base al proceso llevado a cabo para el fortalecimiento de la RMP, concediéndose la importancia que implica este vínculo de interacción y lo beneficioso que sería en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y patologías que presentan los pacientes que utilizan el servicio de hospitalización del centro de salud en cuestión.
- Se deben clarificar dentro del recinto hospitalario cuáles son los derechos y deberes de los pacientes así como los del galeno, para evitar propiciar problemas en las relaciones interpersonales y comunicación entre las partes involucradas, puesto que a veces el paciente considera que el único responsable de su salud una vez hospitalizados en la sala es el médico tratante.
- Se hace necesario fomentar la participación de los pacientes que utilizan la sala de hospitalización en la prevención, diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades y patologías, para así propiciar una toma de conciencia con relación a la salud y sus diversas implicaciones en el desarrollo humano.

- Es necesario que los médicos en formación y los que actualmente se encuentran ejerciendo refuercen las habilidades de comunicación. Debido a que los procesos comunicacionales condicionan la calidad de la RMP. Las habilidades comunicacionales que se deben formar en un médico, como lo son las de diagnosticar, tratar y prevenir, están muy relacionadas con la calidad en la comunicación que se establece, es así que las habilidades comunicativas en la RMP, influyen en mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva, en el nivel de satisfacción del paciente y familiares, en el cumplimiento de los tratamientos y en la eficiencia
- Desde las Universidades y centros de estudios de formación en áreas de salud, se debe tomar en consideración como aspecto determinante el proceso de las RMP y difundir entre los estudiantes la importancia de la existencia de este aspecto como potencializador de la acción médica.
- Se recomienda la realización de un diagnóstico participativo con la participación de las dos poblaciones (médicos y pacientes) para conocer desde las diferentes ópticas las fortalezas y debilidades presentes en la RMP, en función de esto realizar acciones en conjunto encaminadas a canalizar la situación problema.
- El personal médico tiene que al momentos de cubrir la atención al paciente que se encuentre en la sala de hospitalización prestar atención, no utilizando elementos distorcionantes que afecten la RMP, puesto que el accionar médico implica seriedad y compromiso y esto debe ser transmitido al paciente para que se sienta seguro y en confianza.
- Es necesario que se consolide un equipo de salud integrado por Médicos, Enfermeros (a) y Trabajador Social, que puedan darle un enfoque multidisciplinario a la RMP.

BIBLIOGRAFIA

Textos

ANDER EGG, E. (1982). Metodología del Trabajo Social. Barcelona – España.
Ateneo S.A.

ANDER EGG, E. (1989). Técnicas de Investigación. Buenos Aires: Humanitas.

ARIAS, F. (1999). El Proyecto de Investigación. Caracas. Episteme.

ARUGATE M; (2000). La Relación Médico Paciente. Madrid

BORROTO, R. (2005). Modelos Comunicacionales. México: Trillas

CARRERA JM, (2003:) Problemas Actuales en la RMP. La Habana: Centro Félix
Rivas.

FERNANDEZ, A. (1996). Habilidades Comunicacionales. Barcelona: URANO.

GAMINDE, I. (1998). Los Derechos de los Ciudadanos. España: SESPAS.

GOIC, G. (2004). Grandes Médicos Humanistas. Santiago de Chile: Prefacio

GOMEZ, C. (1999). La Salud en Venezuela. Caracas. Fases.

GONZALEZ, L. (1993). Innovación a la Educación Universitaria en América

Latina. Santiago de Chile: CINDA

GONZALEZ, R. (1997). **La Dimensión de la Relación Medico Paciente.** La Habana: Centro Félix Rivas.

GONZALEZ, R. (2005). **Humanismo Espiritualidad y Ética en la Atención a la Salud.** La Habana: Editora Política.

GRACIA, D. (1998). **Fundamentacion y Enseñanza de la Bioética.** Colombia: Santa Fe de Bogota.

KISNERMAN, N. (1983). **Salud Publica y Trabajo Social.** Buenos Aires: Humanitas.

OTTELA, J. (1995). **El Futuro de la Enseñanza de la Medicina.** UCV. Escuela de Medicina.

JALVO, V. (1999). **La Comunicación Eficaz** Barcelona: URANO.

JANNE, H. (1993). **La Educación en un Umbral XXX.** UNESCO: CRESAL

MACWHINNEY, Y. (1996). **Comunicación Medico Paciente en Medicina Familiar.** La Habana: Doyma.

MOROS, C. (2000). **El Futuro de la Enseñanza de la Medicina Universitaria.** Caracas. Fases.

RAMÍREZ S, (2007). **La RMP y las Escuelas de Medicina.** Buenos Aires: Humanitas.

RODRÍGUEZ, G. (2004). Antropología y Cultura Medica Contemporánea.
Ecuador: Loja

RODRÍGUEZ, Y (2004). Relación Medico Paciente y Practica Medica. Santiago
de Chile: Andros

RUIZ, M. (2002). Evolución del Perfil Comunicacional de los Médicos. Buenos
Aires: Humanitas.

SABINO, C. (1990). Como Hacer Una Tesis. Caracas: Panaupa.

SABINO, C. (1986). El Proceso de la Investigación. Caracas: Panamo.

SABINO, C. (1986). Los Caminos a la Ciencia: Una Introducción al Método Científico. Caracas: Panapo.

TAMAYO Y TAMAYO. (1998). Metodología Formal de la Investigación Científica. México. Limusa.

ZAMBRANO, M. (2006). Medicina y Calidad En Salud. Caracas. Episteme .

Trabajos de Grado

CAMPERO. (1998). Calidad Pedagógica Entre Médicos y Pacientes en Consultas Externas en el Hospital dr. Manuel Núñez Tovar, Maturín, Edo Monagas.

Documentos Legales

CODIGO DE DEONTOLOGIA MEDICA .Aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas el 20 de marzo de 1985

CONSTITUCION BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Gaceta Oficial N ° 36860, Diciembre 30 de 1999.

LA LEY ORGÁNICA DE SALUD , Gaceta Oficial N° 36.579, Noviembre 11 de 1998.

LEY DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA, Gaceta Oficial N° 3.002, Caracas, Agosto 23 de 1982.

Documentos De Internet

CARRERA, J (2006). **Evolución de la Relación Medico Paciente**. Disponible en: <http://www.monografias.com>.

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYSA, PERÚ Disponible en: <http://www. Identes.terre.com.pe>

LA LEY ORGÁNICA DE SALUD , Disponible en: <http://www.derechos.org.ve>

SENRA. (2001). **Estudio Descriptivo de la Comunicación Medico Paciente Como Para de la Formación Ética Profesional de los Estudiantes de Medicina**. Disponible en: <http:// www.monografias.com>

REVISTA DE FACULTA DE MEDICINA; UNIVERIDAD DE LOS ANDES.

Disponible en: <http://www.saber.ula.ve>.

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ DE ALICANTE. Disponible en:

<http://www.gironicali.es>.

Folletos, Revistas, Trabajos Publicados, Material, Mimografiados Y Otros

BOHORQUES, F. (2006). El **Dialogo Como Mediador en la Relación Medico**
Paciente: Revista Electrónico de Red Comunicativa.

ANEXOS

**Universidad de Oriente.
Núcleo de Sucre.
Escuela de Ciencias Sociales.
Departamento de Trabajo Social.**

Estimado:

Paciente hospitalizado en el Hospital tipo I “Dr. Armando Mata Sánchez.”

Me dirijo a usted con el fin de solicitar su colaboración, que consiste en responder en forma completa y con absoluta franqueza, las preguntas formuladas en el presente instrumento de estudio. La información que se obtendrá ayudará lograr la meta trazada en cuanto a la elaboración y culminación de mi trabajo de grado; requisito para optar al título de licenciado en Trabajo Social.

Cabe destacar que la información que usted aportará será manejada de manera estrictamente confidencial y anónima.

Incidencia de la Relación Médico Paciente en el servicio que se ofrece en la sala de hospitalización del Hospital Tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”. Punta de Piedras. Municipio Tubores. Estado Nueva Esparta, 2008

Fecha:

Encuestador:

Nº de encuesta:

1.- Edad:

Menos de 18 años_____ 18 a 25 años_____

26 a 33 años_____ Más de 33 años _____

2.- Sexo:

Femenino_____ Masculino_____

3.- ¿Cuál es tu ingreso familiar mensual?

Menos de 512.325 Bs. F._____ 512.325 a 1.024.650. Bs. F._____

1.024.6514. a 1.536.976 Bs. F._____ Más de 1.536.976 Bs. F._____

No contesto_____

4.- ¿Cuántas personas viven en tu hogar?

1 a 4_____ 5 a 9_____

10 a 14_____ Más de 15_____

5.- ¿Qué nivel de instrucción tiene usted?

1) Primaria incompleta ____ completa_____

2) Secundaria incompleta ____ completa_____

3) Diversificado incompleta____ completa_____

4) Superior incompleta_____ Completa_____

6.- La salud es para usted:

Una de las primeras necesidades_____ Elemento secundario para su vida_____

Tema de gran relevancia_____

Otro(esp.)_____

7.- Cuando usted presenta algún problema de salud acostumbra a:

Realizarse remedios caseros_____ Acude con brevedad al médico_____

Espera que sane por si solo_____

Otro

(esp.)_____

8.- En la relación médico paciente que ha establecido usted durante su periodo de hospitalización con su medico tratante ¿Cuáles de estos factores considera que se encuentran presentes?

Solidaridad_____ Información (comunicación)_____

Responsabilidad_____ Desconfianza_____

Satisfacción_____ Insatisfacción_____

Otro (esp.)_____

9.- De acuerdo su respuesta por favor justifíquela

10.- ¿Cómo definirías la comunicación que se maneja en la relación medico- paciente en la cual tu participas?

Unidireccional_____ Bidireccional_____

Otra (esp.)_____ No contestó_____

11. -¿La información suministrada por su médico tratante es de fácil comprensión para usted?

- 1) Siempre_____
- 2) casi siempre_____
- 3) A veces_____
- 4) Casi nunca_____
- 5) Nunca_____

12. -¿La forma de comunicación utilizada por el médico le permite una buena relación médico paciente?

- 1) Siempre_____
- 2) casi siempre_____
- 3) A veces_____
- 4) Casi nunca_____
- 5) Nunca_____

13.- ¿El dialogo que mantiene usted con su medico, le es de utilidad para aclarar dudas con respecto a su estado de salud?

- 1) Siempre_____
- 2) casi siempre_____
- 3) A veces_____
- 4) Casi nunca_____
- 5) Nunca_____

14.- En la comunicación establecida durante su relación medico paciente ¿Se han presentado elemento obstaculizantes del proceso?

Si_____ No_____

15.- Justifique su respuesta, de acuerdo a su selección.

16.- ¿Tenía usted algún tipo de expectativa al respecto de la relación médico paciente establecida en el recinto de salud antes de su hospitalización?

Si_____ No_____

17.- De ser positiva su respuesta, ¿Mencione sus expectativas?

18.- Según sus expectativas y su estadía en el recinto ¿estas han sido cubiertas?

Si_____ No_____

19.- Justifique

20.-¿Según su estadía en el recinto ha sentido algún tipo de satisfacción?

Si_____ No_____

21.- Justifique su respuesta, de acuerdo a su selección.

22.-¿Considera usted que existen limitaciones en el desarrollo de la relación médico paciente? A los médicos

Si_____ No_____

23.- Justifique su respuesta, de acuerdo a su selección.

24. -¿Considera usted que se debería fortalecer la relación medico paciente? A los médicos

Si_____

No_____

25.- De ser positiva su respuesta. ¿Qué sugerencias daría?

Universidad de Oriente.
Núcleo de Sucre.
Escuela de Ciencias Sociales.
Departamento de Trabajo Social.

Estimado:

Personal médico del Hospital tipo I “Dr. Armando Mata Sánchez.”

Me dirijo a usted con el fin de solicitar su colaboración, que consiste en responder en forma completa y con absoluta franqueza, las preguntas formuladas en el presente instrumento de estudio. La información que se obtendrá me ayudará lograr la meta trazada en cuanto a la elaboración y culminación de mi trabajo de grado; requisito para optar al título de licenciado en Trabajo Social.

Cabe destacar que la información que usted aportará será manejada de manera estrictamente confidencial y anónima.

Incidencia de la Relación Médico Paciente en el servicio que se ofrece en la sala de hospitalización del Hospital Tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”. Punta de Piedras. Municipio Tubores. Estado Nueva Esparta, 2008

Fecha:

Encuestador:

Nº de encuesta:

1.- ¿A que estrato social pertenecen los pacientes que en su mayoría son atendidos por usted durante hospitalización?

Clase social baja_____ Clase social Alta_____

2.- En la relación que usted como profesional de la salud establece con sus pacientes hospitalizados ¿Cuáles de estos factores considera que se encuentren presentes?

Solidaridad_____ Información (comunicación)_____

Responsabilidad_____ desconfianza_____

Satisfacción_____ Insatisfacción_____

Otro (esp.)_____

3.- De acuerdo a su respuesta por favor justifique

4.- ¿Cómo definirías la comunicación que se maneja en la relación medico- paciente en la cual tu participas?

Unidireccional_____ Bidireccional_____

Otra (esp.)_____ No contestó_____

5.- ¿la información que usted suministra a sus pacientes es de fácil comprensión para él?

Si_____ No_____

6.- Justifique su respuesta, de acuerdo a su selección.

7. -¿La forma de comunicación utilizada por usted hacia su paciente le permite una buena relación médico paciente?

Si_____ No_____

8.- Justifique su respuesta, de acuerdo a su selección.

9.- ¿El diálogo que mantiene usted con su paciente, le es de utilidad para aclarar dudas con respecto a su estado de salud?

Si_____ No_____

10.- Justifique su respuesta, de acuerdo a su selección

11.- Usted como profesional de la salud, ¿Le da importancia al proceso de comunicación dentro del escenario de las relaciones medico paciente?

Si_____ No_____

12.- Justifique su respuesta, de acuerdo a su selección

13.- En la comunicación establecida durante su relación médico paciente ¿se han presentado elemento obstaculizantes en el proceso?

Si_____ No_____

14.- De ser positiva su respuesta, ¿cuales?

16.-¿Considera usted que existen limitaciones en el desarrollo de la relación medico paciente? A los médicos

Si_____ No_____

17.- Justifique su respuesta, de acuerdo a su selección.

18. -¿Considera usted que se debería fortalecer la relación médico paciente? A los médicos

Si_____

No_____

19.- De ser positiva su respuesta. ¿Que sugerencias daría?

HOJA DE METADATOS

Título **Incidencia De La Relación Médico Paciente En El Servicio Que Se Ofrece En La Sala De Hospitalización Del Hospital Tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”. Punta De Piedras. Municipio Tubores. Estado Nueva Esparta, 2008.**

Autor (es):

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail
	CVLAC
Gonzalez Marnelys	e-mail

Palabras o frases claves:

Relación Medico Paciente (RMP), médico, paciente, comunicación, satisfacción.

HOJA DE METADATOS PARA TESIS Y TRABAJO DE ASCENSO- 2/5

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias Sociales	Trabajo Social

Resumen (abstracto):

El objetivo principal de este trabajo de investigación fue Analizar la Incidencia de la Relación Médico Paciente en el Servicio que se Ofrece en la Sala de Hospitalización del Hospital Tipo I “Dr. Armando Mata Sánchez.” de Punta de Piedras. Municipio Tubores. Estado Nueva Esparta, 2008, desde un punto de vista metodológico se desarrolló un diseño que se enmarco bajo la modalidad de campo, con un nivel analítico. El instrumento realizado por la investigadora para recabar la información de los pacientes hospitalizados y del personal médico del hospital fue una entrevista estructurada. En la investigación se obtuvo como resultado relevante que aunque dentro del recinto hospitalario se lleve a cabo la RMP, ésta se ve interferida por múltiples aspectos que limitan el proceso como, bajo nivel educativo del paciente, déficit de médicos que atienden en la sala de hospitalización, tiempo dedicado al paciente, falta de habilidades comunicativas, así como también el factor cultural y lo reducido del espacio físico. Entre las conclusiones más resaltantes se pueden señalar que existe un alto grado de satisfacción de los pacientes con respecto a la RMP que se desarrolla en el servicio ofrecido en la sala de hospitalización del Hospital Tipo I Dr. Armando Mata Sánchez, aunque estos estén claros sobre la existencia de limitaciones que obstaculizan el desarrollo de las RMP dentro del recinto.

HOJA DE METADATOS PARA TESIS Y TRABAJO DE ASCENSO- 3/5

Contribuidores:

Apellidos y Nombres

Rol / Código CVLAC / e-mail

Rol
CVLA
e-mail
e-mail

CA AS TU JU

Rol
CVLA
e-mail
e-mail

CA AS TU JU
5.162.987

Rol
CVLA
e-mail
e-mail

CA AS TU JU

Rol
CVLA
e-mail
e-mail

CA AS TU JU
8.425.078

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

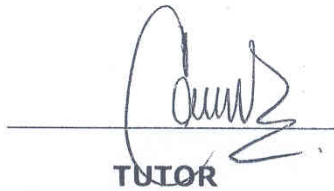
Lenguaje: Spa

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/5

Derechos:

Yo Marnelys González como autora intelectual de esta tesis le doy el derecho a la Universidad de Oriente para divulgar esta tesis siempre y cuando resguardando la patente de industria y comercio si se diera el caso


AUTOR


TUTOR


JURADO 1


JURADO 2

POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS:

