



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSTGRADO**

**TESIS**

**“RESPECTO A LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO  
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REFERENCIAL DOCENTE  
TUMÁN, 2015”**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAGISTER**

**EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORA:**

**Br. ALICIA NIETO IDROGO**

**ASESORA:**

**Dra. CARMEN GRACIELA ARBULÚ PÉREZ VARGAS**

**LINEA DE INVESTIGACIÓN:**

**CALIDAD DE LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES**

**CHICLAYO – PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por ser mi guía y apoyo espiritual.

A mis padres Segundo Adriano y María Celinda, de quienes he recibido aliento constante y he aprendido que quien persevera alcanza.

A mi hijo Adrián Gabriel, por ser mi razón de vivir y que es por él mi lucha constante.

A mi hermano Humberto, por su apoyo incondicional.

A mi amado David, compañero, amigo y padre de mi hijo, por ser mi apoyo poniendo su hombro para no desfallecer.

**Alicia**

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres; por su apoyo incondicional, la confianza en mi persona y la enseñanza de los valores éticos y morales.

Al Hospital Referencial Docente Tumán, con su director el Dr. Luis Fenco Silva, por la oportunidad que me brindó para realizar este trabajo de investigación en su hospital.

Al personal del Hospital Referencial Docente Tumán, por su apoyo, confianza y consejos, en especial al Lic. en Obstetricia David Pineda, a quién le debo su dedicación en la enseñanza de las herramientas fundamentales de la investigación.

A la Dra. Carmen Arbulú Pérez Vargas, por la confianza en mi trabajo y por su capacidad para discernir siempre los aspectos positivos de las experiencias diarias y su transmisión de la búsqueda del concepto de perfección en la tarea investigadora.

A la Universidad César Vallejo, Escuela de Postgrado, por abrirme las puertas de la enseñanza a nuevos conocimientos para formarme como magister.

**Alicia**

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Alicia Nieto Idrogo egresado (a) del Programa de Maestría (x) Doctorado ( ) en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo SAC. Chiclayo, identificado con DNI N° 16664374

### DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor (a) de la tesis titulada: **“RESPECTO A LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REFERENCIAL DOCENTE TUMÁN, 2015”**. La misma que presento para optar el grado de: Magíster en Gestión de los Servicios de la Salud.
2. La tesis presentada es auténtica, siguiendo un adecuado proceso de investigación, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Así mismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse algún tipo de falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo S.A.C. Chiclayo; por lo que, LA UNIVERSIDAD podrá suspender el grado y denunciar tal hecho ante las autoridades competentes, ello conforme a la Ley 27444 del Procedimiento Administrativo General.

Pimentel, 30 de Enero de 2016

Firma

Nombres y apellidos: Alicia Nieto Idrogo

DNI: 1664374

## PRESENTACION

A los señores miembros del Jurado:

La **Br. ALICIA NIETO IDROGO**

En cumplimiento a las normas del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, para obtener el Grado de **MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD.**

Presenta la Tesis Titulada **“RESPETO A LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REFERENCIAL DOCENTE TUMÁN, 2015”**, con la finalidad de Evaluar si los derechos de los usuarios que acuden al servicio de Emergencia del Hospital referencial Docente Tumán, área de Observación, son respetados por el personal de salud.

En el trabajo mencionado se describen los resultados de la encuesta aplicada a un grupo de usuarios con el fin de determinar si se respetan los derechos de los usuarios del servicio de salud que acuden al establecimiento y se presentan en sus tablas respectivas

Señores miembros del jurado esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

Atentamente.

La autora

## ÍNDICE

CONTENIDO	PAGINA
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de autenticidad	iv
Presentación	v
Índice de contenidos	vi
Índice de Tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	10
<b>CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	11
1.1. Descripción del problema	12
1.2. Formulación del problema	18
1.3. Objetivos de la Investigación	18
1.4. Justificación	19
1.5. Limitaciones del estudio	19
<b>CAPITULO II: MARCO DE REFERENCIA</b>	21
2.1. Marco teórico	22
2.2. Marco conceptual	29
2.3. Antecedentes del Problema	32
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA</b>	35
3.1. Categorías de estudio	36
3.2. Grupo de estudio	37
3.3. Tipo y diseño de investigación	37
3.4. Métodos de investigación	37
3.5. Diseño de Técnicas de recolección de información	38
3.6. Técnicas de análisis	39
<b>CAPITULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	40
4.1. Presentación de resultados	41
4.2. Discusión de resultados	42
<b>CONCLUSIONES</b>	60
<b>RECOMENDACIONES</b>	61
<b>REFERENCIAS</b>	62
<b>ANEXOS</b>	69

## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA</b>		<b>PAGINA</b>
TABLA N° 1	Respuestas a la pregunta N°1	44
TABLA N° 2	Respuestas a la pregunta N°2	46
TABLA N° 3	Respuestas a la pregunta N°3	49
TABLA N° 4	Respuestas a la pregunta N°4	50
TABLA N° 5	Respuestas a la pregunta N°5	52
TABLA N° 6	Respuestas a la pregunta N°6	54
TABLA N° 7	Respuestas a la pregunta N°7	55
TABLA N° 8	Respuestas a la pregunta N°8	57
TABLA N° 9	Respuestas a la pregunta N°9	58
TABLA N° 10	Respuestas a la pregunta N°10	61

## RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó en el Hospital Referencial Docente Tumán de la Empresa Agroindustrial Tumán S.A.A. con el objetivo de conocer si se respetan los derechos de los usuarios externos que acuden al Servicio de Emergencia; Estudio de tipo cualitativo con el método Etnográfico, mediante la técnica de la entrevista con un cuestionario como instrumento, que constó de dos partes: I) Aspectos Generales (7 preguntas), II) Respeto de los derechos de los pacientes (10 preguntas abiertas), obteniendo los siguientes resultados: No se respetan los derechos de los pacientes respecto a: privacidad, identificación del personal que atiende, información de los procesos y procedimientos, tratamiento, efectos secundarios, derecho a elegir o rehusar un tratamiento o procedimiento, y otros. Asimismo se observó que la mayoría de los pacientes manifestó su decisión de volver al establecimiento de ser necesario. Concluyendo que no existe difusión dentro del establecimiento de la carta de los derechos y deberes del usuario de los Establecimientos de Salud y recomendando que se deben buscar estrategias de difusión dinámicas, atractivas y de fácil comprensión para los usuarios, como los spots publicitarios y la implementación de una página web del hospital, considerando que a mayor información, mayor comprensión, mejor decisión y por ende mayor satisfacción del usuario.

Palabras clave: Derechos del usuario, Respeto de los Derechos, Satisfacción del Usuario, Calidad de atención.



## **ABSTRACT**

The present research study was carried out at Tumán Teaching Referential Hospital of Tuman S.A.A. Agroindustrial Company. With the objective of knowing if the rights of the users eternal who come to the Emergency Service are respected. Qualitative study with the ethnographic method, using the technique of interviewing a questionnaire as an instrument, which consisted of two parts: I) General aspects (7 questions), II) Respect for patients' rights (10 open questions and One of choice), obtaining the following results: Patients' rights with respect to: privacy, identification of personnel attending, information on processes and procedures, treatment, side effects, right to choose or refuse a treatment or procedure, and others are not respected. Also is observed that the majority of the patients expressed its decision of return to the establishment of be necessary. Concluding that there is no diffusion within the establishment of the letter of the rights and duties of the users of Health Establishments and recommending that dynamic, attractive and easy-to-understand dissemination strategies for users, such as advertising spots and implementation Of a website of the hospital, considering that more information, greater understanding, better decision and therefore greater user satisfaction.

Keywords: User rights, Respect for Rights, User Satisfaction, Quality of care.

## INTRODUCCION

Con el avance de la ciencia y la tecnología, el ser humano se ha robotizado a tal punto que el trato personal se va distanciando cada vez más, las personas ya no tienen ese contacto directo que hacía que los individuos interactúen el uno al otro.

No es extraño en la actualidad ver a una persona que se ha vuelto esclava de la tecnología tal punto de dependencia que el uso de los aparatos electrónicos modernos se ha constituido en la prioridad de sus actividades.

El progreso médico ha contribuido a cambiar el punto de vista de los profesionales de la salud, no sólo acerca de lo que debería ser el ejercicio de la profesión, si no también respecto a la enfermedad y el sufrimiento humano. Un profesional de la salud debe siempre interrogarse de cuál debe ser su comportamiento en sus concretas actuaciones. Debe establecer siempre los criterios, los principios, los puntos de referencia, los fines y las consecuencias. Es un reto inacabable el primado ético de su comportamiento profesional. Si el comportamiento médico sanitario incide en la ética es porque afecta al ser humano y por ello la ética tiene la última palabra. Toda decisión técnica recae siempre en el ser humano, en un ser digno y libre (Arroyo F., 2012).

Desde siempre, la relación del profesional de la salud con paciente se ha llevado de manera personal, afectuosa y confidencial o privada. La necesidad de llevar los servicios médicos a todos, el desarrollo de nuestra estructura social y el avance de tecnología médica compleja, llevaron al ámbito de esta relación bipolar a otros numerosos actores intermediarios, transformando la relación entre ambos en una en la que los médicos y los pacientes ocupan los extremos, cada día más distantes (C.M.N.D.D.H, 2014).

Realizar esta investigación fue necesaria para conocer in situ una realidad muy frecuente respecto al respeto de los derechos del usuario de los servicios de salud de nuestra institución, y diseñar propuestas para el cumplimiento de los derechos del paciente en el Hospital, así como para que los directivos de la empresa Agroindustrial Tumán, propietaria del Hospital Referencial Docente Tumán, conozcan las medidas que deben adoptarse para mejorar esta

problemática que afecta la imagen de la institución de salud así como la de la empresa.

El presente informe de investigación, se encuentra estructurado en cinco capítulos;

En el capítulo I, se plantea el problema de la investigación, en el cual se describe la forma como se trata a los usuarios del servicio de emergencia del hospital, ignorando los derechos que estos tienen como pacientes o acompañantes de pacientes, de muchas formas, por lo que se justifica la realización del presente estudio planteándose el problema, con su respectivo objetivo general y específicos, así como las limitaciones que se pudieron presentar en el transcurso del mismo.

En el capítulo II, se presenta todo lo concerniente al marco teórico, con todos los contenidos referentes a la variable de estudio que incluye entre otros aspectos, la teoría de los derechos humanos, los derechos de los pacientes o usuarios de los servicios de salud, su normativa legal, definición y principios de la ética profesional, marco conceptual con las diferentes definiciones y conceptos necesarios en la investigación, así como antecedentes de estudios similares y el planteamiento de la respectiva hipótesis de estudio.

En el capítulo III, se presenta la metodología utilizada, la cual incluye el grupo de estudio, método de investigación, diseño y técnicas de recolección de la información, y el procedimiento o técnica de análisis empleado.

En el capítulo IV, se presentan los resultados de la investigación, en tablas simples y debidamente descritas, con su interpretación y discusión respectiva.

Luego se presentan las conclusiones y recomendaciones a las que se llegaron.

Y por último, se presentan las respectivas referencias bibliográficas y los anexos correspondientes al estudio y una propuesta de programa de capacitación sobre los derechos del usuario dirigida a los usuarios internos del hospital.

Finalmente consideramos, que con los resultados de la investigación se podrá modificar la situación de la población estudiada mediante la implementación de programas basados en el respeto de los derechos así como los deberes del paciente, asimismo, permitirá buscar y plantear estrategias de intervención que

permitan al usuario conocer y defender sus derechos con conocimiento, al buscar información y responsabilidad, al entender que constituye un deber como paciente conocer sobre sus derechos; a la institución estrategias para brindar información y atención de calidad en los servicios que prestan, disminuir los problemas médicos legales que puedan existir y por ende lograr la satisfacción de los mismos.

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Descripción del problema**

Los servicios de salud, independientemente de sus características, niveles de atención, ya sea privado o estatal, no están exentos a ser evaluados respecto a la calidad del servicio prestado.

“La atención en urgencias se encuentra sometida a una evaluación y crítica continuas, por parte de los usuarios externos, los usuarios internos y sus familiares, cada vez que éste ha necesitado de una atención de urgencia” (Montiel y Sánchez, 2014).

Esta cultura de evaluación exterior y autoevaluación continua, lejos de representar una dificultad, constituye una oportunidad única para la puesta en marcha de estrategias, obtenidas desde la percepción del mismo usuario de los Servicios de Salud y lograr así la mejora continua en la prestación de Servicios a los usuarios. Por tanto es de suma importancia la evaluación continua en busca de la excelencia, A través de la formulación de objetivos estratégicos, de identificar aquellas acciones que contribuyan a superar las expectativas en la atención que reciben los usuarios de los servicios de salud (Correira y Miranda, 2010)

Los servicios de atención de urgencias y emergencias, son en la actualidad los que más atención captan de la población y de las autoridades de salud, pues deben garantizar una atención de calidad durante las 24 horas del día, puesto que las personas que requieren de su atención esperan recibir una atención que no solo solucione el problema de salud, sino que debe reunir además, ciertas características acorde con las necesidades de la población, es decir debe ser oportuna, eficaz, amable, con calidez, calidad, con profesionales calificados y sobre todo con respeto al usuario.

También esperan recibir buen trato, información comprensible sobre su estado y sobre el tratamiento, al tiempo que son escuchadas e implicadas de forma activa en la toma de decisiones sobre los cuidados a recibir (Montiel y Sánchez, 2014).

Para nadie es extraño que los servicios de salud de los establecimientos del estado (MINSA, ESSALUD y otros) tienen deficiencias en la calidad de su atención, ya sea por falta de personal, equipos o infraestructura y trato pésimo del personal tanto médico como paramédico así como administrativo. Esa misma sensación de poca calidad en la atención se ha determinado en el Servicio de Emergencia del Hospital Tumán.

Existen muchos problemas que aquejan al servicio en sí, que no permiten realizar un trabajo eficiente. El tiempo que los pacientes esperan para ser atendidos, no hay quien los oriente de manera adecuada para poder ser atendidos, la falta de identificación del personal con la institución, el desconocimiento de las normas sanitarias, son parte de los problemas que le aquejan.

Así también, existe un déficit de personal médico debido a la baja remuneración que ofrece la institución que es mucho menor en relación al ingreso mínimo promedio (S/. 4568.00 Nuevos soles), según la escala actual del Decreto Supremo 223-2013-EF MINSA (El Peruano, set 2013), y/o a la falta de incentivos laborales que hace que las plazas, no sean atractivas para los profesionales médicos de la zona.

Por otro lado, factores de conflicto como la huelga laboral por la que atravesó la empresa, que mantenía impagos a los trabajadores, razón por la cual muchos de ellos se vieron obligados a migrar a otras instituciones, dejando un vacío en el staff médico del hospital, lo que originó problemas de atención, al no poder cubrir de manera efectiva algunos turnos por falta de personal.

No existe un sistema de orientación e información al usuario que guíe a éste para ser atendido de manera oportuna, como una oficina de atención al usuario, carteles, señalizaciones, periódico mural, etc.

Estos problemas observados, además de otros, afectan la calidad en la atención de los usuarios del Servicio de emergencia, que la hace deficiente en momentos actuales en que teniendo en cuenta la normatividad que rige a los procesos de acreditación y garantía de la calidad a nivel mundial, que tienen como eje principal el usuario, se busca la satisfacción de este, mediante

la aplicación de estrategias que ayuden a alcanzar los objetivos de las organizaciones, es decir: Mayor calidad, usuarios más satisfechos y mayor relación costo beneficio (García C.M y col, 2014, p2).

La falta de respeto hacia el usuario es más desagradable, cuando viene del trabajador estable que por su condición de accionista de la empresa agroindustrial, se considera equivocadamente con derecho a poder faltarles a los demás. Dicha falta se da de diferentes formas: no brindar ni contestar el saludo, no identificarse con el usuario, siendo descortés con él, falta de un trato que genere confianza, poco o nada de paciencia para atenderlo; dar información equivocada a propósito con el fin de afectarlo u obtener algún provecho personal o simplemente para no atenderlo en ese momento; asimismo no responder de manera correcta a las inquietudes de éste, no responder al teléfono o responder de forma incorrecta a propósito con el fin de evitar la atención, sobre todo en las noches, hacer cobros indebidos para los procedimientos o medicamentos; en fin toda una serie de abusos que pueden afectar incluso la dignidad de la persona que utiliza el servicio.

Esta falta se nota también, en la poca consideración al usuario por razones de edad, raza, talla, color de piel, religión, opción sexual, procedencia del usuario, condición laboral o de derecho habiente. Es decir es una serie de situaciones que a las que se exponen las personas que acuden al servicio de emergencia, en contra de su dignidad.

Un profesional de la salud debe siempre interrogarse ¿cuál debe ser su comportamiento en sus concretas actuaciones?, debe establecer siempre los criterios, principios, puntos de referencia, los fines y las consecuencias. Es un reto inacabable el primado ético de su comportamiento profesional. Si el comportamiento médico sanitario incide en la ética es porque afecta al ser humano y por ello la ética tiene la última palabra. Toda decisión técnica recae siempre en el ser humano, en un ser digno y libre (Vásquez, 2005).

La Ética en las ciencias de la salud (BIOÉTICA), debe estar al servicio del hombre. Debe dirimir qué cosas deben hacerse, independiente de la posibilidad tecnológica. Nuestros pacientes son personas queridas por sí



donde la amistad, el respeto, la solidaridad y la exaltación de su dignidad estén por encima de cualquier otro criterio (Pacheco, 2012).

Tradicionalmente la relación profesional de la salud – paciente, ha sido en todas las culturas una relación personal, confidencial, privada y afectuosa.

La necesidad de llevar los servicios médicos a todos, el desarrollo de nuestra estructura social y el avance de tecnología médica compleja, llevaron al ámbito de esta relación bipolar a otros numerosos actores intermediarios, transformando la relación entre ambos en una en la que los médicos y los pacientes ocupan los extremos, cada día más distantes.

El eje de la relación entre el paciente y su médico fue siempre el derecho de los pacientes a escoger a su médico tratante, habiendo sido este derecho recogido en muchas legislaciones sobre los derechos de los pacientes. Para que pueda cabalmente cumplirse con ése derecho, el médico debe gozar recíprocamente del mismo (CNMD, 2014).

El área de influencia del Hospital Referencial Docente Tumán, entidad perteneciente a la Empresa Agroindustrial Tumán, es la población de la localidad de Tumán - Chiclayo - Lambayeque, y sus centros poblados: Calupe, Luya, San Miguel, Rinconazo, La Granja, La Calerita, Conchucos, Vichayal, así como los distritos de Pátapo, Pucalá, y Pomalca.

El servicio de Emergencia cuenta con ambientes de sala espera, triaje, consultorio, sala de observación, tópicos de procedimientos, en el que se realizan las atenciones de urgencias o emergencias, esta atención es brindada por diferentes trabajadores de salud como médicos, obstetras, enfermeras, técnicos de enfermería, las 24 horas, de lunes a domingo.

Basado en estos principios es que nos propusimos a realizar un estudio abocado a investigar cuanto se respetan los derechos de los usuarios del servicio de Emergencia del Hospital Referencial Docente Tumán, con el fin de plantear medidas dirigidas a mejorar el trato de personal hacia los usuarios del establecimiento.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cómo viene ejerciéndose el respeto a los derechos de los usuarios del Servicio de Emergencia del Hospital Referencial Docente Tumán, 2015”

## **1.3. Objetivos de la Investigación**

### **Generales**

- Determinar el ejercicio del respeto de los derechos de los usuarios externos que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Referencial Docente Tumán, por el personal de salud que labora en el establecimiento, 2015.

### **Específicos**

- Identificar el conocimiento del usuario externo del Hospital Referencial Docente Tumán, sobre los derechos y deberes del usuario de los servicios de salud.
- Identificar si existen actos discriminatorios y si se respeta el derecho del usuario a la privacidad, a ser informado y a conocer la identidad de los proveedores de salud.
- Identificar el ejercicio de la autonomía en el paciente para la toma de decisiones y a aceptar o rehusarse a recibir el tratamiento
- Describir si el paciente o acompañante volvería al establecimiento para recibir atención en el servicio de emergencia.

## **1.4. Justificación**

Realizar esta investigación fue necesaria tanto para los usuarios externos como internos, del servicio de emergencia del Hospital Referencial Docente Tumán, porque permitió conocer in situ una realidad muy frecuente respecto al respeto de los derechos del usuario externo de los servicios de salud de nuestra institución, y así mismo complementariamente fue necesaria, para

diseñar propuestas para que el personal respete los derechos del paciente en el hospital, así como también, para que los directivos de la Empresa Agroindustrial Tumán conozcan que pueden adoptarse medidas que permitan superar esta problemática que afecta la imagen del hospital, y de esta manera también lograr incrementar la demanda de usuarios, recuperando el prestigio alcanzado en tiempos anteriores.

Con el resultado del presente este estudio se busca beneficiar a todos los usuarios del hospital, pues con ello será posible plantear estrategias de intervención hacia los usuarios externos e internos que le permitan conocer, aplicar y defender sus derechos y deberes como usuario, con conocimiento y responsabilidad, al comprender que es un deber como paciente conocerlos para respetarlos y hacerlos respetar.

Y plantear estrategias a la institución, para brindar información y atención de calidad en el servicio prestado, y evitar así los problemas médicos legales que puedan suscitarse, y por ende lograr la satisfacción del usuario.

### **1.5. Limitaciones del estudio**

El estudio de investigación estuvo limitado a diferentes factores:

La accesibilidad al usuario, que pese a explicarle el beneficio del estudio, no aceptaban participar por temor a que no se les atiende en otra oportunidad.

La disminución de pacientes en el hospital debido, a que por la huelga de trabajadores de la empresa azucarera, muchas personas creyeron que el hospital no se encontraba atendiendo.

## **CAPITULO II**

### **MARCO DE REFERENCIA**

## II. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1. Marco teórico

La **Real Academia Española** define el derecho, como la “facultad natural del hombre para hacer dentro de la ley, lo que conduce a los fines de su vida. Hacer o exigir todo lo establecido es nuestro por la ley y la autoridad” (Diccionario de la Real Academia Española).

El respeto por los derechos humanos es una condición básica en la convivencia del ser humano. La libertad de cada uno pasa por el respeto de los derechos del prójimo.

Los Derechos Humanos están llamados a ser el criterio regulador de las nuevas formas de control y de las posibilidades científico-técnicas, propiciando el respeto a la libertad, a la igualdad y la dignidad de todo ser humano (Casado). Por ello, los Derechos Humanos constituyen el primer criterio y límite estratégico de cualquier normativa, tanto jurídica como ética. No en vano, se constituyen como parte esencial en el desarrollo de la Bioética. Bajo su manto de protección quedan amparados valores indispensables como la vida, la integridad, la igualdad, la libertad y la seguridad (Braña, 2011).

El **Informe Belmont** (1978) estableció que el respeto por las personas incorpora al menos dos convicciones éticas: primera, que los individuos deberían ser tratados como entes autónomos; y segunda, que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objetos de protección. El principio de respeto a las personas se divide por lo tanto en dos requerimientos morales separados: el requerimiento del reconocimiento de la autonomía y el requerimiento de proteger a aquellos con autonomía disminuida (Díaz J.A. 2012, p; 9)

La **teoría de la autonomía** concibe la relación entre el médico y el paciente adulto normal, en opinión de Kaplan y Sadock (1999), como una relación entre dos personas responsables, más que entre un padre y un hijo. El paciente es autónomo y tiene el derecho de la autodeterminación, que debe ser respetado, incluso si el médico cree que la decisión irá en contra de lo mejor para el paciente.

La presunción legal de la capacidad del adulto, el derecho al consentimiento informado en el tratamiento y en la investigación, el derecho a rechazar el tratamiento y las limitaciones de la capacidad de los psiquiatras para hospitalizar y tratar involuntariamente a las personas son ejemplos del reconocimiento creciente de los derechos fundamentales de la autodeterminación de los adultos en la toma de decisiones médicas (Díaz J.A. 2012, p: 9).

Los derechos de los pacientes son expresión de los valores que conforman los derechos humanos. Sin embargo, durante el ejercicio de nuestra profesión en el medio hospitalario en ocasiones nos "olvidamos" de este respeto a los pacientes, que no son solamente el objeto de nuestro trabajo, sino que mantienen su condición de personas y su dignidad humana.

Por otra parte, la fragilidad de las personas que se ven abocadas a una estancia hospitalaria, les hace más vulnerables y, en ocasiones, ven cómo sus derechos no son respetados como se debería.

El progresivo desarrollo de los derechos fundamentales en especial los de la persona individualmente considerada enferma no ha llegado a una extrema singularización en ciertos ámbitos sociales, hablándose de derechos de la mujer, de la infancia, de los ancianos y desde luego, del enfermo (De las Heras, 2005). Los derechos del paciente o del enfermo son concreciones de los derechos de la personalidad, en lugar de utilizar otro concepto más general o deber genérico de respeto a la persona.

Como recoge en su preámbulo la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia e información y documentación clínica: "La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico - asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia.

A lo largo de la historia se han ido configurando las bases de lo que hoy podemos denominar derechos de los pacientes. Existe coincidencia en señalar la aprobación de la Carta de los derechos de los enfermos a finales

de la década de los sesenta llevada a cabo por la Asociación Americana de Hospitales como arranque del cambio en la nueva relación médico-paciente. Los movimientos por los derechos de los pacientes en los últimos años han combatido la tradicional práctica médica paternalista. La consecución y realización de tales derechos se ha ido extendiendo progresivamente en distintos países (Casares, 2001).

En materia de investigación no son menos las referencias a los derechos humanos y a los derechos de los pacientes: *Declaración de Helsinki, Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos, Ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación Biomédica.*

Toda esta legislación viene a reconocer de uno u otro modo los siguientes como derechos de los pacientes, discerniendo entre los derechos sociales y los derechos individuales de los pacientes. Los primeros hacen referencia a las diversidades de servicios disponibles, igualdad de acceso a la asistencia y a la no discriminación por razones económicas, sociales, culturales, morales, económicas, ideológicas, políticas o religiosas.

Los segundos, los individuales, tienen en consideración cuestiones relativas a la integridad y dignidad de la persona y su intimidad: (Casares, 2001).

1. Derecho a una asistencia de calidad científica y humana.
2. Derecho a recibir una información adecuada, comprensible y veraz.
3. Derecho a la autodeterminación y por lo tanto a aceptar o rechazar Tratamientos.
4. Derecho a la confidencialidad de sus datos y al respeto de su intimidad.
5. Derecho a que se les respete su dignidad y se evite el sufrimiento.
6. Derecho a que se les respeten sus convicciones culturales, morales, etc. (Braña, 2011).

Asegurar la salud y el bienestar de las personas, constituye el fin primordial del trabajo en salud, sin embargo en los últimos tiempos se ha dejado de lado

la comunicación con el paciente, convirtiendo el acto médico en un evento casi mecánico, donde muchas veces se pasan por alto los derechos de los usuarios, además del desconocimiento de sus derechos por parte de los mismos.

Desde la década pasada se ha puesto más interés en el desarrollo de los conceptos de los derechos de las/los usuarias/os en los servicios de salud, si bien estos tienen mucha fuerza, rara vez se tratan de manera específica y cuantificable por lo cual resulta importante realizar esta investigación cualitativa sobre el respecto de los derechos de los usuarios en los servicios de emergencia y según los resultados obtenidos se podrían realizar estrategias de evaluación continua del comportamiento del personal, respecto al respeto que se merece el usuario en todo momento en que acude a solicitar atención de salud.

Acudir a la consulta de emergencia, implica en el usuario dejar momentáneamente el pudor de consultar por problemas de distinta índole y tener que compartir sus inquietudes y dolencias con personas que no conoce, por esto es muy importante en este servicio observar minuciosamente los derechos de los usuarios, quienes deben recibir un trato cordial, respetuoso y en un clima de confianza para poder compartir totalmente sus dudas con el proveedor de salud.

En la práctica diaria la atención se va convirtiendo en una actividad rutinaria y mecánica y muchas veces se deja de lado los derechos de los usuarios a quienes empezamos a ver como objetos de estudio y no como personas sensibles que acuden porque tienen un problema y necesitan ayuda.

La mayoría de los usuarios desconoce sus derechos y además no tienen la oportunidad de seleccionar al proveedor de salud que los atenderá y éstos, conocedores de esta circunstancia y en uso del poder que les da el conocimiento, se permiten omitir algunas prácticas que aseguran el respeto de los derechos de los usuarios.

Otras causas que explican porque los prestadores de salud no respetan los derechos de los usuarios son, la falta de sensibilización y compromiso de los



proveedores, la poca difusión de los derechos de los usuarios (muchos saben de su existencia, pero no los conocen con exactitud), la diversidad cultural de los prestadores de salud, presión a los proveedores para su cumplimiento de metas establecidas, insuficiente cantidad de personal de salud.

La **conferencia en Alma Ata** fijó el principio de Salud Para Todos. Tanto los investigadores de las ciencias sociales como los biomédicos, deberían trabajar a fin de examinar hasta qué punto los derechos humanos se relacionan con la salud, en el sentido amplio del término, si estos son respetados, y encontrar formas que se realicen progresos con relación a esto. Particularmente en América Latina, los derechos que están definidos en la ley, no pueden ser dados por sentado, y muchas leyes están lejos de ser aplicadas (Briceño, 1998. Pg. 33).

En el Perú, si bien es cierto los derechos de los usuarios están establecidos en la Ley N° 26842, Título I, artículo 15; existe una gran brecha entre la ley y su aplicación exacta, debido a que falta mucho para consolidar estos derechos en la conciencia y en la práctica cotidiana de los prestadores, de servicios de salud.

Nuestro país, sabemos, es complejo y todavía existen algunos factores que condicionan o limitan el acceso a los servicios de salud, como el acceso geográfico que es un factor muy importante en nuestro país por lo accidentado del terreno y la deficiencia en vías de comunicación. El factor social determina que existan sectores de la población con necesidades insatisfechas de atención en salud (MINSA 2001: pp 3 y 4).

Los derechos de los usuarios, de los servicios de salud, implican el reconocimiento de las personas en el ejercicio de su ciudadanía en la sociedad. Estos derechos deben ser conocidos por ellos y ellas para poder ser ejercidos y reconocidos como válidos y propios por los proveedores de los servicios de salud. Entre los principales derechos de los usuarios están, el de recibir un trato digno y con respeto, respeto a las costumbres, que se expliquen los análisis y tratamientos, etc.

La **Ley General de Salud** en Perú, **Nº 26842**, Título I, Artículo 15, hace mención a los Derechos concernientes a la Salud Individual (MINSA, RM-005-2015 MINSA, Proyecto Reglamento Ley 29414).

Artículo 1º.- Modificaciones a la Ley General de Salud, en los artículos 15º, 23º, 29º y el segundo párrafo del artículo 37º de la Ley núm. 26842, Ley General de Salud, con los siguientes textos:

"Artículo 15º:

- 15.1 Acceso a los servicios de salud: recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, elegir libremente al médico o el establecimiento de salud, solicitar una segunda opinión, obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud en forma oportuna y equitativa.
- 15.2 Acceso a la información: ser informado adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos, recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder, recibir información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa, etc.
- 15.3 Atención y recuperación de la salud: ser atendido con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo, recibir tratamientos eficaces, seguros y científicamente comprobados, ser escuchado y recibir respuesta cuando se encuentre disconforme con la atención recibida, ser atendido por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados.

15.4 Consentimiento informado: otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud.

## **ETICA PROFESIONAL**

### **PRINCIPIO DE BENEFICIENCIA**

“Es la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. En el clásico modelo paternalista, el profesional médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. El actuar ético no postula solamente el respeto de la libertad del otro: incluye el objetivo del bien. No se puede hacer un bien a costa de hacer daño; por ejemplo, el experimentar en humanos por el “bien de la humanidad”, no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgo o causando daño” (Thompson, 2012).

### **PRINCIPIO DE AUTONOMIA**

“Es la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección; este principio constituye el fundamento para el consentimiento libre e informado en el que se asume al paciente como una persona con capacidades para decidir sobre su propio bien, previa a la información que recibirá generalmente de forma verbal y, en algunas excepciones será necesario refrendar un escrito, como es el caso de las intervenciones quirúrgicas y procedimientos invasivos” (Thompson, 2012).

### **PRINCIPIO DE JUSTICIA**

Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio abarca el campo de la filosofía social y política; trata de regular la distribución o asignación de recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes. Estos problemas se

plantean por ejemplo en las listas de espera para trasplantes de órganos o en la distribución de presupuestos para políticas de desarrollo (Thompson, 2012).

### **PRINCIPIO DE NO MALEFICIENCIA**

Consiste en el respeto a la integridad del ser humano y se hace cada vez más relevante ante los avances técnico- científicos. El principio de no maleficencia es un aspecto de ética médica tradicional, pero no relativiza y actualiza: el médico no está obligado a seguir la voluntad del paciente si la juzga contraria a su propia ética. Generalmente, coincide con la buena práctica médica que le exige darle al paciente los mejores cuidados prescritos por el estado del arte. No obstante la posición del médico se inspira también en conceptos filosóficos o religiosos que sus pacientes no comparten: si un médico estima contra su conciencia practicar un aborto o una inseminación artificial, este principio lo autoriza a oponer un rechazo a esta demanda (objeción de conciencia), pero tiene la obligación moral de referir a otro colega no objetor. (Thompson, 2012).

Es la síntesis de los tres principios anteriores (autonomía, beneficencia y justicia). Este implica no hacer daño a otros en el ejercicio de la profesión, y está ligado de muchos modos a la propuesta de la democracia liberal, pues se concentra en el respeto absoluto del individuo. Su enunciado más universal establece “PRIMUM NON NOCERE”, ante todo no hacer daño.

Los escritos hipocráticos exhortan al médico a “ejercitarse en relación con las enfermedades en dos cosas: ayudar o al menos no causar daño”.

## **2.2. Marco conceptual**

### **RESPETO A LOS USUARIOS**

Decisión firme responsable y auténtica de no transgredir los derechos de los semejantes; actuando o dejando de actuar para conservar la armonía natural de un ser, un grupo de seres o la sociedad misma.

## **DERECHO DE LOS USUARIOS**

Facultad natural del hombre – mujer para hacer dentro de la ley lo que conduce a los fines de su vida. Hacer o exigir todo lo establecido en nuestro favor por la ley y la autoridad o que el dueño de una cosa nos permite en ella.

**USUARIO:** Dicho de una persona que tiene derecho de usar y/o disfrutar de los servicios que le brinda una determinada institución, con cierta limitación (Paredes, 2011).

## **USUARIO DE SERVICIOS DE SALUD**

Es usuario de un Servicio de Salud toda persona física que potencialmente pueda adquirir o utilizar productos, bienes o servicios de salud como destinatario final; en forma remunerada o gratuita cualquiera sea la naturaleza de su vinculación ya sea en calidad de afiliado, socio o beneficiario independiente de su condición de paciente.

**USUARIO EXTERNO:** persona que acude al establecimiento de salud y que demanda atención en cualquier servicio (Vigo et al., 2002).

## **ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Es toda organización conformada por personas físicas o jurídicas tales como Instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados de carácter particular o colectivo o de naturaleza mixta que brinde prestaciones vinculados a la salud incluyendo análisis o estudios de carácter preventivo, educativo, curativo, de rehabilitación o reparación.

## **ATENCIÓN AL USUARIO**

Se refiere al acto ocurrido desde el momento que un usuario ingresa a un consultorio para ser atendido por un personal de salud que puede ser médico, obstetra, enfermera, y técnico de enfermería hasta que sale. Una atención puede incluir consejería.

## **REHUSAR A RECIBIR EL TRATAMIENTO**

Negarse a recibir tratamiento o procedimientos, en pleno conocimiento de las consecuencias que su negativa acarrearía.

## **DIGNIDAD**

Es una cualidad humana o bondad superior por lo que algo o alguien goza de especial valor o estima.

## **PROVEEDOR DE SALUD**

Es aquella persona que brinda el servicio de salud y que puede ser médico, obstetra, enfermera o técnico de enfermería.

**DERECHO:** La palabra derecho proviene del latín “directum”, por ello el derecho está ligado a la idea de autoridad. Debe ser entendido como el conjunto de reglas vigentes que se encuentra escritas en alguna norma, las cuales son de obligatorio cumplimiento caso contrario acarrea sanciones que pueden ser administrativas, civiles, éticas, o penales (Paredes, 2011).

## **DERECHOS DE LOS USUARIOS DE SALUD**

Es el conjunto de derechos básicos de las personas que acuden a la atención en salud a cualquier institución pública o estatal y que están establecidos en la Ley General de Salud 26842, título 1, artículo 15, y la Ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud reglamentada mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA del 12 de Agosto de 2015

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Es la máxima expresión del derecho de autonomía, es un derecho fundamental que todo paciente posee, de decidir por sí mismo sobre un acto o procedimiento médico, ningún consentimiento es válido legalmente a menos que el paciente sepa y entienda lo que está autorizando. Se debe proporcionar explicación completa al paciente sobre la naturaleza, razón y riesgos de cualquier procedimiento antes de pedir el consentimiento expreso. Debe ser claro, objetivo, indicar posibles riesgos del tratamiento o cirugía, secuelas probables, las consecuencias de no captar el tratamiento (Zárate, 2003).

**AUTONOMÍA:** Condición y estado de la persona con independencia para que luego de comprender la información recibida esté en la capacidad de permitir y aceptar una propuesta de intervención y/o procedimiento (Zárate, 2003).

### **2.3. Antecedentes del Problema**

Gutiérrez y Uribe en Venezuela (2009), en su trabajo sobre derechos de los enfermos en situación de urgencia atendidos por el profesional de enfermería, reporta que los resultados evidencian que el 76,47% atienden al enfermo con alto riesgo de perder la vida sin tomar en cuenta el orden en que llegó, al realizar algún procedimiento 96,1% no utilizan sabanas para cubrirlo, 41,2% no utilizan las cortinas. Según la observación, el 52,9% utiliza otras barreras de protección, 64,7% no respeta la decisión del enfermo de rehusar el tratamiento médico indicado, 76,5% no respetan la decisión del enfermo de rehusar los cuidados de enfermería. Por último, 70,6% de los profesionales de enfermería respetan la decisión de enfermo de rehusar cualquier procedimiento con fines diagnósticos.

Erazo T, Sepulveda G, Rojas O. (2011) en un estudio de tipo descriptivo y cualitativo en el Hospital San José de Buga, con el objetivo de investigar cuales han sido las acciones desarrolladas para difundir los derechos y los deberes de los pacientes, y saber cómo los usuarios perciben este proceso considerando una muestra de 57 usuarios, tuvieron como principales resultados: el 45,6% tiene conocimiento sobre su pertenencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud y por tanto tiene un listado de derechos así como también de deberes; por otro lado el 19,3% manifestaron que no tienen conocimiento; y el 35,1% manifestó no saber nada.

Borja y Herrera en Ecuador (2011), en su investigación sobre el respeto de los derechos de los pacientes en relación a la calidad de vida del usuario, observó que la mayoría del personal de salud (93%), conocen los derechos del paciente, sin embargo hay dificultad para ponerlos en práctica, 50% tienen dificultad de practicar el consentimiento informado, la comunicación efectiva y de escucha activa, asimismo, los pacientes no perciben el criterio del personal sobre conocimiento de los derechos de los pacientes.

Bespali y Cosens en Uruguay (2012), al evaluar el conocimiento de las personas que siempre asistían a hospitales; mediante una encuesta como instrumento donde se evaluó derechos específicos tales como la autonomía,

consentimiento informado, derecho a la información, confidencialidad, trato digno, entre otros, concluyen, que en dicho país hay un cambio en base a la ética de la relación médico – paciente, donde surgen nuevos valores morales en la sociedad, así como nuevos valores de la ética profesional .

Martínez y cols, en España (2012), en un estudio con profesionales de 10 hospitales, con el fin de determinar el conocimiento y percepción de cumplimiento de los derechos del paciente entre los profesionales de dichos hospitales, obtuvieron como resultado que el 76.7% de los profesionales manifestó conocer los derechos y el 59.1% considero que son respetados.

Rey (2012), en un estudio de tipo cuantitativo – transversal, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los enfermos acerca de sus derechos durante la atención, en una muestra de 333 pacientes, obtuvo como resultado que el 83.2% de las personas afirmaron no conocer sobre los derechos de los pacientes y el 82.3% sobre los deberes; del grupo de las personas que afirmaron conocer sobre los derechos solo un 31% tenían un buen conocimiento, 52.1% regular y el 16.9% fueron deficientes.

Salazar M, Salazar C, Álvarez, Cabanillas, Córdova y Cieza. (2010), en Lima, en su trabajo denominado: “Derechos Humanos en Salud y acciones éticas en mujeres hospitalizadas en un Hospital docente: Resultados de estudio piloto”, de tipo cuantitativo realizado con el objetivo de identificar los casos de violación de derechos en salud de las pacientes hospitalizadas, centrándose en los aspectos bioéticos; con una muestra de 38 pacientes y cuyos resultados fueron que el 97% de las pacientes atendidas no se les respetaron sus derechos a base de los principios bioéticos.

Bobadilla y Durand en Lima (2014) en su estudio realizado con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre los derechos de los pacientes usuarios a través de un instrumento que recopiló información sobre el conocimiento que tienen los usuarios acerca de sus derechos: autonomía y a ser informado obteniendo como resultados principales que el conocimiento medio prevaleció en las tres dimensiones medidas, aspectos generales 70,2%; derecho a ser informado 61,2% y derecho de autonomía con 68,5%,



concluyendo que el nivel de conocimientos sobre los derechos del paciente en sus dimensiones, derecho a ser informado y autonomía es de medio a alto; siendo que la dimensión sobre aspectos generales, es de nivel medio a bajo, existiendo 31,1% de la población que considera que los únicos medios de difusión para informarse sobre sus derechos como pacientes son los afiches en el hospital y la televisión.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de estudio**

##### **Cualitativo.**

En la investigación cualitativa “los investigadores centran su interés en acceder a las experiencias y los datos en su entorno natural de manera que pueda existir un espacio para que se expresen las peculiaridades de las mismas” (Flick, 2011).

Según Hernández (2014), “Este tipo de investigación no tiene en un principio un concepto claro de lo que se estudia ni una hipótesis que después se pueda validar. Los conceptos y las hipótesis se van formulando a lo largo de la propia investigación (p 189).

Los métodos y las teorías que se aplican al objeto de estudio deben adaptarse al mismo y si no es así se reformulan, se adaptan o se desarrollan nuevos métodos o enfoques (p 190).

Así, el investigador es una parte fundamental del proceso de investigación no ya solo aportando experiencias de campo sino participando con su propia reflexividad (Hernández, 2014, p 190).

Los métodos cualitativos toman la comunicación del investigador con el campo y sus miembros como una parte explícita de la producción de conocimiento, en lugar de excluirla lo más posible como una variable parcialmente responsable (Flick, 2012).

Las subjetividades del investigador y de aquéllos a los que se estudia son parte del proceso de investigación (Flick, 2012).

“Las reflexiones de los investigadores sobre sus acciones y observaciones en el campo, sus impresiones, accesos de irritación, sentimientos, etc., se convierten en datos de propio derecho, formando parte de la interpretación, y se documentan en diarios de investigación o protocolos de contexto” (p. 20).

### **3.2. Categorías de estudio**

#### **CATEGORÍA**

Respeto a derechos del usuario en el servicio de Emergencia.

#### **SUB CATEGORIAS**

Derechos del usuario en el servicio de Emergencia:

- Derecho a la privacidad durante la atención (Discreción, confidencialidad, privacidad visual y auditiva).
- Derecho a recibir información necesaria espontanea o voluntaria (Información completa y actualizada, verbal o escrita).
- Derecho a conocer la identidad del proveedor (Conocer la identidad, cargo del proveedor de servicios).
- Derecho a tener seguridad dentro del establecimiento, tanto para la atención, como de la infraestructura (Seguridad en la atención, prácticas adecuadas y cumplir estándares. Instalaciones con aislamiento y protección para su seguridad personal).
- Derecho a Tomar decisiones relacionadas con su tratamiento o atención de salud (Tomar decisión del tratamiento a recibir, consultar otra opinión profesional. Derecho al consentimiento informado).
- Derecho a rehusar un tratamiento o procedimiento en cualquier momento (Rehusar a un procedimiento luego de firmar consentimiento).
- Derecho a recibir trato respetuoso en todo momento y bajo todas las circunstancias (Trato respetuoso, respeto a creencias, valores y actitudes propias de la persona).

### **3.3. Grupo de estudio**

El grupo de estudio está formado por una muestra no probabilística de 10 usuarios residentes en la localidad de Tumán, mayores de edad, no necesariamente relacionados con la empresa azucarera, que acudieron al

servicio de emergencia del Hospital Referencial Docente Tumán para solicitar atención médica.

Las categorías fueron en su totalidad cualitativas, y se aplicó una entrevista de aproximadamente 20 minutos, con 10 preguntas abiertas.

El grupo se constituyó por personas de diferentes características, un trabajador independiente perteneciente a la congregación de los Testigos de Jehová, con instrucción técnica superior y capacitado en construcciones en el área de acabados, que se encontraba realizando trabajo de enchapado de cerámica cuando sufrió un accidente con una máquina cortadora eléctrica que le seccionó parte de los músculos de la pierna.

Otro grupo estuvo constituido por tres homosexuales, uno de ellos con diagnóstico de VIH positivo que acude al hospital para recibir tratamiento por una infección, un travesti y una lesbiana víctimas de agresión física en la calle con heridas punzo cortantes que requirieron sutura.

El otro grupo estuvo constituido por 6 personas de diferente sexo y edad, uno de ellos jubilado de la empresa, tres provenientes de otras localidades colindantes a la localidad de Tumán (Pátapo, Pucalá y Chongoyape).

### **Características del usuario evaluado:**

Pacientes adultos atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Referencial Docente Tumán, y cumplieron con los criterios de inclusión.

### **Características del personal que participó en el estudio**

El personal que participó en el estudio fueron:

El médico y/u Obstetra de turno en el Servicio de Emergencia del hospital.

La enfermera de turno que recibió al paciente el día de la atención.

El técnico de enfermería y/o administrativo que participó de la atención del paciente.

### **3.4. Tipo y diseño de investigación**

**Tipo de estudio:** Cualitativo.

**Diseño de investigación:** Emergente.

### **3.5. Métodos de investigación**

El método utilizado es el Etnográfico que “describe situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe”. (Murillo y Martínez, 2010, p.3).

En este caso buscamos conocer como es el comportamiento del personal de salud de la institución respecto a cumplir con el respeto a los derechos de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia, percibidos el usuario externo durante la atención recibida y descrita por ellos mismos tal y como fueron los hechos.

### **3.6. Diseño de Técnicas de recolección de información**

#### **Técnica e instrumento de recolección de datos**

Como técnica se utilizó la entrevista y como instrumento un cuestionario, que constó de dos partes: I) Aspectos generales (7 preguntas), II) Respeto de los derechos de los pacientes (10 preguntas abiertas).

Nuestra fuente de información está constituida por el personal de salud del servicio de emergencia así como los usuarios que acudieron a éste en busca de atención de salud ya sea en condición de paciente o como acompañante.

#### **Técnicas de Información**

Las técnicas de información de campo y de gabinete utilizadas en el presente estudio son:

- Observación.
- Entrevista a usuarios externos.

La entrevista se define como la “conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto. Técnicamente es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación con una determinada finalidad”.

“Es un proceso artificial en donde la relación entre el investigador y el informante es secundaria; en otras palabras, ella no es un fin en sí, sino que busca lo exterior a los dos participantes con un objetivo utilitario y que no depende del interés mutuo” (López y Deslauriers, 2011; p.2).

### **Procedimientos de recolección de datos**

La recolección de datos se realizó en el mes de junio de 2015; se cumplió con las gestiones administrativas del hospital para ello se solicitó la debida autorización a la Dirección del hospital para poder realizar el estudio para lo cual se alcanzó un documento con el esquema del proyecto, luego de obtener la autorización, la investigadora previa coordinación con el médico Director procedió a aplicar la entrevista a los usuarios externos del servicio de emergencia del hospital.

Los usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron informados sobre la investigación, objetivos de la misma, para que con conocimiento de lo que se estaba realizando, tomen la libre decisión de participar plasmando la aceptación en la hoja del Consentimiento Informado (Anexo 1).

A fin de garantizar la privacidad, los participantes fueron ubicados en un ambiente tranquilo y libre de interrupciones, para poder aplicar las preguntas del cuestionario.

Previo saludo e información del objetivo del estudio, se procedió a la entrevista con los datos principales del usuario, para luego plantear cada interrogante, anotando la respuesta tal y como respondió el usuario, tratando en todo momento de no influir en su respuesta.

El tiempo promedio que tomó a los pacientes contestar las preguntas fue de 15 a 20 min.

### **3.6. Técnica de análisis de información**

La información obtenida en el estudio fue registrada manualmente, haciendo uso de una categorización por cada pregunta del instrumento aplicado, donde se aplicó la técnica del análisis de contenido, según lo respondido por cada usuario entrevistado al cual se le asignó un número, de acuerdo al orden en que se realizó la entrevista que va del 1 al 10, anotando cada respuesta tal y conforme fue emitida, para luego ser agrupada junto con las respuestas de los demás usuarios por cada pregunta y analizarla, interpretarla y compararla de ser posible a través de la sistematización de la entrevista en tablas de una entrada para cada pregunta con sus respectivas respuestas.

#### **Aspectos éticos**

El estudio cumple con los principios básicos de la ética en investigación como el principio de beneficencia, de respeto a la dignidad humana ya que se brindó información a los pacientes para que con conocimiento decidieran su participación en la investigación, la que fue refrendada a través del consentimiento informado; principio de justicia y el de derecho a la intimidad porque su información privada no fue compartida con otras personas sino manejada únicamente por la investigadora tal como consta en el consentimiento informado.



## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

## **4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **4.1. Presentación de resultados**

El presente estudio analiza las principales quejas que tienen los usuarios del Servicio de Emergencia respecto al respeto de sus derechos como usuarios de salud, con el fin de diseñar un instrumento, que nos ayude mejorar la calidad del servicio que se ofrece a los usuarios y disminuir las quejas.

Actualmente de la mano con el crecimiento poblacional, está el aumento de la cantidad de usuarios de los Servicios Médicos en Emergencias, los cuales se han vuelto más demandantes de una atención con criterios de calidad, y a su vez demuestran más su insatisfacción en muchos casos con la atención recibida. El problema más que todo se basa en la insatisfacción diaria de los usuarios del Servicio de Emergencias por lo prolongado de los tiempos de espera para su atención, además de factores como el trato y la insatisfacción de no haber recibido lo que esperaban de su atención (Montiel y Sánchez, 2014).

Este trabajo permitió conocer las principales debilidades que se presentan en la institución, respecto a la percepción que tiene el usuario con relación a la calidad de atención basada en el respeto a sus derechos en salud, así también como permitió conocer aquellos elementos que influyen en la satisfacción de los mismos, respecto a la calidad en todos los aspectos inherentes a su atención en el servicio de emergencia del hospital.

Los resultados se obtuvieron de una muestra total de 10 usuarios que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Referencial Docente Tumán para recibir atención por diversas dolencias

Lo siguiente, es el resultado de la entrevista aplicada a los usuarios.

## 4.2. Discusión de resultados

Se entrevistó a 10 usuarios externos que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Referencial Docente Tumán, hombres y mujeres entre 19 a 67 años de edad, con diferente nivel de instrucción y ocupación, clasificados en el siguiente orden:

1= Carlos	2= José (Candy)	3= Julio (Julia)
4= Percy	5= William	6= Cecilia
7= Roger	8= Adela	9= Martín
10= Walter		

5 vinieron solas al establecimiento y 5 vinieron acompañadas, 4 consideraron que el tiempo de espera para su atención fue mucho, 4 lo consideraron como poco y 2 como tiempo normal, 6 habían venido a atenderse varias veces, 3 fueron por primera vez y una por segunda vez.

Generalmente, el tiempo que espera el paciente para su atención, es un factor muy importante en la satisfacción, sobre todo en el servicio de emergencia, pues a diferencia del paciente de consultorio, éste generalmente acude por un problema de salud agudo que requiere atención inmediata, siendo el motivo principal de reclamo.

Respecto a estas percepciones, nuestros resultados son similares a los observados por Borja y Herrera (2010) y Montiel y Sánchez (2014), quienes encuentran que la demora en la atención es un factor común en la insatisfacción de los usuarios que deben esperar hasta 45 minutos para ser atendidos, razón por lo que consideran el servicio, inoportuno o ineficiente.

En términos generales se puede encontrar que lo que más preocupa a los prestadores de servicios de salud, es poder mejorar la satisfacción de los usuarios, que en la mayoría de los estudios evidencian estar insatisfechos ya sea por el tiempo de espera, por la infraestructura o por el trato recibido.

Respecto al nivel de satisfacción con la atención recibida, 6 de las personas entrevistadas manifestó que no estaba satisfecha con la atención recibida y 4 manifestó estar satisfecha, lo cual difiere a lo observado por Duarte (2012) que contrariamente encuentra mayor satisfacción en los usuarios.

El marco clásico para la evaluación de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria incluye criterios que se pueden clasificar como pertenecientes a la estructura, a los procesos y a los resultados, a lo que habría que agregar el criterio de accesibilidad (Villatoro, 2005).

El grado de satisfacción o insatisfacción del paciente constituye un elemento necesario para garantizar la calidad, y debe ser uno de los indicadores reportados por los establecimientos de salud (Villatoro, 2005).

Respecto a la percepción del paciente post consulta, aunque estos estén satisfechos con la atención, más de la mitad opina que las decisiones deberían ser tomadas de forma conjunta entre médico y paciente (Peralta, 2010).

Si bien es cierto, los pacientes pese a estar conformes por la atención recibida por el profesional de la salud, manifiestan su insatisfacción con el servicio en general, debido a factores tales como el hecho de tener que pagar por la atención, el tener que esperar más tiempo de lo que se supone debería esperar, el no encontrar los medicamentos en la farmacia, el tener que soportar el mal trato de algunos trabajadores, entre otros, lo cual coincide con Peralta (2010) y Borja y Herrera (2014) que manifiestan que los pacientes pese a estar satisfechos con la consulta no se muestran conformes con el servicio recibido.

## SISTEMATIZACION DE LA ENTREVISTA

TABLA Nº 1

### RESPUESTAS A LA PREGUNTA Nº 1:

¿Qué le pareció a usted, la Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios del Hospital Referencial Docente Tumán?

ITEM	RESPUESTAS
1	No sé (5); ¿Qué es eso? (2, 4, 5, 6, 8) ¿a qué se refiere? (7, 8, 9) No hemos visto nada de eso (3, 4, 5, 8, 9) Solo quería que me atiendan (3) Solo sé que me tienen que atender (2, 6, 7) Solo sé que tengo que pagar para que me atiendan (9) Yo no soy asegurado, yo no tengo derecho(2) ¿Derechos?, Eso es para los que son asegurados (4,8) o pagan (5) Yo soy particular (4). Es para los que tienen SIS, aquí no vale, porque el hospital es particular (6, 7, 8). Si, más o menos, es el derecho que tenemos para que nos atiendan en los hospitales, pero no se respetan. Hay que exigir. Mi tío es médico y nos explicó para cualquier emergencia. En la iglesia nos han hablado de ello, porque no nos pueden poner sangre si no queremos (1).

Casi la totalidad de las personas entrevistadas, desconoce de la existencia en el hospital de una carta acerca de los derechos como usuario del establecimiento de salud, todos manifestaron no haber visto dicha carta en el hospital, y es por el hecho de que efectivamente, no existe un solo panel o cartel donde se informe a las personas que acuden al establecimiento acerca de sus derechos y deberes como usuario de los servicios de salud.

Muchos confunden sus derechos como usuario del establecimiento de salud, con el derecho a atención por ser asegurado de EsSalud o el SIS, o por el hecho de pagar por el servicio, mas no como derecho fundamental de la salud.

Solo un usuario atendido por accidente de trabajo, reconoció que existen derechos para el usuario de salud, al preguntarle cómo se entera de estos, manifestó que un familiar suyo (médico de profesión) le había hablado de ello, además que por su religión (Testigo de Jehová), ha recibido esa información en su iglesia, toda vez que ellos no aceptan la transfusión de sangre.

Estos resultados no coinciden con los reportados por Bobadilla y Durand (2014), que en su estudio observaron que la mayoría de los pacientes mostraron un nivel medio de conocimientos respecto a sus derechos, aspecto que podría deberse a que la mayoría de ellos (74,9%), eran profesionales técnicos o de nivel universitario y su formación académica les impulsa a la búsqueda de información que contribuya al mantenimiento de la salud, asimismo, el 29,8% de la población es adulta joven, con mayor habilidades, oportunidades e interés que despierten en ellos las expectativas de vida, es decir, del cuidado de su propia salud, sin embargo, no siendo el nivel medio el ideal en esta categoría del conocimiento, surgen otros supuestos respecto a este resultado; el 45,5% de las personas encuestadas tienen como estado civil, casado y el 54,5% son de sexo masculino; y señala que la mayoría de varones casados y/o convivientes, tienden a dirigir sus intereses y su tiempo al cumplimiento de las responsabilidades económicas y familiares que como tales tienen, soslayando otros aspectos también importantes para sus vidas, como la búsqueda y empoderamiento de información de su salud y aspectos relacionados con el cuidado de ésta.

## TABLA Nº 2

### RESPUESTAS A LA PREGUNTA Nº 2:

**¿Cree Ud., que durante su atención en el hospital, se sintió por algún motivo discriminado?, ¿Por qué?**

ITEM	RESPUESTAS
2	<p>Sí, creo que por mi condición de salud (PVVIH). (4).</p> <p>Sí, por mi opción sexual, no tratan bien, parece que no nos quieren atender, nos miran raro, se burlan de mi apariencia y mi ropa (2,3).</p> <p>Se demoraron para atenderme (5,6), parece que tienen miedo tocarnos, tienen miedo que los contagie (2,4).</p> <p>La enfermera como que se asusta con uno, tenía miedo para ponerme el suero (2,4)...(grosería)</p> <p>Como era cambio de turno, dijeron que tenía que esperar a que ingrese el otro médico (5)</p> <p>Sí, por mi religión que no permite la transfusión de sangre, eso les molestó (1).</p> <p>Si creo, no me atendieron rápido y me hicieron esperar hasta casi media hora, será que como siempre reclamo(7)</p> <p>Cuando me vine a atender, la enfermera me dijo que no había quien me atiende porque creían que no tenía para pagar la consulta (8).</p> <p>No sé porque soy particular y si pago me atienden (9)</p> <p>Primero pidieron que alguien pague la consulta y las medicinas para que me atiendan, después, me han atendido bien (10)</p>

Cuatro de los 10 usuarios entrevistados manifestaron haberse sentido discriminados durante su atención por parte del personal técnico de enfermería por sus diferentes condiciones; 2 homosexuales, una persona viviendo con VIH (PVVIH) y un Testigo de Jehová

Manifestando que hubo demora en el tiempo de la atención, en el procedimiento, en la dispensación de farmacia, y en el caso del Testigo de Jehová, se criticó el hecho de no aceptar la transfusión sanguínea, lo que generó malestar entre ellos (personal de enfermería).

Asimismo en el caso de un homosexual se hicieron comentarios burlescos por su apariencia y vestimenta, no respetando además su opción sexual.

Una enfermera tenía temor de canalizar la vía al PVVIH siendo notorio su malestar o incomodidad, realizando el procedimiento más por fuerza que por vocación de servicio.

Igualmente en el caso de los homosexuales había temor a la manipulación de sus fluidos (sangre),

La discriminación a las personas con opción sexual diferente, es frecuente y es causa también de maltrato durante la atención, el mismo que se traduce en negarle o demorar la atención a propósito salvo casos de urgencia extrema, hacer comentarios homofóbicos, o burlarse de su apariencia, forma de vestir o hablar, o generar un trato grosero, criticándolos, etc.

A este maltrato se suma el temor infundado a contagiarse de alguna enfermedad de transmisión sexual, especialmente el VIH-SIDA, por lo que existe una resistencia a la manipulación de éstos pacientes sobre todo si hay exposición a secreciones o fluidos corporales (sangre, saliva, sudoración excesiva, etc.), este tipo de maltrato es más frecuente en el personal técnico de enfermería y algunas enfermeras e incluso médicos.

Respecto a la atención del paciente Testigo de Jehová, se pudo observar mucha incomodidad para el manejo de parte del médico y la enfermera, pues no asimilan la negativa de éste a la transfusión sanguínea a pesar que dada la circunstancia aparentemente era la primera elección, sin tomar en cuenta que ellos tienen un protocolo para el Tratamiento de los pacientes testigos de Jehová [Comité de ética asistencial de San Sebastián (CEA), Mayo 1999] que norma la transfusión entre sus miembros.

Ellos consideran que al transfundir la sangre o sus derivados, violan la ley divina, perdiéndose la oportunidad de la resurrección.

Los Testigos de Jehová entienden que la prohibición bíblica que considera un mal uso de la sangre, es uno de los más antiguos mandamientos de las Sagradas Escrituras. Se remonta al tiempo de Noé cuando Dios dio su consentimiento al hombre para que comiera carne, pero con la condición de no ingerir sangre (Gén. 9: 4). (CEA, 1999).



Este mandamiento se considera obligatorio para la humanidad. Con el tiempo, esta prohibición fue incluida en la Ley dada a Israel a Moisés (Lev. 7:26,27; 17:10,14; 19:26; Deu.12:16, 23; 15:239) y más tarde, cuando los cristianos fueron inhibidos de la Ley mosaica por el sacrificio de Jesucristo, esta prohibición se mantuvo en vigor (Hechos 15: 20 y 29), (CEA, 1999).

Según sus creencias, la transfusión de sangre o derivados, es una violación de la ley divina y va en detrimento de la oportunidad de resurrección y salvación eterna. Los testigos de Jehová, creen firmemente en la resurrección y en la vida eterna. La obediencia a la ley de Dios y su propia integridad espiritual, son más valiosas que su vida física (CEA, 1999).

- La autotransfusión es aceptada por muchos testigos de Jehová (cuestión de conciencia individual), siempre que se emplee un equipo en circuito cerrado que permanezca conectado al sistema circulatorio del paciente y no se almacene su sangre (CEA, 1999).
- No aceptan la recogida preoperatoria y almacenamiento de la sangre, y su posterior re-infusión (CEA, 1999).
- Rehúsan la sangre completa y sus cuatro componentes básicos: hematíes, leucocitos, plaquetas y plasma (CEA, 1999).
- La albúmina y otros componentes secundarios pueden ser aceptados según la conciencia de cada paciente (CEA, 1999).

Desde el punto de vista Institucional, en ciertos casos puede existir una contradicción entre el compromiso de preservar la vida y garantizar la voluntad expresa del paciente (CEA, 1999).

Las instituciones sanitarias tienen la obligación de velar por la vida de los pacientes así como de respetar los derechos individuales, la libertad religiosa e ideológica y la integridad física y moral. En determinadas situaciones estas obligaciones plantean un conflicto entre el derecho a la vida y el derecho a la libertad o, lo que es lo mismo, a la autonomía del paciente (CEA, 1999).

Las instituciones sanitarias tienen la obligación de velar por la vida de los pacientes así como de respetar los derechos individuales, la libertad religiosa e ideológica y la integridad física y moral. En determinadas situaciones estas obligaciones plantean un conflicto entre el derecho a la vida y el derecho a la libertad o, lo que es lo mismo, a la autonomía del paciente (CEA, 1999).

### TABLA Nº 3

#### RESPUESTAS A LA PREGUNTA Nº 3:

#### ¿Cómo identificó usted, al personal que lo atendió en el servicio de Emergencia?

ITEM	RESPUESTAS
3	<p>Ninguno de los que me atendió tenía identificación (1,3,7)</p> <p>Al médico que me atendió lo conozco porque trabaja hace años en el hospital (1, 3, 7).</p> <p>No tienen identificación, el médico no usa uniforme, viene con ropa de calle (1, 4, 10).</p> <p>Por su uniforme y porque algunos los conozco, pero no se su nombre (2)</p> <p>Porque los conozco, la mayoría vive aquí en Tumán (5, 8)</p> <p>Nadie lleva esa cosa donde va su nombre (8)</p> <p>La verdad que ni vi quien me atendió, nadie tenía identificación (3)</p> <p>Por su uniforme, el doctor tenía su nombre en la camisa (6)</p> <p>Por su uniforme, aunque se confunde con los enfermeros que se visten igual (9, 10)</p> <p>Nadie tiene identificación, solo por el color de su uniforme, las enfermeras son las de celeste o turquesa (7).</p>

Solo un usuario reconoció que el personal debidamente identificado, refiriéndose a un médico que tenía bordado en la chaqueta su nombre completo, el resto del personal solo lo relacionaban por el hecho de estar uniformado, pero aun así, no identifican exactamente el tipo de profesional que lo atendió. Confundiéndolos constantemente, es decir, llaman enfermera a la técnica y confunden al técnico con el médico por el hecho de vestir chaqueta blanca.

Algunos médicos no visten el uniforme y laboran con su ropa habitual lo que confunde al usuario que primero pregunta si quien lo atiende es o no médico. Otros conocen al personal porque ya tienen tiempo laborando en el hospital, o porque son de la misma localidad.

La mayoría del personal tanto asistencial como administrativo, no porta un documento de identidad visible que permita su identificación ante las personas que acuden al establecimiento, lo que dificulta identificarlos, esto coincide con Borja y Herrera (2010), que ante estos hallazgos consideran que el personal de salud vulnera el derecho del usuario a conocer quien lo atiende.

#### TABLA Nº 4

#### RESPUESTAS A LA PREGUNTA Nº 4:

**¿Cómo considera usted que fue el trato que recibió del personal durante su atención, respecto a sus derechos?**

ITEM	RESPUESTAS
4	<p>Mal, el médico fue grosero, “No respetan el dolor de la persona” (7).            Se preocuparon por mi caso, me ayudaron, me pusieron suero rápido porque perdía mucha sangre, pero quisieron ponerme sangre y yo me opuse, eso los molestó a algunos, por lo demás me trataron bien (1).            Falta trato amable, me sentí como si apestara (2)            Me trataron mal, el doctor y la enfermera me gritaron, por haber tomado, no me cosieron hasta que pagué (3)            Fue malo, porque no querían ni tocarme, me miraban raro y parecía que tenían miedo ,me dijeron que yo debería ir a las Mercedes (4)            No me respetaron, me hicieron esperar, ni siquiera tenían pacientes que atender (5)            Bueno, se preocuparon por mi caso (6)            El médico me trató bien, la enfermera Barturen, estaba molesta, porque el doctor me atendió y me dijo que no pague (8).            Más o menos, la técnica se daba vueltas para no curarme, “estaba conversando” (9).            Sí me atendieron bien, el médico fue amable, me atendieron rápido (10)</p>

Los mismos usuarios que se sintieron discriminados consideraron que se les faltó el respeto de parte del personal, incluso manifestaron que el médico fue grosero en su trato manifestando textualmente “No respetan el dolor de la persona”

Estos resultados son diferentes a los reportados por Borja y Herrera (2010), que observan que la mayoría de los encuestados manifiestan haber sido tratados con respeto, igualdad de derechos sin ninguna discriminación, no

obstante, algunos de ellos refieren que en algún momento, fueron discriminados por su cultura, por su religión, condición económica o etnia.

Díaz en México (2014), concluye que el indicador de trato digno se encuentra por debajo del estándar establecido (95%), observando que entre 6% y 8% de los pacientes, refieren que la enfermera no se presenta, no explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar (4,4% a 10%) y 7% a 10%, dice no haber recibido enseñanza de la enfermera de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento. Además se detectan criterios que deben fortalecerse a través de un programa de mejora continua.

### TABLA N° 5

#### RESPUESTAS A LA PREGUNTA N° 5:

**¿Qué le pareció la información que se le brindó acerca de las gestiones y/o requisitos necesarios para poder ser atendido en el servicio de emergencia del hospital?**

ITEM	RESPUESTAS
5	<p>Nadie informa como, “solo me dijeron que tenía que pagar primero para ser atendido” (4)</p> <p>Cuando pregunté quién estaba de turno, me contestaron “no interesa quien es el médico de turno, si es una emergencia te tiene que atender el que esta” yo solo quería saber si era uno conocido” (5).</p> <p>“El señor de la farmacia, ni se para para atender, pregunta desde donde está sentado que es lo quiere uno y encima es tosco” (9).</p> <p>La señora de la farmacia, no sabe cuánto cuesta lo que me tienen que hacer, y tiene que salir a preguntarle a la enfermera o al médico (7)</p> <p>Lo malo es que “no pagas, no te atienden”, y no hay carteles que digan donde se paga y cuánto cuesta (10)</p> <p>A mi papá le dijeron que tenía que pagar, pero me atendieron rápido y después pagamos, para que, primero me atendieron, incluso mi mamá vino a arreglar, al día siguiente (1).</p> <p>Algunas palabras no las entendía (2).</p> <p>La enfermera me dijo que tenía que pagar, nadie te dice lo que se tiene que hacer, uno tiene que preguntar,, ni se paran para atenderte (8)</p> <p>No me dijeron nada, no sabían si cobrarme o no, me cosieron pero me dijeron que tenía que verme el especialista, el doctor les tuvo que decir cuánto tenía que pagar (6)</p> <p>No tuve tiempo de preguntar, solo me dijeron que primero pague para que me puedan atender y a mi amiga también la gritaron (3)</p>

Todos los usuarios entrevistados refirieron que nadie les informó como es el procedimiento durante la atención, existe mucha indiferencia ante el paciente, el personal no es atento, está a la espera que éste se acerque hacia ellos para preguntar o llame a la puerta, recibiendo un mensaje frío de -espere un momento que el médico está ocupado- sin importar muchas veces la dolencia que le aqueja, que es el motivo de su presencia en el servicio. “solo me dijeron que tenía que pagar primero para ser atendido”, Pague primero y pregunte después, parece ser el lema ante esta situación.

“No interesa quien es el médico de turno, si es una emergencia te tiene que atender el que está”, me responden cuando pregunté si el medico de turno era uno conocido. Es una respuesta muy frecuente que viola el derecho de la persona de saber quién es el profesional que va a tener la responsabilidad de atender su problema de salud, y porque no, el derecho de elegir a la persona que desea lo atienda.

Este maltrato es frecuente y existen muchas quejas al respecto, las mismas que no se concretan, porque en el establecimiento no existe una oficina para reclamos, pese que así lo norma la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud (SUSALUD), ni mucho menos existe un libro de reclamaciones como está normado para todo establecimiento de atención al público.

“El señor de la farmacia, ni se para para atender, pregunta desde donde está sentado que es lo quiere uno y encima es tosco”, asimismo, la señora de la farmacia, no sabe cuánto cuesta lo que me tienen que hacer, y tiene que salir a preguntarle a la enfermera o al médico. Solo dejan que pase un familiar con el paciente porque es el que tiene que pagar.

Esto coincide con Borja y Herrera (2014), respecto a la información brindada al paciente que ingresa, que refieren que emergencia es un área que involucra a todo el personal con la atención del paciente por lo que éste debe informarle todo lo necesario para su atención para que éste se encuentre contento.

## TABLA Nº 6

### RESPUESTAS A LA PREGUNTA Nº 6:

**¿Cómo sabe usted, si se respeta su derecho a la privacidad durante la atención o los procedimientos que le son realizados?**

ITEM	RESPUESTAS
6	<p>No hay privacidad, el consultorio del médico no tiene puerta solo una cortina y todo lo que uno dice se escucha (4).</p> <p>No se puede hablar de todo porque las enfermeras están escuchando al otro lado (9).</p> <p>Donde atiende el ginecólogo no le ponen la bata y no hay donde cambiarse “da roche”, no hay privacidad. Una tiene que desvestirse allí mismo y no hay con que taparse (8).</p> <p>No se respeta la privacidad porque “Cuando Salí de la consulta la enfermera ya sabía todo lo que tenía y encima me empezó a aconsejar que hacer en mi casa” (7).</p> <p>“El lugar donde me cosieron, está abierto, todo el mundo que entraba me podía ver (6) y encima como me habían agredido, entraron los policías, el vigilante y un montón de gente (10), y encima se demoraron un montón para atenderme porque había otro paciente delicado en el otro lado” (6).</p> <p>Cuando me accidenté, conmigo entraron como seis personas que ayudaron a traerme, pero se quedaron para ver qué pasaba, tuvo que venir el doctor y botarlos porque no tenían nada que hacer allí, las enfermeras no decían nada (1).</p> <p>No, porque los demás pacientes nos miran feo como si apestara, solo nos separa una cortina (2)</p> <p>Huy, donde me atendieron entra todo el mundo a chismosear y luego salen a hablar, todo el mundo se entera lo que te pasó (3).</p> <p>Toda la gente que pasaba me miraba que estaba con la sonda y el dolor, me daba vergüenza. (5)</p>

Casi todos los pacientes o acompañantes entrevistados manifestaron que no existe privacidad durante la atención, tanto en el consultorio del médico como en los diferentes tópicos, los mismos que no cuentan con puertas, solo están provistos de una cortina y las paredes no llegan hasta el techo, son solo como una especie de tabiques divisorios de tal forma que todo lo que las personas manifiestan fácilmente se escucha al otro lado del ambiente.

Asimismo se quejaron de que el personal que atiende, está cerca a los consultorios y escuchan todo lo que se el paciente manifiesta - “Cuando Salí

de la consulta la enfermera ya sabía todo lo que tenía y encima me empezó a aconsejar que hacer en mi casa”-.

Por otro lado existe deficiencia en lo que a ropa de examen se refiere, pues hay carencia de batas, sábanas y no hay un ambiente donde cambiarse para antes del examen – “no hay donde cambiarse, da roche” -, no hay privacidad- “Una tiene que desvestirse allí mismo y no hay con que taparse”.

Si bien los ambientes están debidamente diferenciados, existe una falta de control de parte del personal de vigilancia, pues permiten que ingresen más personas de lo debido ante una emergencia, obstaculizando muchas veces el actuar del personal, ingresando al mismo ambiente donde se atiende al paciente, sin respetar su condición o estado de salud - “El lugar donde me cosieron, está abierto, todo el mundo que entraba me podía ver y encima como me habían agredido, entraron los policías, el vigilante y un montón de gente, y encima se demoraron un montón para atenderme porque había otro paciente delicado en el otro lado”-, hace falta de personal de seguridad idóneo para la institución.

Cuando me accidenté, conmigo entraron como seis personas que ayudaron a traerme, pero se quedaron para ver qué pasaba, tuvo que venir el doctor y botarlos porque no tenían nada que hacer allí, las enfermeras no decían nada.

Esto difiere con lo reportado por Borja y Herrera, quienes consideran que privacidad es que se realice procedimientos y técnicas sin la presencia de otras personas, observando que la mayoría de los procedimientos se realizan en la sala delante de los demás pacientes, mientras que respecto a la confidencialidad encontraron que un alto porcentaje (87%) de encuestados manifiestan que si se guarda confidencialidad con la información entregada al equipo de salud, especialmente a la enfermera.

## TABLA Nº 7

### RESPUESTAS A LA PREGUNTA Nº 7:

**¿Cuál es su opinión sobre la seguridad de los ambientes donde se brinda la atención a los pacientes en el servicio de emergencia del hospital?**

ITEM	RESPUESTAS
7	Tiene infraestructura, pero le falta más equipos y médicos especialistas para no ir a Chiclayo a las clínicas (1, 7, 9) Tiene buenos ambientes aunque le faltan más equipos para una buena atención (2). Si es seguro, pero el vigilante deja entrar a toda la gente (3, 8) E s nueva, es de material noble, más o menos seguro. tiene un vigilante, pero le falta puertas, solo tiene cortinas, le falta más máquinas para atender y no enviarnos a Chiclayo (4, 5, 6). Si son seguros, pero le falta aparatos modernos para atenderse como en otros hospitales (10)

Todos coincidieron que el hospital si es un lugar seguro para atenderse referente a la infraestructura, que la consideran buena o adecuada, pero manifiestan que falta equipamiento moderno y especialistas para solucionar los problemas graves y evitar que el paciente sea referido a otro hospital.

Si bien es cierto la infraestructura del establecimiento no es tan moderna, sí permite atender las emergencias que a diario se presentan en la localidad, así como las procedentes de otros lugares, pese a que carece del equipamiento necesario para resolver los casos complejos, por lo que cuando se presentan pacientes con esas características, éstos son estabilizados y referidos a otro establecimiento de mayor complejidad donde puedan ser atendidos.

Los servicios sanitarios inadecuados es la segunda disconformidad de los usuarios del Servicio de Urgencias, las mayores quejas presentadas, se relacionan con el aseo de estos, falta de insumos, sin embargo es importante mencionar que dada la cantidad de personas que acuden a diario a un Servicio de Urgencias, los insumos que se suministran se hacen insuficientes, a esto le agregamos la sustracción por parte de los mismos usuarios y la falta de presupuesto, lo cual limita la cantidad dispensada (Montiel y Sánchez, 2014).



Los índices más elevados de satisfacción se observan siempre en las variables de: comunicación, limpieza e iluminación del consultorio, e interés de la enfermera por la higiene y el orden. Los índices más bajos de satisfacción se observan en las variables amabilidad tiempo de espera, eficiencia, limpieza y ventilación de la sala de espera (Duarte, 2010)

### TABLA Nº 8

#### RESPUESTAS A LA PREGUNTA Nº 8:

**¿Qué le pareció la información que se le brindó, sobre los riesgos y/o beneficios de los procedimientos, diagnósticos y/o tratamientos que le realizaron, durante su atención en el servicio de Emergencia del Hospital Tumán?**

ITEM	RESPUESTAS
8	<p>No me dijeron nada de eso (2)</p> <p>No me informaron, solo me dijeron que tenían que coserme (3)</p> <p>Solo me dijeron que me ponían lo que estaba en la receta, que al que tenía que preguntarle era al médico (4)</p> <p>No es buena la información, no entiendo algunas palabras que dicen, solo quiero sentirme bien (5).</p> <p>No me dieron información clara y precisa, solo que compre la medicina para que me la coloquen porque era necesario (7).</p> <p>Más o menos, me vio el doctor y me dio la receta para que me cosan y me dijo para que era cada hilo(6)</p> <p>Me preguntaron si era alérgica para poder ponerme el antibiótico (9).</p> <p>El doctor si me dijo lo que lo que me ponen era para quitarme el dolor y la infección y que no le iba a hacer daño a mi bebito (8).</p> <p>Cuando me llevaron, yo les dije en un principio que no me vayan a poner sangre. "me dijeron del riesgo que tenia de no ponerme sangre, pero mi religión no lo permite". Les rogué, Solo un doctor me dijo que no me preocupara, que él me conocía y que iba a respetar mi decisión, me aseguró que lo que me iban a colocar era un reemplazo de la sangre(1). el doctor me explicó lo que me iba a hacer antes de coserme y después me dijo para que eran las medicinas que me recetó (10)</p>

Todos coincidieron que nadie le dio información sobre lo que le tenían que hacer, el médico receta y la enfermera pide las medicinas y las coloca.

Un caso refirió que le preguntaron si era alérgica para poder ponerle el antibiótico.

El Usuario Testigo de Jehová, dijo que fue él quien en todo momento pidió que no le pongan sangre debido a su religión, y que un profesional conocido le aseguró respetar su condición de acuerdo su religión.

Peralta (2010) y Borja & Herrera (2014), respecto a la comunicación escrita o verbal del diagnóstico del paciente, reporta que en más del 50% de los pacientes, el médico no explora las emociones y sentimientos que el síntoma provoca en el paciente, no reciben una buena información sobre su diagnóstico, tratamiento y efectos secundarios por parte del médico o el personal a su cargo, actitud que evitaría eventos desfavorables y la comunicación de estos por parte del paciente sería oportuna para su solución, lo que coincide con lo observado en nuestro estudio.

Conocer los sentimientos del enfermo contribuye a su diagnóstico y tratamiento: la emoción y la intuición se nos presentan como una herramienta más, para gestionar el uso de la incertidumbre, debido a que los conceptos de riesgo y beneficio cambian según los valores del paciente, la información aportada debiera estar basada en estos (Peralta, 2010).

## TABLA N° 9

### RESPUESTAS A LA PREGUNTA N° 9:

**Respecto de los medicamentos y o tratamiento, ¿Cómo lo trataron a usted, si usted se negó o rechazó a recibir un determinado medicamento o procedimiento indicado por el médico durante su atención en el servicio de Emergencia, ¿Le dieron alguna otra opción?**

ITEM	RESPUESTAS
9	<p>Nadie refirió que le dieran esa opción.</p> <p>No me dijeron nada de eso (2, 6)</p> <p>No me dieron esa opción (7)</p> <p>No me explicaron que podía hacer eso (5).</p> <p>No sabía que podía hacer eso (9).</p> <p>No me pasó eso a mí (10).</p> <p>Me gritaron porque yo quería que me pongan esos parches que usan para no coser, pero igual me cosieron, sino lo dejamos allí, me dijeron (3).</p> <p>La enfermera me dijo que médico lo recetó y tenía que colocarme la medicina, sino que me fuera (4).</p> <p>Las enfermeras se molestaron porque me opuse a que me pongan sangre, el cirujano insistió que no me podía atender mientras que no me pongan sangre y por eso me enviaron a Chiclayo, me trataron mal, se notaba su incomodidad; un doctor si me entendió y me prometió que no me iban a poner sangre sino una sustancia que la reemplaza, incluso me acompañó hasta la clínica en Chiclayo y se encargó de recomendar que yo no aceptaba la transfusión (1).</p> <p>La enfermera se molestó, porque como ya me había hincado muchas veces y no me encontraba la vena, le dije que no me la pongan, entonces vino el Gordo Jiménez y él me encontró la vena (8).</p>

Nadie refirió que le dieran esa opción.

El paciente Testigo de Jehová manifestó su malestar por la forma como lo trataron por el hecho de no aceptar recibir transfusión sanguínea pese a la gravedad de sus heridas producidas por el accidente que sufrió.

Borja y Herrera (2014), observó que más del 50% manifestaron que no tuvieron oportunidades de hacer preguntas sobre su estado clínico, y si las hicieron estas no fueron respondidas, recalcando además que los pacientes se inhiben de hacer preguntas debido a la presencia de otras personas.

Para Peralta (2010), es clave para el paciente poder entender los conceptos para poder deliberar posteriormente sobre ellos. Sin embargo, se ha visto que una explicación demasiado detallada de los síntomas dificulta la toma de decisiones, lo cual sugiere la importancia de la “calidad” sobre la “cantidad” de información ofertada al paciente entendiendo como tal, que se adapte a sus necesidades para facilitar el proceso posterior de toma de decisiones.

El explorar emociones, expectativas, definir el problema a tratar, dar una información adaptada, permitir preguntar dudas, considerar puntos de vista del paciente, permitir que se tome una decisión o se aplaze y conseguir compromisos explícitos respecto al plan a seguir, permite al médico crear un ambiente adecuado que facilita la participación del paciente (Peralta, 2010).

La mayoría de estas conductas han sido consideradas como importantes en el proceso de toma de decisiones compartidas (TDC), según algunos modelos teóricos predominantes (Makoul, 2006, Elwyn et al 2003).

Su puesta en práctica puede representar una forma de mostrar interés por las opiniones de los pacientes, que cuando el contexto y el problema lo requieren, puede significar el inicio de un proceso de intercambio de información y discusión (Peralta (2010).

Los datos aportados nos hablan de lo relevante que es permitir al paciente poder aclarar sus dudas en las consultas. Pensamos que esto se debe a que los médicos cuando proporcionan información no siempre lo hacen de la manera más adecuada para que los pacientes lo comprendan (Barca, 2004).

Por tanto, es clave para el paciente poder entender los conceptos para poder deliberar posteriormente sobre ellos (Peralta, 2010).

Sin embargo, se ha visto que una explicación demasiado detallada de los síntomas dificulta la toma de decisiones, lo cual sugiere la importancia de la “calidad” sobre la “cantidad” de información ofertada al paciente entendiendo como tal, que se adapte a sus necesidades para facilitar el proceso posterior de toma de decisiones (Peralta, 2010).

Casi siempre se toman las decisiones asumiendo qué es lo mejor para un paciente, sin que se hayan determinado de forma explícita sus expectativas. Estudios como los de Kennedy et al. y Mac Farlane et al., muestran que no siempre es así. Los médicos no valoran suficientemente el deseo de los pacientes de discutir las opciones de tratamiento (Peralta, 2010)

### TABLA Nº 10

#### RESPUESTAS A LA PREGUNTA Nº 10:

**¿Qué respuesta recibió si solicitó estar acompañado de algún familiar o persona cercana durante su atención en el servicio de Emergencia?**

ITEM	RESPUESTAS
10	<p>Si nos dijeron que podíamos pedir que se quede alguien si queremos (9).            Me dijeron que tenía que venir un familiar para que esté conmigo por cualquier cosa (10)            Me dijeron que no me podía quedar porque mi familiar no estaba mal y que en todo caso me quede en la sala de espera (7).            Si me dijeron que tenía que estar un familiar por mi gravedad (1)            Que solo si estuviera grave pasaría un familiar (2)            Le gritaron a mi amiga, le dijeron que si se quedaba era para que ayude no para que estorbe y que compre las medicinas (3)            La enfermera dijo que se quede un familiar para que me acompañe porque estoy delicado (4)            Me dijeron que me podía quedar con mi señora para que me cuide (5).            No querían que esté ningún familiar cuando me cosían (6)            Me dijeron que podía pasar mi mamá, pero no mi hija pequeña (8)</p>

Seis usuarios dijeron que si lo podían solicitar, y tres no tenían conocimiento porque en otros hospitales como el seguro no les permiten entrar al familiar al menos que este muy mal y una refirió que le negaron quedarse aduciendo que no era necesario debido a que el paciente no estaba mal.

Esta es una pregunta que frecuentemente hacen los pacientes o familiares que acompañan sobre todo cuando éste debe quedarse en observación y que muchas veces es negada porque quieren quedarse más de una persona.

Esto es similar a lo observado por Borja y Herrera (2014), que al preguntar si el familiar del paciente ha participado en el cuidado de los mismos, un buen porcentaje refiere que no se les permite esto, razón por la cual muchas veces

el tratamiento en casa luego del alta no se cumple, por desconocimiento de los familiares.

Durante la practica en esta área, la mayoría de familiares no pueden permanecer estables con el paciente, debido a la distancia que existe del hospital a sus viviendas, y el trabajo que realizan a diario para su sustento económico, así mismo, existen trabajadores de salud de la institución que no permiten la participación de los familiares en el cuidado del paciente (Borja y Herrera 2014).

Resulta evidente que se han registrado avances en el modelo de relación médico-paciente: cada vez es más frecuente que el médico tome en cuenta al paciente y que éste pueda decidir, bajo sus parámetros y preferencias, en forma más libre e informada (Casas y Cepeda, 2012).

El principio apoyado es el desarrollo de la autonomía en las personas. Varios parámetros no presentan diferencias amplias en el tiempo, pero esto lejos de ser negativo, corresponde a una alta percepción de la población sobre la calidad y calidez de la atención ofrecida: trato humanitario, justo; con respeto, se conoce el diagnóstico, se toma en cuenta a la familia, se dan las explicaciones en el lenguaje y forma que se comprende; se amplía la información cuando se solicita y este hecho denota una actitud positiva en el personal de salud hacia los pacientes y familiares (Casas y Cepeda, 2012).

Las tres principales insatisfacciones documentadas se relacionan con la limpieza de los servicios sanitarios, el tiempo de espera de la atención y la inadecuada infraestructura (Falta de espacio físico, hacinamiento, áreas inadecuadas y pequeñas para la demanda del usuario, estructura física en mal estado, poca ventilación, entre otros) (Montiel y Sánchez; 2014).

Los tiempos de espera ocupan el primer lugar de las insatisfacciones por lo que es necesario aumentar la vigilancia y limpieza de los servicios sanitarios, y brindar a través de actores locales educación a la población acerca del uso adecuado del material de limpieza (Montiel y Sánchez; 2014).

Calidad en los servicios de salud y satisfacción del paciente están estrechamente relacionados. El grado de satisfacción del acompañante

cumple una función importante en la atención médica. Se trata, en primer lugar, de un juicio sobre la calidad de la atención, que incorpora las expectativas y percepciones del paciente (Montiel y Sánchez; 2014).

En segundo lugar, se trata de un resultado de la atención: un aspecto del bienestar psicológico del paciente y también un signo de éxito para la institución sanitaria. En tercer lugar, la satisfacción del paciente asegura que cumpla su tratamiento, alentando a los pacientes en la búsqueda de atención y para que colaboren en lograr su mejoría (Shimabuku, 2012).

Por extensión, mala calidad de la atención se asocia con insatisfacción del paciente, lo cual se refleja en quejas, reclamos y denuncias en los medios de comunicación, impacto en la sociedad, desprestigio de las instituciones y, en algunos casos, en procesos judiciales (Shimabuku, 2012).

La evaluación de la insatisfacción debería contribuir al planteamiento de mejoras en la atención hospitalaria, además de servir de referente de atención para otros establecimientos de salud (Montiel y Sánchez, 2014).

Las 3 características más sobresalientes, que refieren los usuarios tener mayor satisfacción a acudir por una consulta en el Servicio de Urgencias son:

- 1) El Trato amable que le dio el Personal de Enfermería a su llegada.
- 2) El Trato amable que le dio el Personal de Seguridad a su Ingreso a Urgencias.
- 3) La orientación brindada por el personal en general, con respecto hacia donde se dirigía (Montiel y Sánchez, 2014).

De esto se puede determinar que el personal del Servicio de Urgencias, cumplió con las expectativas de los usuarios encuestados, al tener hacia ellos un trato amable, orientarlos, disposición de ayudarles, resolución de sus problemas y valoración general (Montiel y Sánchez, 2014).

Esto se traduce en una experiencia satisfactoria con respecto a la atención recibida, tanto por el personal médico como el de enfermería (Montiel y Sánchez, 2014).

Después del análisis multivariante, las variables que influyen en una percepción no satisfactoria, son la percepción de un tiempo de espera largo, un trato médico desconsiderado y la percepción de no recibir un trato respetuoso (Rodríguez, 2012)

Finalmente, adicionalmente al finalizar la entrevista muchos de los participantes manifestaron que pese a todo volvería al hospital para solicitar atención médica pues es la única institución que brinda servicios en la localidad, coincidiendo con Borja y Herrera (2014), quien observó que pese a las quejas de los usuarios respecto a la atención recibida, una buen porcentaje manifestó que volvería a atenderse en el establecimiento, esto debido a que como en el caso nuestro, es el único establecimiento de salud con atención las 24 horas que atiende en la zona.



**CONCLUSIONES**  
**Y**  
**RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- El usuario externo del servicio de Emergencia del Hospital Referencial Docente Tumán, tiene poco conocimiento acerca de sus derechos como usuario de un establecimiento de salud.
- En el Servicio de Emergencia del Hospital Referencial Docente Tumán, existe una notoria discriminación al usuario externo de parte del usuario interno y no se está respetando el derecho del usuario del hospital, a la privacidad durante su atención, a recibir información adecuada así como a la conocer la identidad del personal que lo atiende.
- No se respeta el derecho que tiene el paciente para la toma de sus decisiones durante su estancia, así como a aceptar o poder rehusar a recibir tratamiento si así lo desea.
- Todos los usuarios, estuvieron de acuerdo con volver al hospital para recibir atención médica en el servicio de emergencia de ser necesario.
- No existe difusión de ningún tipo dentro del establecimiento sobre la existencia de la carta de los derechos y deberes que tienen los usuarios de los establecimientos de salud en el país.

## RECOMENDACIONES

- Todo el personal involucrado en la atención del usuario del servicio de salud, debe obligatoriamente actualizar sus conocimientos sobre los deberes y derechos del paciente, mediante capacitación continua dentro y fuera de la institución
- El personal profesional, debe utilizar en lo posible términos fáciles de entender, cuando socializa la información con el paciente acerca de su enfermedad y el tratamiento indicado, y verificar si la información se entendió correctamente.
- Es necesario mejorar la presentación del personal de salud que trabaja en el hospital mediante el uso correcto del uniforme y correctamente identificado, para facilidad del usuario.
- Es necesario buscar estrategias de difusión dinámicas, atractivas y de fácil comprensión para los usuarios, como gigantografías, volantes o trípticos, radio difusión interna y externa, así como la implementación de una página web del Hospital donde figure además los derechos y deberes del paciente.

## **REFERENCIAS**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbas, Y. (2012). *Cumplimiento de los derechos del paciente por parte del profesional de Enfermería de la Unidad de Emergencia*. Medicina Forense y Legal, Enfermería, Medicina de Urgencias, artículos. Publicado el 30/01/2012.
- Academia Peruana de Salud (2008). *Historia de la salud en el Perú: Sistema nacional de salud, creación y reformas, instituciones y organizaciones públicas y privadas*. Academia Peruana de Salud, Lima.
- Arroyo, F. (2014). *Bioética – Principios Básicos – Modelos éticos*. *Bioética Ecuador*. Adaptado de: *Lecciones de Bioética*. Universidad de Barcelona. Publicado 26 febrero 2014. <https://bioeticaecuador.wordpress.com/2014/02/26/bioetica-principios-basicos-modelos-eticos/>
- Barca, I. Parejo, R., Gutiérrez, P., Fernández, F., Alejandro, G., López, F. (2004). *La información al paciente y la participación de este en la toma de decisiones clínicas*. Aten Primaria, Lima; 33 (7): 361-4.
- Bespali, Y., De Pena M., Concens M. (Febrero, 2015). *Derechos de los pacientes en Uruguay: percepción de los usuarios de hospitales*. Revista Médica Uruguay, septiembre 1995; 11(2):81-98,
- Borja, Y., Herrera, J. (2012). *“Respeto a los derechos del paciente en relación a la calidad sentida de los usuarios del área de medicina interna del Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el periodo Noviembre del 2010 a marzo 2011”*. Universidad Estatal De Bolívar, Venezuela.
- Bellver, V. (2006). *Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España*. Barcelona, Cuadernillo Bioética XVII, 2006/1ª:11-25.
- Bespali Y., De Pena M., Cosens M. (febrero, 2015). *Derecho de los Pacientes en Uruguay: percepción de los usuarios de Hospitales*. Rev. Médica Uruguay 1995; No. 11 (2).
- Bobadilla F.N., Durand A.A. (2014). *Conocimiento sobre los derechos del paciente en los usuarios del servicio de cirugía del Hospital Suárez Angamos III EsSalud*. Universidad Ricardo Palma, Lima.

- Braña, B. (2009). *La vulnerabilidad de los derechos de los pacientes en el medio hospitalario*. Rev. Ética de los Cuidados; 2(3).
- Bridson J., Hammond C., Leach A., Chester M.R. (2003). *Making consent patient centered*. BMJ. Nov 15; 327 (7424): 1159-61.
- Casado, M. (1998). *Los derechos humanos como marco para el Bioderecho y la Bioética*. Derecho Biomédico y bioética. Granada; Editorial Comares.
- Casares M. (2001). *Derechos de los pacientes*. Bip; 27: 28-35.
- Casas MDL, Zepeda EG. (2012). *Percepción del cumplimiento de la Carta de Derechos de los Pacientes: experiencia de 8 años en un hospital público*. México. Rev CONAMED 2012; 17(3): 120 - 125. ISSN 1405-6704
- Carlino P. (febrero 2015). *La experiencia de escribir una tesis. Contextos que la vuelven más difícil*. CONICET. Instituto de Lingüística de la UBA. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- Carta de los derechos generales de las pacientes y los pacientes. (Febrero 2015).
- C.N.M. (febrero 2015). *Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes N° 4*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México; 2001.
- Comité de Ética Asistencial (CEA) (1999). *Protocolo de tratamiento en pacientes Testigos de Jehová*. San Sebastián, Mayo 1999.
- C.M.N.D.H. (2014). *Carta de los derechos generales de los médicos. Art. 1. Ser libremente escogido por sus pacientes como depositario de su salud y su confianza*. Consejo Médico Nacional de Derechos Humanos, Secretaría de Salud. México.
- Oficialía Mayor del Congreso, (feb 2015). *Constitución Política del Perú*, Lima 2004.
- Correira, S.M.; Miranda, F.J. (2010). *Calidad y Satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal*. Inv. Europeas de Dirección y Economía de la Empresa; 16(2): pp. 27-41.
- Díaz S. (2014). *Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno otorgado por el personal de enfermería*. Universidad Autónoma de Querétaro, México.

- Díaz, J.A. (2012). *Análisis del Proceso de Consentimiento Informado: Percepción Pacientes Sometidos a Cirugía Otorrinolaringológica*. Univ. Murcia, España.
- De las Heras, MA. (2005). *Estatuto Ético-jurídico de la profesión médica*. Madrid; Editorial Dykison.
- EsSalud (febrero 2015). *Defensoría del asegurado de EsSalud*. Lima;
- Domínguez, A. (2007). *Derecho Sanitario y Responsabilidad Médica: (Comentarios a la Ley 41/2002)*. 2da. ed. España: Lex Nova.
- Duarte (2010). *Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención recibida del personal de enfermería del consultorio externo del Hospital Distrital de Minga Guazú. Mayo - julio 2010*. Universidad Nacional Del Este, Minga Guazú.
- El Peruano. Normas Legales (2013). *Decreto Supremo 223-2013-EF MINSA*. 13 de setiembre de 2013, p: 502829 Anexo 1; 1.
- Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hood, K., Atwell, C., Grol, R. (Apr. 2003). *Shared decision making: developing the option scale for measuring patient involvement*. Qual Saf Health Care; 12(2): 93-9.
- Espinoza, M. (1999). *Potencialidades y deficiencias en el uso de las técnicas de comunicación interpersonal entre Profesionales de Salud en Hospitales Públicos y Pacientes con aborto incompleto*. Univ. Católica Boliviana, La Paz.
- Erazo, T., Sepulveda, G., Rojas, O. (2012). *Conocimiento de los Usuarios sobre sus Derechos y Deberes en el SGSSS, Hospital San José de Buga, 2011*. Universidad Católica de Manizales.
- Faliero, C. (2011). *“El trato digno del paciente y la disposición sobre su propio cuerpo”*. Congreso de Derecho Privado para estudiantes y jóvenes graduados. *“Reflexiones sobre la reforma del código civil”*. Univ. Buenos Aires; p: 1 – 12.
- Figueras- Sabater R. (2005). *Derechos de los pacientes y calidad asistencial*. Revista Calidad Asistencial; 20(6): 318-26.
- Flick, U. (2011). *Introducción a la colección: Investigación Cualitativa*. En Kvale, S. *Las entrevistas en investigación cualitativa* (pp. 11-16). Madrid: Ed. Morata.

- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ed. Morata.
- García C.M., Giraldo C.M., Cadavid N. y Pachón S:L. (2014). *Atención en salud y satisfacción del usuario*. Univ. Católica Manizales. Facultad de Ciencia de la Salud. Especialización en administración de la salud. Manizales. 231 pag.
- Gonzales R, Altamirano C. (2005). *Conocimiento y aplicación de los Derechos del Paciente Hospitalizado por el personal de Enfermería*. Rev. Facultad de Enfermería Campus Minatitlan; 56 (23): 76-85.
- Gherzi, C.A., Weingarten, C. (2012). *Tratado del Derecho a la Salud. Tomo I. Capítulo 4. "El derecho a la salud como derecho personalísimo"*. 1ª Ed. Buenos Aires: p.92.
- Hernando P. (2005). *Los derechos de los pacientes: una cuestión de calidad*. Rev. Calidad Asistencial; 20(6): 353-6.
- Hernández R. (2014). *La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada*. Universidad Internacional de la Rioja (España). Secretariado de publicaciones Universidad de Sevilla Cuestiones Pedagógicas, Nº 23, noviembre; pp 187-210
- Vigo I., Morón Pastor C., Carvajal R., Cerna B., Morales M., Borja A. (2002). *Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Servicios de Salud*. MINSA, Lima.
- Kennedy, A.D., Sculpher, M.J., Coulter, A., Dwyer, N., Rees, M., Abrams, K.R. et al. (2002). *Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial*. JAMA. 4; 288 (21): 2701-8.
- Oficialía Mayor del Congreso (2015). *Ley General de Salud N°26842*. Lima.
- MINSA (2015), *La Ley General de Salud en Perú, N° 26842*, Resolución Ministerial 005-2015 MINSA, Proyecto Reglamento Ley 29414.
- Loayssa, J.R., Tandeter, H. (2001). *Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas*. Atención Primaria; 28(8):560-564
- López, R.E., Deslauriers J.P. (2011). *La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social*. Rev. Margen Nº 61, junio. pp, 19



- Macfarlane, J., Holmes, W., Gard, P., Thornhill, D., Macfarlane, R., Hubbard, R. (2002). *Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet*. BMJ. Jan12; 324 (7329): 91-4.
- Makoul, G., Claymanm, L. (Mar. 2006). *An integrative model of shared decision making in medical encounters*. Patient Educ Couns; 60 (3): 301-12.
- Martínez, F., Ibáñez, J., Fontanet, M., Fusté, C., Ruesga, O., Salas, L. (2008). *Derechos del usuario del hospital: conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte de los profesionales*. Rev. Calidad Asistencial en español.
- Meza, A.; Leguiza S. (2015). *Bioética y la actuación del enfermero*. Cuadernillo II, Módulo II. Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina.
- Miguel, A. (Dic. 2011). *Encuesta Respeto Derechos de los Pacientes*. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Aconcagua. Hospital San Juan de Dios de los Andes. Chile.
- Montiel, V., Sánchez, G. (2014). *“Propuesta para la Medición del Servicio al Cliente y Análisis de la Calidad Percibida por el Usuario del Servicio de Emergencias Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia en el 2º semestre 2014”*. Instituto Centroamericano de Administración Pública. San José, Costa Rica.
- Murillo, J., Martínez, C. (2010). *Investigación etnográfica*. Métodos de Investigación Educativa en Ed. Especial. 3º Ed. Especial 30/11/2010: pp 21.
- Pacheco, M. (2004). *Concepto de Bioética y modelos éticos*. Curso de Bioética. Temas de Bioética. Universidad de Barcelona.
- Pacheco, M. (2012). *Lecciones de Bioética. Concepto de bioética. Modelos éticos. Comités de ética*. Curso Bioética y Deontología. Associació Catalana d'estudis Bioètics (ACEB). Universitat de Barcelona. 2012.
- Paredes, J. (2011). *Diccionario de la Lengua Española*. 4ta. ed. Lima: Norma.
- Participación de los pacientes en la toma de decisiones (2002). Debate N° 1, Revista Electrónica de Medicina Intensivista., México; 2 (1):

- Peralta, L. (2010). *La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria*. Universidad de Cantabria.
- Quezada, V. (2000). *Libertad del ciudadano mexicano para escoger a su médico. Discurso posterior a su triunfo electoral.: "... si los mexicanos ya pudieron elegir a su presidente, ¿por qué no van a elegir a su médico?"*. México D.F.
- Rey, R. (2009). *Conocimiento de los enfermos sobre sus derechos y deberes en el proceso de atención en la ESE Hospital Universitario de Santander*. Revista Universidad Industrial Santander Salud. No. 41(1).
- Salazar, M., Salazar, C., Álvarez, L., Cabanillas, N., Córdova, N., Cieza, J. (2010). *Derechos Humanos en Salud y acciones éticas en mujeres hospitalizadas en un Hospital docente: Resultados de estudio piloto*. Rev. Enf. Hered., Lima; 3(2): 89-95.
- Shimabuku, R. et al. (2012). *Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, Perú*. Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública; vol.29, n.4, pp.
- Sobero E. (2012). *La enseñanza de la Ética y Bioética como eje transversal*. Escuela de Enfermería. Universidad Católica santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo-Perú. Universidad Católica santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo.
- Temas de Bioética (2004). *La dignidad de la persona humana*. Curso de Bioética. Temas de Bioética. Universidad de Barcelona.
- Thompson, J. (2012). *Los principios de ética biomédica*. Rev. De la Asociación colombiana de facultades de medicina N° 58 (4).
- Turabián, J.L., Pérez Franco B. (2005). *La emoción y la intuición como herramientas para gestionar la incertidumbre en la toma de decisiones en medicina de familia*. Atención Primaria; 35(6): 306-10.
- Villatoro, A. (2005). *Efectividad y Problemática en Servicio de Urgencias*. México D.F. 2005
- Zárate, E. (febrero 2015). *Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú*. Univ. Nac. San Antonio Abad Cusco. SITUA; 12(23):4-10.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### **“RESPETO DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REFERENCIAL DOCENTE TUMÁN, ENERO – JUNIO DE 2015”**

El Hospital Referencial Docente Tumán, desea conocer su percepción del cumplimiento de sus Derechos, mientras recibió atención en este establecimiento. Para ello, se ha elaborado una encuesta breve, por lo que solicitamos su colaboración en responderla.

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ SEXO: M \_\_\_ F \_\_\_

**Cuestionario de variables demográficas y de datos clínicos.** (Parte complementada por el paciente).

¿Cuál es su nivel de estudios? Seleccione el apartado que corresponda a los últimos estudios cursados.

Sin estudios  Primaria  Secundaria  Superior No Universitario  Sup. Universitario .

¿Cuál es su situación laboral? Activo/a . Desempleado/a . Jubilado/a . Ama de casa .

¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a . Casado/a o pareja estable . Divorciado/a o separado/a . Viudo/a .

¿Es la primera vez que acude a urgencias? Si . No .

El tiempo de espera le pareció: Mucho . Normal . Poco .

La atención que recibió le hizo sentirse: Satisfecho . No satisfecho .

### **ENCUESTA RESPETO DERECHOS DE LOS USUARIOS**

1. ¿Qué le pareció a Ud., la carta sobre los derechos y deberes del paciente que tiene el hospital Tumán
2. ¿Cree Ud., que durante su atención en el hospital, se sintió por algún motivo discriminado?, ¿por qué?
3. ¿Cómo identificó Ud., al personal de salud en el Servicio de Emergencia del Hospital?

4. ¿Cómo considera Ud., que fue el trato que recibió del personal durante su atención respecto a sus derechos?
5. ¿Qué le pareció la información que se le brindó acerca de las gestiones o requisitos necesarios para poder atenderse en el servicio de emergencia?
6. ¿Cómo vio Ud., si se respeta la privacidad del usuario, durante la atención en el servicio de Emergencia?
7. ¿Cuál es su opinión sobre la seguridad de los ambientes donde se brinda la atención al paciente en el Servicio de Emergencia?
8. ¿Qué le pareció la información que se le brindó sobre los riesgos y/o beneficios de los procedimientos, diagnósticos y/o tratamientos que le realizaron durante la atención en el Servicio de Emergencia?
9. ¿Cómo lo trataron si Ud., se negó o rechazó a recibir un determinado medicamento o procedimiento indicado por el médico durante su atención en Emergencia del hospital?
10. ¿De ser necesario, usted volvería a atenderse en este servicio?

**GRACIAS POR SU COLABORACION**

**ENCUESTA VALIDADA POR EXPERTO**

**Dr. Segundo Zavaleta Gonzáles**

**Médico Cirujano CMP N° 36699**

Docente Principal Facultad de Medicina – Universidad Particular de Chiclayo.

Cursos: Investigación Científica - Proyecto de Tesis – Tesis.

Diplomados: Auditoría Médica, Administración Hospitalaria, Salud Ocupacional.

Maestría en Gestión de los Servicios de Salud – Universidad Particular de Chiclayo.

Doctorado en Ciencias de la Salud- Universidad Particular de Chiclayo.

## ANEXO Nº2

### RESPECTO DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REFERENCIAL DOCENTE TUMAN, 2015

Estimado(a) usuario(a), debo agradecer por su interés en participar en la presente investigación, la cual detallamos a continuación.

**OBJETIVO DE LA ENCUESTA:** En el presente estudio queremos examinar algunos aspectos relacionados con el respeto a los derechos que Ud., tiene como usuario de nuestra institución. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, al igual que la decisión de retirarse en el momento que estime conveniente.

**BENEFICIOS:** Conocer esto puede servir para que más adelante se mejoren los servicios de salud en nuestro establecimiento y mejorar sustancialmente la calidad de vida de toda la comunidad.

**CONFIDENCIALIDAD:** Los resultados de esta entrevista serán mantenidos en absoluta reserva. Su nombre no será utilizado para ningún propósito que sea ajeno a la presente investigación.

#### **CONSENTIMIENTO:**

Si Ud. se ha decidido participar en el estudio, por favor firme a continuación y guarde una copia de este documento.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y entiendo el presente documento, y acepto participar en la investigación descrita.

Firma de la Participante  
DNI o LE  
Fecha y Hora

Para cualquier inquietud, por favor dirigirse a la Obstetra. Alicia Nieto Idrogo, responsable del presente estudio. Celular Nº 979822467. Servicio de Obstetricia del Hospital Referencial Docente Tumán Teléfono 074-417106 anexo 111.

