



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE GRADUADOS



Tesis para optar el Grado de
Magister en Comunicaciones

“Determinación de las percepciones de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud.”

Presentada por

MAGNOLIA JESUS DUSEK PAZ

Asesor: Mag. Hugo Aguirre Castañeda

Lima – Perú

2005



Agradecimientos

A mi familia y amigos por su gran apoyo y confianza depositada en mí, quienes me permitieron cumplir íntegramente mis metas y ser mejor profesional.

A mi asesor, Hugo Aguirre Castañeda, por su acertada dirección y valiosa ayuda durante el desarrollo de la presente tesis.

A mi profesorcito, Mg. José Portugal, sin su ayuda no hubiera logrado esta tesis y a mi compañera de Maestría, Daniela Bibolini, por su colaboración incondicional.

RESUMEN

El presente estudio pretende profundizar sobre uno de los temas que debería preocupar a toda institución; los factores de la comunicación interpersonal, y en especial las que prestan servicios de salud: nuestro objetivo es conocer la percepción de las usuarias sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa en los servicios de gineco obstetricia del Hospital Santa Rosa.

Actualmente, toda empresa con éxito es la que está atenta a las necesidades de sus clientes y actúa de acuerdo a la forma en que éstas van cambiando, para satisfacerlas e incluso superarlas.

La Tesis, está organizada de manera que brinda un marco detallado sobre la teoría a partir de las relaciones humanas y el proceso de la comunicación en sí y cómo se desarrolla dentro de una organización, nos permite conocer además, la institución donde hemos realizado la investigación, se sustenta los procedimientos utilizados en la metodología para la recolección de la información explorada, aplicada a un Hospital real.

Para finalizar y a manera de aporte, tanto a las autoridades, estudiosos y a la comunidad en general, se presentan los resultados en cuadros y gráficos, para facilitar la interpretación de cada una de las variables estudiadas.

Después del análisis e investigación, se llegó a enriquecedoras conclusiones y recomendaciones relacionadas a la importancia que tiene para las entidades de salud, la comunicación del público interno hacia el público externo dentro de la consulta para el fortalecimiento de una buena imagen institucional.

CONTENIDO

▪ Introducción	
▪ Presentación y delimitación del tema de investigación	1
▪ Planteamiento del Problema	7
- Objetivos de Investigación	7
- Preguntas de Investigación	8
- Justificación	9
- Viabilidad	10
Capítulo I: COMUNICACIÓN CORPORATIVA EN EL TERCER MILENIO	
1.1. Relaciones Humanas	11
1.1.1. La Comunicación Interpersonal	16
1.1.2. Comunicación Verbal y No Verbal	27
1.2. La Organización	39
1.2.1. La Comunicación Corporativa	45
1.2.2. Canales de la Comunicación	57
1.3. Conceptualización de la satisfacción del usuario en la comunicación	61
1.4. Factores que intervienen en la comunicación interpersonal	65
Capítulo II: COMUNICACIÓN E IMAGEN CORPORATIVA	
2.1. Comunicación Corporativa y la Salud Pública	70
2.2. Clasificación de los públicos	72
2.3. Identidad Corporativa	74
2.4. Imagen Corporativa	81
Capítulo III: LA ORGANIZACIÓN DE SALUD	
3.1. El Ministerio de Salud	91
3.1.1. Reseña Histórica del Ministerio de Salud	91
3.1.2. Visión y Misión del Ministerio de Salud	94
3.1.3. Estructura Organizacional del Ministerio de Salud	95

3.1.4. Análisis de lineamientos de política para el desarrollo de la comunicación médico – paciente en el Ministerio de Salud.	96
3.2. Hospital Santa Rosa de Lima	98
3.2.1. Reseña Histórica del Hospital Santa Rosa	98
3.2.2. Visión y Misión del Hospital Santa Rosa	103
3.2.3. Estructura Organizacional del Hospital Santa Rosa	104
3.2.4. Lineamientos de política de Comunicación médico – paciente en el Hospital Santa Rosa.	105
3.3. Análisis de la Comunicación médico - paciente en una organización corporativa: Hospital Santa Rosa.	112
 Capítulo IV: METODOLOGÍA	
4.1. Tipo de Investigación	117
4.2. Diseño Muestral	118
4.3. Lugar y período de estudio	119
4.4. Limitaciones de la Investigación	120
4.5. Metodología de Trabajo	121
4.6. Instrumento de Estudio	121
 Capítulo V: ANÁLISIS	
5.1. Análisis de datos de las preguntas de filtro.	125
5.2. Análisis de datos por cada uno de los objetivos	137
 ▪ Conclusiones	240
▪ Recomendaciones	245
▪ Bibliografía	249
▪ Cronograma	254
▪ Presupuesto	255
▪ Anexos	256
Anexo 1: Diagnóstico Comunicacional	
Anexo 2: Cuadro Estadístico de atendidos y atenciones del Hospital Santa Rosa	

Anexo 3: Mapa de la jurisdicción del Hospital Santa Rosa

Anexo 4: Matriz de Variables y desarrollo de items

Anexo 5: Primera versión del cuestionario

Anexo 6: Versión final del cuestionario

Anexo 7: Libro de Códigos

Anexo 8: Matriz de Resultados de Encuesta

Anexo 9: Soporte Fotográfico



INTRODUCCIÓN

La razón de ser de las instituciones de salud, es en primer lugar servir al usuario, es decir, el médico atiende al paciente de forma física y emocional, y resulta de suma importancia retroalimentarse constantemente con los criterios de los usuarios sobre el servicio que reciben, ya que esta información es vital para resolver aquellos problemas existentes en la organización que de un modo u otro afectan la imagen de la empresa; por ello, es de suma importancia para nosotros conocer los factores que se deben tener en cuenta en la comunicación interpersonal, profesional de la salud – usuaria, en la consulta externa de un hospital.

La investigación se basa en determinar las percepciones de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación médico – usuaria de la consulta externa de gineco obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud.

Organismos como: El Ministerio de Salud, Organizaciones No Gubernamentales, la Organización Panamericana de la Salud , la Organización Mundial de la Salud, como parte de las acciones necesarias para crear ventajas competitivas con relación a los servicios privados de la salud, han realizado algunos estudios e investigaciones a nivel macro, aplicando encuestas y desarrollando herramientas para la medición de la calidad de la atención en el servicio de salud por parte de la usuaria¹; sin embargo, estos esfuerzos serán en vano si es que no se realizan de

¹ Usuaria.- paciente, son todas aquellas mujeres que asisten al Hospital a atenderse generalmente por alguna dolencia corporal y por ende hacen uso de los servicios que éste ofrece.

manera metódica, sistemática y que forme parte de las políticas de gobierno en el marco de un sistema de gestión de calidad de servicios de salud.

Nuestra principal preocupación fue investigar uno de los elementos que participa en forma primordial en la calidad de la atención: la comunicación; nos propusimos en el primer capítulo, hacer una lectura y revisión de los conceptos que aborda nuestro estudio a partir de las relaciones humanas, la comunicación interpersonal, la comunicación verbal y no verbal, la comunicación corporativa, los canales de comunicación, conceptualizamos la satisfacción del usuario y los factores que intervienen en la comunicación.

En el segundo capítulo intentamos analizar la comunicación corporativa y la importancia en la salud pública, ocupándonos de las usuarias como público externo, por lo que presentamos también, la clasificación de los públicos. Explicamos conceptos como imagen e identidad corporativa, dado que éstos términos son utilizados después de la percepción de la usuaria cuando interactúa con el médico, principal objetivo de la comunicación interpersonal, en la cual el emisor y el receptor actúan interdependientes; la usuaria se crea una imagen del médico y a la vez de la institución, y viceversa.

En el tercer capítulo, se da a conocer una visión general del Ministerio de Salud, como ente rector de la salud pública a nivel nacional y sus servicios, así como los lineamientos de política de comunicación, e inmediatamente pasamos a desarrollar algunos elementos importantes a tomar en consideración del Hospital Santa Rosa, como son: la visión, misión, estructura organizacional y lineamientos de política de comunicación médico – paciente, para conocer y comprender la realidad en donde hemos desarrollado la investigación, cerrando el capítulo con un texto en el que se interrelaciona: la comunicación organizacional en una consulta externa de gineco obstetricia del Hospital Santa Rosa.

El apoyo recibido de la Licenciada Daniela Bibolini para el manejo estadístico de esta parte del trabajo fue básico, pues ella nos ayudó a darle forma a las cifras y resultados, dando origen al cuarto capítulo.

Luego de la densa tarea de la aplicación del instrumento, pasamos a analizar e interpretar los resultados en el capítulo quinto.

Y a continuación, encontraremos las conclusiones obtenidas después de analizar los resultados de acuerdo a la metodología aplicada, que orientó la obra y la redacción de nuestras recomendaciones desde nuestro punto de vista y luego de haber sido partícipes de nuestra realidad, como usuaria, trabajadora y ahora investigadora.

El informe es complementado con varios anexos, el primero de ellos es un diagnóstico comunicacional, que me proporcionó mi asesor, el que nos permitió reducir y limitar los esfuerzos de acuerdo a nuestros objetivos, luego presentamos los cuadros estadísticos de atendidos y atenciones del Hospital Santa Rosa, con el que pudimos identificar nuestra población y delimitar la muestra, el mapa de la jurisdicción del Hospital, matrices y dos versiones del instrumento aplicado, y finalmente fotografías tomadas durante la aplicación del instrumento como soporte de veracidad.

Debo recalcar que consideramos este trabajo como exploratorio, como una primera aproximación o avance sobre el tema en esta entidad pública, y al calificarlo así, sólo pretendemos señalar que el tema contiene una rica veta que podría ser continuada y mejorada por otros investigadores.

Finalmente, además de los ya mencionados, hay otras personas sin cuyo apoyo esta obra no hubiese sido posible: las usuarias y personal del Hospital, mi eterno agradecimiento.

Gracias, al Profesor Luis Peirano, a mis maestros y compañeros de carpeta, alumnos de la Maestría de Comunicaciones, Promoción 1997.



Presentación y Delimitación del Tema de investigación

En las modernas estructuras de trabajo, la comunicación constituye la base fundamental de toda empresa, sirve no sólo para transferir información y entendimiento entre las personas y los grupos, sino también para unificar el comportamiento del colectivo. Dicha unificación proporciona la base para una cooperación continuada. Por consiguiente, la eficacia del funcionamiento y la subsistencia de cualquier organización dependen de lo bien que actúen sus canales de comunicación.

Costa (1995), ha desarrollado ampliamente el tema de comunicación corporativa, y se refiere a ésta como:

El verdadero problema no está en decir o no decir, sino en qué decir, a quiénes y cómo, pero sobre todo, y decisivamente, en las relaciones entre decir y hacer, comunicar y actuar, en tanto que una forma unitaria de expresión corporativa. (p. 38)

En todo tipo de organización, pero especialmente en aquellas organizaciones dedicadas a la atención de la salud de las personas, se experimenta una situación crítica respecto a la operatividad de sus sistemas de comunicación, información y orientación.

Por tratarse de información de carácter crítico, vinculado a la salud de las personas, a su vida e integridad física, ésta es todavía más urgente e impostergablemente necesaria para todas aquellas personas que visitan o frecuentan un establecimiento de salud pública.

Ana Guezmes (1997), en la Revista Mujer Salud en su artículo “¿Qué implica la calidad de atención en servicios de salud?”, comenta lo siguiente:

La paradoja, es el enorme avance científico y médico que crece paralelo a la crisis de los sistemas de salud, por ende, a la imposibilidad de un acceso universal a la salud de buena calidad y sin discriminación. (p. 31)

Aquello que está vinculado a la vida y la salud de las personas cobra una gran importancia, pero especialmente cuando la salud no es la mejor, es decir cuando el sujeto objeto de la atención del establecimiento de salud, ya tiene una situación de persona restada en sus condiciones normales: un enfermo o paciente de un hospital tiene urgencias mayores de información y orientación, no solamente desde la organización, sino por cierto desde los profesionales de la salud, llámese éste: médico, enfermera, técnica, etc.

Es de un especial interés enfocar el problema de comunicación determinando la percepción de las usuarias sobre los factores más importantes que se deben tener en cuenta en la comunicación interpersonal durante la prestación de los servicios de salud: relación profesional de la salud – paciente usuario en la consulta externa de los servicios de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa de Lima del Ministerio de Salud.

Somos conscientes de que no sólo se trata de la relación estrictamente clínica, sino también de la relación humana, la ciencia pareciera se ha distanciado del ser humano, por lo que es preciso humanizarla y hacerla accesible a las mayorías: en una consulta médica, se generan percepciones muy sensibles entre las personas, y que luego se transforman en opiniones que se refieren a los aspectos del cumplimiento de roles, responsabilidad y misiones, tanto personales como corporativas y que en el caso de las organizaciones genera la imagen institucional o imagen corporativa.

Existen investigaciones realizadas por el Ministerio de Salud con la cooperación de otras entidades sobre calidad integral de la atención y el servicio de salud en Lima y a nivel nacional, así como distintos trabajos sobre salud reproductiva, las mismas que nos han servido como referencia para nuestra investigación.

El trabajo más próximo al nuestro, es el que se hizo en el año 2000, por el Ministerio de Salud y el Proyecto 2000, sobre “La Calidad del servicio de salud desde la percepción de la usuaria (Diagnóstico de Necesidades de Comunicación)”² con el apoyo de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos de América USAID, en el que se investigó los elementos de la comunicación interpersonal que se encuentran presentes y aquéllos que son necesarios introducir o reforzar en la interacción usuaria – proveedor para mejorar la calidad de la comunicación en la consulta y lograr una usuaria satisfecha del servicio. Esta investigación, se llevó a cabo en los años 1996 y 1997 en 41 establecimientos de salud a nivel nacional.

En 1998, el Consorcio Mujer, un grupo de instituciones feministas de Lima decidieron unirse y desarrollar una investigación – acción, teniendo como objetivo la percepción que tienen las usuarias de la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, en las ciudades de Cusco, Lima, Piura y Tarapoto, teniendo como premisa sobre calidad de atención, dos dominios: el técnico y el interpersonal. El aspecto técnico consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de otras ciencias de la salud para el manejo de problemas de salud en las personas. El dominio interpersonal de atención involucra la comunicación socio emocional de la interacción médico – paciente que incluyen: comunicación, formas en que se provee la atención, confianza, respeto, involucramiento y ambiente de apoyo.

Sobre calidad de atención, el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán³ ha adaptado algunas definiciones a la realidad nacional, los mismos que fueron publicados en 1998, y del cual se ha tomado algunos de los elementos de calidad de atención para nuestra investigación.

-
- 2 Elaborado para el Ministerio de Salud bajo contrato del Proyecto 2000 con el Centro para programas de comunicación de la Universidad Johns Hopkins. Investigación: “Calidad del servicio de salud desde la percepción de la usuaria”, Perú – 2002.
 - 3 Elaborado por el equipo de investigación de Consorcio Mujer. El proyecto de investigación fue publicado gracias al apoyo de la Fundación Ford. “Calidad de atención en la salud reproductiva: una mirada desde la ciudadanía femenina”. Perú, 1998.

“Calidad de atención se basa fundamentalmente en la opinión del cliente – usuarias; es inherentemente más subjetiva” (Guezmes, 1997, p. 37), a diferencia de “los servicios de salud de calidad, que responden a las necesidades de salud integral de las usuarias” (Reyes, 1997, p. 32).

En el año 1997, El Ministerio de Salud en conjunto con el Proyecto 2000, diseñó una estrategia del plan de Información, Educación y Comunicación (IEC), en Salud materna, orientada a institucionalizar procesos que contribuyan a optimizar la relación prestador (a) - usuario (a) de los servicios de salud materno perinatal. Investigó en 12 Direcciones de Salud a nivel nacional, conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación a la salud materna (embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido), informe publicado por el Ministerio de Salud con el nombre de “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud y nutrición materno infantil”.

No quisiéramos dejar de mencionar de igual modo la importancia que tuvo el aporte de Rocío Valverde, con su publicación: “Percepciones y comportamientos frente a la usuaria adolescente, en el libro “Más allá de la Intimidad: cinco estudios en sexualidad, salud sexual y reproductiva”; en el que presentó los primeros resultados de un estudio realizado de febrero a diciembre de 1995 en los Hospitales Sergio E. Bernales y Arzobispo Loayza, en los que investigó, las percepciones y comportamientos del personal de salud y de las usuarias, llegando a la conclusión que la tendencia mayoritaria encontrada en el personal de salud respecto a la concepción de la interacción y de la práctica médica tiene características de una visión biomédica⁴, con carácter profundamente técnico de su actuar por un lado y deja separada la sensibilidad y la comunicación por otro.

Valverde (1996) cita en su artículo, lo siguiente:

4 Biomédica, viene de la palabra biomedicina que significa: Medicina clínica basada en los principios de las ciencias naturales (biología, biofísica, bioquímica, etc.).

Si pudiéramos combinar la enseñanza de los nuevos descubrimientos científicos y técnicos con una insistencia similar en las relaciones humanas interpersonales, haríamos verdaderos progresos. (p.105)

Pese a todos los trabajos desarrollados por los organismos preocupados por los problemas de salud sobre calidad de atención a nivel macro, a nivel general, con aplicación de encuestas y desarrollando herramientas para la medición de la calidad de la atención en el servicio de salud; no se ha planteado, ni estudiado específicamente los problemas sobre los factores que intervienen en la comunicación interpersonal. Nuestra principal preocupación es que no se ha hecho un verdadero estudio sobre el problema de comunicación existente entre el profesional de la salud y la usuaria en el sector público como lo dice en su texto, Rocío Valverde. Información vital para resolver aquellos problemas existentes en la organización que de un modo u otro afectan la imagen de la empresa.

Cabe resaltar, que nuestra tesis apunta a describir las percepciones de la usuaria sobre los factores más importantes, que intervienen en la comunicación del médico hacia la usuaria, teniendo en cuenta que existen varios aspectos importantes en la comunicación.

Tipo de Investigación

La investigación es del tipo exploratoria, aplicada, experimental, descriptiva y explicativa, enfocando específicamente el fenómeno comunicacional en el ámbito de la comunicación interpersonal durante la prestación de servicios de salud en consultorios externos de Ginecología del Hospital Santa Rosa; y para este efecto se aplicará un instrumento de recolección de información como es la aplicación de un cuestionario mediante encuestas, que intenta recopilar y medir la información; además de elaborar una matriz para el análisis de la información obtenida por el instrumento.

La limitación de nuestra investigación es el presupuesto, por lo que se ha determinado investigar sólo las percepciones de la usuaria, para lo cual en un próximo informe, se podría investigar la percepción de los profesionales (médicos) sobre los mismos factores estudiados que intervienen en dicha comunicación interpersonal.

El instrumento permitirá conocer las percepciones de la usuaria sobre las variables que intervienen en la comunicación médico - usuaria, para conceptuar, describir y explicar su actual operatividad; con este bagaje informativo, realizaremos un diagnóstico y estaríamos así en condiciones de proponer un plan de acción o plan operativo con programas, proyectos y/o actividades que reviertan el panorama problemático comunicacional, con énfasis en la interacción médico – paciente, aportando al mejoramiento en la calidad de atención en forma integral.

La investigación reviste singular importancia en razón de estar afrontando una faceta singular de la comunicación corporativa especificada en los factores que intervienen en ella, durante la prestación de los servicios de salud: relación médico – usuaria en la consulta externa de los servicios de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.

A la par de analizar uno de los aspectos problemáticos institucionales, la investigación también puede contribuir a la formulación de políticas institucionales que incluso pudieran llegar a niveles de regulación ministerial o de políticas de gobierno.

Planteamiento del Problema

Objetivos de Investigación

Objetivo General

- Determinar las percepciones de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud.

Objetivos Específicos⁵

1. Conocer la percepción de la usuaria sobre la comprensión hacia el médico en la comunicación durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.
2. Conocer la percepción de la usuaria sobre la empatía que tiene el médico con la usuaria durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.
3. Conocer la percepción de la usuaria sobre la atención que brinda el médico en la comunicación durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.

5 Algunos de los factores que intervienen en la comunicación médico – usuaria, se han podido enumerar de acuerdo al aporte del trabajo elaborado para el Ministerio de Salud bajo contrato del Proyecto 2000 con el Centro para programas de comunicación de la Universidad Johns Hopkins. Investigación: “Calidad del servicio de salud desde la percepción de la usuaria”, Perú – 2002.

4. Conocer la percepción de la usuaria sobre el aprecio que demuestra el médico en la comunicación durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.
5. Conocer la percepción de la usuaria sobre las normas de respeto que utiliza el médico durante la comunicación en la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.
6. Conocer la percepción de la usuaria sobre la confianza que le brinda el médico a la usuaria durante la comunicación en la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.
7. Conocer la percepción de la usuaria sobre la privacidad⁶ que le brinda el médico durante la comunicación en la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa, como factor de la comunicación.
8. Conocer la percepción de la usuaria sobre la infraestructura del consultorio que contribuye a la privacidad que le brinda el médico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa, como factor de la comunicación.

Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las percepciones de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud?

6 Valverde Aliaga, Rocío. En su artículo: Percepciones y comportamientos frente a la usuaria adolescente en el libro de: CORDERO FRISANCHO, Marisol y otros (1996). Hace referencia de un factor importante de la comunicación interpersonal: la privacidad en las consultas, elemento que debe ser evaluado en los servicios. Muchas veces la falta de ella se debería, más que a recursos escasos, a que el personal de salud no valora la conservación de la privacidad en sus consultas y deteriora la comunicación interpersonal.

- ¿Cuál es la percepción de la usuaria sobre la comprensión, empatía, atención, aprecio, normas de respeto, confianza, privacidad e infraestructura que participan como factores de la comunicación y que el médico brinda a la usuaria en la consulta gineco obstetricia del Hospital Santa Rosa?
- ¿Cuál de estos factores que intervienen en la comunicación médico – usuaria, está más descuidado en la consulta externa de gineco obstetricia del Hospital Santa Rosa?
- ¿Existe alguna relación entre los factores que intervienen en la comunicación respecto al nivel de mejoría de la misma entre el médico – usuaria en la consulta externa de gineco obstetricia del Hospital Santa Rosa?

Justificación de la Investigación

La ciencia pareciera se ha distanciado del ser humano, por lo que es preciso humanizarla y hacerla accesible a las mayorías, en una consulta médica, se generan percepciones muy sensibles entre las personas, y que luego se transforman en opiniones que se refieren a los aspectos del cumplimiento de roles, responsabilidad y misiones, tanto personales como corporativas y que en el caso de las organizaciones genera la imagen institucional o imagen corporativa.

La investigación sirve para conocer el aspecto humano (comunicación interpersonal) que debe tener en cuenta el profesional de la salud al momento de una consulta externa, vamos a contribuir a que el médico conozca y se preocupe más en saber utilizar los factores que intervienen en la comunicación brindada en un consultorio.

El profesional de la salud no sólo debe dominar y saber conocimientos teóricos médicos que curarán al paciente, sino además debe preocuparse de la parte emocional de éste, es decir, mientras la organización conozca más sus usuarios (público externo), mejor atención le brindará y proyectará una mejor imagen de la institución, elevando su productividad y calidad, los usuarios se sentirán mejor de acuerdo a la mejoras de la atención, sobre todo en la comunicación y quedando satisfecha en la parte física y humana.

La investigación podrá contribuir y complementar la formulación de políticas institucionales de comunicación: profesional de la salud – usuaria; que incluso pudieran llegar a niveles de regulación ministerial o de políticas de gobierno.

Además, nos ofrece una exploración fructífera sobre una comunicación que poco o casi nada se ha hecho, los profesionales de la salud aún no internalizan la importancia que tiene para el usuario “los factores que intervienen en la comunicación interpersonal médico – usuaria”.

Dejamos la posibilidad de continuar con otros estudios, a partir de éste, se podría conocer también la percepción sobre los mismos factores que intervienen en la comunicación de parte de la usuaria hacia el profesional de la salud; y compararlos con estudios similares en otros hospitales del mismo nivel en Lima y provincias.

Viabilidad de la Investigación

Nuestra investigación es factible, toda vez que la realicemos en un hospital de Lima, donde no exista una investigación con el mismo planteamiento del problema, que nos permitan el acceso a sus instalaciones para el levantamiento de información y aplicación de encuestas a las usuarias de los consultorios médicos del servicio de gineco obstetricia. Contamos con los recursos financieros, humanos y materiales que debamos requerir de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación.

Por ser una investigación personal, cabe señalar, que no podremos ampliar y desarrollar la percepción de los factores que intervienen en la comunicación del profesional de la salud, ya que no contamos con dicho presupuesto.

CAPITULO 1

COMUNICACIÓN CORPORATIVA EN EL TERCER MILENIO

1.1. Relaciones Humanas

Hoy ya sabemos que los problemas más importantes de la organización, no son los tecnológicos, sino los antropológicos y sociológicos. El actual directivo empresarial no es sólo un experto o un estratega, ha de ser sobre todo un humanista capaz de conocer con profundidad y rigor a los hombres y a su entorno social.

La persona humana (el hombre), es un ser social, su vida se desenvuelve siempre en sociedad, empezando por el núcleo familiar, luego escolar, laboral, etc. Del modo cómo se relaciona con los demás en los diferentes ámbitos sociales depende su éxito o fracaso en el hogar, en su profesión, en el centro de trabajo, etc. No basta la capacidad intelectual, es también necesaria la habilidad para tratar y comprender a los demás.

Riccardi (1996), nos define las relaciones humanas basadas en las comunicaciones para el mantenimiento de una organización:

Pues la organización no es un todo homogéneo sino, al contrario, heterogéneo y está formada por partes contrapuestas y con intereses discrepantes. La existencia de intereses divergentes, no discutida por nadie, provoca el choque del comportamiento entre los dos más claros bloques humanos de la estructura empresarial.

Como el comportamiento viene determinado por la comunicación, es claro que ese choque puede ser amortiguado o ampliado por la misma. El choque del comportamiento puede llevar a destruir la organización. Para evitar tal fin surgen un conjunto de técnicas dirigidas a lograr la permanencia de aquel punto común que, como dijimos, permite el acuerdo creador del todo.

A estas técnicas es a lo que se le ha dado el nombre de Relaciones Humanas. (p.70)

Es tiempo de dominar los distintos elementos de la complejidad para administrar acertadamente los procesos relacionales y comunicacionales en la organización. La finalidad consiste en utilizar procedimientos científicamente fundados y propiciar en base a una adecuada retroalimentación y evaluaciones constantes, una toma de decisiones más eficientes.

Para una mejor comprensión de la teoría y la práctica de las Relaciones Humanas, es importante partir de bases sólidas que permitan ampliar la visión sobre los requerimientos fundamentales de la integración social y humana, con esa finalidad, hay que estudiar el campo donde las Relaciones Humanas desarrollan sus actividades y de los fenómenos que en él se producen.

Ese campo está constituido por una realidad socio cultural, representada por las interacciones y vida en las organizaciones, aspecto tan gravitante que se dice que el ser humano es el hombre organización, y que la organización es el fenómeno social más representativo de nuestra época.

Se hace necesario identificar y analizar las situaciones que los originan para coadyuvar a encontrarles alternativas de solución, facilitando la convivencia y desarrollo de las propias organizaciones y de los integrantes de los públicos vinculados.

Contribuyendo asimismo, a que el principio de interrelación entre los elementos y el concepto de sistema se tenga en cuenta en los problemas de integración, en el marco de un juego ético de expectativas e intereses.

Cada ser humano es un sistema y actúa en los distintos sistemas de las organizaciones a las que pertenece.

Desde el punto de vista psicológico Baumgarten (1968), explica que el hombre puede ser clasificado psíquicamente:

En la práctica, esto significa poder prever cómo obraría, en una situación determinada, y con qué medios se puede influir sobre él. El estudio del conocimiento de los hombres tiene tres grandes fines: el conocimiento del contenido psíquico de los demás, el mismo conocimiento por expresiones exteriores y la previsión de sus actos con influjo exterior o sin él. Los hombres que poseen el don intuitivo de comprender la manera de ser de otros, ejercitan ese talento inconscientemente. (p. 61)

Baumgarten, trata de explicarnos con esto que el hombre tiene un poder de compenetración de experiencias y pensamientos ajenos, de sentir y vibrar con ellos. La simpatía o antipatía que sienten son voces que hablan a favor o en contra del prójimo.

Pero para no ahondar en temas psicológicos, deseamos desarrollar el tema de las Relaciones Humanas de manera general, partiendo de que el hombre por naturaleza es un ser social y que debe relacionarse, dirigimos al estudio de los problemas y fenómenos humanos en las organizaciones, teniendo como herramienta fundamental a la comunicación, con el apoyo de otras ciencias sociales, humanas y administrativas.

El objeto de estudio de las Relaciones Humanas es el ser humano en su acción relacional y comunicacional en las organizaciones, mediante una visión completa

de la realidad socio cultural en la que se mueve y desarrolla como protagonista principal.

Es necesario considerar dos conceptos: relación y público⁷. Se entiende por relación a un proceso donde existe una unión dinámica y un encuentro humano. De otro lado, el término público es aceptado como una estructura, cuyos miembros tienen en gran medida intereses comunes y una influencia informal recíproca. En síntesis, público es: conjunto de seres humanos que tienen cosas en común.

Al analizar al ser humano en su acción relacional y comunicacional, dentro de la realidad socio cultural llamada organización, es preciso señalar que el hombre es siempre miembro de un conjunto de individuos, que interactúan entre sí en la medida que comparten una cultura común. El grupo social es posible siempre que exista una cultura compartida.

Weil (1973), indica en su texto que el estudio del factor humano dentro de una organización puede dividirse de la siguiente manera:

El estudio del factor humano en la organización, puede dividirse en tres partes principales: 1. Adaptación del hombre al trabajo; 2. Adaptación del trabajo al hombre⁸; 3. Adaptación del hombre al hombre. (p. 5)

Quisiéramos detenernos aquí para explicar un tipo de relación humana dentro de la organización: Relación profesional – cliente usuario.

Musgrave, Anniss (1997) explican en su texto diversos estilos relacionales dentro de una empresa, pero aquí citaremos la que más nos interesa:

7 Entendemos como público todos los seres humanos, el desarrollo de la clasificación podrá encontrarlo en el capítulo 2.2.

8 El estudio del factor humano puede encontrarlo ampliamente desarrollado en el texto de Weil, Pierre (1973). "Relaciones Humanas en el trabajo y en la familia"

Las relaciones de estilo profesional implican a una entidad que desempeña el rol de transacción dinámica de un profesional mientras que la otra entidad representa el rol del cliente. El profesional proporciona al cliente un servicio que éste necesita bajo la forma de un servicio de especialista. (p. 163).

De acuerdo a estos autores, un ejemplo claro serían las profesiones jurídicas y médicas, son conocidas por tratar a sus clientes de una manera subalterna. Son numerosos los doctores y los juristas que consideran que sus clientes no pueden entender por completo aquello con lo que ellos están tratando. Esta tendencia a la que nos referimos ha disminuido en los últimos años, pero todavía se encuentra ampliamente extendida.

Si un profesional fracasa de forma continua y no actúa de la manera que se espera de él, entonces será incapaz de desempeñar su rol profesional y perderá la aceptación del cliente y el apoyo de sus compañeros de profesión.

Musgrave, Anniss, (1997), agregan además:

Los estilos relacionales proporcionan una capacidad de respuesta rápida para comprender las interacciones que se establecen entre entidades. Se trata de una capacidad poderosa porque muestran la conducta probable de las dos partes que mantienen la relación. (p. 168)

No podemos dejar de mencionar que el marketing le ha dado en estos últimos años la debida importancia a las relaciones humanas como el valor agregado para ampliar sus ventas de productos y/o servicios.

Elías (2000), en su texto “Clientes contentos de verdad”, nos aclara ampliamente este tema:

La atención al cliente crea una nueva dimensión de las relaciones humanas. Hasta ahora, se entendía como relaciones humanas todo

aquello que tenía que ver con las personas fuera del ámbito comercial. Especialmente vinculadas al ámbito laboral interno, hoy con la sociedad – mercado transversalizándolo todo, las relaciones humanas se convierten en un valor para las empresas. Cuando se aconseje a las empresas que “si no puedes diferenciarte con tus productos/servicios, diferénciate por tus personas”, se está reclamando un nuevo papel para las relaciones humanas. (p. 55)

1.1.1. La Comunicación Interpersonal

Si nuestra real preocupación es cuando la gente se comunica entre sí y sus efectos. Si queremos saber algo acerca del proceso de la comunicación, tenemos que estudiar el verdadero mecanismo de la comunicación interpersonal.

Al hablar de mecanismo no nos referimos al proceso físico de la emisión de la voz ni al proceso de la percepción de las palabras, sino solamente nos referimos a la interacción, objetivo de la comunicación interpersonal.

Desde el punto de vista psicológico Gómez (2,003), nos brinda el concepto de la comunicación interpersonal de la siguiente forma:

La comunicación interpersonal es la forma de comunicación más importante para el hombre. Desde muy pequeños comenzamos a formar parte de ella, ya que una de las primeras relaciones que establecemos es de tipo afectivo (cuidadores) y aunque al inicio de nuestras vidas no tenemos un lenguaje estructurado, la comunicación no verbal nos permite establecer estas primeras relaciones de tipo interpersonal, haciendo un recuento de nuestras vidas podríamos encontrar que los momentos más importantes de nuestra existencia, desde las decisiones más

trascendentales de nuestra vida (hasta algunas que no lo son tanto) giran alrededor de un diálogo, de alguna influencia personal. (p. 2)

Referirse a la comunicación interpersonal plantea un problema de delimitación. Si se interpreta el concepto en sentido literal, se trata de la comunicación entre personas, sin embargo esto resulta ambiguo. Blake Harolsen⁹ la define como la interacción “que tiene lugar en forma directa entre dos o más personas físicamente próximas, y en la que pueden utilizarse los cinco sentidos con retroalimentación inmediata”. En otras palabras, cuando hablamos de comunicación interpersonal aludimos a la comunicación cara a cara. Llamar por teléfono o mantener una relación por correspondencia también son formas de comunicación interpersonal, pero su frecuencia y complejidad en comparación con las que se dan cara a cara - las hace poco relevantes.

La comunicación interpersonal tiene características explícitas, Fernández (1999), las enumera de la siguiente manera:

Características de la comunicación interpersonal:

- a. Como condición inicial se requiere de un contacto previo entre dos o más personas físicamente próximas. El resultado de dicho contacto es la entrada de cada uno de los involucrados en el marco conceptual de los otros.
- b. No hay un número preestablecido de participantes, más allá del cual la interacción deje de ser interpersonal, pero se requiere por lo menos de dos personas.

9 Es citado en el texto de Fernández Collado (1999), “La Comunicación en las organizaciones”.

- c. El contacto previo permite entrar en sintonía, es decir iniciar el intercambio de mensajes en torno a un punto focal de atención compartido (un tema en común).
- d. Todas las personas que intervienen en la comunicación interpersonal son, de una u otra manera, participantes activos. Se trata entonces, de una relación de “toma y daca” en la que los interlocutores asumen diferentes roles.
- e. La interacción se lleva a cabo mediante un intercambio de mensajes, en el cual cada participante ofrece a los demás un conjunto de señales para ser interpretadas.
- f. Al tratarse de una interacción cara a cara los participantes pueden recurrir a todos sus sentidos, por tanto es necesario que estén lo suficientemente cerca para conversar, la modalidad, el estilo y los matices personales de cada uno serán percibidos por los demás.
- g. Aparentemente, el contexto interpersonal está poco estructurado, por lo cual se suele pensar que la frecuencia, la forma o el contenido de los mensajes se rigen por pocas reglas, pero no siempre es así. (p. 63)

La comunicación interpersonal es una interacción de naturaleza conversacional que implica el intercambio de información verbal y no verbal entre dos o más personas participantes, en un contexto cara a cara.

Gonzáles (1997) agrega algo más cuando concierne a la comunicación en la empresa:

La comunicación sirve como vehículo indispensable para ampliar la clientela, conseguir su lealtad, motiva a los empleados y darles una idea exacta de las normas de

calidad que deben respetar. La comunicación es el único medio de hacer conocer, a priori, la diferencia y ventaja de la empresa en relación con sus competidores. (p.65)

Las conductas de la fuente no se producen independientemente de las conductas del receptor, o viceversa. En toda situación de comunicación: la fuente y el receptor son interdependientes.

La comunicación entre dos o más personas exige una relación interdependiente. Pero, aun así, los niveles de interdependencia comunicativa varían de una situación a otra.

Interdependencia física por definición.

Las funciones de la fuente y del receptor son físicamente interdependientes, aun cuando puedan ser efectuadas en distintos momentos de tiempo y lugar. Cuando dos personas se están comunicando, una confía en la existencia física de la otra para la emisión o recepción de los mensajes. A veces, éste es el único tipo de interdependencia mutua implicado hasta un punto apreciable. Por ejemplo, examinemos la siguiente conversación hipotética entre un médico y una paciente:

Doctor: ¿Cuáles son sus síntomas?

Paciente: Doctor, quisiera que me responda si puedo seguir teniendo relaciones.

Doctor: ¿Tiene dolores?

Paciente: Mi esposo me ha dicho que no pasa nada

Doctor: ¿Cuántas ha tomado?

Paciente: Le he preguntado a mi comadre, ella tampoco sabe, a su vecina que tenía un quiste le dio hemorragia, yo no me quiero morir, doctor.

Doctor: Debe seguir tomando las pastillas, se hará dos análisis más.

Paciente: ¿Qué hago si tengo hemorragias?¹⁰

Este conjunto de mensajes ha sido ligeramente exagerado para demostrar la interdependencia, pero casi todos hemos tenido oportunidad de escuchar conversaciones como ésta, y hasta de participar alguna vez en una. El doctor y la paciente eran interdependientes. Sin la presencia del otro, ninguno de los dos hubiera encodificado los mensajes que encodificó. No obstante, su función principal era servir de receptores para los mensajes del otro.

El tipo de interdependencia destacado en esta clase de situación es meramente físico por definición. Los dos comunicadores ni siquiera reaccionaban ante el mensaje del otro. Tan solo esperaban su turno para encodificar.

Cuando nos comunicamos en esta forma, no estamos hablando el uno con el otro: estamos, simplemente, hablando. No nos sentimos cómodos al encodificar ciertos mensajes, a menos de hallarnos en presencia de otra persona. Y no lo podemos seguir haciendo cuando estamos con otro, a menos que éste nos soporte o utilice la situación en provecho propio. Somos interdependientes, pero tan sólo debido a la naturaleza diádica de los conceptos de fuente y receptor.

Interdependencia de acción – reacción

Tomemos un ejemplo cotidiano, Mery está desayunando y le pide a Julio que le pase el azúcar, Mery es la fuente y tiene un propósito: quiere que Julio le alcance el azúcar. El receptor: Julio, encodifica el mensaje (“Alcánzame el azúcar por favor”). Desempeña una acción. Julio decodificó el mensaje y reaccionó ante él. Respondió alcanzándole el

10 El modelo de la conversación ha sido tomado del texto de Berlo (1975), al cual hemos adaptado a nuestro tema de investigación

azúcar; su acción fue interpretada como el resultado de haber codificado el mensaje de Mery. Cuando ésta percibió la reacción de Julio, reaccionó a su vez ante ella estirando la mano para tomar el azúcar y darle las gracias. Cada una de estas conductas dependía de la conducta precedente. Mery actuó y Julio reaccionó, Mery y Julio eran interdependientes. Cada uno de ellos se vio afectado por la acción del otro.

Feedback - Retroalimentación

El término feedback denomina un aspecto especial de la reacción del receptor. Designa el uso de esta reacción que puede hacer la fuente para determinar su propio éxito. Por ejemplo, cuando Mery pidió a Julio que le hiciera llegar el azúcar, podía observar a Julio para ver si éste cumplía su solicitud. La respuesta de Julio le era útil a Mery como feedback. Le hizo saber si había tenido éxito en el cumplimiento de su objetivo.

La fuente puede utilizar la reacción de su receptor como verificación de su propia efectividad y como guía de sus futuras acciones. La reacción del receptor es una consecuencia de la respuesta de la fuente. Como tal, sirve de feedback para la fuente.

El feedback proporciona a la fuente la información con respecto al éxito que obtuvo al cumplir su objetivo. Al hacer esto ejerce un control sobre los futuros mensajes que la fuente encodifica.

La comunicación implica a menudo una interdependencia de acción - reacción. La acción de la fuente influye en la reacción del receptor y la de éste influye a su vez en la reacción subsiguiente de la fuente, etc. Tanto la fuente como el receptor pueden hacer uso de las reacciones de cada uno.

Las reacciones sirven de feedback. Permiten a la fuente o al receptor controlarse ellos mismos, determinar hasta qué punto están teniendo éxito

en el cumplimiento de su propósito. El feedback que proporciona determina en parte el próximo conjunto de conductas de la fuente.

Podemos distinguir una situación de comunicación de otra, por la facilidad con que es obtenido el feedback. Es evidente que la comunicación de persona a persona permite el máximo de feedback. Todos los canales disponibles de comunicación pueden actuar. La fuente tiene oportunidad de modificar su mensaje en el acto, como resultado del feedback recibido.

El conocimiento y la utilización del feedback aumentan la efectividad de la comunicación del individuo. La aptitud de observar cuidadosamente las reacciones de otros ante nuestros mensajes constituye una de las características de aquellas personas a las cuales definiríamos como “capacitadas para relaciones humanas”, o “sensibles para el papel de comunicador”.

Gonzáles (1997) señala lo siguiente con respecto al feedback cuando participamos de la comunicación interpersonal en una organización:

La retroalimentación nos permite incluso reafirmar o modificar la imagen corporativa de la empresa, ya que consciente o inconscientemente toda empresa tiene una identidad o proyecta algún tipo de imagen. Para explicar este punto realizaremos una comparación con las personas: por lo general otorgamos atributos positivos a aquellas cosas que nos son familiares y a la inversa a las cosas menos conocidas, de ahí que la reputación juega un papel importante. Una buena reputación como parte de la imagen corporativa tendrá un efecto mayor sobre la decisión de las personas. (p.72)

Interdependencia de las expectativas: empatía

Toda comunicación humana implica predicciones por parte de la fuente y del receptor con respecto a la forma en que los demás habrán de responder al mensaje. Aun en la situación de mínima interdependencia que hemos denominado interdependencia física, tanto Mery y Julio tenían ciertas expectativas el uno con respecto al otro. Hicieron predicciones sobre la facilidad de lenguaje de su oponente, sobre el tiempo que escucharía antes de hablar, sobre las relaciones sociales existentes entre ellos, etc. Podemos analizar las expectativas como nivel distintivos de interdependencia. Sin embargo, hasta cierto punto, este tipo de interdependencia se halla implicado en cualquier comunicación.

El desarrollo de expectativas en el receptor por parte de la fuente tiene su contraparte en el desarrollo de expectativas en la fuente por parte del receptor, Los receptores tienen, a su vez, expectativas con respecto a las fuentes.

Los receptores de la comunicación seleccionan y atienden los mensajes, en parte, debido a las imágenes que se han formado de las fuentes y a sus expectativas con relación al tipo de mensaje que éstas habrán de emitir.

Berlo, David (1975), quien desarrolla y ha sido nuestro guía permanente en este tema, manifiesta que:

El público posee una imagen de las corporaciones de negocios, de los dirigentes de uniones laborales, educadores, doctores, etc. Una de las principales misiones del experto en relaciones públicas es el desarrollo de expectativas con respecto a su cliente. La gente en esa profesión, está pagada para manipular la imagen que receptiona el público de la compañía, de una figura pública, de un producto. (p.90)

Como fuentes y receptores llevamos con nosotros nuestras propias imágenes y un conjunto de expectativas sobre los demás. Utilizamos estas expectativas para encodificar, decodificar y responder a los mensajes. Tomamos en cuenta a los demás al encuadrarlos; los construimos para influir sobre un receptor, pero nuestras expectativas con respecto a éste influyen en nosotros y en nuestros mensajes.

Al enfocar el concepto de expectativas podemos volver a nuestro modelo básico del proceso de comunicación. La fuente y el receptor de la comunicación poseen, cada uno, ciertas habilidades comunicativas, ciertas actitudes y conocimientos. Cada uno existe dentro de un sistema social y de un contexto cultura. La comunicación representa un intento de reunir estos dos individuos, estos dos sistemas psicológicos. Los mensajes son utilizados para llevar a cabo esta unión de los organismos.

En cierto sentido, los mensajes son todo lo que los organismos tienen a su alcance. Utilizando mensajes llegamos a conocer a otros hombres, a conocernos a nosotros mismos. Creemos que podemos comprender en parte lo que está ocurriendo dentro de otra persona. Desarrollamos expectativas sobre lo que está sucediendo dentro de los demás y sobre lo que ocurrirá en nuestro interior.

Cuando afirmamos que conocemos a alguien queremos decir algo más que reconocerlo físicamente al verlo. Queremos decir que podemos predecir acertadamente que creará ciertas cosas y no otras, que se conducirá en cierta forma y no en otras, que reaccionará de determinada manera y sólo así.

Cuando expresamos que “conocemos” a alguien, incluyéndonos a nosotros, estamos diciendo que entendemos la forma en que ese alguien actúa como entidad psicológica, como una persona con pensamientos, sentimientos, emociones, etc. Al hacer estas predicciones, tenemos las conductas físicas como datos básicos. Cada uno de nosotros percibe la

forma en que se conducen los demás. Podemos observar estas conductas. Son manifiestas, públicas. Las expectativas presuponen algo más que esto. Implican las conductas privadas del hombre, sus respuestas encubiertas, sus estados internos, sus creencias, sus intenciones. Cuando desarrollamos expectativas, cuando hacemos predicciones, estamos suponiendo que poseemos habilidad en lo que los psicólogos llaman empatía: la facultad de proyectarnos en la personalidad de otros.

Una de las escuelas sobre la empatía, sostiene que no existe tal cosa, que no podemos desarrollar expectativas. Los defensores de esta posición son los que en su mayoría creen en una mera teoría del aprendizaje simplemente en una etapa (E- R). Este tipo de teóricos del aprendizaje sostiene que la comunicación consiste tan sólo en un conjunto de mensajes. Un mensaje es emitido por una persona y percibido por otra. En otras palabras, existen estímulos y respuestas.

Desarrollamos expectativas, poseemos la capacidad de proyectarnos en los estados internos de los demás. No es posible aceptar el argumento de que la empatía carece de significado para nosotros, que no podemos desarrollar expectativas y predicciones. Se da algún tipo de proceso interpretativo.

Este desarrollo de las expectativas exige un tipo especial de habilidad. Tenemos que ser capaces de poder pensar en objetos que no son asequibles. Las expectativas exigen decisiones con respecto al no aquí y al no ahora. Con el fin de tener expectativas, de poder hablar sobre el no aquí y el no ahora, creamos símbolos arbitrarios para representar los objetos que no son asequibles. Necesitamos ser capaces de producir estos símbolos y de saber manipularlos.

Podemos rechazar el argumento de que no hallamos significado para el concepto de empatía. Todos anticipamos el futuro; hacemos conjeturas con respecto a las relaciones entre: a) ciertas conductas por nuestra parte, b) conductas subsiguientes de otras personas, y c) conductas subsiguientes propias. Hacemos algo más que accionar y reaccionar. Desarrollamos con respecto a otras expectativas que influyen en nuestras acciones, aun antes de que las adoptemos.

Estamos de acuerdo con Fernández (1999), cuando afirma que para poder establecer relaciones interpersonales fructíferas y satisfactorias, el comunicador debe cumplir como mínimo, con los siguientes requisitos:

- Conocer a sus receptores tan a fondo como sea posible.
- Elaborar el mensaje considerando las capacidades comunicativas del receptor.
- Estructurar los mensajes en forma clara y sencilla.
- Proporcionar al receptor la información necesaria y suficiente, ni más ni menos.
- Utilizar la retroalimentación.
- Utilizar la redundancia; es decir, enviar el mensaje en distintas formas a través de diferentes medios.
- Comprender claramente la función de los roles en la interacción.
- Conocer con detalle las reglas de comunicación aplicables en su contexto, y utilizarlas adecuadamente.
- Emplear canales alternativos
- No olvidar que el principal responsable de que la comunicación se lleve a cabo exitosamente es el emisor. (85)

Y a manera de resumen, cito a Costa (1999), para finalizar con este tema: comunicación interpersonal:

El paradigma de todas las formas que adquiere y adquirirá la comunicología es el modelo originario de la comunicación humana: el diálogo, la relación, la vida en común. La matriz por excelencia es, pues, la comunicación interpersonal entre individuos y pequeños grupos, que intercambian experiencias e ideas y comparten una misma cultura. (p. 57)

1.1.2. Comunicación verbal y no verbal

Podemos afirmar que toda interacción humana, implica un significado; o mejor, es un intercambio de significados. En sus relaciones interpersonales las personas recurren a formas distintas de expresión, para comunicar ideas, sentimientos, conocimientos, etc. Sin duda, la forma quizás más completa de comunicarnos –aunque no la única- es el lenguaje hablado: las palabras.

Aunque en general se ha prestado menor atención a la comunicación no verbal (gestos, posturas, apariencia física, manejo de espacio, miradas, silencios); ella no solo acompaña siempre a la comunicación verbal, sino que algunas veces, la sustituye, la refuerza o la contradice.

Comunicación verbal

Berlo (1975), cuando nos explica sobre el proceso de la comunicación, hace referencia a Aristóteles cuando dijo que tenemos que considerar tres componentes en la comunicación: el orador, el discurso y el auditorio, quiso decir con ello que cada uno de estos elementos es necesario para la comunicación y que podemos organizar nuestro estudio del proceso de acuerdo con tres variables: la persona que habla, el discurso que pronuncia y la persona que escucha.

Los modelos de comunicación de diferentes autores son similares al de Aristóteles, aun cuando en cierta forma más complejos. Uno de los modelos más utilizados fue desarrollado por el matemático Claude Shannon en 1947 y puesto al alcance de todo el público por Warren Weaver.

Shannon y Weaver ni siquiera se referían a la comunicación humana: hablaban de comunicación electrónica. En realidad, Shannon trabajaba para el Laboratorio Telefónico Bell, hubo científicos de la conducta que descubrieron que el modelo de Shannon – Weaver resultaba útil para describir la comunicación humana. (Berlo, 1975).

El modelo de Shannon –Weaver dijeron que los componentes de la comunicación incluyen: una fuente, un transmisor, una señal, un receptor y un destino. Si por fuente entendemos el orador, por señal el discurso y por destino al que escucha, tenemos el modelo aristotélico, más dos elementos agregados: el transmisor que envía el mensaje original y el receptor que lo capta para hacerlo llegar al destinatario.

Las diferencias que existen con modelos de otros autores son, en parte relativas a la terminología; en parte, a la adición o sustracción de uno o dos elementos.

Podemos decir que toda comunicación humana tiene alguna fuente, es decir, alguna persona o grupo de personas con un objetivo y una razón para ponerse en comunicación. Una vez dada la fuente, con sus ideas, necesidades, intenciones, información y un propósito por el cual comunicarse, se hace necesario un segundo componente.

El propósito de la fuente tiene que ser expresado en forma de mensaje. En la comunicación humana, un mensaje puede ser considerado como conducta física: traducción de ideas, propósito e intenciones en un código.

Este proceso requiere un tercer componente, un codificador, que es el encargado de tomar las ideas de la fuente y disponerlas en un código, expresando así el objetivo de la fuente en forma de mensaje. En la comunicación de persona a persona, la función de codificar es efectuada por medio de la capacidad motora de la fuente: mecanismos vocales; los sistemas musculares de la mano (que dan lugar a la palabra escrita, los dibujos, etc); los sistemas musculares de las demás partes del cuerpo (que originan los gestos del rostro y ademanes de los brazos, las posturas, etc.).

Cuando se trata de situaciones de comunicación más complejas, separamos a menudo la fuente del codificador, por ejemplo, podemos considerar a un director de un hospital como la “fuente” y los trabajadores como sus codificadores: es decir, que estos últimos son gente que en forma de mensajes traduce para el usuario – paciente, la intención o los propósitos de la dirección del hospital.

Pero seguimos con el modelo más sencillo de comunicación, si tenemos la fuente con su objetivo y un codificador que traduzca o exprese ese objetivo en forma de mensaje, entonces debemos tener en cuenta el canal.

El canal es el medio, un portador de mensajes, es decir un conducto, la elección de canales es, a menudo, un factor importante para la efectividad del proceso de la comunicación.

Cuando nos comunicamos se hace necesario que alguien escuche, cuando escribimos, alguien tiene que leerlos. La persona o personas situadas en el otro extremo del canal pueden ser llamadas el receptor de la comunicación.

Las fuentes y los receptores de la comunicación deben ser sistemas similares. Si no lo son, la comunicación es imposible. En términos psicológicos, la fuente trata de producir un estímulo. Si la comunicación tiene lugar, el receptor responde a ese estímulo, si no responde, la comunicación no ha ocurrido.

Y por último uno de los componentes básicos de la comunicación es el decodificador, que sirve para retraducir, decodificar el mensaje y darle la forma que sea utilizable por el receptor, es el conjunto de facultades sensoriales del receptor. En las situaciones de comunicación de una o dos personas los sentidos pueden ser considerados como el descifrador de códigos.

Debemos tener en cuenta además la fidelidad en la comunicación humana, y ésta se refiere a la correspondencia entre el mensaje (señal) transmitido y su recepción.

En el caso del significado del mensaje esta correspondencia nunca podrá ser exacta.

En el proceso de la comunicación humana siempre se tratará de la fidelidad relativa a la correspondencia entre la intención de la fuente y la comprensión del receptor de esta intención. Luego entonces, podemos hablar de mensajes de alta y baja fidelidad.

La fidelidad del mensaje está relacionada con el esfuerzo que ponen tanto el emisor como el receptor en el proceso de la comunicación. (McEntee Eileen, 1996, p. 59) señala que el concepto de “la fidelidad es útil para aclarar la relación entre el ruido y la retroalimentación en el proceso de la comunicación”.

El ruido se refiere a cualquier interferencia en el proceso de la comunicación. Puede ser externo, es decir, originarse en el medio ambiente, como un sonido, un olor, un gesto que distrae. Puede ser interno, es decir, originarse en la misma fuente o receptor, como podría ser cualquier dolor físico, cansancio, recuerdos o sentimiento de rechazo hacia alguien.

También es ruido interno, o ruido semántico, la diferencia de significado que puede tener un mensaje para las personas, debido a sus diferencias socioculturales o de valores.

La inteligibilidad se refiere a que en un evento de comunicación las personas involucradas tienen que ser capaces de compartir signos y significados semejantes, de manera que exista la posibilidad de que se entiendan.

En el proceso de la comunicación el concepto de la inteligibilidad es importante en cuanto a que se refiere al lenguaje sociocultural.

Y un tema importante para nosotros, especialmente si hablamos de comunicación interpersonal y que exige una relación interdependiente: es la retroalimentación que explicamos más adelante cuando veamos el nivel de interdependencia de acción – reacción.

Existen cuatro niveles de comunicación: 1) la comunicación intrapersonal, 2) la comunicación interpersonal, 3) la comunicación en grupo pequeño y 4) la comunicación en público. En cualquier nivel de comunicación, la interacción puede llevarse a cabo cara a cara o por un medio interpuesto entre el emisor y el receptor.

“La comunicación interpersonal se refiere al diálogo entre dos personas.” (McEntee Hielen, 1996, p.118), por la cual debemos tener mucho cuidado cuando desarrollamos el proceso de la comunicación.

Comunicación no verbal

Aún hoy la mayoría ignora la existencia del lenguaje corporal y por ende de la importancia que éste tiene en la vida.

McEntee Hielen (1996) define a la comunicación no verbal:

La comunicación no verbal se refiere a todas aquellas señas o señales relacionadas con la situación de comunicación que no son palabras escritas u orales. Una seña o señal se refiere a un elemento del comportamiento y presencia de un organismo que es recibido por los órganos sensoriales de otro organismo y que afecta su comportamiento. (p.185)

Carlos (Charles) Chaplin y muchos actores del cine mudo fueron muy importantes en desarrollar las artes en la comunicación no verbal: era la única forma de comunicación disponible en la pantalla.

En lo que se refiere al estudio técnico del lenguaje corporal, el trabajo realizado antes del siglo XX que más importancia tiene es el de Charles Darwin: La expresión y las emociones en el hombre y en los animales, publicado en 1872. Ese libro fue el germen de los estudios modernos de las expresiones faciales y el lenguaje corporal y muchas de las ideas y observaciones de Darwin han sido convalidadas por los científicos modernos de todo el mundo.

A mucha gente le resulta difícil aceptar que los seres humanos son biológicamente animales. El “homo sapiens” es un género de los primates, un mono no peludo que aprendió a caminar sobre dos patas y tiene un cerebro avanzado e inteligente.

Como otras especies, la nuestra está dirigida por leyes biológicas que controlan nuestros actos: reacciones, lenguaje corporal y gestos. Lo fascinante es que el animal humano rara vez es consciente de sus posturas, movimientos y gestos que pueden contar una historia mientras su voz nos cuenta otra.

Cada vez que calificamos a alguien de perceptivo o intuitivo, nos estamos refiriendo a su capacidad para leer las claves no verbales de otra persona y para comparar esas claves con las señales verbales, es decir, cuando decimos que tenemos el palpito o el presentimiento de que alguien ha mentado queremos decir, en realidad, que no coinciden el lenguaje del cuerpo con lo que ha dicho.

Se ha investigado mucho para descubrir si las señales no verbales son innatas, aprendidas, transferidas genéticamente o adquiridas de alguna otra manera. Se ha estudiado a gente ciega y/o sorda que no pudo haber aprendido las señales verbales por vía visual ni auditiva, no observando la conducta gestual de miembros de civilizaciones diferentes.

Los resultados de investigaciones indican que hay gestos de las cuatro clases. Las criaturas primates nacen con la capacidad inmediata de succionar, y eso indica que esa capacidad es innata o genética. El científico alemán Eibl – Eibesfeldt encontró que la sonrisa de los niños nacidos ciegos y sordos se produce aunque no hayan podido aprenderla por imitación, lo que califica a la sonrisa como innata o genética. Ekman, Fiesen y Sorenson apoyaron algunas de las opiniones de Darwin sobre los gestos innatos cuando estudiaron las expresiones faciales de gente de cinco civilizaciones muy distintas. Encontraron que cada cultura usa los

mismos gestos faciales básicos para demostrar emoción. Eso los lleva a la conclusión de que esos gestos son innatos.

Cuando nos cruzamos de brazos ¿Cruzamos el izquierdo sobre el derecho o viceversa?. Casi nadie puede describir con certeza qué es lo que hace hasta que lo prueba. Mientras una manera resulta cómoda, la otra parece errónea. La evidencia sugiere que ese gesto puede ser genético también y no puede cambiarse.

Todavía se discute si algunos gestos son aprendidos y se convierten en costumbres o son genéticos. Por ejemplo, la mayoría de los hombres calza primero la manga derecha de la camisa y la mayoría de las mujeres calza primero la izquierda. ¿Es una reacción innata o la ha aprendido en forma inconsciente de otras mujeres?.

Gran parte de nuestra conducta no verbal básica es aprendida, y el significado de los movimientos y gestos está determinado por el tipo de civilización.

La mayor parte de los gestos básicos de comunicación son los mismos en todo el mundo. Cuando la gente se siente feliz sonríe; cuando está triste o enojada frunce el ceño. Inclinar la cabeza hacia delante es casi universalmente una señal de asentimiento, el sí. Es una forma de inclinar la cabeza y parece ser un gesto innato ya que también lo efectúan los ciegos y los sordos. Mover la cabeza de uno a otro lado indica negación; es también universal y puede haberse aprendido en la infancia.

Pease, Allan (1986) de acuerdo a este tema manifiesta lo siguiente:

El canal verbal se usa principalmente para proporcionar información, mientras que el canal no verbal se usa para expresar las actitudes personales, y en algunos casos como sustituto de los mensajes verbales. (p.12)

Algunos de los más notables investigadores ligados al estudio del comportamiento no verbal se niegan a separar las palabras de los gestos, razón por la cual utilizan las expresiones más generales de comunicación o interacción cara a cara.

Pease, Allan (1986) refiere que una cifra muy importante cuando se refiere a la comunicación no verbal:

Al igual que Mehrabian, descubrió que el componente verbal de una conversación cara a cara es menos del 35 por ciento y que más del 65 por ciento de la comunicación es de tipo no verbal. (p.12)

Los aspectos importantes y básicos de la comunicación no verbal, se distribuyen en siete áreas que son los siguientes:

1. Movimiento del cuerpo o comportamiento cinésico, comprende el modo característico, los gestos, los movimientos corporales, los de las extremidades, las manos, la cabeza, los pies y las piernas, las expresiones faciales, la conducta de los ojos y la postura. Algunas señales no verbales son muy específicas y otros más generales. Algunas tienen la intención de comunicar, otras son meramente expresivas. Algunas proporcionan información acerca de las emociones mientras que otras dan a conocer rasgos de la personalidad o actitudes. Existe un sistema de clasificación de los comportamientos no verbales que incluyen las siguientes:
 - a) Emblemas, son actos no verbales, admiten una transposición oral, consisten en una o dos palabras o una frase, a menudo es la indicación con las manos, se utilizan cuando los canales verbales están bloqueados.

- b) Ilustradores, son actos no verbales unidos al habla, que la acompañan y sirven para ilustrar lo que se dice verbalmente, se usa intencionalmente para ayudar a la comunicación, pueden ser movimientos que acentúen o enfatizen algo, es decir se dice una palabra y se señala a la vez el objeto.
- c) Muestras de Afecto, son las configuraciones faciales, que expresan estados afectivos, pueden repetir, aumentar, contradecir o no guardar relación con las manifestaciones afectivas verbales, comúnmente no intentan comunicar pero pueden en ocasiones ser intencionales.
- d) Reguladores, actos no verbales que mantienen y regulan la naturaleza del hablar y escuchar, parecen hallarse en la periferia de nuestra conciencia, son hábitos arraigados y casi involuntarios.
- e) Adaptadores, se desarrollan en la niñez, pero no tienen necesidad de ser usados en la comunicación, se subdividen en: autoadaptadores (manipulación del propio cuerpo), heteroadaptadores (se aprenden con las primeras experiencias de relaciones interpersonales) y los adaptadores dirigidos a objetos (implican la manipulación de objetos y pueden derivar del cumplimiento de alguna tarea instrumental).

McEntee Hielen (1996) sobre el movimiento del cuerpo expresa que:

Se han clasificado las expresiones faciales con base en los objetivos de la fuente del mensaje. Estos son: intensificar, disminuir, neutralizar y disfrazar. Se estudiaron también las funciones de la mirada y del tacto, así como las de evitar, mirar y tocar a otras persona. (p.206)

2. Características Físicas, son las señales no verbales, que no son forzosamente movimientos. Comprende el físico o la forma del cuerpo, el atractivo general, la altura, el peso, la tonalidad de la piel.
3. Conducta Táctil, es importantes en el primer desarrollo infantil y en el adulto, pueden comprender: el golpe, el sostener, el guiar los movimientos de otro, etc.
4. Paralenguaje, se refiere a cómo se dice algo y no a qué se dice. Tiene que ver con el espectro de señales vocales no verbales establecidas alrededor del comportamiento común del habla, tiene los siguientes componentes: cualidades de la voz y vocalizaciones.

Para McEntee (1996), la expresión de los mensajes no verbales producidos por la voz, se conoce como paralingüística, la cual trata lo relacionado con el paralenguaje, que se refiere a todo estímulo producido por la voz humana (con la excepción de las palabras) que puede ser oído por otro ser humano. Además de la calidad de la voz y vocalizaciones, considera las pausas como elementos del paralenguaje.

5. Proxémica, es el estudio del uso y percepción del espacio social y personal, se ocupa de cómo la gente usa y responde a las relaciones espaciales en el establecimiento de grupos formales o informales, se refieren a la disposición de los asientos y a la disposición espacial relacionada con el liderazgo, el flujo de comunicación y la tarea manual. A veces se estudia la orientación espacial personal en el contexto de la distancia conversacional y cómo ésta varía de acuerdo con el sexo, el status, los roles, la orientación cultural y así sucesivamente.

McEntee Hielen (1996) señala que:

El área de conocimiento que estudia la expresión de los mensajes no verbales con el uso del espacio se conoce como proxémica, la cual se define como el estudio de la manera en que el hombre percibe, estructura y utiliza sus espacios personales y sociales. (p.239)

6. Artefactos, comprenden la manipulación de objetos con personas interactuantes que pueden actuar como estímulos no verbales, comprenden el perfume, la ropa, el lápiz de labios, las gafas, la peluca y otros objetos para el cabello.
7. Factores del Entorno, comprenden aquellos elementos que interfieren en la relación humana pero no son parte directa de ella, incluyen los muebles, el estilo arquitectónico, el decorado de los interiores, las condiciones de luz, olores, colores, temperatura, ruidos adicionales o música y otros elementos de esta suerte dentro de los cuales tiene lugar la interacción.

La comunicación verbal y la no verbal deberían tratarse como una unidad total e indivisible. En ciertos casos, por alguna razón, confiamos más en la conducta verbal de los demás, y en cambio en otros lo hacemos preferentemente en la no verbal.

A continuación resumiremos algunas de las interrelaciones de lo verbal y lo no verbal:

- a. Repetición, la comunicación no verbal puede meramente repetir lo que se dijo verbalmente.
- b. Contradicción, el comportamiento no verbal puede contradecir la conducta verbal. Se confía en el mensaje contradictorio no verbal.
- c. Sustitución, la conducta no verbal puede sustituir a los mensajes verbales.

- d. Complementariedad, la conducta no verbal puede modificar o elaborar mensajes verbales. Las funciones complementarias de comunicación no verbal sirven como señal de actitudes e intenciones.
- e. Regulación, también sirven para regular flujos de comunicación entre los interactuantes.

1.2. La Organización

Si nos preguntáramos cuándo nació la comunicación corporativa, podríamos afirmar que apareció al surgir la primera organización del mundo. Sin embargo, el término se dio a conocer hace sólo unas décadas, a raíz del interés de un grupo de investigadores por estudiar de manera sistemática la forma en que se da la comunicación en las organizaciones modernas.

El término organización posee dos acepciones, uno como sustantivo y otro como verbo. Como sustantivo, se refiere a la entidad, sujeto de la administración. Es lo que muchos llaman sistema social: un conjunto de individuos que desarrollan ciertos roles particulares y que a través de su interacción busca alcanzar objetivos comunes. Esta es la empresa industrial, el hospital, las instituciones y organismos públicos, las escuelas de enseñanza, etc.

Como verbo, organizar, forma parte de la actividad de la administración. Consiste en ordenar de una manera particular los elementos (principalmente humanos) que comprende la organización o sistema social.

Desde el punto de vista de la organización (sustantivo), existe la teoría de la organización, que pretende explicar el fenómeno de la estructura social y trata de describir y predecir la conducta de ese organismo social. Partimos de la base

que una de las características propias de un sistema social es una cierta organización.

En este sentido, el ordenamiento de los diferentes roles y funciones que se desarrollan dentro del sistema social no es algo artificial (algo creado por el hombre), sino una característica natural, algo inherente al sistema.

Johansen, (1982), ha desarrollado este tema minuciosamente, él nos dice en su texto que:

Esto no quiere decir que el hombre no pueda modificar dicha organización. De hecho lo hace, formalizando ciertos modelos particulares de relaciones y jerarquías entre las distintas funciones o reglas. Esto es lo que se denomina “organización formal”¹¹, y que puede ser considerado como parte de la forma verbal de la palabra organización. (p.11)

La organización (sistema social), y la administración se encuentran relacionadas y toda acción administrativa debe considerar a la organización, porque esta última es el objeto de la primera. En efecto, lo que buscamos es administrar a la organización. De ahí, entonces, la importancia de una teoría de la organización, una teoría que pretenda explicarnos el comportamiento de este sistema social.

El sistema social se encuentra formado por individuos y por grupos de individuos. Los primeros y los segundos poseen conductas particulares. Sus acciones son motivadas e inducidas por objetivos también particulares. Su permanencia dentro del sistema responde a ciertos valores de determinados parámetros. Existen interacciones entre ellos que deben ser formalizadas y otras que deben tender a eliminarse. En una palabra, es un sistema altamente complejo que posee objetivos y metas.

11 Existen dos tipos de organizaciones: formal, planeada y creada conscientemente e informal, espontánea y nacida de la interacción entre las personas.

Douglas Mary (1996) explica mejor el interés del individuo dentro de la organización de la siguiente manera:

El individuo calcula lo que mejor sirve a sus intereses y actúa en consecuencia. Intuitivamente pensamos que los individuos contribuyen al bien común con generosidad y hasta sin vacilación, sin ningún afán evidente de lucro personal. (p.28)

Daremos un excelente ejemplo, la familia, es un sistema con una alta organización y sus componentes son fuertemente interdependientes, lo que uno hace es fundamental para los otros, encontramos aquí, la idea de la interacción entre las partes.

El aspecto central del concepto organización se encuentra en la idea de condicionalidad. Tan pronto como las relaciones entre dos entidades, A y B, llegan a estar condicionadas por el valor o estado de C, entonces nos encontramos presente ante uno de los componentes de la organización. Así, la teoría de la organización es parcialmente coexistente con la teoría de funciones con más de una variable.

Al observar a las organizaciones caracterizándolas por el elemento de condicionalidad, podemos suponer que primero existe un espacio – producto. Dentro de este espacio, algún subconjunto de puntos o elementos indican la realidad. Ese subconjunto se encuentra formado por los elementos que están en una interacción condicionante real¹².

Sin embargo, la comunicación entre A y B necesariamente impone alguna restricción, alguna correlación entre lo que sucede en A y lo que sucede en B; si para un suceso dado en A pueden ocurrir en B, todos los sucesos posibles entonces, no existe comunicación de A hacia B, ni tampoco puede ocurrir alguna

12 Esta forma de ver la condicionalidad, nos hace comprender que ella se encuentra relacionada con la comunicación, de acuerdo a lo que nos explica Johansen, Oscar (1982)

restricción sobre las posibles parejas (A, B). De tal modo que la presencia de organización entre las variables es equivalente a la existencia de una restricción en el espacio – producto de las posibilidades.

De esta forma, según Ashby¹³ una organización requiere tres elementos básicos y fundamentales: a) condicionalidad entre algunas o todas sus partes; b) comunicación (o interacción) entre ellas y, finalmente, c) existencia de restricciones entre las posibles comunicaciones entre las partes.

Desde el punto de vista psicológico, las organizaciones son unidades sociales (o agrupaciones humanas), deliberadamente construidas o reconstruidas para alcanzar fines específicos, se caracterizan por: a) la división del trabajo, del poder, de las responsabilidades, de la comunicación, divisiones que son planeadas; b) la presencia de uno o más centros de poder que controlan los esfuerzos concentrados de la organización y los dirigen hacia sus fines, y c) sustitución de personal, es decir, que las personas que no satisfacen pueden ser depuestas y sus tareas asignadas a otras.

Para los sociólogos como Mayntz, Renate (1982) las organizaciones son sociedades organizadas:

Igualmente podría llamársele sociedad organizada, ya que se caracteriza por su organización multifacético y por el número elevado de formaciones sociales complejas, conscientes de sus fines y racionalmente constituidas.

Tales formaciones son las instituciones burocratizadas que han surgido en los campos más importantes de la vida, como, por ejemplo, las empresas, los hospitales, las prisiones, las escuelas, las universidades, los departamentos de administración, las grandes unidades militares y las iglesias. (p.11)

13 La teoría de la organización es sustentada por Johansen Bertoglio, en Anatomía de la Empresa, una teoría general de las organizaciones sociales, 1982, quien explica y cita a Ashby en su texto.

Otros sociólogos lo denominan organización formal, y así lo reconocen, y si distingue de otros dos tipos, organización social y organización informal. Definen como organizaciones sociales aquellos modelos de coordinación que surgen espontáneamente o en forma implícita de la interacción de las personas, sin encerrar coordinación racional para el logro de objetivos comunes explícitos. En cuanto a las organizaciones informales, éstas se refieren a aquellos modelos de coordinación que surgen entre los miembros de una organización formal que no se encuentran indicados en el diseño de su estructura. El diseño organizacional requiere la coordinación sólo de ciertas actividades, pero, por una variedad de razones, los actores humanos que ocupan los roles organizacionales rara vez se pueden limitar simplemente a la realización de esas actividades.

Las organizaciones, son como organismos vivos (sistemas abiertos), frecuentemente se enferman. La enfermedad debe ser detectada a través de un diagnóstico que la defina en todas sus formas. Normalmente, este diagnóstico debe tomar en cuenta, la estructura real de las interacciones y relaciones que se dan entre los individuos que componen la organización.

Un buen diagnóstico organizacional permite descubrir no sólo el problema sino también, como se ha señalado ya, definirlo y estudiar sus características. Una vez definido el problema se buscan las soluciones (las que generalmente son obvias). Sin embargo, el tratamiento no termina allí. Al implementarse la o las soluciones, se debe tener cuidado con la aparición de los efectos no esperados (efectos colaterales o secundarios).

Es evidente que cualquier cambio que se realice dentro de cualquier organización (incluyendo aquí al ser humano), provoca al comienzo, perturbaciones que generalmente se refleja en una baja de la eficiencia y, por lo tanto, en una disminución de la corriente de salida principal (cualquiera sea ésta) del sistema.

Se puede apreciar que el problema del tratamiento de la organización es complejo justamente porque estamos tratando con un organismo que es complejo. Esto indica que el trabajo o la acción de corregir males organizacionales deben ser llevadas a cabo en forma cuidadosa y disponer de los conocimientos necesarios.

No existen principios, ni leyes fijas de organización y existe una gran incertidumbre en las teorías de las organizaciones, los conceptos proporcionan medios útiles para ordenar y clasificar los múltiples y complejos fenómenos que se encuentran en las organizaciones, éstos pueden ser o no filosóficamente verdaderos, pero en la práctica se mantienen como tales, en gran parte porque se cree en ellos y asimismo porque las organizaciones están estructuradas de acuerdo con esos conceptos.

Maynts, Renate (1982) nos da un acercamiento más próximo a la delimitación de esta materia llamada organización:

Común a todas las organizaciones es, en primer lugar, que se trata de formaciones sociales, de totalidades articuladas con un círculo precisable de miembros y una diferenciación interna de funciones. En segundo lugar, tienen de común el estar orientadas de una manera consciente hacia fines y objetivos específicos. En tercer lugar, tienen de común el estar configuradas racionalmente, al menos en su intención, con vistas al cumplimiento de estos fines u objetivos. (p.47)

La teoría de la organización es un campo que sigue creciendo, no solamente en complejidad, sino también en poder, en importancia; si nosotros los comunicadores queremos comprender y ser capaces de evaluar ideas nuevas, debemos tener conocimiento de lo que se ha desarrollado hasta el momento.

Debemos preguntarnos si aumentar el énfasis en las comunicaciones informales para que los especialistas trabajen en forma más armónica, justifica algún

desorden en las comunicaciones formales y en los patrones de responsabilidad. No hay una sola respuesta para estas preguntas de este tipo, exceptuando quizás el concepto de que cada situación es la que debe guiar y determinar la respuesta, y que la mejor respuesta de hoy puede no ser la más adecuada dentro de un año.

El conocimiento de los múltiples factores que involucran la comunicación dentro del contexto organizacional, sería inútil si no tuviera como objetivo mejorar la calidad y la oportunidad de los mensajes que se intercambian entre los miembros de la organización, así como entre ésta y sus públicos externos.

Por tanto, la teoría de la organización debe ser motor y fundamento de la práctica de la organización, de la misma manera que la práctica debe enriquecer a la teoría.

1.2.1. La Comunicación Corporativa

Algunos autores la denominan comunicación organizacional, Schein (2000), la llama comunicación estratégica, otros comunicación corporativa, pero lo más importante es que, la debemos entender como una disciplina que estudia la comunicación en las organizaciones, especialmente, como escenario de transacciones personales de información y aspiraciones, reguladas por el poder y las relaciones espontáneas entre sus miembros.

La comunicación corporativa es el conjunto de acciones profesionales, deliberadas, que una organización realiza para asentar ciertas percepciones en sus públicos – objetivo y relacionados-, atendiendo a la naturaleza de sus metas y aspiraciones. Normalmente busca promover la identidad corporativa entre sus públicos, obteniendo así una imagen corporativa.

Oviedo, (2002), no dista mucho de nuestro concepto, para él:

Comunicación en las organizaciones: es el intercambio de mensajes que se produce de facto entre los miembros de una organización, por el solo hecho de tener relaciones que obedecen a un orden jerárquico y a una misión. Estas relaciones propician la socialización de los individuos, a la vez que permiten el cumplimiento de las metas y estrategias de la organización. (p.105)

Para Alegría (1997) la comunicación corporativa es muy importante para proyectar una buena o mala imagen corporativa, resumiéndola de la siguiente manera:

Para transmitir la identidad corporativa de la mejor manera posible a los públicos de la organización, la práctica comunicacional debe ser entendida de manera sistémica. No hay un medio, no hay una acción, no hay un mensaje que importe más que otros.

Todos se refuerzan, todos se complementan, todos se funden en un mismo aliento comunicativo destinado, entre otros fines, a la optimización de la imagen. (p.145)

Scheinsolhn (2000), en el marco de la Comunicación Estratégica, denomina a la comunicación corporativa como:

Conjunto de mensajes que voluntaria o involuntariamente, consciente o inconscientemente, la empresa emite. Es decir que designamos como Comunicación Corporativa a la totalidad de los mensajes emitidos por la corporación, ya sean éstos de naturaleza “marketinera” o “corporativa/institucional”.

Desde nuestra concepción, entendemos que todo cuanto “hace” una empresa es Comunicación. No es una actividad opcional. En el enfoque de Comunicación Estratégica, el siguiente axioma es fundamental: “Tanto se lo propone o no, una empresa siempre comunica”. (p. 54)

Nos encontramos en la edad del “shock del futuro”. Todos nosotros estamos sometidos a los viajes, cambios y comunicaciones instantáneas. En menos de cinco minutos podemos hablar telefónicamente con casi todas las partes del mundo. La red de satélites espaciales nos permite ser testigos del funeral de un líder, del alunizaje de una nave espacial, o incluso de una guerra total... todo ello sin necesidad de movernos de nuestra sala de estar.

Sin embargo, a despecho de las victorias conseguidas en la era de las comunicaciones espaciales, seguimos siendo testigos del deterioro moral de nuestras instituciones políticas y gubernamentales, de la desintegración de nuestras familias, y de la bancarrota de nuestros negocios. Parece que los avances de las comunicaciones tecnológicas no están positivamente relacionados con el éxito de las comunicaciones interpersonales. De hecho las relaciones entre ambas pueden ser a la inversa.

Los directores y los asesores de comunicaciones nos dicen que más del diez por ciento de los negocios americanos fracasan cada año debido a una mala administración y a unas comunicaciones ineficaces.

Definitivamente pasamos la mayor parte del tiempo que estamos despiertos en organizaciones, es evidente que los problemas de nuestras ciudades, universidades y negocios son problemas de organizaciones. Podría decirse que, si hemos sido capaces de desarrollar una tecnología que nos ha permitido conquistar el espacio exterior, también deberíamos estar en condiciones de resolver los “problemas humanos” que diariamente se plantean en nuestras organizaciones. También podría decirse que, considerando el estado actual de la psicología social y los modelos clínico médicos de nuestra sociedad, deberíamos ser capaces de minimizar los conflictos externos e internos de los grupos así como los problemas de moral y de motivación que están asociados con la dirección de las organizaciones, y con mayor razón en organizaciones de salud.

Sonis, (1976) argumenta sobre las organizaciones de salud, lo siguiente:

Las organizaciones de salud tienen por lo común características sustancialmente diferentes de las organizaciones industriales o comerciales, y asimismo de otras organizaciones cuya función es también la provisión de servicios, pero que carecen de complejidad, la diversidad, la necesidad del juicio profesional y la aplicación del conocimiento científico por parte de muchos de sus miembros. (p.14)

A su vez, Levinson (1997) sostiene que las crisis de las organizaciones continuarán produciéndose mientras los gerentes, superiores y líderes mantengan esta estructura básica en su actitud, es decir, mientras “el poderoso trata a los impotentes como objetos al tiempo que mantienen las anacrónicas estructuras organizacionales que destruyen el sentido individual del valor propio y del trabajo realizado”. Las pruebas que poseemos (“incremento en la ineficacia, productividad más baja, elevación del absentismo, raterías y algunas veces incluso sabotajes”) sostienen las conclusiones a las que ha llegado Levinson, es decir, que nuestras organizaciones están en un estado de crisis que finalmente provocarán la destrucción de las organizaciones y la alienación de nuestra juventud.

Debemos tener presente los principios de la comunicación corporativa¹⁴:

- La Comunicación Corporativa es el conjunto de mensajes que una institución (empresa, fundación, universidad, ONG, etc.) proyecta a un público determinado (Público/target) a fin de dar a conocer su misión y visión, y lograr establecer una empatía entre ambos.
- La Comunicación Corporativa tiene que ser dinámica, planificada y concreta, constituyéndose en una herramienta de dirección u orientación sinérgica, basada en una retroalimentación constante.

14 Los principios de la comunicación corporativa son presentados por Escobar Jorge (2002) en su monografía: Comunicación corporativa.
<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/comucorp.htm>

- La fórmula de Lasswell (5w/h formula)
- Toda comunicación responde prioritariamente a seis preguntas: Quién, Qué, Cuándo, Dónde, Cómo y Por Qué

Desde 1938, fecha en que Chester Barnard dijo que la tarea más importante de un ejecutivo era la comunicación, se ha demostrado continuamente que el hombre (y la mujer) de una organización es una persona comunicativa.

Existen varias definiciones estudiadas sobre la comunicación organizacional dos autores: Zelko y Dance (1965) se interesan principalmente por las “habilidades” de comunicación que se dan en los negocios y en las profesiones (dar conferencias, escuchar, entrevistar, asesorar, vender, persuadir, etc.). Perciben a la comunicación organizacional como interdependiente entre las comunicaciones internas (ascendentes, descendentes y horizontales) y las comunicaciones externas (relaciones públicas, ventas y publicidad). Lesikar (1972) comparte con Zelko y Dance la idea de las comunicaciones internas – externas, pero le añade una tercera dimensión, las comunicaciones personales (el intercambio informal de información y sentimientos entre los individuos que forman la organización).

Halloran (1982) señala la existencia de los canales de la comunicación¹⁵ corporativa y la importancia que éstos desarrollan:

Los canales de comunicación son los surcos por donde discurren los mensajes de una persona a otras, de un grupo a otro, o de ambas procedencias y destinos a la vez. Todas las organizaciones emplean canales de comunicación, tanto formales como informales. Los de tipo formal, están constituidos por las cadenas y redes que determinan la dirección y el flujo de los mensajes oficiales, entre todos los miembros y divisiones que forman una organización. Los canales formales de comunicación son una parte integrante de la estructura organizativa. Resultan tanto de las normas y costumbres

que gobiernan la distribución de autoridad, como del rango y tipo de trabajo dentro de la organización. (p.83)

Comunicación es lo que hacemos cuando nos relacionamos con otros, cuando dialogamos o telefoneamos, escribimos una carta o pasamos un telefax, o cuando recibimos una invitación y acudimos a ella. Sin embargo, algo que en su origen es tan natural y tan corriente en la interrelación humana y las interacciones sociales, se ha constituido en una herramienta: es la “comunicación aplicada”. Así, la comunicación se instrumentaliza tanto con el fin de ser el nexo estratégico de influencia de las organizaciones con sus públicos, como por la importancia que adquieren, en la realización de esta estrategia, las nuevas -y también las viejas, pero renovables- tecnologías de comunicación.

Por esto, la comunicación –en el sentido original o humano- al aplicarse a la empresa, resulta especialmente compleja, y para ser comprendida debemos considerar su término opuesto: la difusión. Y, por otra parte, considerar asimismo, además de “cómo” es transmitido, “lo que es” transmitido: la información o el contenido útil del mensaje.

La comunicación se basa en el modelo original interpersonal, en el diálogo entre personas intercambiando opiniones, experiencias, informaciones, etc. Este “intercambio” es la propia sustancia de la comunicación, la retroalimentación o feedback, como base del proceso.

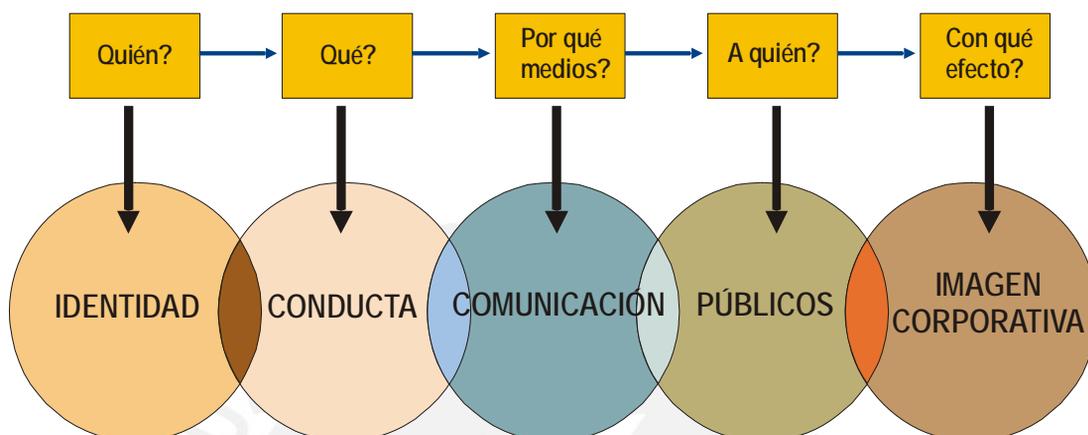
Debemos entender la comunicación corporativa, centrada en la interacción humana¹⁶, pero ya no como lo hacían los modelos de la Mass Communication Research en las condiciones “ideales” de comunicación, sino en el estudio de aquello que efectivamente ocurre y se da de hecho en la comunicación humana.

15 El tema Canales de Comunicación, se desarrolla ampliamente en el subtítulo (1.2.2. Canales de la Comunicación) dentro de este mismo capítulo.

16 Scheinsohn, Daniel (2000) hace una interesante explicación sobre la comunicación corporativa como empresa humana, en su libro: “ Más allá de la imagen corporativa”.

Oviedo grafica y explica la comunicación corporativa a través de cinco ámbitos o esferas de desarrollo:

Proceso de la Comunicación en Cinco Esferas



Elaboración: Carlos Oviedo, 2002

1. Identidad.- La identidad básicamente responde a la necesidad de la organización de definir su naturaleza, sus propósitos: las motivaciones que originan el negocio; los valores que la inspiran y la hacen única, singular. Esto usualmente se evidencia en su misión. Esta es la declaración de principios por la cual la empresa se autodefine y confiesa a la sociedad sus propósitos de existencia.

La identidad se enriquece con la producción de una serie de conceptos y normas –que usualmente denominamos “visión”, “principios organizacionales”, “objetivos”, “políticas”, etc.- que integran un planeamiento estratégico.

2. Conducta.- El cuadro de organización de la compañía ordena racionalmente los diversos esfuerzos, recursos y canales con los que se pretende cumplir la misión. Esa organización, puesta a funcionar, va a

desarrollar una práctica que será singular, única y propia. Esta praxis es la conducta corporativa.

Como puede entenderse, la conducta va a proyectar, quiérase o no, una imagen no intencional. Esta imagen se va conformando como resultado de los hechos, de las actitudes, de los modo de hacer: políticas operativa, métodos, estrategias de mercado, relaciones, prácticas ambientales y de seguridad, enfoques y actitudes hacia la comunidad, incluso las instalaciones, los edificios, los equipos, materiales “comunican” mensajes para el público mucho antes de que la organización tenga una relación directa con la gente.

3. Comunicación.- La tercera esfera supone todos los esfuerzos de la organización orientados a comunicar, tanto hacia adentro cuanto hacia fuera. Aquí se incluyen las acciones y prácticas no sólo del área de comunicación, sino del conjunto de la organización; es decir, toda información y mensajes originados por las relaciones con las instituciones financieras, con las comunidades, con los socios, con los proveedores, con el personal, etc.
4. Públicos.- Generalmente se reconocen públicos internos y externos a la organización, asignándoles diversa valoración. Sin embargo, todos los públicos son importantes para nuestra empresa y muchos podrían estar reunidos entre los públicos relacionados.

La organización es juzgada como una fuente de información y de emisión de actitudes.

Muchos mensajes pueden ser “buenos” para nosotros, pero resultan ineficaces porque nuestros públicos los perciben como “altaneros”, “extensos y complejos”, “inoportunos”, o simplemente inadecuados en forma, presentación, lenguajes, etc. La imagen percibida es la calidad de imagen que efectivamente llega a las personas, independiente de nuestros propósitos.

5. La imagen corporativa.- De esta forma llegamos a la quinta esfera, en la que se obtiene un balance de la percepción general que los diversos públicos tienen de nuestra organización. Se deduce que esta percepción es el resultado de combinar la imagen percibida con las propias necesidades, expectativas y experiencias de los públicos.

La imagen corporativa no es el final de un proceso, sino un estado parcial de esa interacción constante entre la compañía y sus públicos. Por tanto la imagen corporativa es transitoria y cambiante.

Alguien dirá que estamos privilegiando demasiado la importancia de la comunicación en la dinámica de las organizaciones. En efecto, ¿cómo se constituyen las organizaciones si no es por comunicación?, ¿Cómo se relaciona esa entidad con la comunidad en la que actúa si no es por actos de comunicación?

En verdad, somos administradores de imágenes, las propias y las ajenas; de las que recibimos por presión externa y de las que concebimos basados en nuestros intereses. Todo este juego de compartir imágenes se da en un grupo cualquiera y con mayor razón en una organización.

La idea de “comunicación corporativa”, que aparece apremiante en la praxis cotidiana de las organizaciones, no es nueva. De hecho es una transformación que se da en las organizaciones pero que proviene de una mutación más vasta y compleja, que se extiende a los diferentes órdenes de “lo social” abarcando desde la economía a la cultura. En esta transformación radical y generalizada se inserta la “revolución de los servicios”

Costa, Joan (1995) se refiere respecto a la comunicación corporativa:

La comunicación corporativa nació con el “boom” de los servicios. Ello significa la incidencia de la era de la información en el inicio del posindustrialismo: el paso de una cultura material basada en el

consumo de productos físicos a una cultura de lo inmaterial basada en el uso de los servicios intangibles. (p.138)

La comunicación corporativa, ligada estrechamente a la acción y a la conducta global de la organización, será el vehículo y soporte de la calidad del servicio (porque el servicio no es otra cosa que comunicación y relación), y ambos, el vector de la imagen corporativa. (p.141)

Es por esta razón, que la comunicación corporativa surge en el ámbito posindustrial, y está particularmente ligada al “boom” de los servicios y a las nuevas tecnologías que los soportan. Tanto aquella -la comunicación corporativa- como éstos -los servicios- se ubican en el contexto de la tecnología de la información y de las telecomunicaciones, constituyendo de este modo el paradigma de nuestras sociedades desarrolladas.

La comunicación corporativa es una síntesis de la cultura, la identidad y la imagen corporativas. Lo que tiene sentido es, pues, este núcleo central corporatista alrededor de cual giran y se integran Cultura e Identidad, Comunicación e Imagen. Este núcleo central es la nueva concepción que emerge de este viejo término “corporación”, ahora corporativo, con un nuevo contenido y nuevas funciones.

Estos son los parámetros de una concepción comunicacional corporatista que tiene el impulso de una fuerza creciente y de más en más sofisticada, en la exacta medida en que la acción (trabajo, relaciones, servicios y estrategias) es ella misma comunicación, y que la comunicación ha desbordado su modelo original: la relación humana, y se ha convertido en una acción a distancia, una teleacción: una comunicación aplicada e instrumentalizada en el seno de las empresas.

Todo pasa hoy por la comunicación; todo deviene en comunicación, quierase o no, porque todo significa. Tanto lo que es realizado por las empresas y lo que es conscientemente comunicado, como lo que escapa a su voluntad y su control. El público, la sociedad, no se orienta por las comunicaciones, por lo que le ha sido comunicado (ni siquiera cuando esta comunicación sea, para el profesional “corporativo”). El público se orienta, se influye, decide, actúa y opina por el conjunto de significados que extrae de las comunicaciones que recibe. Pero también y especialmente, de las actuaciones de la organización, filtradas en función de las propias expectativas y experiencias del individuo. No sólo por lo que le ha sido intencionadamente comunicado por la empresa, sino también por lo que él ha percibido, experimentado y vivenciado.

La comunicación corporativa y los servicios se vuelven hacia el individuo y restituyen una cierta confiabilidad (pragmática, pero real), que establecen un nexo de relaciones interpersonales, es decir, humanas. En la medida que la comunicación corporativa y los servicios integran recursos para la interacción, implican el cara a cara del cliente con el empleado y re-configuran en conjunto nuevos modos de interacción a la escala de la organización – usuarios. En estas interacciones se recombinan las técnicas de la telecomunicación directa, vicaria e incluso virtual, y las situaciones de comunicación interpersonales en las que el individuo es el centro.

Así, pues, si por una parte la tecnología de la información ejerce un control minucioso y éticamente peligroso sobre las personas, por otra parte el management de servicio, el marketing y la comunicación corporativa coinciden en una nueva revalorización del individuo, tanto en el ámbito interno de las mismas organizaciones como en el externo: el ser individual adquiere una identidad como tal en el nuevo mosaico social.

Hay en este fenómeno una cierta contradicción o una confrontación de la tecnología versus humanismo, que plantea un problema filosófico de envergadura. Ciertamente, ésta es una cuestión ética que no la resuelve la

comunicación en sí misma, porque ella es un instrumento (en todo caso las responsabilidades éticas son las de quienes lo manejan). Pero en la medida en que se coincide en privilegiar al individuo receptor – tanto de los mensajes como de los productos y servicios-, éste se convierte en la razón de ser del management corporativo. Y es de este modo, y en función del individuo, que la tecnología pasará a mejorar las relaciones y la calidad de éstos –y en consecuencia, de la empresa-.

Efectivamente, la comunicación es base y soporte de las relaciones empleado – cliente y la substancia del mismo servicio. Por esto, la comunicación adquiere importancia fundamental a la vez que se orienta más y más según las expectativas de los clientes, los individuos y la sociedad.

Sí admitimos que el servicio es comunicación y la comunicación es servicio, si aceptamos que lo contrario de “servir” es “dominar”, resulta indiscutible que el éxito de las organizaciones pasa necesariamente por integrar los diferentes recursos de la eficacia y la calidad generalizadas, tanto del Servicio y la Acción global como de la Comunicación. Los cuales devienen, más y más claramente, una misma cosa.

Alegría (1997) afirma:

El ejercicio profesional de la comunicación es altamente funcional para la empresa y de éste depende, en parte, los resultados en materia de imagen. Tal desempeño consiste en el adecuado empleo de las comunicaciones, internas y externas¹⁷, a partir de la

17 Comunicación interna, se refiere a los esfuerzos de información, promoción e integración social que una organización realiza entre sus recursos humanos, como parte de sus esfuerzos de comunicación corporativa; y comunicación externa, Comunicación externa: se aplica a los esfuerzos de información dedicados a los públicos no involucrados directamente en la organización.

determinación de políticas de imagen corporativa, su planificación estratégica, la ejecución de tácticas y la evaluación permanente no sólo de las propias acciones sino también de la percepción que los distintos públicos poseen de la empresa. (p.154)

Para resumir, citaremos a Cees (1998), quien nos presenta un concepto general de la comunicación corporativa y que encierra lo antes explicado en este capítulo.

La comunicación corporativa es un instrumento de gestión por medio del cual toda forma de comunicación interna y externa conscientemente utilizada, está armonizada tan efectiva y eficazmente como sea posible, para crear una base favorable para las relaciones con los públicos de los que la empresa depende. (p. 26)

1.2.2. Canales de la Comunicación¹⁸

Ya lo hemos dicho en líneas atrás que en toda organización, existe la comunicación, pero éstas transitan a través de canales formales e informales, si observamos un organigrama de cualquier organización, podemos darnos cuenta de que éste nos indica los canales formales, fluyen alrededor de la estructura formal mediante vías oficiosas. Por el contrario los canales informales no se señalan en un esquema organizativo porque son inestables, cambiantes.

Un organigrama no nos muestra todos los canales formales, sino los más importantes. Por ejemplo las secretarías muy raras veces aparecen

18 El tema de Canales de la Comunicación se ha realizado en base a la clasificación que hace Halloran, Jack, Relaciones Humanas, España, 1982.

expresadas en un organigrama, pero en las grandes empresas la mayor parte de la información es conducida a través de estas personas.

Canales Formales

Aunque los canales formales tienen muchos defectos, proporcionan unas rutas ordenadas y predecibles para que la información necesaria alcance a las personas adecuadas, en tiempo útil, con el fin de que estas últimas adopten decisiones y actúen al respecto. Por ejemplo, las órdenes de venta enviadas a fábrica por los agentes comerciales, han de procesarse con el fin de asegurar que los clientes signatarios de las mismas reciban los géneros.

En organizaciones complejas, el flujo de la comunicación formal nunca se interrumpe. Una variedad notable de mensajes circula de departamento en departamento en circuitos mucho más complicados. Las comunicaciones que se producen entre divisiones como ventas y producción se denominan horizontales debido a que su flujo discurre en esta dirección.

El intercambio informativo puede también ser continuo entre personas de diferente categoría pertenecientes a un mismo departamento, como el director de ventas, el jefe de expediciones y los empleados de expediciones. Estas son rutas llamadas verticales porque los mensajes suben y bajan, de acuerdo con los rangos organizativos; también son observables en el esquema antedicho.

Canales Verticales

Los mensajes que circulan por canales verticales lo hacen en dos direcciones, hacia arriba y hacia abajo. Sin embargo, aunque las comunicaciones ascendentes y descendentes sigan el mismo recorrido, el contenido, naturaleza y problemas de unas y otras, puede variar mucho. Sus diferencias son comparables a la fuerza del agua cuando sube o cuando baja. En sentido descendente se comporta como lo hace una catarata o una ducha. Se desparrama fácilmente con gran fuerza y empapa un área extensa, mientras que hacia arriba es como un pequeño

chorro de una fuente que lucha contra la fuerza de gravedad. Cuanta más altura alcance su recorrido, más fuerza pierde. Los canales formales de comunicación de sentido descendente, fluyen con potencia y alcanzan a mucha gente, mientras que las vías oficiales que van hacia arriba lo hacen con mayor dificultad y llegan a un número relativamente reducido de personas.

Comunicaciones Descendentes

Los canales que transmiten órdenes, información y cuestiones relacionadas con el trabajo, desde la oficina del presidente hasta el “nivel de tropa” o de trabajadores, actúan hacia abajo. Cuando alguien comunica órdenes, información o asuntos, a individuos que están en un estrato más bajo dentro de la jerarquía estructural, el mensaje circula en sentido descendente. Si el presidente de una empresa convoca semestralmente una reunión de vicepresidentes para comunicarles los posibles cambios financieros, o el jefe de una sección de mecanografía reúne a las empleadas, semanalmente, con el fin de darles cuenta de los programas de trabajo inmediatos, las dos reuniones sirven para transmitir información. Cuando un director de producción ordena a un contraamaestre que se hagan horas extras o un director financiero solicita informes de un contable, ambos mensajes van de arriba abajo.

Comunicaciones Ascendentes

La comunicación ascendente se produce cuando alguien comunica información, ideas, sugerencias, opiniones y quejas, hacia otra persona encuadrada en un nivel superior dentro de la jerarquía estructural.

En muchos estudios encaminados a averiguar lo bien que comprenden los directivos a sus subordinados, se muestra la evidencia repetida de que las clases dirigentes tienen ideas falsas sobre lo que realmente piensan los obreros.

Para que las comunicaciones ascendentes resulten eficaces, los equipos directivos y sus subordinados deben trabajar juntos en un espíritu de

sinceridad y buena voluntad. Supongamos que una empresa sitúe en lugar visible un buzón de sugerencias que se utilice mucho, pero que los empleados no reciban nunca el feedback de dirección sobre las ideas que comunican: éstos adquirirán probablemente, un mal concepto sobre la sinceridad de la dirección.

Canales Horizontales

Los canales horizontales o laterales se emplean cuando los miembros de un mismo nivel dentro de la jerarquía de autoridad se comunican entre sí: esto es, un trabajador con otro, o un jefe con sus colegas. Estas vías horizontales funcional, formal e informalmente, oficial y oficiosamente.

- **Formal:** Es aquella comunicación cuyo contenido está referido a aspectos laborales. En general, esta comunicación utiliza la escritura como medio (Comunicados, memorando, etc.). La velocidad es lenta debido a que tiene que cumplir todas las formalidades burocráticas.
- **Informal:** Es aquel tipo de comunicación cuyo contenido, a pesar de ser de aspectos laborales, utiliza canales no oficiales. (reunión alrededor del botellón de agua, encuentros en los pasillos, etc.). Es más veloz que la formal.
- **Rumores:** Es la comunicación informal que recorre la institución sin respetar canales y a la velocidad de la luz. Se le llama también bolas.

Comunicaciones de Line y Staff

Las expresiones “line” y “staff” son los términos clásicos que se conocen como tradicionales de las funciones en organizaciones complejas. Proceden del siglo pasado y su empleo es de origen militar. En los negocios y la industria, una función lineal es aquella que contribuye directamente, hablando en general, a la principal actividad de la empresa; una función “staff”, es aquella que colabora con la lineal en tareas auxiliares, administrativas o consultivas. Actualmente y dentro del terreno teórico, su distinción es sólo de criterio, debido a que los últimos títulos atribuidos en la estructura organizativa son, con frecuencia,

intercambiables y engañosos. La función considerada en una empresa como “staff”, en otra constituye una función lineal.

Todos los canales de comunicación son importantes en la comunicación corporativa, debemos tener presente que:

- La comunicación organizacional ocurre en un sistema complejo y abierto que es influenciado e influencia el medio ambiente.
- La comunicación organizacional implica mensajes, su flujo, su propósito, su dirección y el medio empleado.
- La comunicación organizacional implica personas, sus actitudes, sus sentimientos, sus relaciones y habilidades.

1.3. Conceptualización de la satisfacción del usuario en la comunicación

El concepto prehistórico de satisfacción del cliente ya no convence. Aquello que se entendía como el cumplimiento por parte del producto o servicio, de una serie de especificaciones y reglas, las cuales se entendía también conformaban al cliente, quien las tomaba como dadas, pertenece a un enfoque superado.

Debemos entender ahora que el concepto de satisfacción ha cambiado, de acuerdo a Elías (2000), él explica lo siguiente:

La satisfacción es el final de un proceso, y como tal, tiene que ver con la experiencia del cliente en relación con sus expectativas. Al ser un estado emocional, la satisfacción debe ser medida para poder establecer una relación directa con los resultados de la empresa y de esta forma saber qué tipo de utilidad se está dando a los clientes. (p. 55)

Palafox (2002), en su artículo “Calidad en el servicio”, el concepto de satisfacción del cliente por un servicio, se ajusta más a nuestro tema de investigación.

La satisfacción de los clientes es el resultado de cómo se siente el cliente luego de una experiencia de consumo; sin embargo, este resultado puede ser muy ambiguo y marcado por variables como patrones de comportamiento, cultura, factores emocionales, etc.

Gonzáles(1997), trata también de explicarnos el concepto, de acuerdo a como actúa el cliente en función de sus percepciones.

Cada persona recibe la realidad de manera diferente y cada uno evalúa su comportamiento y el de los demás, basándose en sus percepciones, y lo más importante es que cada cual actúa de acuerdo con la forma cómo ve las cosas; este es el motivo por el cual la gente cambia cada vez más de bancos, por ejemplo, porque está cansada de esperar en la ventanilla. (p.68)

El objetivo, hoy en día, en función de la Comunicación Corporativa, no es ya cumplir con determinadas especificaciones, sino participar en la gestión estratégica de la organización para descubrir e interpretar las necesidades latentes de los clientes. Creando planes de comunicación basados en las necesidades descubiertas y seleccionando mediante encuestas a los propios clientes.

La gestión de la Comunicación Corporativa para lograr la satisfacción del cliente – en su redimensionada actualización- se convierte en una estrategia que representa un cambio importante en el concepto histórico de gerencia.

Palafox (2002), manifiesta acertadamente sobre la satisfacción del cliente en relación con el proveedor :

La calidad de los servicios depende de las actitudes de todo el personal que labora en el negocio. El servicio es, en esencia, el deseo y convicción de ayudar a otra persona en la solución de un problema o en la satisfacción de una necesidad.

El personal en todos los niveles y áreas debe ser consciente de que el éxito de las relaciones entre la empresa y cada uno de los clientes depende de las actitudes y conductas que observen en la atención de las demandas de las personas que son o representan al cliente.

Elías (2000), de otro lado nos manifiesta la importancia de la satisfacción y la repercusión que tiene en la imagen de la empresa.

Las emociones no son nada si no se pueden contar y así el cliente reaccionará frente a cada una de las dos situaciones: cuando esté satisfecho lo contará para recrear su protagonismo y cuando quede insatisfecho lo divulgará para vengarse. (p.57)

No se trata de lograr una especificación predeterminada de un producto o servicio, como lo debieran aplicar estrategias del Marketing, sino de diseñar la misma de acuerdo a los requerimientos expresados por los clientes, con el objetivo de maximizar su satisfacción.

Gonzáles (1997), indica también que:

Los clientes, entendidos como los individuos que compran bienes o servicios, forman parte del sistema y son una valiosa fuente de información, insumo básico de un sistema, pues a través de sus gustos o necesidades proporcionan señales sobre su ambiente y sobre su propio funcionamiento en ese ambiente, y esto se logrará a través de la comunicación. (p.67)

Las estrategias de la Comunicación Corporativa, al determinar un enfoque de la empresa hacia el cliente, implican que la misma debe ser aplicable por toda la organización.

Gonzáles (1997), se refiere a la importancia del individuo que presta el servicio:

Si bien es cierto, que la organización que presta servicios es responsable de su calidad, también es cierto que más responsabilidad tiene el individuo que presta el servicio, por lo tanto, el cliente no tiene otra alternativa que la de considerar al empleado como el responsable de la calidad de atención recibida. (p.67)

Una de las estrategias que cita Kullmer (1993), en su texto es:

La estrategia que permite a las empresas disponer del conocimiento de todos los empleados de una manera sistemática, de mejorar la eficiencia de los procesos, mediante el uso de técnicas y de tener clientes satisfechos a través de una continua búsqueda de sus necesidades y requerimientos. (p. 29)

El enfoque mecanicista tradicional se vuelve aún más problemático cuando los productos que se intercambian en el mercado tienen una naturaleza menos física y más intangible, y aquí aparecen los servicios y aquellos productos basados en la imagen. El valor de tales productos varían enormemente y depende del cambio en las percepciones y las preferencias del cliente.

Elías (2000), resume nuestro objetivo de estudiar la percepción de los usuarios sobre los servicios en el siguiente párrafo:

Las empresas que quieren tener clientes contentos de verdad, tienen que hacerse cargo de todo aquello que afecta a las personas. Deben tener en cuenta que los mercados están inmersos en una sociedad que cambia y tienen que comprender que lo que afecta a las personas también les concierne a ellas. (p.27)

1.4. Factores que intervienen en la comunicación interpersonal

La comprensión

Aunque ciertos términos médicos han pasado a ser parte del léxico de la generalidad de la población (por ejemplo, infarto, náusea, apendicitis), el personal de salud frecuentemente habla en términos que no son comprensibles para la gente y/o usuario (a). El uso de un lenguaje común es básico para el entendimiento entre dos personas y los y las profesionales de la salud no deben olvidar que los términos que para ellos (as) son rutinarios, no forman parte del vocabulario de la paciente. Si a esto le sumamos la ansiedad normal de la consulta médica, la comprensión se tornará más difícil.

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, la define como sigue:

Comprensión: acción de comprender, facultad, capacidad o perspicacia para entender y penetrar cosas. Actitud comprensiva o tolerante. Conjunto de cualidades que integran una idea.

La empatía

Aunque cada ser humano reacciona de manera diferente ante las situaciones de la vida, sabemos que existe similitud en cuanto a las sensaciones que éstas provocan en los individuos. Así, los y las profesionales de la salud que han estado expuestos (as) a la enfermedad o dolencia pueden ponerse en el lugar de la paciente y sentir y demostrar su comprensión de la situación. Cuando la empatía se logra, la paciente siente que ha sido comprendida. Esto exige estar atento a la comunicación verbal y no verbal, omitir juicios de valor, ponerse en el lugar de la paciente para luego dar puntos de vista personales acerca de la problemática. Sin la empatía no puede darse en la comunicación efectiva, pues se corre el riesgo de estar hablando de dos realidades diferentes.

El concepto de empatía, según el Diccionario de la Real Academia Española:

Empatía: identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo del otro.

Berlo (1975), ya definía a la empatía como interdependencia de las expectativas:

Empatía: toda comunicación humana implica predicciones por parte de la fuente y del receptor con respecto a la forma en que los demás habrán de responder al mensaje. (p. 89)

La atención

Nada de lo que digamos tendrá impacto alguno si la paciente detecta que nuestra cabeza está en cualquier lado menos en sus problemas. Tanto para exhortarla a expresarse como para hablarle, es importante reafirmarla constantemente, ya sea con leves inclinaciones de la cabeza o breves exclamaciones. El o la profesional de la salud debe ser paciente y brindarle tiempo, respetar su espacio físico y acompañarla en sus emociones; debe estar atento (a) y sobre todo demostrarlo.

Atención, significa según el Diccionario de la Real Academia Española:

Atención: Acción de atender, cortesía, urbanidad, demostración de respeto u obsequio. Para que se aplique especial cuidado a lo que se va a decir o hacer.

El aprecio

El o la profesional de salud si desea realmente tener una buena comunicación, además de hacer el esfuerzo de ser comprendido, ponerse en los zapatos del paciente, y demostrar la debida atención a lo que diga o hace el paciente, debe de mostrar aprecio, es decir reconocer a la paciente, tratarla de manera afectuosa, diciendo algunas frases de elogio, siendo atentos, saludándola o despidiéndose, a través también de la comunicación no verbal, demostrando una sonrisa, una actitud positiva, etc. para que se sienta a gusto y pueda al menos contar sus síntomas y sentirse bien en la consulta.

La definición, según el Diccionario de la Real Academia Española, es la siguiente:

Aprecio: Acción y efecto de apreciar, reconocer, estimar. Estimación afectuosa a alguien.

Las normas de respeto

Estos son elementos indispensables para la buena comunicación. El personal de salud deberá tener claro cuáles son sus valores y considerar que cada paciente tiene los suyos, y que son éstos los que probablemente dificultan, por un lado, el hablar del problema o dolencia. Si la paciente percibe sanción o burla en los gestos o palabras del personal de salud, disminuirá la credibilidad en él o ella y se limitará o se negará a hablar de su situación.

En el Diccionario de la Real Academia Española no se encuentra el concepto de normas de respeto, pero sí la definición de respeto, que es el siguiente:

Respeto: Veneración, acatamiento que se hace a alguien. Miramiento, consideración, deferencia. Manifestaciones de acatamiento que se hacen por cortesía.

La confianza

La usuaria experimenta la esperanza firme de ser tratada con familiaridad, quiere confiar en la palabra del médico, quiere sentirse segura. Al inicio de toda relación la confianza que puede ofrecer el médico es de menor grado, a medida que avanza y se trata a la usuaria la confianza va aumentando, solo si el profesional se lo demuestra a través de palabras (comunicación verbal) y gestos (comunicación no verbal), así como el uso de instrumentos y materiales que utiliza el médico en la consulta.

La definición de confianza, según el Diccionario de la Real Academia Española, es la siguiente:

Confianza: Esperanza firme que se tiene de alguien o de algo. Seguridad que alguien tiene en sí mismo. Ánimo, aliento, vigor para obrar. Familiaridad en el trato. Dicho de una persona: con quien se tiene trato íntimo o familiar. Dicho de una persona: en quien se puede confiar.

La privacidad

La usuaria en su calidad de paciente, debe ser comprendida y respetada en su intimidad y sus pudores. Cuando un profesional rompe o irrumpe este factor, irrumpe a su vez la comunicación, darle la confianza, respetar su intimidad, es acercarse más a la usuaria, es saber comunicarse mejor.

El Diccionario de la Real Academia Española, define privacidad de la siguiente manera: privacidad, confiadamente, con reserva e intimidad.

La infraestructura

Este factor deriva del anterior, ya que la usuaria busca en la infraestructura y/o decoración elementos que le brinden privacidad, es decir si ya existe una construcción y espacio físico, como es que éstos están ubicados o cuáles son las condiciones que presentan para el respeto a su intimidad, aún más siendo el caso de los servicios de Gineco Obstetricia.

El Diccionario de la Real Academia Española, define infraestructura así:

Infraestructura: Parte de una construcción que está bajo el nivel del suelo. Conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una organización cualquiera.

Cada uno de los factores que intervienen en la comunicación interpersonal, tienen una importancia individual y a su vez grupal, cada una aporta para la eficiencia de una buena y óptima comunicación interpersonal.

La comunicación brindada por los profesionales de la salud a sus clientes externos (usuarias), va a dar resultados en la imagen corporativa de la institución. De ello, depende el éxito de la institución, toda comunicación dirigida a los públicos genera y determina la percepción de ellos sobre la imagen del profesional, del servicio y en consecuencia del hospital, aumentando o disminuyendo su productividad.



CAPITULO 2

COMUNICACIÓN E IMAGEN CORPORATIVA

2.1. Comunicación Corporativa y la Salud Pública.

La aplicación de la Comunicación Corporativa en los programas de salud involucran a un público muy especial: el paciente. Los servicios de salud modernos, donde están incluidos los hospitales, y otros establecimientos afines, necesitan utilizar acciones relacionales y comunicacionales de modo permanente.

Los hospitales tienen que ser requeridos y adaptados como algo más que el lugar inevitable al que acudir en casos de enfermedad. Y para ello, es menester poner en marcha un proceso activo de promoción, prevención y recuperación. Una conducta pasiva ya no sirve.

Se requiere acción, que habrá de manifestarse en la búsqueda de objetivos dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población:

- Atraer atención
- Ganar confianza
- Lograr comprensión
- Cambiar comportamientos
- Cambiar la cultura institucional

El enfermo es nuestro cliente, y por lo tanto el público clave en quien volcar atenciones y vigiliadas. No es un público fácil ni accesible. El paciente constituye un público muy especial, altamente condicionado, precisamente por las características de su entorno.

La salud es un derecho, lo que implica una obligación por parte de la comunidad de coparticipar en su cuidado y su valorización. Un establecimiento de salud pertenece a una comunidad. Por consiguiente, las necesidades de la comunidad determinan el destino del establecimiento de salud como tal.

Uno de los objetivos principales de los servicios de salud es brindar una adecuada y humana atención médica y no exclusivamente científicista.

El paciente como nuestro principal público, es necesario asignarle interés primordial. Un servicio de salud moderno, observa las siguientes normas: Salvaguardar los derechos privados del individuo, de forma que ningún paciente pueda ser objeto de desprecio o ridículo, ni se vea envuelto innecesariamente en una situación inquietante o embarazosa.

En ese sentido, será esencial ajustarse a ciertas normas en el trato con el paciente tales como reemplazar por su nombre y apellido, la incorrecta práctica de identificación por un número de historia o cama. Promover el trato respetuoso del enfermo, evitar el tuteo peyorativo.

Cabe agregar al respecto, que es indispensable que todos los funcionarios de un centro asistencial comprendan el punto de vista del paciente. Hay que convencer a los pacientes y allegados que el organismo trabaja para su interés. El reglamento de un hospital ha de adaptarse a las necesidades del paciente, y no a los del médico o los enfermeros.

2.2. Clasificación de los públicos

Los públicos, en el fondo, son los destinatarios privilegiados de todos los esfuerzos corporativos. Como se conoce, estos destinatarios han ido variando en su valía. En determinado momento fueron simplemente audiencias, gente que recibía información y podía asumir actitudes activas o pasivas; pasaron a ser públicos con el advenimiento de los impresos y de la publicidad, de modo que se pensaban mensajes directos ingeniosos pero sustantivamente informativos para orientar su consumo; más tarde, la omnipresencia de los medios de comunicación facilitó considerar a los consumidores como simple masa, estandarizada, manipulable; entonces la publicidad penetró en sus motivaciones profundas; y finalmente vuelven a ser sujetos, pero filtrados por un rasero globalizado.

En términos latos, en cuestiones de mercado se pensó en los consumidores como públicos – objetivos, cuando se creía que había que escogerlos con sentido de rentabilidad, y así dirigir los esfuerzos únicamente hacia el consumidor potencial, donde sea que se halle, sin gastar esfuerzos en los no compradores.

En el glosario de términos de comunicación organizacional, Alcántara (2005), define al público:

Cualquier individuo o instancia que reciba o intercambie mensajes con la organización, para cuestiones operacionales o de consumo, de manera interna o externa, es todo aquél que percibe a la organización y tiene una imagen de ella.

En términos de las relaciones de una organización con su entorno, es usual hablar de públicos externos, internos y de públicos interesados, relacionados o mixtos. Todos los públicos que rodean a una organización son públicos relacionados, sean estos internos o externos a la misma.

Clasificación de los públicos¹⁹

Públicos	Características
Internos	Agrupa a las personas que laboran para la organización, que tienen un interés económico y que participan del proceso de la cultura organizacional de la misma, tales como los accionistas, directivos, el personal, e incluso los familiares de los trabajadores.
Externos	Aquellos grupos que tienen algún vínculo con la organización atendiendo a la naturaleza de su giro de negocio, están insertos en la lógica de mercado: los proveedores, clientes o consumidores, competidores, financistas, etc.
Interesados	Grupos externos, diversos, que retienen algún tipo de recurso que la organización considera valioso para su desempeño. Las autoridades, nacionales o locales, instituciones reguladoras, los medios de comunicación, las comunidades en general, gremios empresariales y sindicales, líderes de opinión, instituciones académicas y de presión como las ONGs.

Definimos como público interno en el caso de un establecimiento de salud, al dependiente en forma directa del mismo, es decir al personal profesional, técnico, administrativo y operarios en general.

El gran público externo se define como aquel que no depende directamente del servicio de salud, aclarando que el paciente tiene relación de dependencia generalmente circunstancial. Se considera dos sectores en ese público externo: pacientes y familiares y público en general.

19 El cuadro de clasificación de públicos fue elaborado por Campodónico (2002), existen algunos autores que nombran a otro tipo de público: mixtos; son aquellos que pertenecen a la vez

2.3. Identidad corporativa

La identidad es la esencia propia y diferencial de la organización, objetivamente expresada a través de su presencia, sus manifestaciones y actuaciones. La identidad implica la diferencia, porque ser la organización “idéntica a sí misma” es ser única, diferente e irrepetible.

Putnam, Costa y Garrido, (2002), en el texto donde desarrollan la identidad corporativa, la definen como sigue:

Etimológicamente, identidad viene de ídem, que significa idéntico, pero idéntico a si mismo y no a otra cosa. Así, la identidad implica la dialéctica, de la diferencia: el ser, o el organismo que es idéntico a sí mismo y es, por tanto, diferente de todos los demás. Solo hay identidad en la diferenciación. (p. 24)

A su vez Oviedo, (2002) define a la identidad corporativa, de la siguiente manera:

Es toda percepción que se relaciona con la singularidad de una entidad. En términos corporativos se asume que es una construcción mental, intencionada, que debe inspirar la conducta de los miembros de una organización.

Identidad corporativa: se entiende que es una visión compartida de la personalidad de una organización, que se construye para alentar un comportamiento favorable al logro de sus fines. (p.107)

Cuando se habla de Identidad en el ámbito de las organizaciones, se piensa en una dimensión limitativa de la personalidad real, profunda y manifiesta de dichas organizaciones; una dimensión reducida a uno de sus aspectos puramente visuales. Esta visión limitativa se define curiosamente por su aplicación (corporativa), y no por su substancia, que es “visual”, y cuyo exponente

a dos tipos de públicos, ejemplo: un empleado que a su vez es paciente del establecimiento de salud

caricaturesco en esta simplificación abusiva y desorientada del concepto de identidad, es el “logotipo”. De hecho, tal concepción es radicalmente errónea: en primer lugar, porque la identidad corporativa, en su vertiente visual, o más exactamente, gráfica, no es un “signo”, llámese a este logotipo, símbolo, marca o lo que se quiera, sino un “sistema de signos”, gráficos, cromáticos, tipográficos, etc. En Segundo lugar, porque la identidad corporativa no es solamente visual: es también ambiental, objetual y, sobre todo, compartamental, es decir cultural.

Cees (1998), nos aclara el nuevo concepto de identidad corporativa:

En un principio, la identidad corporativa era sinónimo de logotipo, estilo corporativo, y otras formas de simbolismo utilizadas por una organización. El concepto se ha extendido, y se ha hecho más amplio, ahora se refiere a la forma en la que una empresa se presenta mediante el uso de símbolos, comunicación y comportamientos. Estos tres elementos constituyen el llamado mix de identidad corporativa. Todos los elementos del mix pueden usarse para presentar la personalidad de una empresa tanto de forma interna como externa, según la filosofía de la empresa. (p.29)

Podemos ampliar el nuevo concepto a partir de Scheinsohn (2000), cuando trata a su vez la identidad corporativa, desde la Comunicación Estratégica²⁰:

Hemos de hacer una aclaración. Tradicionalmente, algunos autores definen la identidad corporativa como el conjunto de signos visuales. Esto también sucede en el ámbito de algunos estudios profesionales de diseño gráfico y otras consultorías, quienes reducen la “identidad” a la problemática estrictamente visual. (p. 51)

La identidad corporativa se inscribe en la problemática del Discurso Corporativo, que se entiende como una representación ideológica que surge de la praxis comunicacional corporativa. (p. 52)

La Identidad de una organización es algo mucho más profundo, substancial y también operativo; algo que está impregnado en la forma de ser y de hacer de la organización, en su conducta global, y que es compartido por el colectivo interno. En ese sentido, Identidad y Cultura son dos elementos interactivos.

Identidad ha sido y es uno de los conceptos fundamentales de la antropología, la filosofía, la fenomenología. Hasta hace pocos años (en las décadas de los 70 y los 80) hablar de identidad en las empresas, o no se comprendía salvo algunas excepciones, o parecía un esnobismo. Hoy, sin embargo, la noción de identidad (visual, cultural, corporativa) empieza a ser corriente y se comprende bien que la identidad es, en las organizaciones un auténtico vector diferenciador y estratégico.

La identidad de una empresa es como la personalidad de un individuo. Se tiene, quiérase o no, se sepa o no, por el mero hecho de existir. Pero es un valor variable. Hay empresas con una identidad fuerte, actual y motivante, y otras con una identidad débil, dispersa, inactual e indiferente. Estos valores son medibles en la práctica, tanto en términos cuantitativos: Notoriedad, como en términos cualitativos: notabilidad. Hay, pues, empresas con una identidad coherente, penetrante, bien afirmada y bien controlada, con una clara personalidad exclusiva, y de éxitos. Hay también empresas con una identidad débil o ambigua, por lo cual no se llegan a imponer y esa identidad es un freno para su desarrollo.

La Identidad es un valor especialmente cualitativo; un conjunto de datos de percepción de experiencia: significados que el público extrae y subjetiviza, siempre en función de sus motivaciones y de sus cuadros de valores. Los individuos incorporan esa imagen resultante a sus esquemas mentales, y la utilizan, conscientemente o no, para realizar sus actos, expresar sus opiniones y

20 Ver texto de Scheinsohn, Daniel (2000) "Más allá de la imagen corporativa".

relacionarse con la empresa y los servicios en cuestión. La identidad se transforma así en imagen.

Para la mayoría de autores la imagen está ligada a la identidad, Alegría (1997), manifiesta que:

Plantearse el tema de la identidad es imprescindible cuando de abordar la imagen se trata. Porque identidad e imagen son como las dos caras de una misma moneda. No existe imagen alguna sin identidad previa. ¿Cómo podemos pretender que los demás nos perciban de determinada manera si ni siquiera nosotros mismos tenemos idea de cómo queremos ser percibidos? ¿Cuáles son los principales rasgos que definen nuestra personalidad y que deberían ser conocidos por el otro? Así como el ser humano se plantea preguntas existenciales en determinado momento de su vida, así también la empresa debe reflexionar sobre su autorrepresentación, de preferencia desde su nacimiento mismo, desde su creación u origen. (p.141)

Por su parte, Garrido (1999) agrega:

La imagen corporativa de la empresa, debe estar centrada desde su origen en la identidad corporativa. Y ¿Qué es eso de la identidad?: entenderemos por ello una construcción que define de modo predeterminado constantemente en la manifestación de sus acciones de comunicación, que son las de sus funcionarios y públicos internos, para con sus clientes y públicos externos.

La identidad corporativa se construye fundamentalmente en lo comportamental, en el estadio de la comunicación relacional. (p.111)

Cuando la identidad es fuerte, claramente diferenciada y gestionada, llega a formar parte de la personalidad original de la empresa, y entonces deviene

“estilo”. A este estilo –dicho en sentido amplio- se le puede llamar con propiedad: Imagen.

Alegría (1997), resume dentro de su investigación lo siguiente:

En síntesis, entendemos la identidad institucional como el conjunto de conceptos y atributos, asumidos como propios por la institución, que configuran un discurso a ser comunicado a los públicos, con el objeto de alcanzar la legitimación de la empresa ante éstos en una determinada coyuntura. (p.145)

Putnam et. Al (2002) han desarrollado ampliamente sobre la identidad corporativa, y explican cómo es que ella se va dando:

La identidad corporativa se define de inmediato por la fusión de dos parámetros: Lo que la empresa es y lo que hace.

“Lo que es”, intrínsecamente consiste, en primer lugar, en su estructura institucional o fundadora: su estatuto legal, el histórico de su desarrollo o de su trayectoria, su directorio actual, su domicilio social, el organigrama de actividades y filiales, la estructura del capital y sus posesiones.

“Lo que hace”, es la actividad mayor alrededor de la cual se crea todo el sistema relacional y productivo: una técnica, líneas de productos o de servicios o menos coordinados, una estructura de precios y características de distribución, cuyo conjunto de actividades está sancionado en forma de resultados comerciales y financieros. (p. 24)

Ahora bien, la fusión de estos dos parámetros constituye la cara objetiva de la identidad, como una medalla de dos caras.

La otra cara corresponde a la identidad subjetiva, psicológica, más emocional que funcional, que emerge en los públicos a través, por una parte, de los dos

parámetros objetivos, pero por otra parte filtrados según la interpretación que los individuos hacen de estos parámetros. La subjetivación de la identidad procede, sin embargo, no únicamente de lo que la empresa es y hace objetivamente, sino de otro parámetro: Lo que dice que es (y lo que da a entender sin decirlo).

Putnam et. Al (2002) continúan su teoría sobre la identidad y explican el concepto de lo que dicen que es la empresa y cómo lo dicen:

“Lo que dice” es todo aquello que ha sido explícitamente manifestado, sus aseveraciones, sus informaciones y sus promesas a través del flujo de mensajes y comunicaciones con sus diversos públicos, siempre en relación con lo que la empresa es objetivamente y lo que hace.

Sus relaciones profundas provienen de “cómo” se revela la identidad a partir de los qué (qué es, qué hace y qué dice). Esta subjetivación de la identidad tiene lugar en el centro del paradigma. Es el como, el verdadero transformador central cualitativo de los qué. El proceso de qué es y hace para convertirlo en el cómo lo realiza y cómo lo comunica. (p. 25)

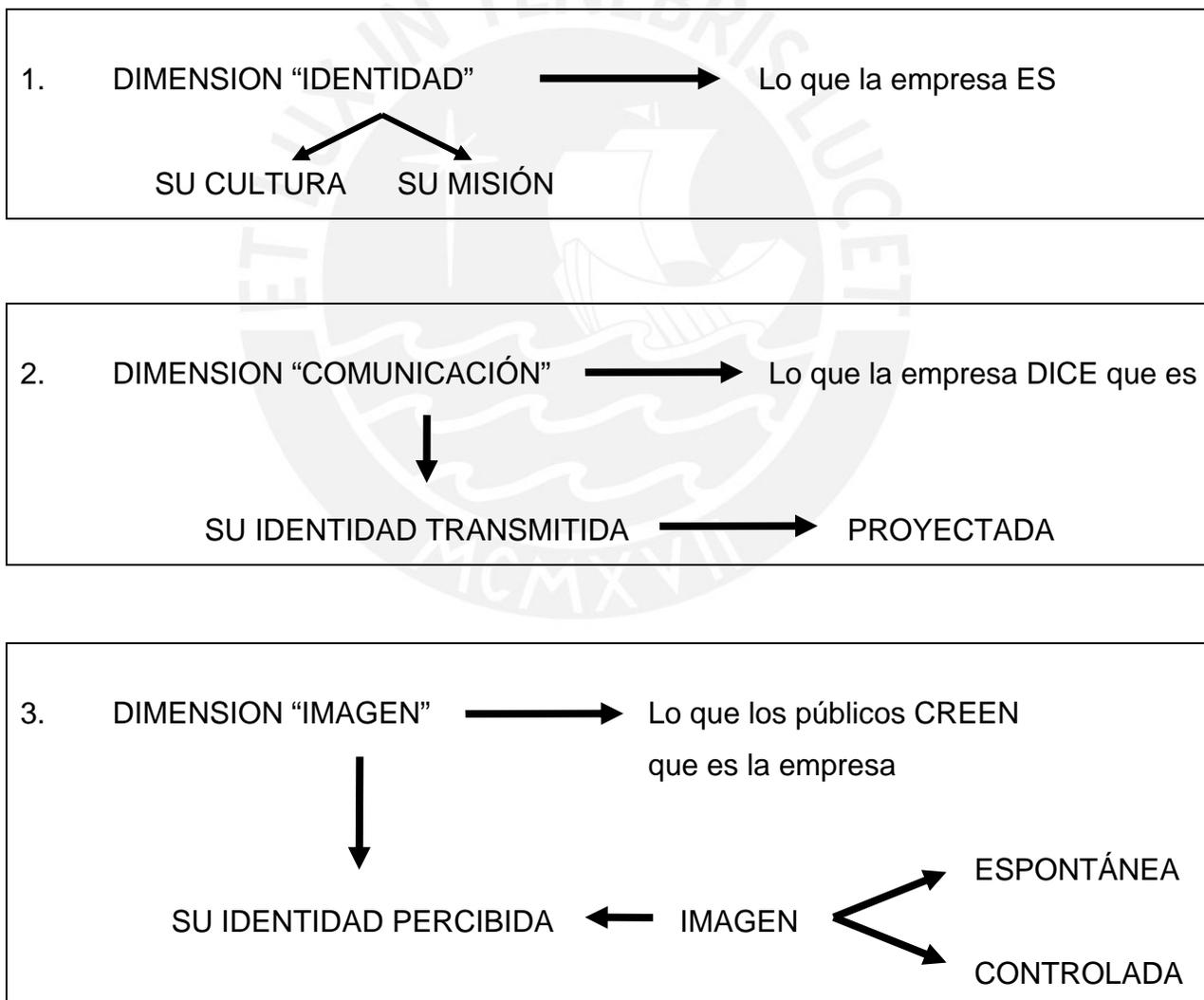
La convergencia en este vector central de los “qué” y los “cómo” de los polos es el proceso por el cual el público percibe y experimenta la personalidad de la empresa, su estilo de conducta. Es justamente la interpretación y la valoración colectiva de la personalidad corporativa que ha cristalizado con la cultura organizacional y se manifiesta con el hacer y con el estilo de comunicar, lo que le da nacimiento a la imagen mental de la empresa en memoria social.

Además, Sanz de la Tajada (1994), presenta un resumen de la identidad corporativa, en tres dimensiones y grafica las mismas, para un mejor entendimiento:

Cabe añadir, finalmente, que la identidad de la empresa tiene tres dimensiones conceptuales y operativas, relacionadas en secuencia, que tienen que ver con lo que la empresa es, lo que ella dice de sí

misma que es y lo que los públicos que se relacionan con ella creen que es la empresa. De esta manera identificamos dichas dimensiones, respectivamente, como la identidad propiamente dicha –el ser de la empresa-, la comunicación que la empresa hace de su propia identidad y, finalmente, el resultado de dicha comunicación en términos de imagen percibida por los públicos de la realidad empresarial. (p. 42)

Dimensiones de la Identidad:
Identidad – Comunicación – Percepción



Elaborado por Sanz de la Tajada (1994)

2.4. Imagen Corporativa

En el sentido corporativo se refiere a la percepción de los públicos acerca de una organización y la idea general que forman respecto a esta y sus productos o servicios.

Estratégicamente y operativamente, la imagen ilumina el estilo y la conducta de la empresa; el sentido de las decisiones que toma y realiza; su modo propio de concebir productos y/o servicios de innovar; su personalidad exclusiva y su manera distintiva de comunicar, de conectar con los públicos y de relacionarse con ellos.

Una definición integral de imagen corporativa, nos la da Oviedo (2002) de la siguiente manera:

Imagen corporativa: es el conjunto de percepciones que los públicos tienen respecto a una organización, como resultado del accionar de esta, de su esfuerzo de comunicación y de los propios intereses, experiencias y expectativas de los públicos. Se la conoce también como imagen pública o imagen institucional. (p.107)

El libro de Costa, (2001), nos permite complementar esta definición de la imagen corporativa, como que:

Es lo único que diferencia globalmente una empresa de todas las demás (no solo en los servicios, sino también en los productos), la gente no los compra por ellos mismos, ni por la marca, sino por su imagen, que les confiere significación y valores.

Es lo único que agrega valor duradero a todo cuanto hace la empresa, a todo lo que realiza y comunica.

Es lo único que permanece en el tiempo y en la memoria social cuando los anuncios, las campañas, las promociones y los patrocinios han sido olvidados. (p.68)

Por lo que respecta concretamente a esa imagen y a su capacidad de orientar las decisiones y opiniones de los individuos, y por extensión, del mercado o de una colectividad, tal imagen se convierte a su vez en un instrumento de la estrategia corporativa. La estrategia de la credibilidad, buena consideración, identificación o empatía con el consumidor o usuario, eficacia y buena reputación extensiva a todo el mercado y a la opinión pública (todo lo cual se traduce, junto con la acción, en términos de eficacia de rendimiento).

Desde el punto de vista de la comunicación estratégica, Scheinsohn (2000), define a la imagen corporativa:

Es el registro público de los atributos corporativos. Es una síntesis mental que los públicos elaboran acerca de los actos que la empresa lleva a cabo, ya sean o no de naturaleza específicamente comunicacional.

Desde un punto de vista de la gestión, la imagen corporativa se constituye en un output/input, ya que si bien puede ser considerada un resultado sistémico del accionar corporativo, también es cierto que este resultado ha de servir para decidir las acciones a llevar a cabo. A esto se denomina feedback (retroalimentación) y feed-forward (realimentación para adelante). (p. 54)

Gallegos y Suarez, (1998) desde el punto de vista del marketing y las relaciones públicas, indican lo siguiente con respecto a la imagen:

En la actualidad, la imagen es el recurso clave de cualquier organización. En una época en la que el consumidor es el rey de la percepción que el mercado tiene sobre una compañía resulta crucial para la viabilidad de la misma.

La imagen corporativa es el resultado del accionar de toda la organización, no solamente del área de relaciones públicas, señala Jorge Salmón, decano de la facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC).

Hay que considerar que cuando se habla de imagen corporativa se habla de una forma de ser, de una conducta en todo orden de cosas. No se puede tener una mala relación con los empleados, por ejemplo, y pretender ostentar una imagen positiva ante el mercado y la opinión pública, asevera Oscar Chulli, consultor especializado de la firma Concepto. (p.11)

Desde el punto de vista institucional, la imagen corporativa tiene soportes sutiles, en las áreas que dependen de la comunicación corporativa, las relaciones públicas, la información dirigida y las intervenciones socioculturales. Pero, en cualquier caso y de modo general, la empresa busca “valores generales” en los que se apoya su posicionamiento: respetabilidad, confianza, identificación o empatía con los inversores, los clientes, los poderes públicos, los medios de comunicación, la opinión pública.

Gonzáles (1997) explica que:

La imagen corporativa y la reputación que tenga una organización está en relación con su cultura organizacional, entendida como un patrón de conducta, de valores, de normas, de pensamiento y de acción, que está presente en una sociedad, y que se hereda transmitiéndose de generación en generación. La cultura se aprende, permanece y perdura en el tiempo. (p.72)

La imagen es la resultante de la identidad organizacional, expresada en hechos y los mensajes. Para la empresa la imagen es un instrumento estratégico, un conjunto de técnicas mentales y materiales, que tienen por objeto crear y fijar en la memoria del público, unos “valores” positivos, motivantes y duraderos.

Estos valores son reforzados a lo largo del tiempo (reimpregnación de la mente), por medio de los servicios, las actuaciones y comunicaciones. La imagen es un valor que siempre se requiere positivo –esto es, creciente y acumulativo- y cuyos

resultados son el soporte favorable a los éxitos presentes y sucesivos de la organización.

Putnam et. Al (2002), amplían un poco más esta temática, a partir de la integración de dos sistemas:

La imagen de la empresa es el efecto de las interacciones en y entre dos sistemas: la percepción y la experiencia del público.

El sistema de la acción productiva (sistema a), y el sistema de la acción comunicativa (sistema b).

La yuxtaposición de ambos sistemas configura un supersistema (pero que las ideas fragmentarias, compartimentarias y las técnicas superespecializadas se esfuerzan en impedir).

Sin embargo, nada puede impedir la formación de significados en los individuos. (p.92)

El sistema a, es un sistema de realidades concretas y objetivas, perceptibles por los públicos al contacto directo con la empresa, sus empleados, sus servicios, sus productos y por tanto, todos ellos son elementos de la experiencia sensorial y funcional de los individuos, y muy en particular de los clientes.

El sistema b, es un sistema simbólico o de sustitución, que se transmite por medio de representaciones, imágenes, formas, signos y sonidos, se pueden incluir en este sistema las palabras, las informaciones escritas, fotografías, esquema, marca, mensajes visuales y audiovisuales.

Y qué serían de estos sistemas sin comunicación, Alegría (1997) da prioridad, señala:

El tema de la imagen institucional se relaciona indefectiblemente con el de la comunicación. La comunicación es el proceso y la imagen el resultante. No es posible alcanzar una imagen óptima sin haber antes comunicado adecuadamente la identidad de una organización a sus públicos. (p.139)

Para el público, la imagen es la visión externa de la empresa. Es la traducción psicológica de su Identidad. Las expresiones verbales y visuales, los mensajes, los productos, los servicios, la publicidad y la promoción, así como las experiencias vividas por el público, determinan en él sus opiniones y comportamientos en relación con la empresa. La imagen es, para el público, un conjunto de “valores” de percepción y de experiencia. Por esto, para él, la imagen es la realidad.

Andrade (1999) en las citas siguientes expone:

La imagen corporativa es una variable que no es controlada por la empresa. Son terceros quienes la definen. La imagen es la percepción que posee el público.

En función a las ideas hasta ahora reseñadas, es posible señalar, a modo de conclusión, algunos aspectos básicos consignados por el consultor colombiano Darío Parra en un reciente paper:

Cambiar la imagen no es posible sin antes cambiar las actitudes.

La imagen se inicia al interior de la empresa; por lo que cambiar el traje, no es cambiar de imagen: esto es una falsa imagen que a la postre se hará insostenible.

Privilegiar al receptor en un sentido favorable para el desarrollo de la organización solo es realizable en la medida que ésta sea aceptada y valorada por el receptor.

El público es una masa consumidora, con criterio y memoria. Es un conjunto de seres humanos que, en segundo lugar, son empleados, proveedores y clientes.

La imagen de la compañía es consecuencia de hechos demostrables y verificables por el receptor. No es un buen propósito o un buen proyecto sobre el papel.

La imagen es continuidad; por lo que la primera premisa que ello supone para la empresa es ser consecuente con ella.

La imagen es el resultado del hacer diario. La organización moderna tiene que regir este “hacer” por una actitud eminentemente prospectiva”. (p. 48)

Gonzáles, (1997), al respecto acota:

Es la identidad donde deben trabajar todos los elementos de la compañía. Así tanto aquellos que tienen contacto con el público, como quienes no interactúan directamente con él, han de compartir la visión y la misión de la organización, y hacerlas suyas.

El siguiente paso consiste en hacer conocida dicha identidad. De esta forma, la organización puede influir en la percepción que tiene la gente de ella, o sea su imagen. (p.48)

Por su parte, Garrido (1999) explica sobre imagen:

La imagen corporativa se construye fundamentalmente en la empresa, donde se considerarán todos los estudios, y análisis pertinentes para el diseño de la misma a partir de las creencias, evocaciones y codificaciones que conocemos de los distintos públicos receptores. (p.113)

Sanz de la Tajada (1994), definió hace ya varios años y con mucho acierto a la imagen corporativa como :

El conjunto de representaciones mentales que surgen en el espíritu del público ante la evocación de una empresa o institución –o marca, en su caso- Se trata, por lo tanto, de una representación mental que un individuo se hace de una organización empresarial – imagen corporativa- como reflejo de la cultura de la empresa en las percepciones del entorno. (131)

Las fuentes de creación de imagen de la empresa están integradas por una serie de activos materiales que se pueden agrupar en tres grandes categorías:

a) Las que están ligadas a los productos (bienes o servicios) de la compañía.

- b) Las que se refieren a la distribución de dichos productos, tales como cantidad de puntos de venta.
- c) Las diversas manifestaciones y comunicaciones de la empresa, a través de vehículos tan diversos como sus socios y accionistas, la propia estructura organizativa, financiera y comercial de la empresa²¹.

El personal de la empresa, que en general poseen una imagen peculiar y específica –endoimagen²² en sentido propio-, pero no intervienen en la definición del perfil de identidad de la empresa. Pero ¿acaso no constituyen los empleados, sus actitudes y comportamientos, un componente esencial de la cultura de la empresa? Y, como tal, ¿no conforman una parte sustancial de su personalidad, de su propia identidad?

Valga esta reflexión para poner de manifiesto un interesante conflicto conceptual: los públicos internos implicados en la gestión de la empresa son, al mismo tiempo, definidores de la identidad explícita y destinatarios de la comunicación con el objetivo de mejorar sus percepciones de la empresa y potenciar su integración en el equipo humano de la misma. Los demás públicos internos participan intensamente en dicho conflicto, pero, en la medida en que intervienen de forma decisiva en la proyección de identidad hacia los públicos externos, también conforman la identidad de la empresa, que, en alguna medida, depende de su grado de integración y satisfacción con la organización a que pertenecen.

Diferentes personas tienen un retrato distinto del mismo objeto (organización). Además, parece que la imagen viene determinada tanto por la persona que lo recibe como por el objeto.

21 Veáse con amplitud en texto de Sanz de la Tajada (1994), “Integración de la identidad y la imagen de la empresa”.

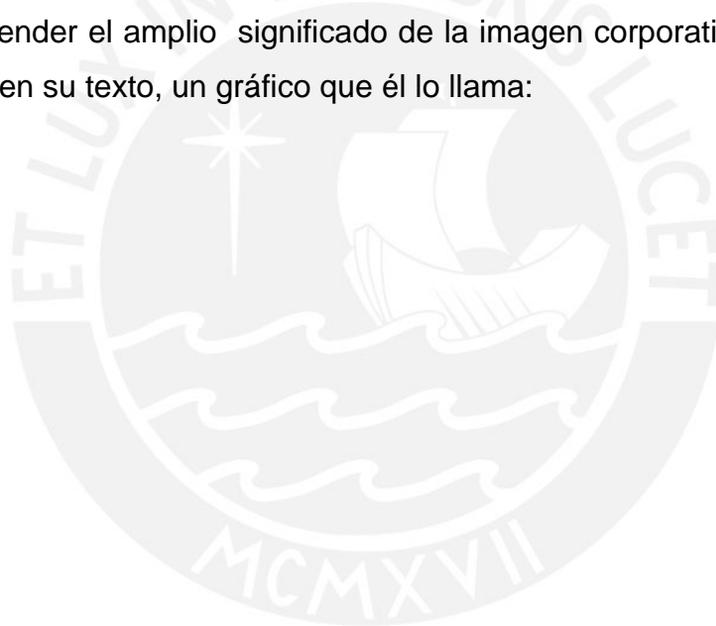
22 endoimagen, percepciones que los públicos internos tienen de la propia empresa véase en texto Sanz de la Tajada (1994), “Integración de la identidad y la imagen de la empresa.”

Citaremos a Cees (1998), para resumir el concepto de imagen:

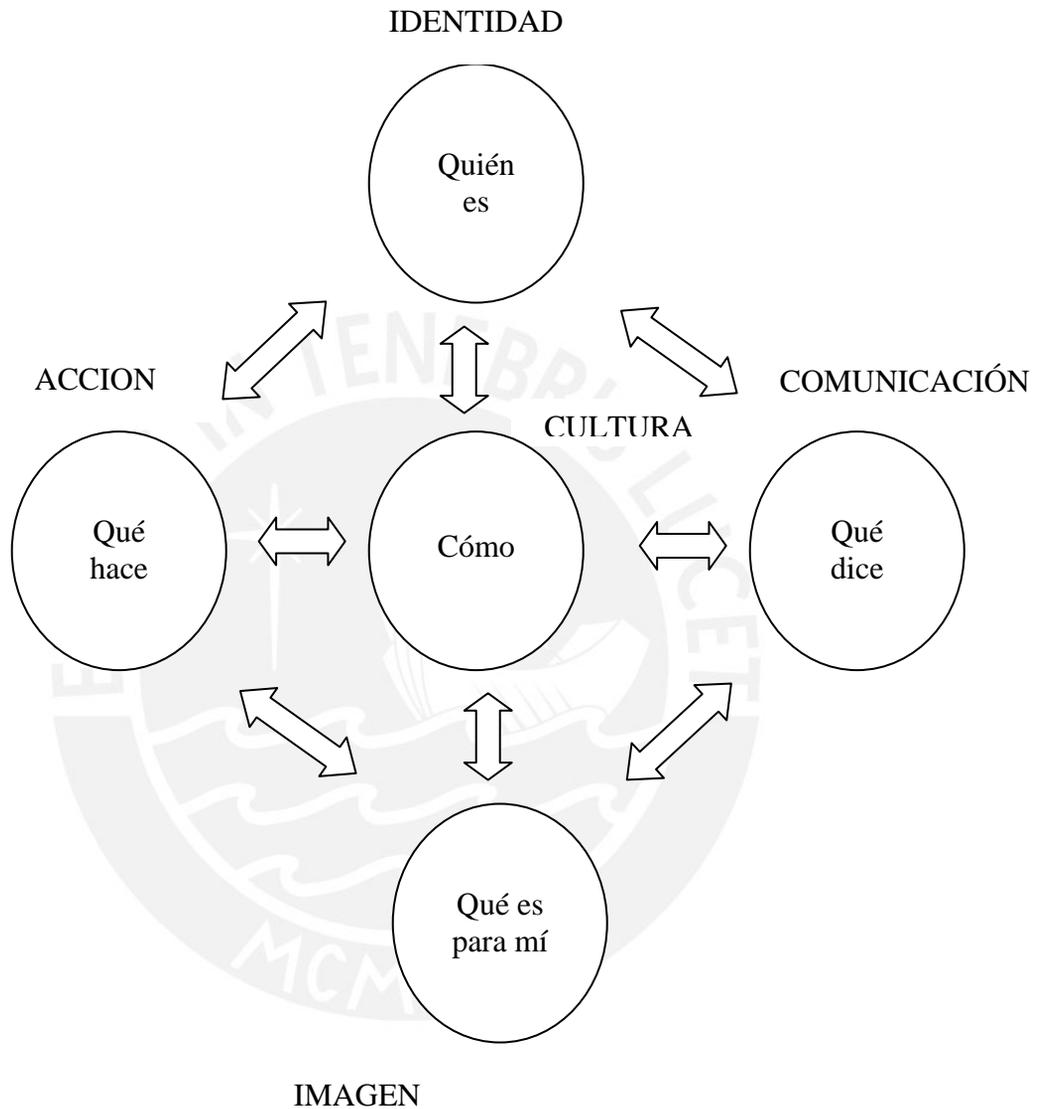
Una imagen es el conjunto de significados por los que llegamos a conocer un objeto, y a través del cual las personas lo describen, recuerdan y relacionan. Es el resultado que sobre un objeto tiene una persona. (82)

Hay por tanto, dos formas de ajustar una imagen. En primer lugar, se puede cambiar el objeto mismo. En segundo lugar, puede adaptarse la comunicación a los públicos objetivo, e intentar cambiar las “creencias, ideas, sentimientos e impresiones que sobre un objeto “tenga una persona”.

Para entender el amplio significado de la imagen corporativa, Costa (2001), nos muestra en su texto, un gráfico que él lo llama:



El paradigma del siglo XXI, modelo de modelos



Elaborado por Costa, Joan (2001, p.210)

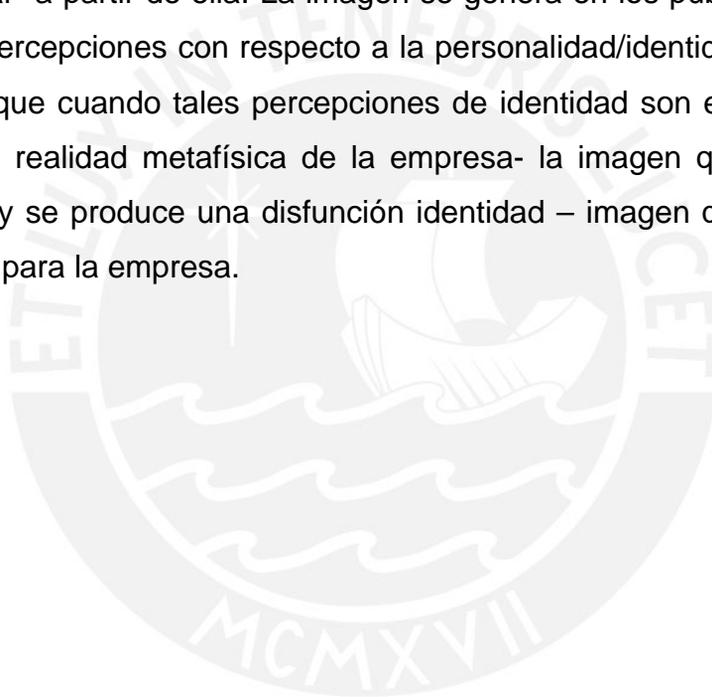
La traducción de estos conceptos en lenguaje corriente está inscrita en los círculos:

1. Quién es (la empresa) equivale a su identidad
2. Qué hace se expresa en actos, decisiones, actuaciones

3. Qué dice significa “que comunica”
4. Qué es para mí (la empresa), es la “imagen”
5. Es el paso central obligado: el cómo a través de la acción

El cómo es subsidiario de la cultura organizacional, y ella transforma el quién y los qué en personalidad y estilo corporativos: componentes cualitativos de la imagen.

La imagen no es la identidad de la empresa, pero se configura –se debe configurar- a partir de ella. La imagen se genera en los públicos, como resultado de sus percepciones con respecto a la personalidad/identidad de la empresa, de manera que cuando tales percepciones de identidad son erróneas –alejadas de la propia realidad metafísica de la empresa- la imagen queda desviada de tal realidad y se produce una disfunción identidad – imagen que, generalmente, es negativa para la empresa.



CAPITULO 3

LA ORGANIZACIÓN DE SALUD

3.1. El Ministerio de Salud

En este capítulo queremos brindar un conocimiento general de la institución en la que vamos a realizar nuestro estudio, conociendo sus dependencias, su organización, su estructura y sus lineamientos políticos comunicacionales. Desde la cabeza del sector salud público de nuestro país a través del Ministerio de Salud, para así comprender de igual forma la historia, estructura, organización y lineamientos políticos comunicacionales del Hospital Santa Rosa.

3.1.1. Reseña Histórica del Ministerio de Salud

Las actividades gubernamentales destinadas a preservar la salud de la población se inician en la época de la colonia con la institución del Real Tribunal del Protomedicato, en 1568, por Cédula expedida por Felipe II. El tribunal tenía por finalidad garantizar el correcto ejercicio de la medicina, el funcionamiento de boticas, combatir el empirismo, clasificar plantas y hierbas medicinales, escribir la historia natural del Perú y absolver consultas del gobierno sobre el clima, enfermedades existentes, higiene y salud pública en general. El insigne médico y prócer de la independencia, don Hipólito Unanue, fue el último protomédico de la colonia.

Bajo el nombre de Protomedicato General del Estado, esta institución se conservó al nacer la República, llegando a tener 22 presidentes, el último

de los cuales fue el ilustre médico Cayetano Heredia. En 1892, se creó la Junta Suprema de Sanidad, encargada de establecer las normas para la protección de la salud de la población. Seis años después, durante el gobierno de Andrés Avelino Cáceres, se pone en vigencia el Reglamento General de Sanidad que normaba las actividades de las Juntas Supremas, Departamentales y Provinciales de Sanidad en lo concerniente a saneamiento ambiental, sanidad internacional, control de enfermedades transmisibles y ejercicio profesional.

Las Juntas de Sanidad constituyeron el primer intento de administración descentralizada y su reglamento, el esbozo de un Código Sanitario.

En 1892, se encarga a los gobiernos locales lo concerniente al saneamiento ambiental y en 1898 se establece la obligatoriedad de la vacunación antivariólica, hecho que origina posteriormente la creación del Instituto Nacional de Salud, dedicado a la producción de biológicos. En 1903, a raíz de un brote de peste bubónica, el gobierno determina la creación de la Dirección de Salubridad Pública, dependiente del entonces Ministerio de Fomento.

La preocupación y obligación del Estado por la protección de la salud de la población, se hace explícita desde 1920 en la Constitución de la República, posición que es ratificada en las posteriores Cartas Magnas. Las crecientes y complejas responsabilidades de la Dirección de Salubridad hacen necesario que el Gobierno la independice y cree sobre esa base un nuevo Ministerio.

El 05 de Octubre de 1935, al conmemorarse el 50 Aniversario del fallecimiento del mártir de la medicina peruana "Daniel A. Carrión", fue promulgado el D.L. 8124 que crea el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. En el nuevo Portafolio se integraron la antigua Dirección de Salubridad Pública, las Secciones de Trabajo y Previsión Social, así

como la de Asuntos Indígenas del Ministerio de Fomento; confiriéndosele además las atribuciones del Departamento de Beneficiencia del Ministerio de Justicia.

El primer titular de Salud fue el Dr. Armando Montes de Peralta. En su trayectoria histórica, el Ministerio de Salud ha tenido que adaptarse a los cambios y necesidades de la sociedad, modificando su organización y en dos oportunidades su denominación.

Es así, que en 1942, adopta el nombre de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y en 1968, la denominación que mantiene hasta la actualidad: Ministerio de Salud.

La historia del Ministerio de Salud registra hechos importantes dignos de ser destacados. En Agosto de 1994, el Perú recibe la certificación internacional de la interrupción de la circulación del virus salvaje de la polio, al transcurrir tres años del último caso de polio en el país y en las Américas. El mantener coberturas de vacunación por encima del 90% a partir de 1995, el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud del Programa de Control de TBC del Perú como uno de los mejores del mundo y modelo para las Américas; el avance exitoso en el cumplimiento de la meta intermedia de iodización universal de la sal, constituyen méritos destacables.

La presente década, es protagonista de hechos de singular trascendencia que se escribirán en la historia sanitaria del país, con los cuales se garantizará la mejora de la calidad y atención en la prestación de los servicios de salud bajo los principios de solidaridad y equidad, y el inicio de un proceso de construcción de la nueva cultura de salud que necesita el país, bajo el liderazgo sólido de un Ministerio que está conformado por " Personas que atendemos personas"

3.1.2. Visión y Misión del Ministerio de Salud

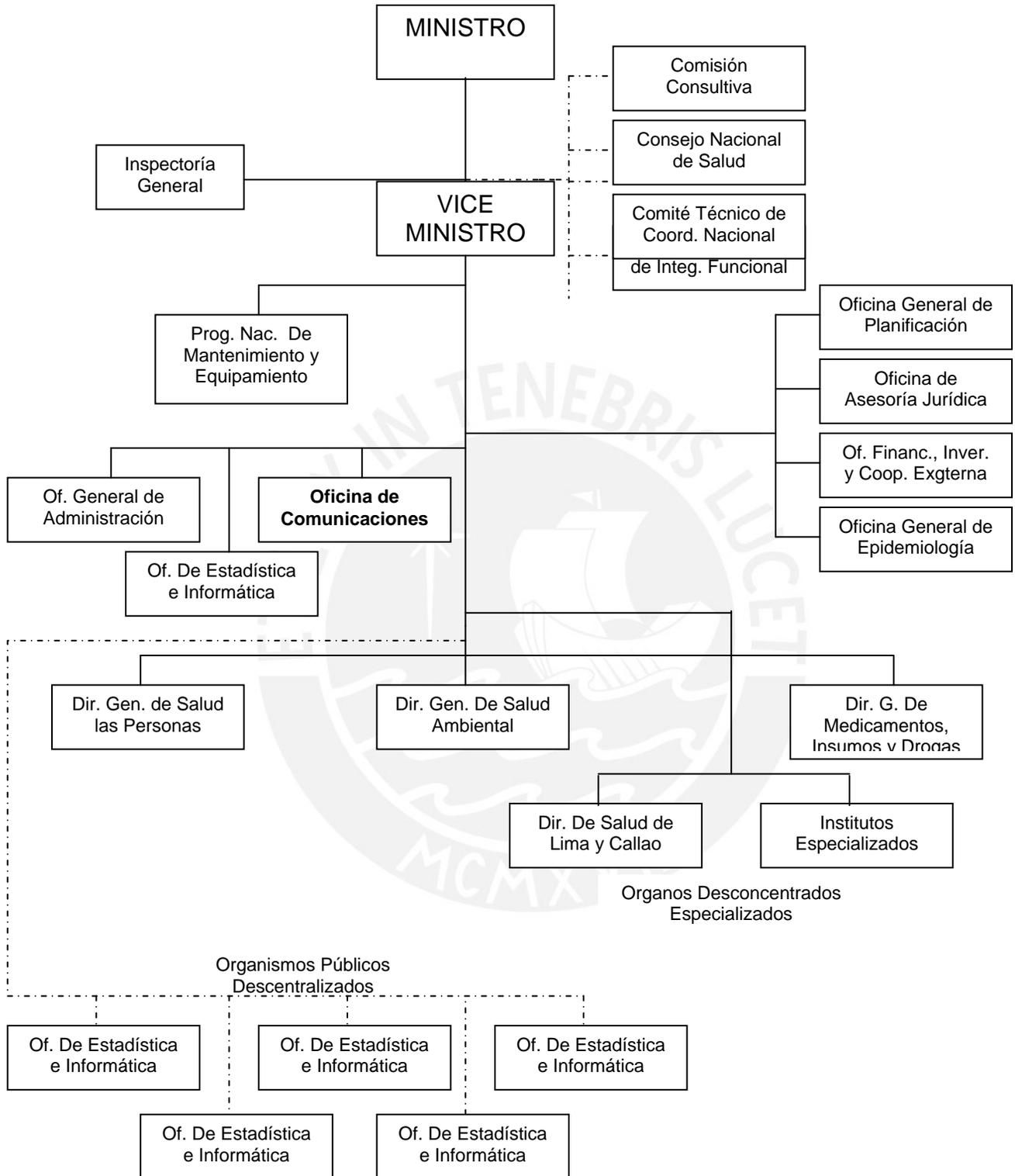
Visión del Ministerio de Salud

“A mediados de la década 2010 - 2020, la salud de todas las personas del país será expresión de un sustantivo desarrollo socioeconómico, del fortalecimiento de la democracia, de los derechos y responsabilidades ciudadanas basados en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y una cultura de solidaridad, así como en el establecimiento de mecanismos equitativos de accesibilidad a los servicios de salud mediante un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud, y desarrollando una política nacional de salud que recoja e integre los aportes de la medicina tradicional y de las diversas manifestaciones culturales de nuestra población

Misión del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

3.1.3. Estructura Organizacional: Ministerio de Salud



3.1.4. Análisis de lineamientos de política para el desarrollo de la comunicación médico – paciente en el Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud diseña y organiza procesos organizacionales de dirección, operación y apoyo, los mismos que deben implementar las estrategias de mediano plazo. Los subprocesos y actividades componentes se modifican en función de las innovaciones tecnológicas y la reformulación de los objetivos estratégicos:

- Promoción de la Salud y vigilancia de funciones esenciales de salud pública.
- Prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas.
- Educación para mejorar el acceso a alimentos de calidad.
- Desarrollo del Seguro Integral de Salud y Mejoramiento del Seguro Social.
- Reducción de Morbimortalidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles.
- Ampliación del acceso y uso racional de medicamentos.
- Reestructuración integral de los Sistemas Administrativo y Operativos del Ministerio de Salud.
- Inicio del proceso de integración y descentralización sectorial.
- Implementación de políticas comunes en la región andina.
- Fortalecer el rol de rectoría y conducción sectorial del Ministerio de Salud.
- *Garantizar el acceso y la atención integral con servicios de salud adecuados y de calidad.*

- Mejorar integralmente el entorno ambiental, previniendo y controlando los riesgos y daños asociados a enfermedades transmisibles de importancia regional y nacional.
- Descentralizar y modernizar el sector a través de nuevas modalidades de gestión y financiamiento.

Dentro de las grandes líneas de política de Comunicación y Relaciones Públicas en el Ministerio de Salud, éste cuenta con una Oficina de Comunicaciones, subdividido en dos grandes áreas: Prensa y Relaciones Públicas, órgano encargado de promover, organizar, coordinar y supervisar las acciones de comunicación, información y difusión del Ministerio de Salud y sus dependencias, orientadas a contribuir con la mejora de la calidad de vida de la población.

Pero poco o nada es lo que hace en el aspecto de la comunicación externa cuando a las relaciones interpersonales médico – paciente, se refiere, sin embargo existen diversos esfuerzos del Ministerio de Salud, a través de la cooperación externa, como el Proyecto 2000, un esfuerzo conjunto entre MINSA y USAID, quienes promovieron a través de sus operaciones, impulsando el desarrollo de intervenciones orientadas a la mejora de la calidad, el Proyecto Cobertura con Calidad, realizó actividades en provincias, para mejorar la calidad de los servicios, el Proyecto Salud y Nutrición Básica, con aporte financiero del Banco Mundial centraron esfuerzos en algunas Direcciones de Salud, impulsando un modelo de gestión orientado hacia la calidad de servicios de salud; el Proyecto Mejora de los Servicios de Salud, con apoyo de la Sociedad Alemana, vienen implementando la autoevaluación como base del proceso para mejorar la calidad; el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG), mediante investigación consideró la aplicación de un Plan de Mejoramiento Continuo de Calidad; en agosto del 2001, la Dirección General de Salud de las Personas en el marco de las funciones

asignadas, ha iniciado el proceso de construcción de un Sistema Nacional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud, (2002):

“...propone tres dimensiones de la calidad los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales, que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención” (18).

El Ministerio de Salud tiene como meta desarrollar un Sistema Nacional Integral de Gestión de la Calidad que comprenda a las instituciones públicas y privadas del sector.

3.2. Hospital Santa Rosa

3.2.1. Reseña Histórica del Hospital Santa Rosa

El Hospital Santa Rosa fue inaugurado como Centro Asistencial el 26 de Julio de 1956, con el nombre de Central de Asistencia Social “Santa Rosa de Lima”, durante el Gobierno que presidía el Gral. Manuel A. Odría. En su inicio la Administración y Organización estuvo a cargo de un comité de damas, presidido por la esposa del Presidente de la República Sra. María Delgado de Odría, que actuaba como Presidenta del Comité.

La institución tenía un Gerente para ejecutar las directivas y acuerdos del Comité, las mismas que se hacían en coordinación con un grupo de religiosas, las madres misioneras franciscanas de la Divina Pastora, quienes tenían a su cargo la Administración de la Institución.

Como Centro Asistencial su principal objetivo fue atender a familias de modesta condición económica de la gran Lima, fundamentalmente

aquellas que vivían en las zonas marginales, que en aquella época se denominaban barriadas y para lo cual desarrolló las siguientes actividades:

- 1.,. La atención del parto a domicilio con 15 camas hospitalarias de maternidad para las distosias y casos seleccionados de acuerdo al riesgo.
- 2.- La atención del niño huérfano o abandonado mediante un albergue denominado hogar transitorio, lugar donde también recibían atención los niños dejados en custodia.

EL Hospital “Santa Rosa” actualmente es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V- Lima Ciudad del Ministerio de Salud, que desarrolla actividades de atención integral de Salud, con predominio en la recuperación y rehabilitación; por el nivel de complejidad y especialidad alcanzada y en concordancia a las normas vigentes.

El Hospital Santa Rosa se ha consolidado como un establecimiento de alta complejidad con especialidades en la atención de Emergencia. Medicina General, Cirugía General, Especialidades Médicas, Cirugía General Especialidades Quirúrgicas, Medicina Pediátrica, Cirugía Pediátrica, Neonatología, Ginecología y Obstetricia.

Se ha ido incrementando la necesidad de ofertar nuevos servicios, creándose la Unidad de Cuidados Intensivos y el Servicio de Clínica. Actualmente el Hospital Santa Rosa cuenta con 208 camas operativas.

El Hospital se consolida como un Hospital de Nivel III, debido a la demanda y por la capacidad resolutoria de sus servicios.

La oferta de recursos con que cuenta el Hospital:

1. Medicina General

Médico Internistas

06

Médicos Intensivistas	06
Endocrinólogos	01
Gastro enterólogos	03
Cardiólogos	02
Neurólogos	02
Neumólogos	01
Nefrólogo	01
Dermatólogo	01
Reumatólogo	01
Hematólogos	01
Epidemiólogos	01
Medicina Física t Rehabilitación	01
Salud Pública (Salubrista)	01
Psiquiatras	04
Médicos Generales	09
2. Pediatría	
Pediatras	02
Neonatólogos	11
Cirujanos Pediatras	08
3. Cirugía	
Cirujanos Generales	10
Traumatólogos	08
Anestesiólogos	11
Urólogos	01
Oftalmólogos	03
Otorrinolaringólogos	03
4. Gineco Obstetricia	
Médicos Gineco Obstetras	22

5. Apoyo al Diagnóstico	
Médicos Laboratoristas	04
Radiólogos	08
Patólogo Clínico	01
6. Otros Profesionales de la Salud	
Enfermeras	121
Cirujanos dentistas	04
Tecnólogos Médicos	21
Químico Farmacéutico	06
Nutricionistas	02
Asistentes Sociales	09
Psicólogos	07
Terapistas del Lenguaje	01

Consulta Externa

Siendo el 45 % de los pacientes de procedencia de la Red del Hospital Santa Rosa y teniendo un perfil de la demanda entre 60% y 80% para las atenciones materno infantil, a pesar de ser un Hospital General que ofrece los 4 grandes servicios:

Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco Obstetricia, los usuarios siguen acudiendo al Hospital Santa Rosa, incluso de zonas alejadas.

Esto demuestra la preferencia del usuario por opciones de accesibilidad y calidad que aceptan incluso asumir el costo de este servicio, que sería gratuito de realizarse por SIS en su jurisdicción respectiva.

En cuanto a la oferta del Hospital, desde el año 1996 viene incorporándose nuevas estructuras para consultorios, refaccionándose y adaptándose los ambientes hasta llegar a 45 consultorios y abriéndose la atención para el turno tarde en forma permanente desde 1998.

Emergencia

El 54 % de los pacientes proceden de la Red Hospital Santa Rosa, se ha podido notar que un grueso de los usuarios de otras jurisdicciones prefieren todavía los Servicios del Hospital Santa Rosa, sobre todo en el área materno infantil.

Hospitalización

Desde el año 2002 existe una tendencia de aumento en el grado de uso de hospitalización, motivado por el Sistema de Redes del SIS, por ello mientras el 2001 el 33% procedió de los distritos de la RED. Para el 2002 ha aumentado al 44 % siendo mayor al 50 % la procedencia de otros distritos. Continuando las atenciones materno infantiles como motivo principal de preferencia el usuario (67%).

En relación a la oferta, el Hospital Santa Rosa ha incrementado el número de profesionales médicos y el número de especialistas, desde 1997 en pro de convertirse en Hospital General de tercer nivel de atención.

Además desde 1996 se logró implementar una UCI de adultos, siguiendo en el 2001 otras implementaciones como la sala de procedimientos especiales, con endoscopías, proctoscopías y la Unidad de Hemodiálisis; para así atender a nuestros clientes. Así mismo el Servicio de Medicina logra incrementar su número de camas de 32 a 37 desde Julio del año 1992. En cuanto al mejoramiento de las opciones de calidad de los clientes se ha formado un servicio de Clínica, donde se le brinda una atención diferenciada a los pacientes y cuenta con 20 camas de Hospitalización.

DATOS DEL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL

AÑO 2002

	Hospitalización	Consulta Externa	Emergencia
Medicina	1,023 Egresos	7,617 Atenciones 2,983 Atendidos	16,050 Atendidos

3.2.2. Visión y Misión del Hospital Santa Rosa

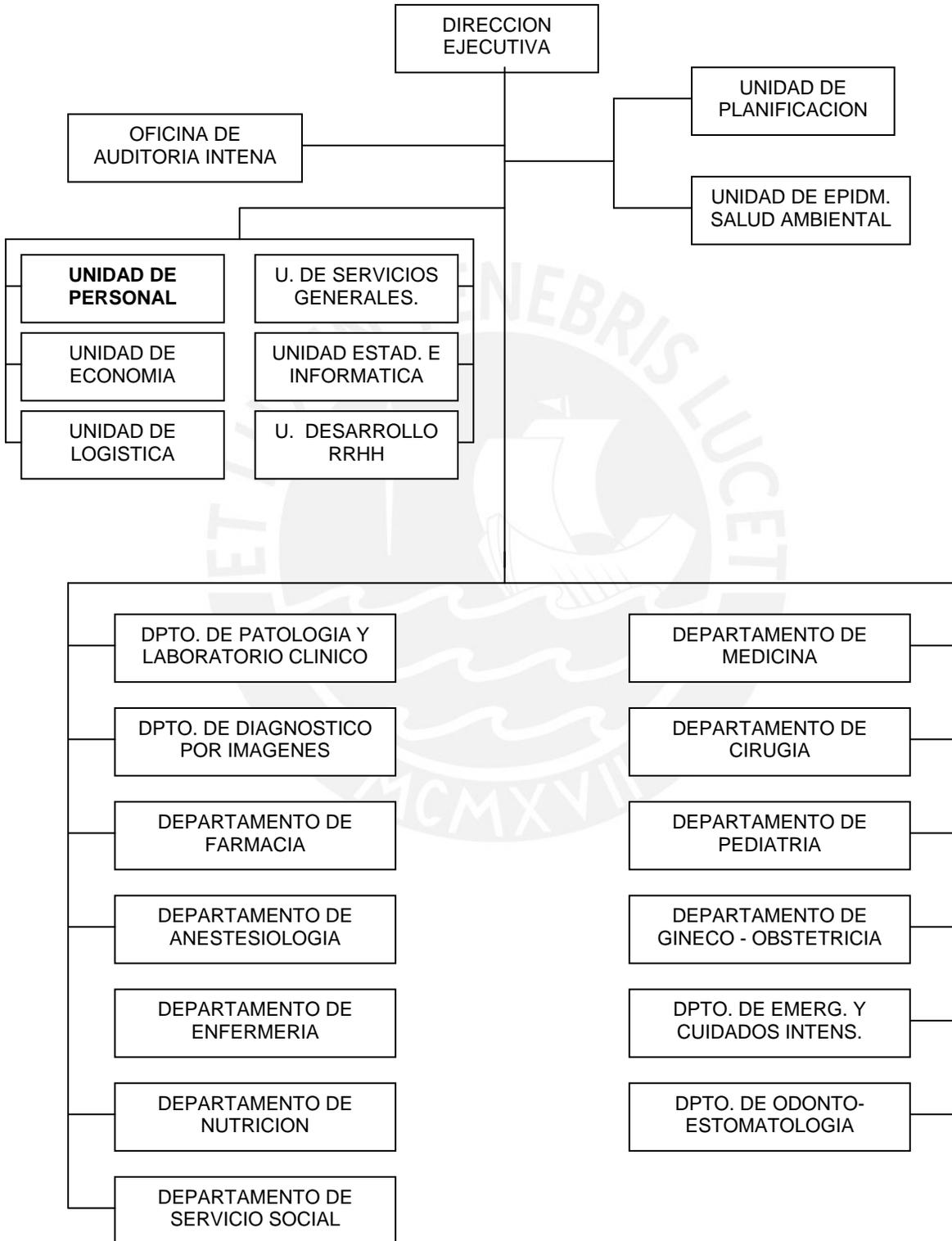
Visión del Hospital Santa Rosa

“En el año 2006 seremos un Hospital General - Docente de Nivel III, que con calidad, calor humano, eficiencia y eficacia, brinde a la población objetivo, oportunidad de atención integral de salud, en todas las especialidades médicas y quirúrgicas, utilizando tecnología actualizada, con recursos humanos calificados e infraestructura adecuada contribuyendo al desarrollo del país”.

Misión del Hospital Santa Rosa

“La misión del Hospital General “Santa Rosa” es prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en condiciones de plena accesibilidad y atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural”.

3.2.3. Estructura Organizacional: Hospital Santa Rosa de Lima



3.2.4. Lineamientos de política de Comunicación médico - paciente en el Hospital Santa Rosa.

El Hospital Santa Rosa de Lima, es una institución dependiente del Ministerio de Salud, debe adecuarse a los lineamientos generales del Ministerio, pero la Dirección General del Hospital casi nada ha hecho en implementar una óptima Oficina de Relaciones Públicas, que se encargue prioritariamente de la comunicación interna y externa de la institución.

En la Revisión del Plan Operativo Institucional del Hospital Santa Rosa (2003) se detectó, que en lo concerniente a las relaciones interpersonales, dentro del Análisis FODA, se identificó como principal problema: “Relaciones interspersonales resquebrajadas, recursos humanos no actualizados especialmente en procesos, herramientas y técnicas de gestión” (45).

Asimismo encontramos en dicho Plan como parte de las Estrategias: desarrollar e implementar sistemas de comunicación e información, con énfasis a la perspectiva del usuario interno y externo; pero dentro de las actividades a realizar solo observamos: difusión del plan operativo institucional, difusión del plan estratégico, revisión del MOF por Unidades, Servicios y Departamentos, establecer un sistema de reconocimiento de la importancia del trabajador, reuniones de integración de los trabajadores y supervisión de evaluación y monitoreo.

La Oficina de Relaciones Públicas es un área dependiente de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, con funciones específicas para dicha área, según el Manual de Organización y Funciones de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, de acuerdo a la Resolución Directoral del 18 de Octubre del 2,002.

- Informar y difundir sobre las actividades del Hospital a todo el personal
- Diseñar, elaborar y aplicar materiales de información, a fin de mejorar las comunicaciones internas y externas.
- Promover el intercambio de información con otras dependencias.
- Desarrollar programas de actividades sociales, culturales y deportivas en el Hospital.

Realizamos una entrevista al encargado de Relaciones Públicas del Hospital Santa Rosa, Sr. Tito Medina, y a la Directora de Recursos Humanos, Dra. Guadalupe Rodríguez, con quienes pudimos conversar acerca de los lineamientos de política de comunicación médico – paciente que ellos siguen de acuerdo a las funciones de su área.

Por su parte, el Sr. Medina hizo referencia a su labor en este tema:

“Como línea general, el área de Relaciones Públicas, aparte de los eventos, del protocolo y de todo lo que significa dar una buena imagen para el público interno y externo, lo más importante para nosotros es propugnar la idea que debemos de trabajar en la comunidad, organizando el tejido social para dos tareas fundamentales: prevención y promoción de salud, esa es la línea política fundamental del área de Relaciones Públicas en estos momentos”.

La oficina de Relaciones Públicas del Hospital Santa Rosa, depende de la Dirección de Recursos Humanos, y cuenta con un solo personal: el Sr. Medina, Jefe de Relaciones Públicas y único personal de ésta área, se refiere sobre este punto:

“... lo que podamos hacer nosotros con los escasos recursos, es que la visión se vaya llevando a cabo, nosotros continuamente con la Dirección de Recursos Humanos y la Dirección Ejecutiva, tenemos reuniones para ir viendo como mejoramos la imagen del hospital, como propagandizamos nuestros servicios”.

Uno de los principales problemas de la imagen del hospital, es precisamente la comunicación, por ello incidimos de manera conveniente en nuestra investigación: la determinación de la percepción de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud.

Medina, también coincide con nosotros:

”La preocupación fundamental que tenemos nosotros con nuestros colegas, compañeros de trabajo, son dos:

Primera: que brinden un trato cordial al paciente, al público objetivo, esbozado en base a una calidad de atención y a su vez con calidez, calor humano, eso es lo primero que se propugna a todo el personal del hospital, pero ese personal también necesita una herramienta fundamental para desarrollar esas tareas, como es la capacitación”.

Los médicos, tienen su deontología, cumplen con una ética deontológica de comportamiento con el paciente, deben cumplir con el compromiso que asumen en el Colegio Médico, la Oficina de Relaciones Públicas, lo que hace es reunirlos, conversa con ellos, solo cuando hay algún problema específico.

Esto viene sucediendo en muchos hospitales, pero sobre todo en el Hospital Santa Rosa, no hay comunicación entre médicos y relacionistas públicos, el Sr. Medina acota también:

“El paciente es nuestra razón de ser, nosotros somos servidores públicos, somos personas que trabajamos para el Estado y tiene que servir a la comunidad, lo que pasa es que muchos de los trabajadores públicos no comprendemos realmente, no asimilamos ese término.

En el Hospital Santa Rosa, existe un Cuerpo Médico, pero la Oficina de Relaciones Públicas no tiene buena comunicación con ellos, ni la confianza ni el nivel jerárquico, para hacer llegar normativas para el mejoramiento de la comunicación médico – paciente.

Al respecto, Medina dice lo siguiente:

“Nosotros sugerimos mejoras para el mejor trato al paciente, pero no podemos meternos en ese terreno, que es netamente del Cuerpo Médico”.

Esta es una demostración clara de incompetencia e insolvencia profesional del profesional de comunicación y/o del relacionista público de un Hospital.

A continuación, sigue Medina afirmando:

“Se dice que la atención en clínica es una atención personalizada, estamos refiriéndonos exclusivamente

al valor del dinero, tienes dinero, te tratas en una clínica, hay mejor trato, eso hay que cambiarlo, la persona más humilde hasta la más encopetada tiene que tener el mismo trato, respeto como persona humana, muy aparte de los valores económicos, en fin, inclusive los mismos delincuentes hay que atenderlos, son seres humanos, la Constitución los respalda”.

Existen problemas de comunicación entre los mismos trabajadores (gremios), el gremio médico maneja sus actividades, las enfermeras aparte, al igual que las técnicas, etc. Cada grupo trabaja y coordina por separado, cada uno por su lado, y además existen rivalidades.

En cuanto a la consulta externa de Gineco Obstetricia específicamente, se ha implementado un Programa Especial de atención a gestantes adolescentes.

Finalmente, Medina agrega:

“En el caso de embarazadas, que son más susceptibles al maltrato de los médicos, de acuerdo a la ciencia moderna, un bebe desde que esta concebido, todo lo que sienta la mamá en gestación se lo transmite a la criatura. Nosotros tenemos un programa especial para ellas, donde atienden psicólogos, hay médicos responsables de ese programa”.

Por su lado, la Dirección de Recursos Humanos, quien tiene a cargo a la Oficina de Relaciones Públicas, además, siendo su principal rol el manejo y desarrollo de recursos humanos, mas no la administración del personal, lo que no sucede en otras instituciones.

La doctora Guadalupe Rodríguez nos dice lo siguiente:

“En otras instituciones, la Oficina de Recursos Humanos tiene a su cargo dos brazos, el brazo de administración de personal que es la parte de procedimiento administrativo neto y la otra parte que es el desarrollo de recursos humanos que se encarga de elevar el potencial y de la distribución de los recursos humanos de acuerdo a su perfil profesional, se debería aplicar además un estudio psicológico al personal de Hospital.

La Dirección de Recursos Humanos realiza constantemente capacitaciones, se acaba de hacer un curso de Gestión en Gerencia, pero no se ha obtenido buena afluencia.

La Dra. Rodríguez, agrega lo siguiente:

“La cultura del personal del Hospital Santa Rosa, es que todo se sabe, pero al final nunca se actúa, tenemos que cambiar, pero nadie hace nada.

En cuanto a capacitaciones sobre relación interpersonal, trato con el paciente, los médicos se resisten a tener esas reuniones, la cultura del médico es que lo sabemos todo, yo también soy médico, es nuestro esquema mental y que no necesitan capacitarse en ello; este esquema mental viene de la

formación que nos dan, de todistas, siempre se considera al médico que tiene que estar por encima del resto de personas, sin embargo existe personal calificado de otras disciplinas que manejan y lideran mucho mejor que un médico.

El ser humano tiene dos partes que se interrelacionan, el médico solo ve la parte física, no ve la otra parte de interrelación. Lo que yo observo en el hospital es que la mayoría de médicos tiene la misma formación.

Los problemas de los médicos, la inmadurez emocional, repercuten en la atención del paciente, como producto de la desorganización, de la falta de madurez y concientización, hacen que el paciente se vea al final perjudicado, el trato que nosotros le podemos dar a un paciente es la imagen que el hospital está dando, ahí está el problema.

Lo que hace la Oficina de Relaciones Públicas y la Dirección de Recursos Humanos, es “apagar incendios cuando lo necesitan”; ambas jefaturas han solicitado a Bienestar Social, que hagan un diagnóstico del recurso humano del hospital, algunos tienen problemas de enfermedad mental, alcoholismo y drogadicción, y están distribuidos en diferentes oficinas, asistencial y administrativa. Si fuese una empresa privada sería fácil de solucionarlo, porque pueden prescindir de sus servicios; en la administración pública es diferente, de acuerdo a las declaraciones de ambos ejecutivos.

Pero, la Dra. Rodríguez nos comenta además:

“En la administración pública es difícil para que salga un personal, se tiene que aperturar un proceso y si se

apela a otras instancias, el trabajador vuelve como ha sucedido anteriormente”.

Los practicantes que están en los servicios, también es una preocupación de la Dirección de Recursos Humanos, pero no hay orden, existe desorganización y falta de valores, el médico o profesional hace ingresar a los alumnos que quiere, inclusive violando las normas, lo que hace Recursos Humanos es enviar la normatividad.

La Dra. Rodríguez, al respecto nos dice:

“...pero qué hacemos cuando no se cumple, ni se sancionan las disposiciones, entonces por gusto se dan las normas, no se puede hacer una lucha contra la corriente”.

Los visitantes médicos también son un problema para la atención de los pacientes, los médicos los atienden primero a ellos, esta observación ya se ha presentado a la Dirección Administrativa, pero igual no se ha hecho absolutamente nada, según nos informó la misma Directora de Recursos Humanos, Dra. Guadalupe Rodríguez.

3.3. Análisis de la Comunicación médico - paciente en una organización corporativa: Hospital Santa Rosa.

La Comunicación organizacional estudia la comunicación en las organizaciones, como escenario de transacciones personales de información y aspiraciones, reguladas por el poder y las relaciones espontáneas entre sus públicos internos y externos.

La comunicación organizacional es el conjunto de acciones profesionales, deliberadas que una organización realiza para asentar ciertas percepciones en sus públicos objetivos, atendiendo a la naturaleza de sus metas y aspiraciones. Normalmente busca promover la identidad corporativa entre sus públicos, obteniendo así una buena imagen corporativa.

Sin embargo, en nuestro país, seguimos siendo testigos del deterioro moral de nuestras instituciones públicas gubernamentales, parece que los avances de las comunicaciones tecnológicas no están positivamente relacionados con el éxito de las comunicaciones interpersonales.

Como asesores de comunicación, sabemos que las organizaciones muchas veces fracasan debido a una mala administración y unas comunicaciones ineficaces, pasamos la mayor parte del tiempo en organizaciones, los problemas de nuestras ciudades son problemas de organizaciones.

Para analizar la comunicación organizacional e investigar nuestro planteamiento del problema, optamos por elegir una organización de salud del Estado, ya que si consideramos el estado actual de la psicología social y los modelos clínico médicos de nuestra sociedad, deberíamos ser capaces de minimizar conflictos externos e internos de los grupos, así como los problemas de comunicación interpersonal asociados con la dirección de las organizaciones y con mayor razón en una organización de salud.

Nuestras organizaciones de salud pública se encuentran en un estado de crisis, y mientras los líderes ignoren los problemas que aún siguen aquejando dichas organizaciones, estas irán finalmente provocando su destrucción. La tarea más importante de un ejecutivo de una organización es “la comunicación”, saber aplicarla para con la organización y saber administrarla, para que las relaciones entre ellos sea mejor mediante los canales ascendentes y descendentes que existen en ella y así brindar mejor comunicación a sus usuarios, mediante el conocimiento, así es como podrán

transmitir, conocer y aplicar correctamente los factores que intervienen en la comunicación interpersonal en toda relación humana, de acuerdo al contexto, manejando un mismo código y un mismo canal.

La comunicación corporativa está particularmente ligada al boom de los servicios, siendo una síntesis de la cultura, la identidad y la imagen corporativa.

El público, se orienta, se influye, decide, actúa y opina por el conjunto de significados que extrae de las comunicaciones que recibe, especialmente de las actuaciones de la organización, filtradas en función de las propias expectativas y experiencias del individuo.

En la medida que la comunicación corporativa y los servicios integran recursos para la interacción, implican el cara a cara entre el cliente con el empleado y reconfiguran en conjunto, nuevos modos de interacción donde la comunicación es directa, y la situación de comunicaciones interpersonales hacen que el individuo sea el centro.

La comunicación es base y soporte de las relaciones empleado – cliente y la substancia del mismo servicio. Por esto adquiere importancia fundamental a la vez que se orienta más según las expectativas de los clientes, los individuos y la sociedad.

La comunicación corporativa es un instrumento de gestión por medio del cual toda forma de comunicación interna y externa conscientemente utilizada, está armonizada tan efectiva y eficazmente como sea posible, para crear una base favorable para las relaciones con los públicos de los que la empresa depende.

Para nuestra investigación, hemos elegido un hospital que cuenta con personal (empleados), divididos por grupos profesionales, en niveles, con

jerarquías, y que ofrecen servicios de salud a individuos que forman parte de nuestra sociedad.

Nuestra real preocupación es cuando los profesionales de salud se comunican con las usuarias y los efectos que tienen. Si queremos profundizar en el proceso de la comunicación, tenemos primero que estudiar el verdadero mecanismo de la comunicación interpersonal.

Al hablar de mecanismo no nos referimos al proceso físico de la emisión de la voz, ni al proceso de las palabras, sino solamente nos referimos a la interacción, objetivo de la comunicación interpersonal y cómo a través de factores (como la comprensión, la empatía, la atención, el aprecio, las normas de respeto, la confianza, la privacidad y la infraestructura), que intervienen en dicha comunicación favorecen o desfavorecen la comunicación entre los individuos citados.

La comunicación interpersonal es una interacción de naturaleza conversacional que implica el intercambio de información verbal y no verbal entre dos o más personas participantes, en un contexto cara a cara.

Al querer estudiar e investigar los factores que intervienen en la comunicación interpersonal profesional de salud – usuario en el Hospital Santa Rosa, elegimos un solo servicio, con características particulares, con intereses personales y académicos; constatamos en estudios anteriores en estos servicios de gineco obstetricia, que la mayoría de usuarias que se atienden en este servicio son personas que aumentan su receptividad y sensibilidad en dicha interacción en la comunicación interpersonal.

El objetivo de la comunicación corporativa, en la gestión estratégica de la organización, es descubrir e interpretar las necesidades latentes de sus clientes. Creando planes de comunicación basados en las necesidades

descubiertas y seleccionándolos mediante instrumentos de recolección de datos de los propios clientes.

La organización que presta servicios es responsable de su calidad, también es cierto que más responsabilidad tiene el individuo que presta el servicio (el médico), por lo tanto, el cliente (usuaria del servicio de gineco obstetricia), no tiene otra alternativa que la de considerar al profesional como el responsable de la calidad de la atención recibida.

Si queremos dar una buena atención de calidad en los servicios de salud, primero debemos conocer a fondo, sobre los factores que intervienen en la comunicación interpersonal, ya que es parte de los elementos que integran las variables para una buena calidad de atención. ¿Hemos investigado realmente qué está sucediendo en dicha comunicación interpersonal médico – usuaria?, ¿Cómo realmente percibe la usuaria los factores que intervienen en dicha comunicación interpersonal?, ¿Por qué el profesional de salud no se preocupa de dichos factores en el momento de comunicarse con su cliente?, sabiendo que es el responsable de la imagen de la empresa donde está laborando.

CAPITULO 4 METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Investigación

Nuestro estudio es de tipo exploratorio, ya que consiste en examinar las variables de un problema de investigación poco estudiado, el tema a investigar es abordado por primera vez en el Hospital Santa Rosa, aunque la revisión de la literatura nos reveló que existen estudios realizados en el Ministerio de Salud de temas similares, pero muy generales, como han sido los estudios e investigaciones sobre calidad de atención, que en algunos casos incluyen a la comunicación interpersonal, pero sin definir e identificar las variables como lo hacemos en esta investigación.

Nuestra investigación se torna un estudio descriptivo, ya que nuestro propósito es describir situaciones mediante el análisis, para ello hemos interpretado todas las respuestas de nuestro público objetivo independientemente, y de esa manera, describir los resultados de cada una de las variables que hemos investigado.

El diseño de nuestra investigación es de tipo no experimental, no hemos manipulado las variables deliberadamente; al contrario, hemos estudiado las variables tal como se dan en su contexto natural para después analizarlos: nuestras variables son independientes, y ocurren

espontáneamente, sin que podamos influir sobre ellas, al igual que sus efectos.

Siendo una investigación no experimental, hemos determinado por las limitaciones de nuestro estudio que sea de tipo transversal o transeccional, es decir hemos optado por investigar el problema en un tiempo único determinado: junio del 2,003.

4.2. Diseño Muestral

Unidad de Análisis: Todas las usuarias que se atienden en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Santa Rosa.

Población - Universo

En el presente estudio el universo estaba conformado por todas las usuarias que se atendieron en consultas externas de los servicios de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa, durante el mes de junio del 2003, turnos mañana y tarde, haciendo un total de 3,438 usuarias atendidas.

En el Hospital se atienden un promedio de 3,624 pacientes mensualmente en los servicios de consulta externa de Gineco Obstetricia.

Muestra Probabilística:

Se ha seleccionado una muestra de 384 usuarias, estadísticamente representativa a nuestra población, brindando un margen de error de $\pm 0,05$, con un nivel de confianza del 95%, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Npq}{\left[\frac{ME^2}{NC^2} (N - 1) \right] + PQ} = \frac{3,438 (0.5) (0.5)}{\frac{(0.5)^2}{(1.96)^2} (3,438 - 1) + (0.5) (0.5)}$$

La muestra probabilística es esencial para nuestro diseño de investigación por encuesta, donde podremos generalizar los resultados a la población seleccionada. La característica de este tipo de muestra, es que todos los elementos de la población tienen al inicio la misma probabilidad de ser elegidos, de esta manera los elementos muestrales tendrán valores muy aproximados a los valores de la población.

Criterios de Inclusión

- Usuaris de los consultorios de Gineco Obstetricia (3, 4, 5, 6, 7), turno mañana
- Usuaris de los consultorios de Gineco Obstetricia (5 y 6), turno tarde
- Usuaris del Programa Adolescente Gestante (consultorio 9)
- Usuaris que se atienden de forma normal (pagan sus consultas) y mediante el SIS (servicio gratuito).

La selección se hizo de forma aleatoria: se sortearon de los 8 (ocho) consultorios, de Gineco Obstetricia, dos consultorios por día, en los cuales se aplicó 8 encuestas en cada uno, (cada dos pacientes atendidas), haciendo un total de 16 encuestas diarias, durante 24 días útiles de mes de junio.

4.3. Lugar y período de estudio

Lugar del estudio:

Se seleccionó el Hospital Santa Rosa por ser un hospital de Nivel III, donde a pesar de los años que tiene de funcionamiento como ente prestadora de salud, nunca antes se había realizado un tipo de investigación como ésta. El estudio que presentamos es de tipo exploratoria, por lo que este hospital cumple con las características para el desarrollo de nuestra investigación.

Cuenta con el Servicio de Gineco Obstetricia y tiene una atención diaria en dicho servicio de un promedio de 14 atenciones por consultorio, lo que favorece y resulta provechoso para nuestra selección de muestra, acudiendo a dicho nosocomio usuarias de distintos distritos de Lima metropolitana.

De acuerdo a la ubicación del Hospital, podíamos movilizarnos fácilmente para el levantamiento y recolección de datos, estaba acorde con el presupuesto con el que contábamos, además del interés mostrado por los funcionarios de dicho Hospital, teniendo como conocimiento los problemas de comunicación que existen entre los profesionales de salud y sus usuarios y preferentemente en los servicios de gineco obstetricia, facilitando el acceso y los permisos correspondientes.

Período de estudio:

La investigación se realizó desde marzo del 2003 a julio del 2,004; y el estudio tuvo lugar en el Hospital Santa Rosa, ubicado en el distrito de Pueblo Libre, en la ciudad de Lima – Perú, en el cual se aplicó el instrumento de medición durante 24 (veinticuatro) días útiles del mes de junio del 2,003.

La jurisdicción del Hospital comprende los siguientes distritos: San Miguel, Pueblo Libre, Jesús María, Magdalena, Lince, San Isidro y Miraflores.

4.4. Limitaciones de la Investigación

- Los resultados de nuestra investigación no pueden ser generalizados a otros hospitales.
- Se hubiera preferido obtener mediante algún instrumento la medición sobre la opinión de los médicos respecto a las variables investigadas.

- Nuestra investigación fue autofinanciada, por lo que no contábamos con presupuesto y recursos económicos para poder obtener mayor información en otros hospitales y comparar resultados más generales.

4.5. Metodología de trabajo

El método es cuantitativo, ya que todos los resultados se presentan estadísticamente en números y porcentajes, haciendo un análisis descriptivo e interpretativo de los datos obtenidos a través de la técnica de la encuesta.

Se utilizó una matriz de datos en la cual se transcribió todas las respuestas mediante códigos, obteniendo la frecuencia y porcentajes de cada una de las respuestas de las usuarias, con la cual desarrollamos un análisis de los resultados.

4.6. Instrumento de estudio

Construimos un instrumento de medición de acuerdo a la técnica apropiada para ello, para lo cual seguimos los siguientes pasos: (Ver Anexo 4).

- Hemos listado las variables mediante una matriz y desarrollado cada una de ellas en ítems con indicadores y niveles de medición para su respectiva observación y análisis.
- Hemos revisado su definición conceptual hasta comprender bien su significado para nuestro tipo de estudio y las dimensiones que abarca.
- Hemos definido las variables operacionalmente, de modo que cada variable pueda ser medida, comparando su confiabilidad, validez,

facilidad de administración y posibilidad de uso en el contexto de la investigación.

- Cada variable luego de su definición conceptual y operacional fue disgregada de acuerdo a nuestros objetivos en ítems mediante un cuestionario que consta de preguntas relacionadas a medir la percepción de la usuaria de acuerdo a cada una de las variables.
- La cantidad de preguntas por variable esta en función al requerimiento de cada una de ellas.

Cuando se terminó el cuestionario por cada una de las variables, se juntó y finalmente obtuvimos la encuesta, que consiste en 58 preguntas cerradas y abiertas, agrupadas por cada una de las variables investigadas, y 6 preguntas de filtro.

La primera versión del cuestionario (piloto – Ver Anexo 5), se aplicó a 10 usuarias, pacientes que fueron atendidas en los consultorios externos de Gineco Obstetricia en el turno mañana, los resultados de esta prueba, nos sirvió para rectificar errores y reestructurar algunas preguntas, logrando una versión final de la encuesta a aplicar, se pudo corregir lo siguiente:

- Se aumentó dos preguntas más de filtro, que nos sirvieron de referencia y complemento de nuestro cuestionario, que nos permitió conocer más a nuestras usuarias de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación.
- Algunas preguntas fueron reestructuradas y mejoradas para el mejor entendimiento y comprensión de las usuarias.
- Se revisó cada una de las preguntas y al estudiar las actitudes y reacciones de las usuarias, nos vimos obligados a redactar preguntas más simples, con términos, sinónimos de palabras más fáciles de entender.
- Comprobamos que el término médico, no era muy utilizado por las usuarias, más bien se utilizaba la palabra “doctor”, para referirse al profesional de la salud, por lo que decidimos cambiarla.

- Se eliminó la pregunta 37, porque consideramos que ésta se repetía, así como añadimos otra: la pregunta cinco, para poder reforzar la pregunta cuatro.

Al final obtuvimos la versión última de la encuesta, la misma que se aplicó a 384 usuarias, para lo cual desarrollamos una codificación para cada una de las respuestas de las usuarias (Ver Anexo 7), para así poder traspasarla a una matriz (Ver Anexo 8) y obtener los resultados para su posterior análisis.



CAPITULO 5

ANALISIS

A continuación presentamos el análisis de los datos, que hemos efectuado de acuerdo a los resultados vertidos en la Matriz de Resultados de Encuesta (Ver Anexo 8). El tipo de análisis que hemos realizado depende de la medición de variables y el interés de nuestro estudio.

El análisis estadístico es descriptivo por cada variable a través de una distribución de frecuencias, para lo cual codificamos cada respuesta para cada pregunta del cuestionario de nuestra encuesta; dicha frecuencia la hemos convertido en frecuencias relativas (porcentajes), presentando cada porcentaje a través de gráficos de barras para la mejor visualización, interpretación y análisis de cada variable de acuerdo a cada objetivo.

5.1. Análisis de datos de las preguntas de filtro.

¿En qué distrito vive?

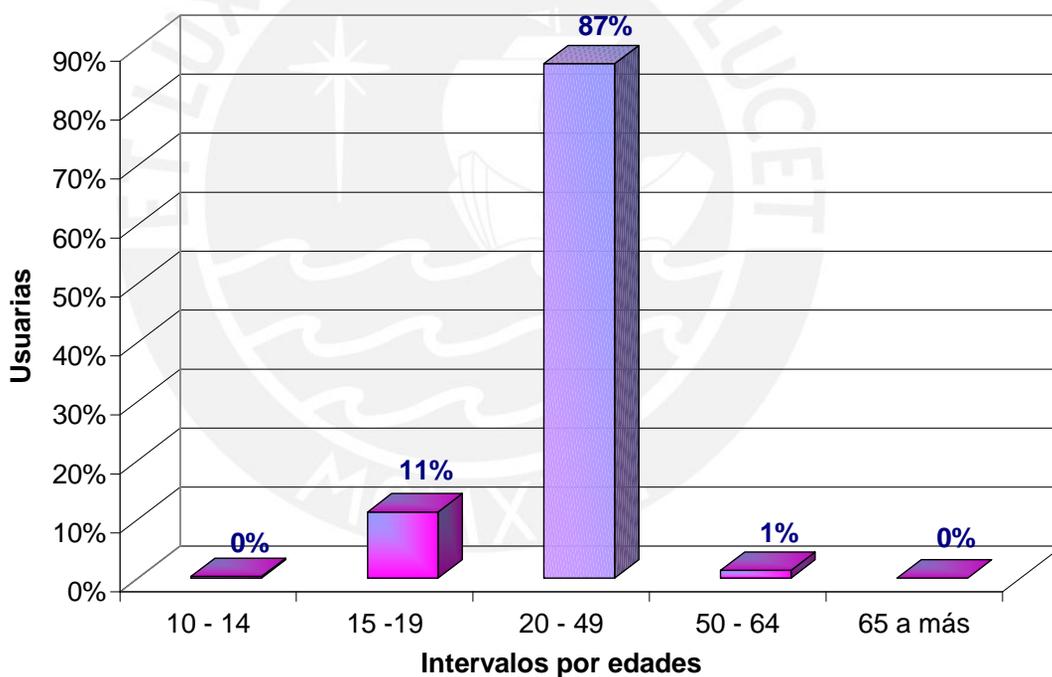
¿En qué distrito vive?	Frecuencia	%
San Miguel	56	15%
Pueblo Libre	55	14%
Jesús María	35	9%
San Martín de Porres	31	8%
Magdalena	27	7%
Lince	23	6%
Breña	19	5%
Callao	18	5%
La Victoria	17	4%
Lima	17	4%
San Juan de Lurigancho	15	4%
Santa Anita	6	2%
San Isidro	6	2%
Comas	6	2%
Surquillo	6	2%
Rimac	6	2%
Los Olivos	5	1%
San Juan de Miraflores	5	1%
Surco	5	1%
San Luis	4	1%
Villa El Salvador	3	1%
Chorrillos	3	1%
Mirones Bajo	2	1%
Miraflores	2	1%
Independencia	2	1%
Molina	2	1%
San Borja	2	1%
Pachacamac	1	0%
Carabaylo	1	0%
Villa María del Triunfo	1	0%
Agustino	1	0%
Ventanilla	1	0%
Cañete	1	0%
Total	384	100%

¿Cuántos años tiene?

Promedio 27,77083333

Intervalos	Frecuencia	%
Adolescentes Temprenas: 10 - 14	1	0%
Adolescentes: 15 – 19	43	11%
Mujer Adulta: 20 - 49	335	87%
Mujer Adulta: 50 - 64	5	1%
Adulta Mayor: 65 a más	0	0%
Total	384	100%

¿Cuántos años tienes?



Interpretación

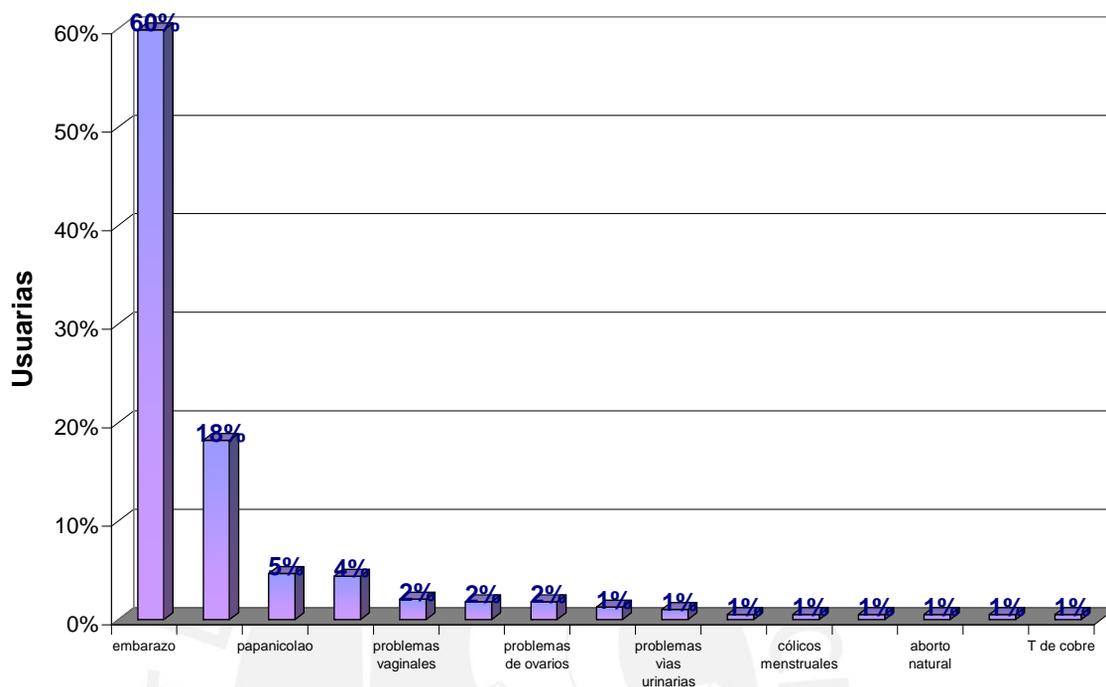
El promedio de edad de las usuarias que se atienden en las consultas externas de gineco obstetricia es de 28 años.

El 87% de las usuarias que se atienden tienen entre 20 y 49 años, el 11% tienen entre 15 y 19 años, y el 1% entre 50 y 64 años de edad.

¿Cuál es el motivo de su consulta?

¿Cuál es el motivo de su consulta?	Frecuencia	%
Embarazo	230	60%
Chequeo de rutina	70	18%
Papanicolao	18	5%
Post operatorio	17	4%
Problemas vaginales	8	2%
Tratamiento hormonal	7	2%
Problemas de ovarios	7	2%
Infección	5	1%
Problemas vías urinarias	4	1%
Pérdida de embarazo	2	1%
Cólicos menstruales	2	1%
Retraso menstrual	2	1%
Aborto natural	2	1%
Prolapso	2	1%
T de cobre	2	1%
Infertilidad	1	0%
Ligadura	1	0%
Miomas, quistes	1	0%
DIU	1	0%
Menopausia	1	0%
Aborto incompleto	1	0%
Total	384	100%

¿Cuál es el motivo de su consulta?



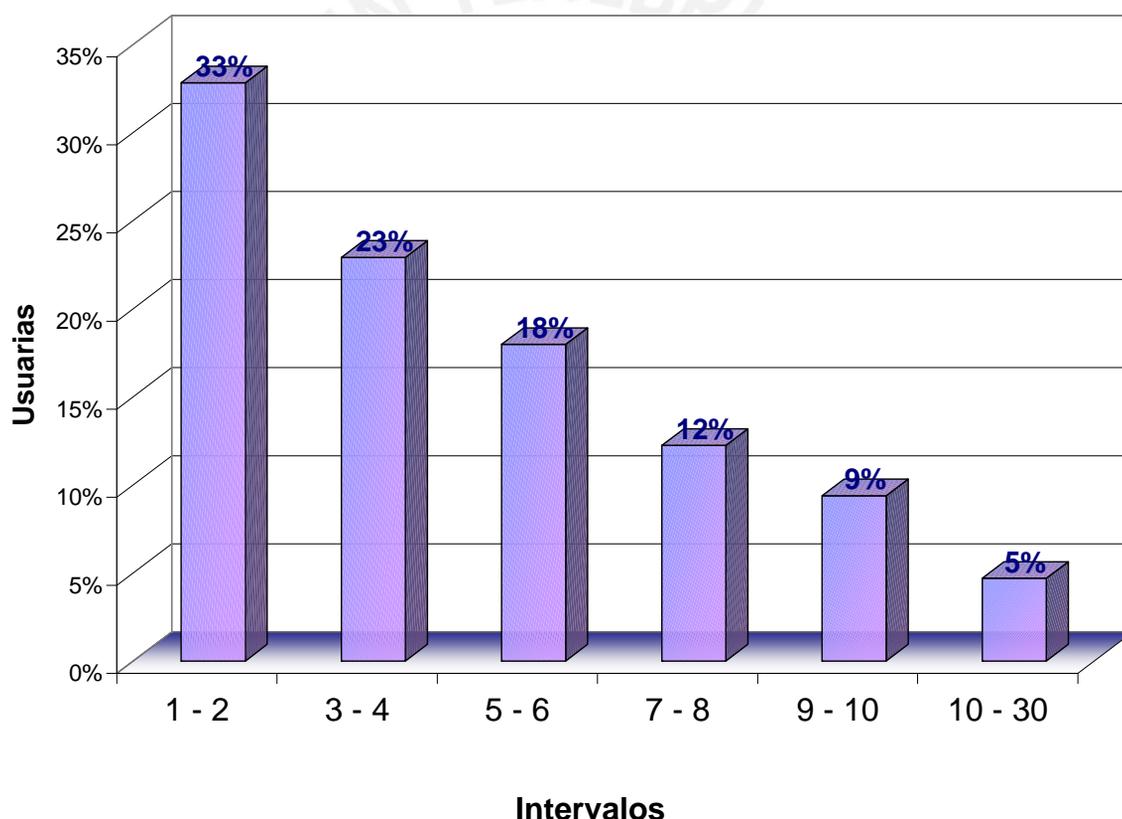
Interpretación

El 60% de las usuarias, manifiestan asistir a la consulta externa de gineco obstetricia, por motivo de embarazo; el 18% asisten para chequeos de rutina; el 5% asisten para efectuarse una prueba de papanicolao; el 4% para atenciones post operatorias, el 2% para atenderse problemas vaginales; el mismo porcentaje, se atienden para tratamientos hormonales, así como problemas de ovarios.

¿Cuántas veces ha venido a este consultorio?

Promedio		4.96875
Intervalos	Frecuencia	%
1 - 2	126	33%
3 - 4	88	23%
5 - 6	69	18%
7 - 8	47	12%
9 - 10	36	9%
10 - 30	18	5%
Total	384	100%

¿Cuántas veces ha venido a este consultorio?



Interpretación

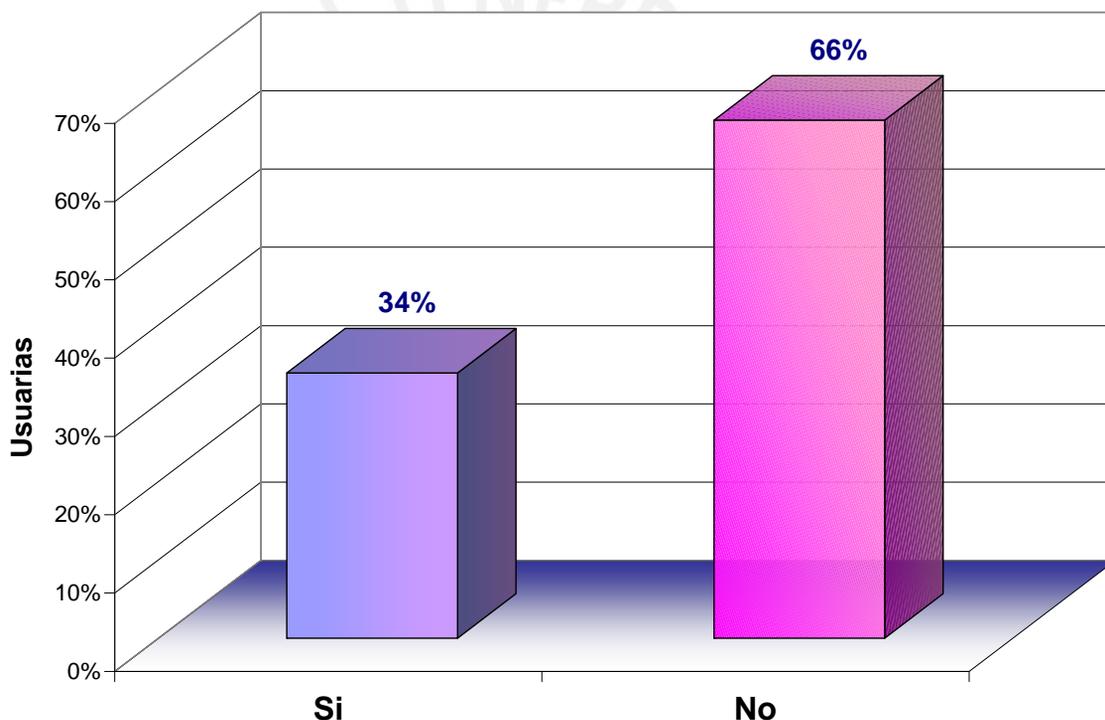
El promedio de frecuencia de las usuarias que asisten al consultorio de Gineco Obstetricia para atenderse es de 5 veces.

El 33% de usuarias asisten un promedio de 1 a 2 veces, el 23% asisten entre 3 y 4 veces, el 18% asiste a las consultas entre 5 y 6 veces, el 12% asiste entre 7 y 8 veces, el 9% asiste entre 9 y 10 veces y el 5% de pacientes asisten entre 10 a 30 veces.

¿Usted se atiende mediante el Seguro Integral de Salud, (no paga nada)?

¿Usted se atiende mediante el Seguro Integral de Salud, (no paga nada)?	Frecuencia	%
Si	130	34%
No	254	66%
Total	384	100%

¿Usted se atiende mediante el SIS?



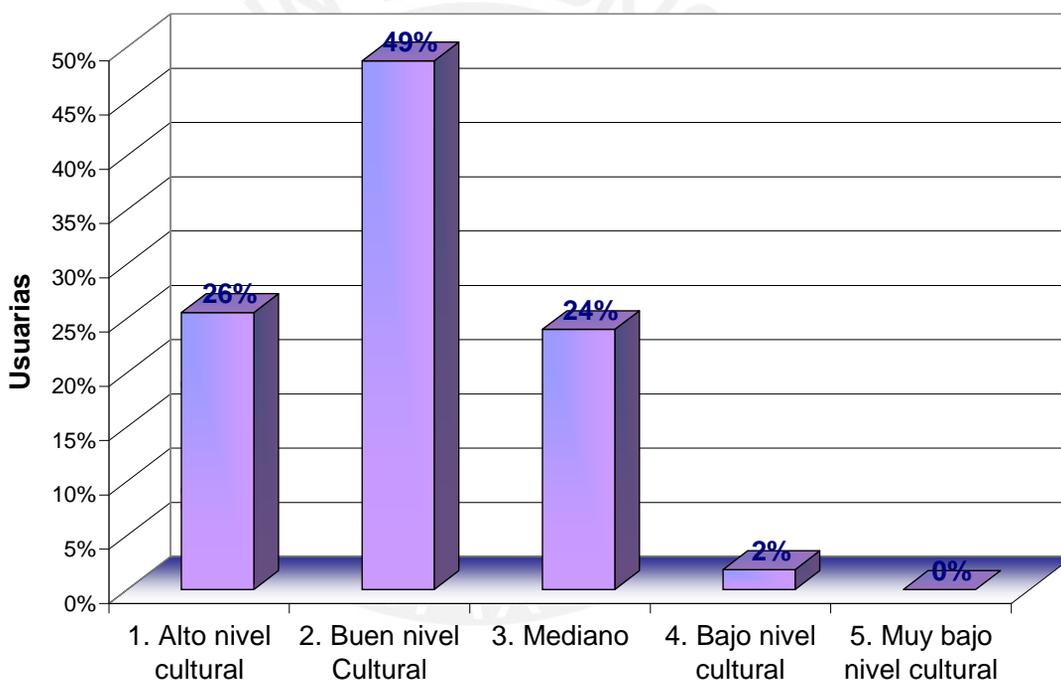
Interpretación

Del total de las usuarias encuestadas, el 66%, no se atiende mediante el Sistema de Seguro Integral de Salud, el 34% sí se atiende mediante este Seguro Integral de Salud.

¿Que grado cultural cree usted que tiene el doctor que la atendió?

6. ¿Que grado cultural cree usted que tiene el doctor que la atendió?	Frecuencia	%
1. Alto nivel cultural	98	26%
2. Buen nivel Cultural	187	49%
3. Mediano	92	24%
4. Bajo nivel cultural	7	2%
5. Muy bajo nivel cultural	0	0%
Total	384	100%

¿Qué grado cultural cree usted que tiene el Dr. que la atendió?



Interpretación

El criterio de las usuarias 49% de las usuarias, en cuanto al nivel cultural que ellas creen que tienen los médicos, es que ellos tienen un buen nivel cultural; solo el 26% cree que el médico tiene un alto nivel cultural y un alarmante 26% creen que tiene bajo y muy bajo nivel cultural.

COMENTARIOS SOBRE LA INTERPRETACION A LAS PREGUNTAS DE FILTRO:

- ✚ Cuando desarrollamos nuestro instrumento de medición (la encuesta), vimos por conveniente iniciar el cuestionario con preguntas de filtro, que nos permitieran conocer un poco más sobre el perfil y las características que tienen las usuarias de nuestro estudio. Dichas preguntas además permitieron que la encuestada y el encuestador entablaran una mínima familiaridad, ya que de acuerdo a la capacitación podrían aprovechar de las respuestas para interactuar con las encuestadas y así darles confianza para que puedan responder con mayor veracidad a las preguntas del cuestionario propiamente.
- ✚ En la prueba piloto pudimos corregir dos preguntas que no pertenecían a ninguna de las variables, las mismas que no quisimos eliminar y fueron añadidas al momento de interpretarlas en las preguntas de filtro: ¿Qué grado cultural cree usted que tiene el doctor que la atendió? y respecto a la historia clínica, el médico ¿registró datos en la historia clínica o no registró nada?.
- ✚ El mayor porcentaje de usuarias que acuden a la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa provienen del distrito de San Miguel, siendo el distrito de Pueblo Libre la sede del Hospital.
Los siete distritos consignados en la Red son atendidos por el Hospital sede de la investigación asistiendo a las usuarias con los porcentajes siguientes:
San Miguel con 58%, Pueblo Libre con 14%, Jesús María con 9%, Magdalena con 7%, Lince 6%, San Isidro 2%, y Santa Cruz 1%
- ✚ Como podemos observar la mayoría de las usuarias que se atienden en el Hospital viven en el distrito de San Miguel, el público objetivo del Hospital Santa Rosa se encuentra en dicho distrito, sin embargo la ubicación del Hospital queda en Pueblo Libre. El Ministerio de Salud podría tomar en cuenta este importante dato, para cuando tenga la posibilidad de cambiar de ubicación o local a dicho Hospital lo haga al distrito de San Miguel, dando mayor facilidad de acceso y

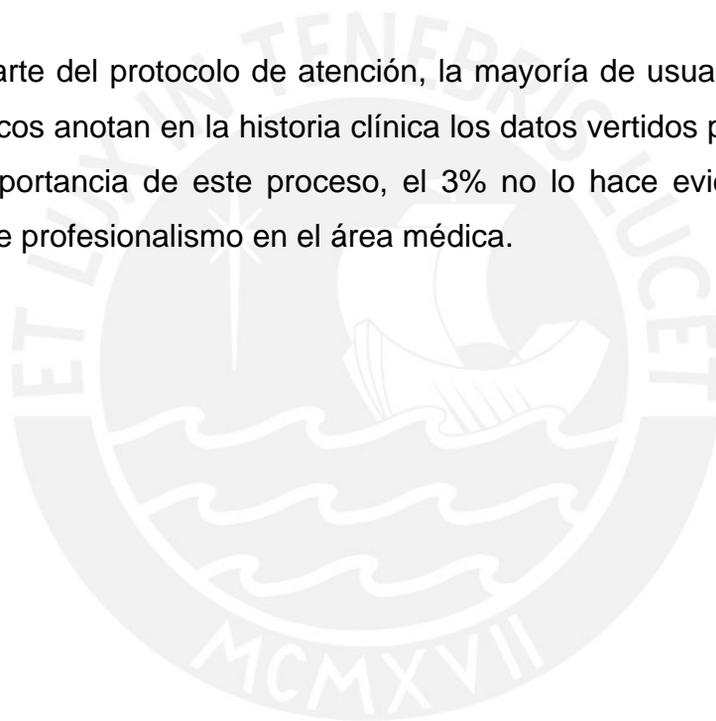
transporte, ahorro de tiempo a las usuarias y además la opción de incrementar el porcentaje de usuarias del distrito de San Miguel, que se puedan atender en dicho Hospital.

- ✚ Entre los distritos que no corresponden a la Red y se atienden en el Hospital, figuran: la provincia constitucional del Callao que tiene 5%, los distritos de La Victoria y Lima con el 4%, seguidas de San Juan de Lurigancho con 4%, y el resto de distritos con menor porcentaje que corresponden en su mayoría a los conos de Lima Metropolitana.
- ✚ La diversificación de las procedencias de las usuarias, se debe a muchos motivos, por ejemplo: acuden al Hospital Santa Rosa por recomendaciones, si su hermana o amiga se atendió en el hospital, ellas también se atienden allí, a pesar de que la distancia sería su primer obstáculo; se atienden en dicho Hospital porque tienen algún pariente que trabaja en esta organización, etc; dándoles mayor confianza.
- ✚ La mayoría de usuarias que asisten a la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital oscilan entre las edades de 20 y 49 años, siendo el promedio de edad de 28 años.
- ✚ No existe una cultura de prevención en nuestras usuarias, la mayoría de ellas se acerca a un Hospital por alguna dolencia. Vemos que las adolescentes tempranas (10 – 14 años) y adolescentes (15 -19 años) solo se acercan al Hospital porque son llevadas por sus madres por motivos de embarazo. El grueso de las usuarias que se atienden tienen entre 20 y 49 años. La mujer promedio en edad que acude al Hospital tiene 28 años (maduras), pero aún así son muy pocas las que acuden por un chequeo médico regular.
- ✚ La mayoría de las usuarias asisten a la consulta externa de gineco obstetricia, por motivo de embarazo (60%); y en menor proporción por chequeos de rutina (18%), para efectuarse una prueba de papanicolao (5%), atenciones post

operatorias (4%), y el mínimo de usuarias (2%) se atiende por problemas vaginales, tratamientos hormonales y problemas de ovarios.

- ✚ La razón por la que el 60% de usuarias del Hospital acuden por motivos de embarazo se debe a que éste es reconocido como un Hospital materno por las usuarias, pero en realidad el Hospital tiene diferentes servicios e incluso internamiento. Muchas de las usuarias solo van a tratarse hasta antes de dar a luz, ellas ya tienen elegido otro hospital o clínica para ser atendidas en el momento del parto.
- ✚ Del análisis de los indicadores porcentuales de asistencia al Hospital se concluye que la mayoría de usuarias no confían en dicho Hospital, como más adelante comprobamos; el promedio de frecuencia de las usuarias que asisten al consultorio de Gineco Obstetricia para atenderse es de 5 veces. El 33% de usuarias asisten un promedio de 1 a 2 veces, el 23% asisten entre 3 y 4 veces, el 18% asiste a las consultas entre 5 y 6 veces, el 12% asiste entre 7 y 8 veces, el 9% asiste entre 9 y 10 veces y el 5% de pacientes asisten entre 10 a 30 veces.
- ✚ Podemos comprobar que la asistencia al Hospital es en su mayoría por embarazo, una vez terminada las consultas y el post parto, la usuaria no regresa al hospital a menos que sea por una enfermedad o dolencia grave. Asimismo la estas mismas usuarias no acuden al hospital por lo menos una vez al mes como sería regularmente.
- ✚ El Seguro Integral de Salud (SIS), cubre todos los gastos a las puerperias de bajos recursos económicos, en el Hospital Santa Rosa solo el 34% de las usuarias se atienden mediante el SIS. Del 60% de usuarias que se atienden por motivos de embarazo, muchas de ellas prefieren pagar haciendo un esfuerzo, pese a que tiene bajos recursos económicos, pero desean ser mejor atendidas, ya que manifestaron al encuestador, que las que se atienden a través del SIS, son atendidas al final o las tratan peor que a las que sí pagan.

- ✚ Más de la cuarta parte de las usuarias creen que los médicos tienen bajo y muy bajo nivel cultural, es decir, las usuarias determinan el nivel cultural de los profesionales por la comunicación ofrecida durante la consulta médica.
- ✚ En el momento de la interacción con el médico, la usuaria es capaz de evaluar al profesional que la atiende, en este caso mediante la comunicación que él le ofrece, ella determina incluso el grado cultural que éste pueda tener, a través del vocabulario, actitudes e incluso respeto manifestado hacia ellas.
- ✚ Como parte del protocolo de atención, la mayoría de usuarias manifestaron que los médicos anotan en la historia clínica los datos vertidos por ellas, pero a pesar de la importancia de este proceso, el 3% no lo hace evidenciando también el deficiente profesionalismo en el área médica.



5.2. Análisis de datos por cada uno de los objetivos

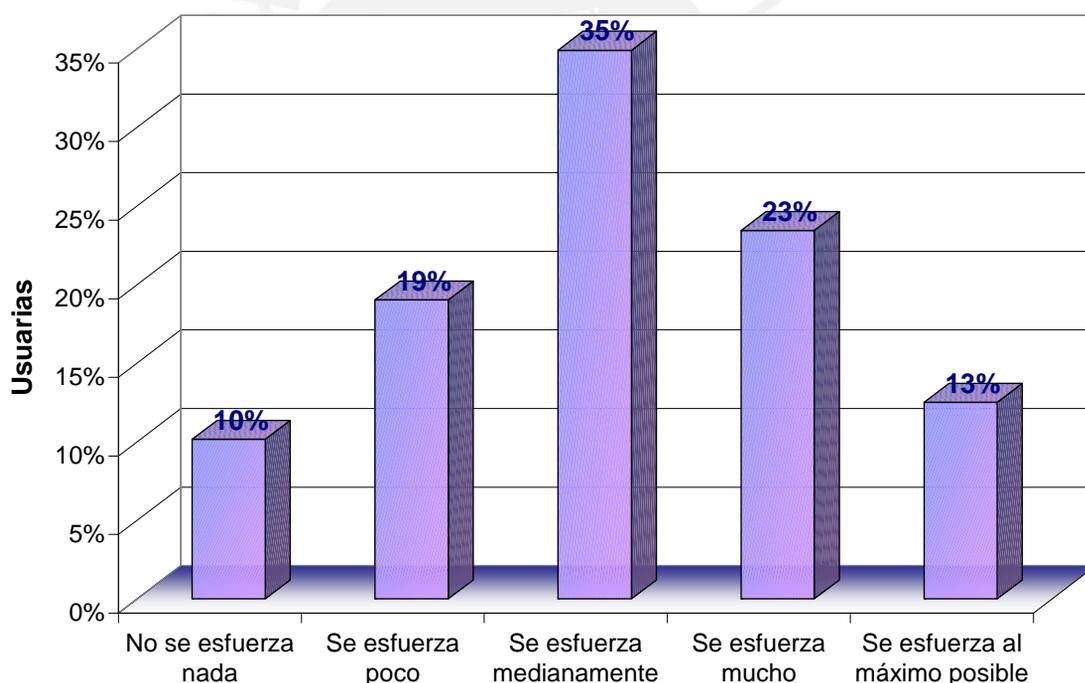
OBJETIVO 1:

Conocer la percepción de la usuaria sobre la comprensión en la comunicación médico – usuaria durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.

¿El doctor se esfuerza para que usted comprenda todo lo que él le dice?

1. ¿El doctor se esfuerza para que usted comprenda todo lo que él le dice?	Frecuencia	%
No se esfuerza nada	39	10%
Se esfuerza poco	73	19%
Se esfuerza medianamente	134	35%
Se esfuerza mucho	90	23%
Se esfuerza al máximo posible	48	13%
Total	384	100%

¿El Dr. se esfuerza para que usted comprenda todo lo que él le dice?



Interpretación

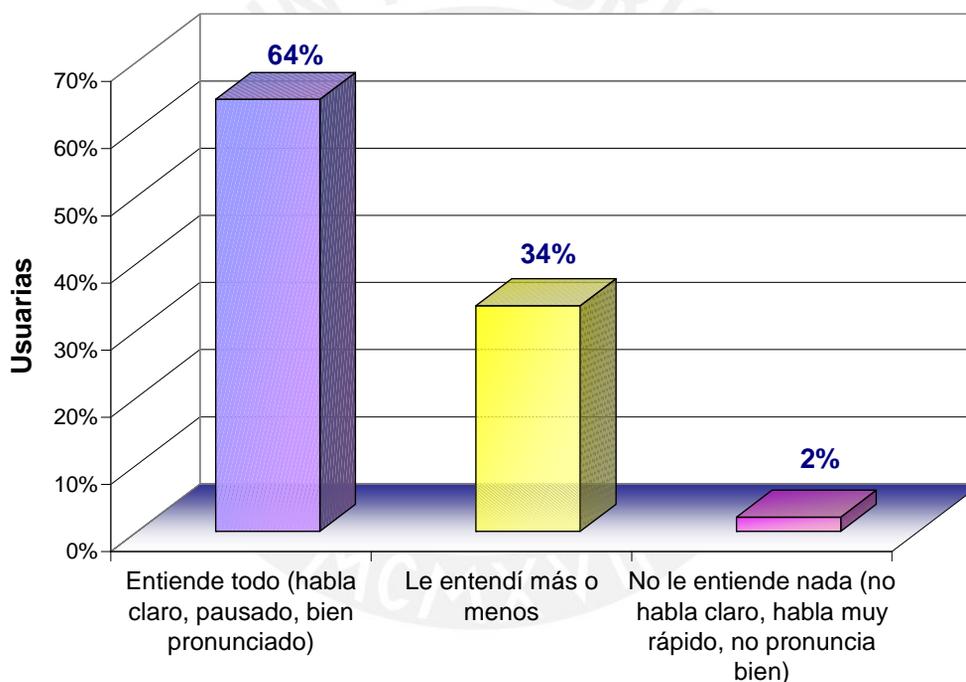
El 29% de médicos no se esfuerzan para que la usuaria comprenda lo que él le dice, o lo hacen poco, el 35% de usuarias manifiestan que el médico se esfuerza medianamente para hacerse entender con las usuarias.

El 23% de médicos se esfuerzan mucho y solo el 13% se esfuerzan al máximo posible para que las usuarias los comprendan.

¿Entiende al doctor cuando se comunica con usted?

2. ¿Entiende al doctor cuando se comunica con usted?	Frecuencia	%
Entiende todo (habla claro, pausado, bien pronunciado)	247	64%
Le entendí más o menos	129	34%
No le entiende nada (no habla claro, habla muy rápido, no pronuncia bien)	8	2%
Total	384	100%

¿Entiende al Dr. cuándo se comunica con usted?



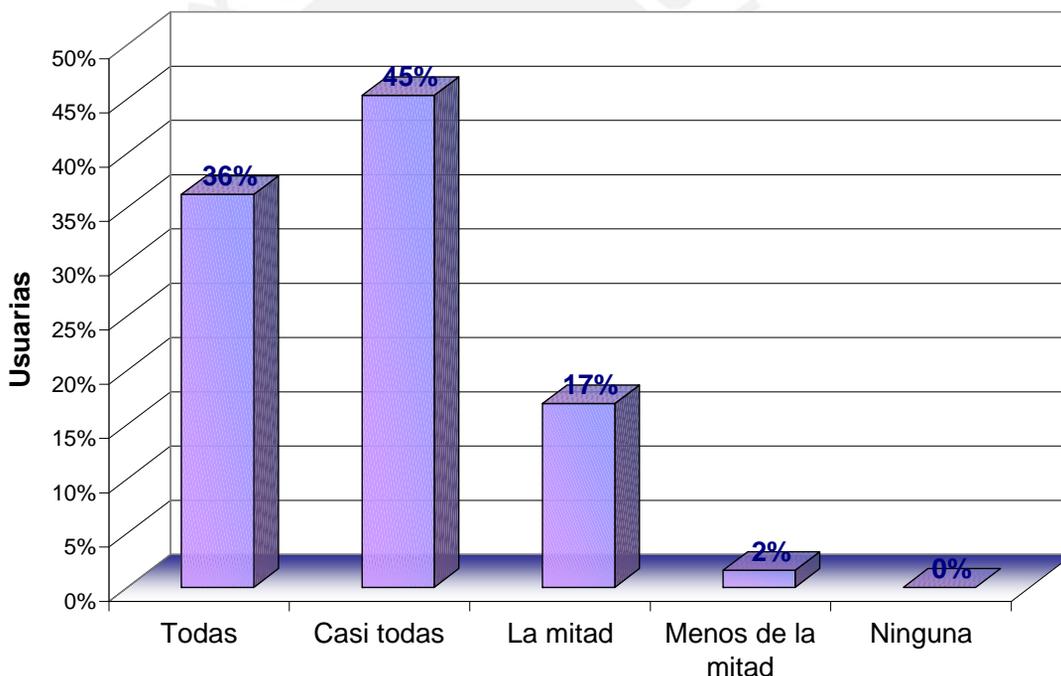
Interpretación

El total de usuarias que entienden más o menos o no le entienden nada al doctor cuándo éste se comunica con ellas, suman un 36%, un 64% manifestaron que si les entienden al doctor (hablan claro, pausado y bien pronunciado).

¿ Usted comprende las palabras que utiliza el doctor?

3. ¿ Usted comprende las palabras que utiliza el doctor?	Frecuencia	%
Todas	139	36%
Casi todas	174	45%
La mitad	65	17%
Menos de la mitad	6	2%
Ninguna	0	0%
Total	384	100%

¿Usted comprende las palabras que utiliza el Dr.?



Interpretación

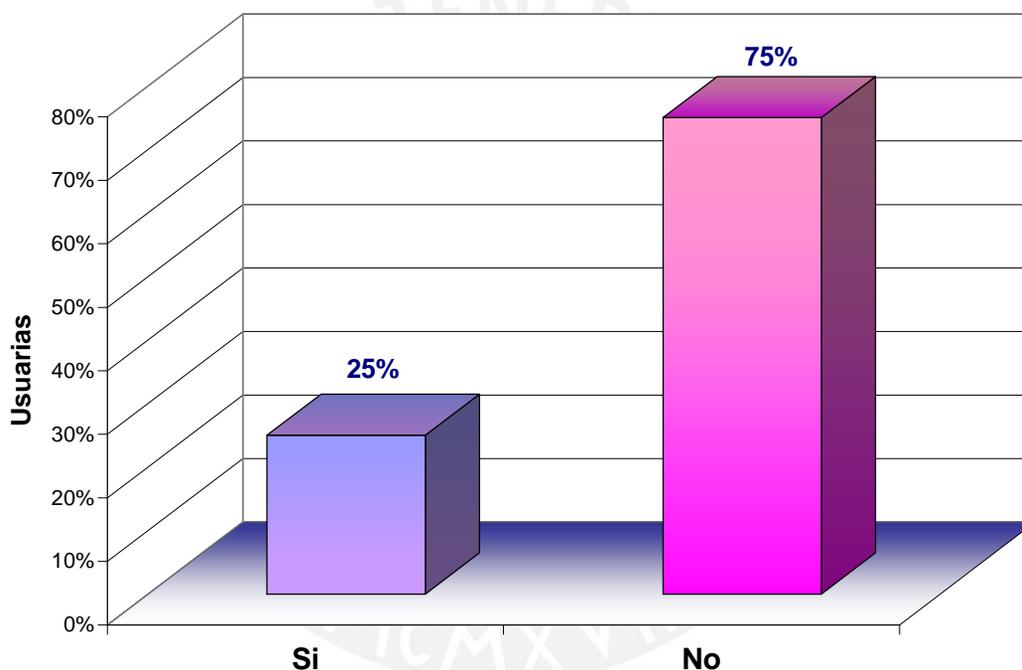
El 17% de las usuarias comprenden la mitad de las palabras utilizadas por el médico, el 2% entienden menos de la mitad de las palabras que utiliza el médico.

Un 36% de usuarias entienden todas las palabras y un 45% entienden casi todas las palabras que utiliza el doctor.

¿El doctor le pidió en algún momento, repetir sus instrucciones?

4. ¿El doctor le pidió en algún momento, repetir sus instrucciones?	Frecuencia	%
Sí	96	25%
No	288	75%
Total	384	100%

¿El Dr. le pidió en algún momento repetir sus instrucciones?



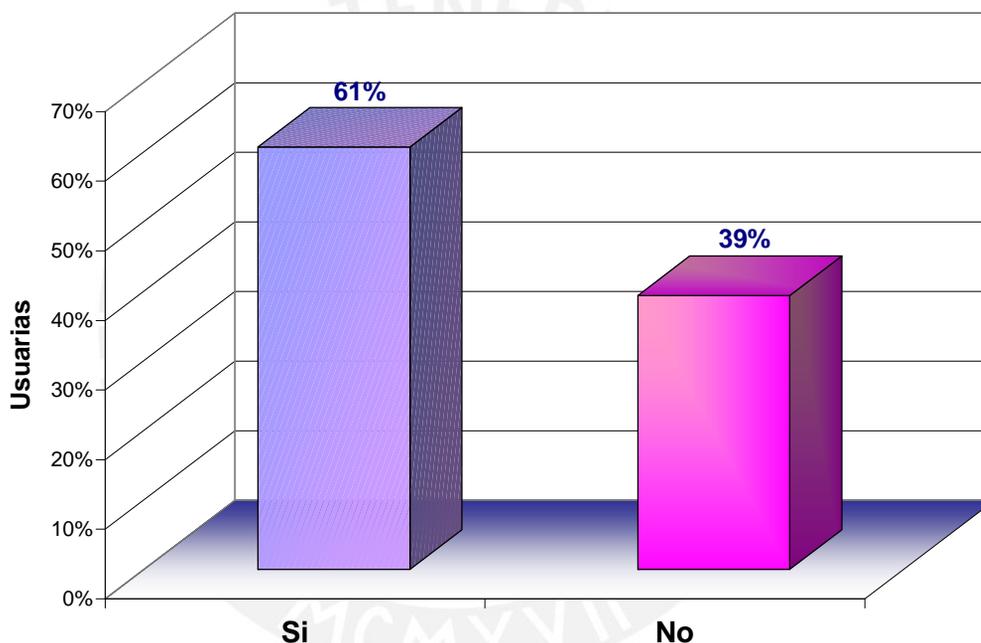
Interpretación

El 75% de los médicos no pidieron a las usuarias repetir sus instrucciones, y el 25% de las usuarias manifestaron que los médicos sí les pidieron que repitan sus instrucciones.

¿Usted le pidió al doctor repetir las instrucciones?

5. ¿Usted le pidió al doctor repetir las instrucciones?	Frecuencia	%
Sí	233	61%
No	151	39%
Total	384	100%

¿Usted le pidió al Dr. repetir las instrucciones?



Interpretación

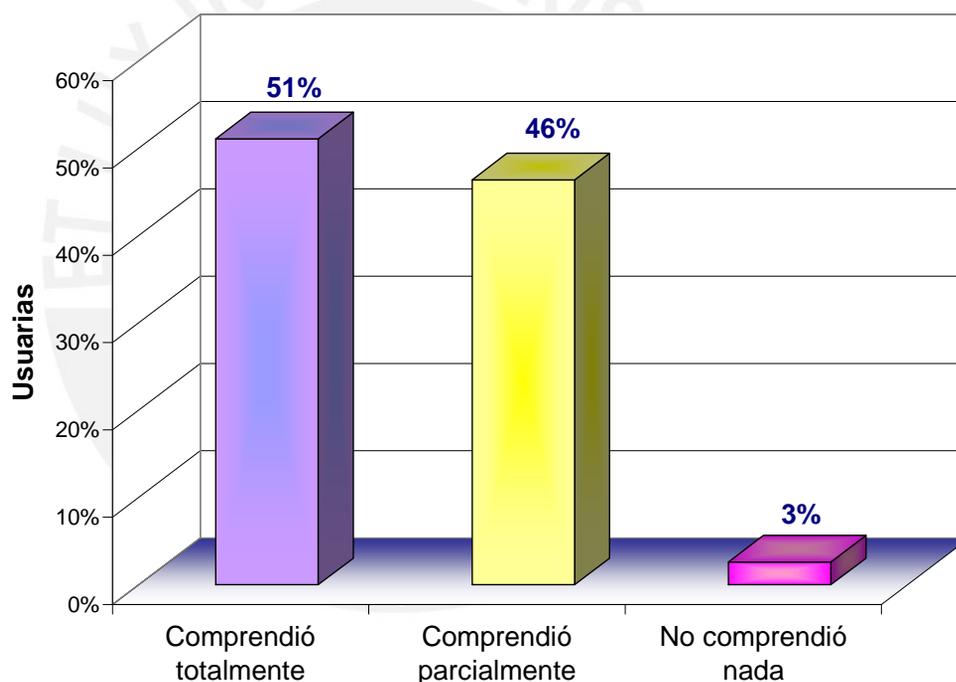
El 61% de las usuarias piden al doctor que repitan las instrucciones, por lo que la mayoría de usuarias no comprenden las instrucciones del médico, el 39% de las usuarias no piden al doctor que repitan sus instrucciones.

Debemos tener en cuenta que hay usuarias que no comprenden y no le piden al médico que repitan las instrucciones.

¿Usted comprendió la explicación del doctor?

13. ¿Usted comprendió la explicación del doctor?	Frecuencia	%
Comprendió totalmente	196	51%
Comprendió parcialmente	178	46%
No comprendió nada	10	3%
Total	384	100%

¿Usted comprendió la explicación del Dr.?



Interpretación

El 51%, comprendieron totalmente la explicación del médico; el 46% comprendieron parcialmente y el 3% no comprendieron nada de lo que les explicó el médico.

COMENTARIOS SOBRE LA INTERPRETACION A LAS PREGUNTAS DEL OBJETIVO 1:

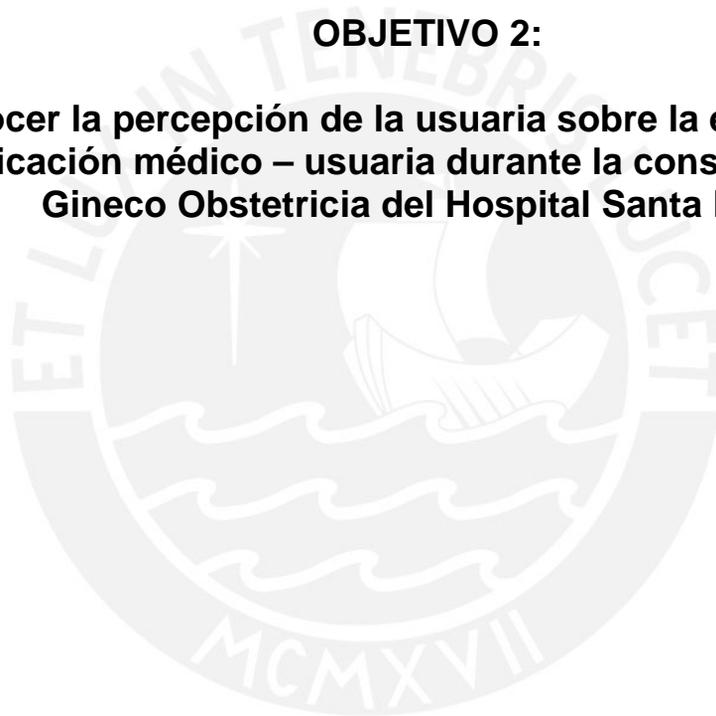
- ✚ Para analizar y poder medir el nivel de nuestra primera variable: La comprensión, desarrollamos seis preguntas dirigidas a la usuaria, cada una de ellas aportaría un resultado que nos permita medir el nivel de percepción de la usuaria sobre la comprensión hacia el médico en la comunicación dada en la consulta externa de gineco obstetricia.
- ✚ Observamos que la mayoría de los médicos no se preocupan para que sean comprendidos por sus pacientes. El médico está concentrado en la parte física del paciente y no le interesa la preocupación que ésta tiene por saber lo que esta pasando con su cuerpo o dolencia, o no quiere darse cuenta de la importancia que tiene este factor en la comunicación interpersonal cuando se da una consulta externa, es decir la comprensión es parte de la satisfacción de la usuaria en el momento de dicha interacción humana.
- ✚ Parte de esta preocupación que tiene el médico hacia la usuaria porque sea comprendido, entendemos también que el médico debe codificar el mensaje que va a transmitirle a la paciente, pero además debe valerse de ciertas características al momento de hablar, como vocalizar, tener pausas, para la mayor y mejor comprensión del mensaje.
- ✚ Existe en la investigación un 36% que no tiene en cuenta dichos elementos al momento de comunicarse con su paciente, lo que hace más difícil la comprensión del mensaje.
- ✚ Además, sabemos que el médico utiliza un lenguaje propio como profesional, y que la usuaria no entiende. En cuanto a la comprensión, el médico muchas veces se olvida que la paciente no comprende ciertos términos utilizados por él. Confirmamos una vez más mediante este resultado, que sólo un 36% de usuarias comprende al doctor, es decir menos de la mitad de los médicos se

preocupan en utilizar con ellas la terminología apropiada para su correcta comprensión.

- ✚ Pese a que la mayoría de médicos no se esfuerzan para que sean comprendidos en la comunicación interpersonal con la usuaria, reconfirmamos una vez más la poca preocupación, al ver que sólo el 25% de los médicos le pidieron a la usuaria que repita las instrucciones dadas, es decir probablemente el médico que se preocupa para que sea comprendido, pide a la usuaria que repita sus instrucciones a manera de confirmar el entendimiento del mensaje transmitido.
- ✚ La mayoría de usuarias (61%), pide a los médicos que repitan las instrucciones, el mensaje dado a la paciente ya que esta no comprendió dicho mensaje. Corroboramos de nuevo la falta de comprensión de parte de las usuarias sobre el mensaje dado por el médico.
- ✚ En la parte explicativa que da el médico a la usuaria, comprobamos que aquí sí hay una mejor disponibilidad del médico a ser comprendido, ya que seguramente la explicación no siempre se da por parte del médico, a no ser que la usuaria se lo pida. Aquí se alcanza un 51 % de usuarias que manifiestan que con la explicación lograron una comprensión del problema o mensaje que recibieron, que decodificaron.

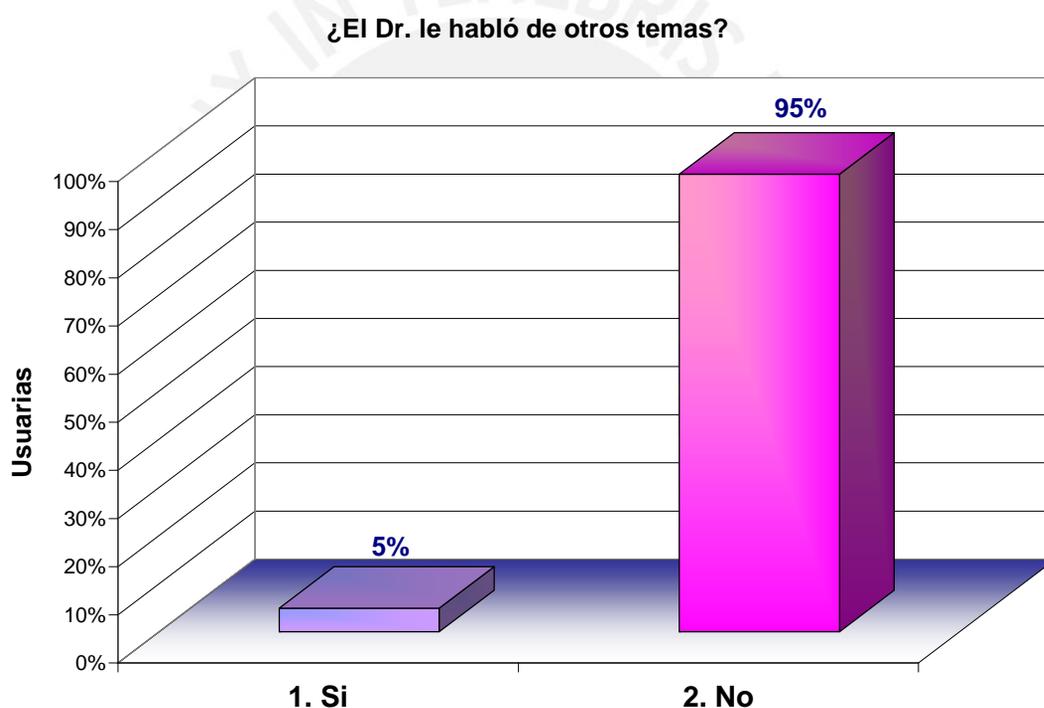
OBJETIVO 2:

Conocer la percepción de la usuaria sobre la empatía en la comunicación médico – usuaria durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.



¿El doctor le habló de otros temas, como el clima, la política, etc.?

7. ¿El doctor le habló de otros temas, como el clima, la política, etc.?	Frecuencia	%
1. Sí	19	5%
2. No	365	95%
Total	384	100%



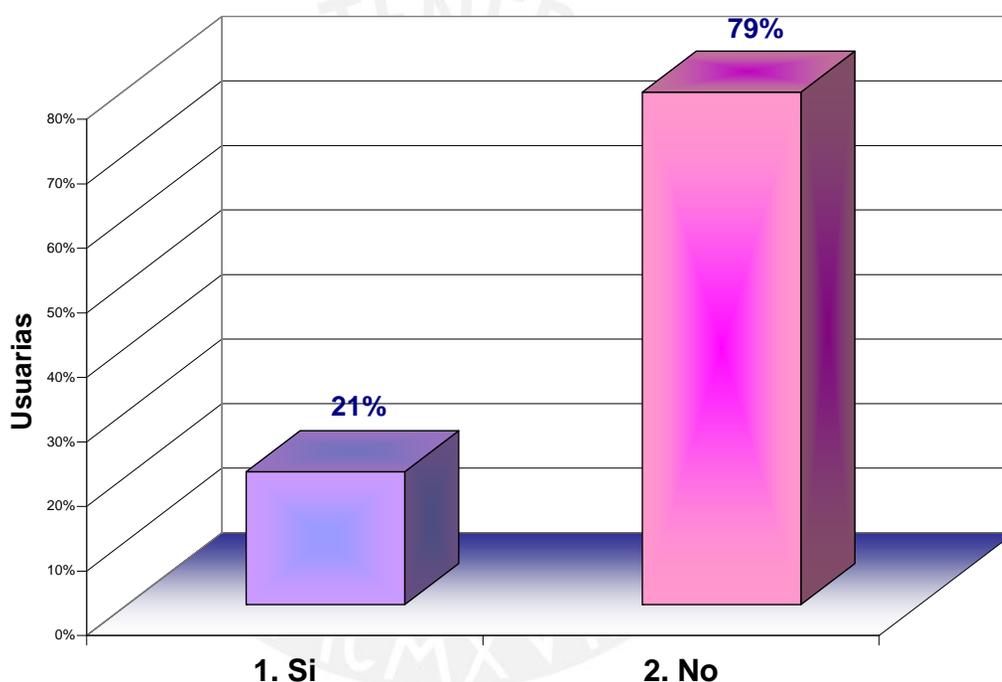
Interpretación

La gran mayoría, el 95% de las usuarias, manifiestan que los médicos no les hablan de otros temas, se concreta específicamente al campo médico – terapéutico, olvidando una herramienta importante como es el grado de empatía necesaria para el mejoramiento de la comunicación y por ende de la medicación de la paciente. (respuesta que se confirma y correlaciona con las usuarias que respondieron por qué no consideran al doctor un amigo, pregunta 10).

¿El doctor le pregunta sobre sus problemas distintos al de su salud?

8. ¿El doctor le pregunta sobre sus problemas distintos al de su salud?	Frecuencia	%
1. Sí	79	21%
2. No	305	79%
Total	384	100%

¿El Dr. le pregunta sobre problemas distintos al de su salud?



Interpretación

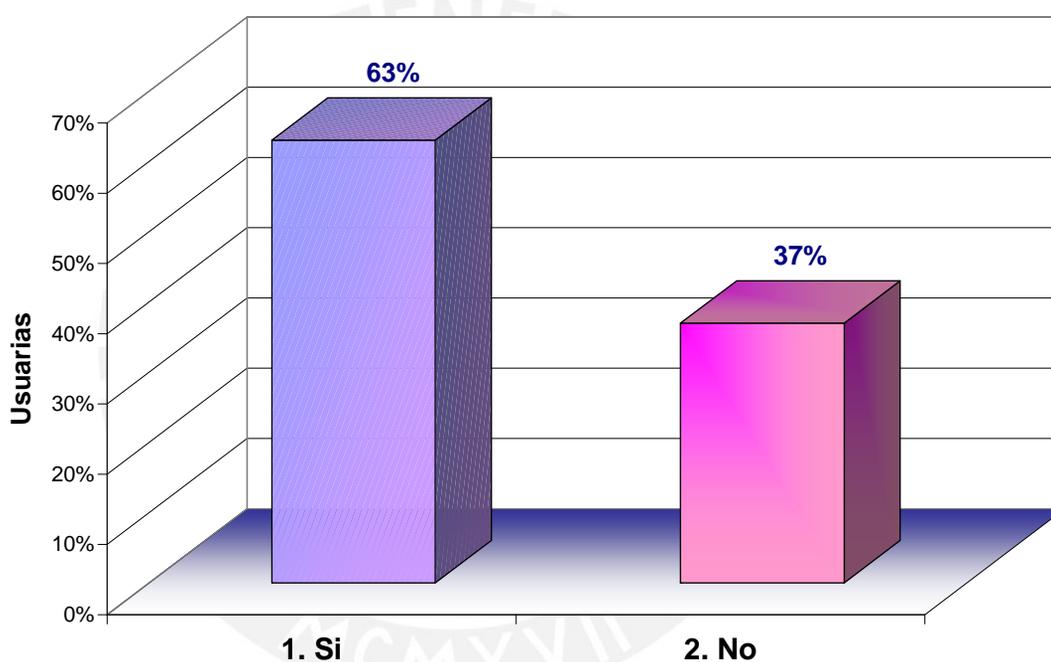
Sólo el 21% de usuarias, manifestaron que el médico les pregunta sobre sus problemas distintos al de su salud, la mayoría de las usuarias, el 79% respondieron que no les preguntan de otros problemas.

Esta respuesta corrobora el análisis de la pregunta anterior, que dice que el médico sólo se concreta a su labor específicamente física, mas no emocional y humana, la misma que forma parte de la unidad físico emocional y social de todo ser humano.

¿Usted considera al doctor como un amigo?

9. ¿Usted considera al doctor como un amigo?	Frecuencia	%
1. Sí	242	63%
2. No	142	37%
Total	384	100%

¿Considera al Dr. como un amigo?



Interpretación

El 63% de las usuarias, manifestaron que sí consideran al doctor como un amigo, el 37% respondieron que no lo consideran al doctor como un amigo.

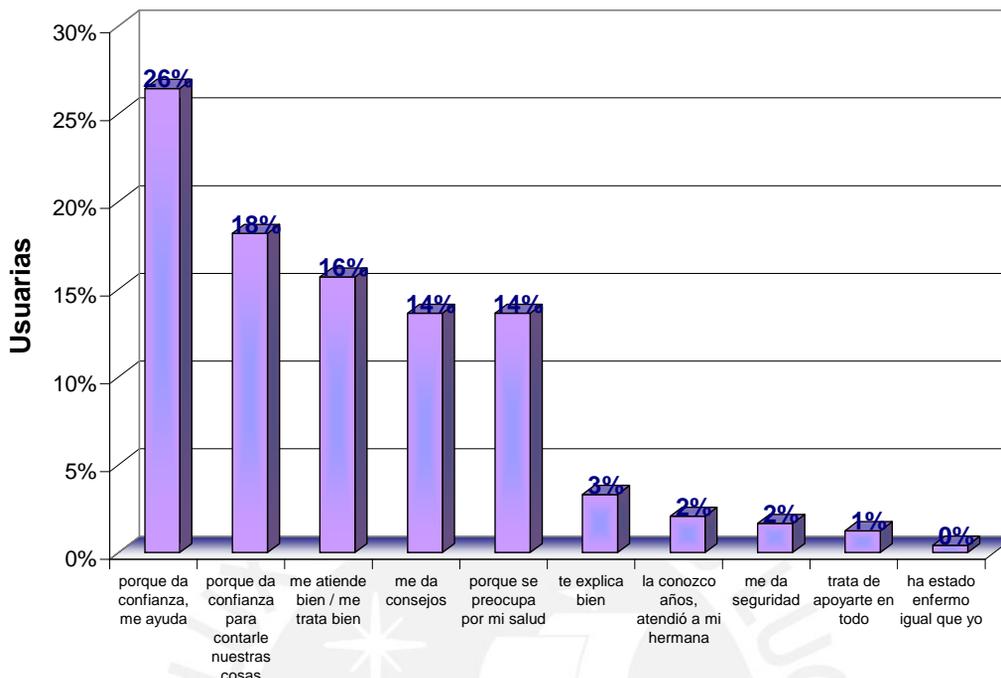
Podemos interpretar que, de manera incongruente frente a las dos últimas respuestas anteriores vemos plasmada la necesidad de las usuarias por recuperar la salud pese a que la calidad de la comunicación médico – paciente no es necesariamente empática.

¿Usted considera al doctor como un amigo?

Usuaris que respondieron que SI consideran al doctor como un amigo:

10. ¿Por qué en cada caso?	Frecuencia	%
porque da confianza, me ayuda	64	26%
porque da confianza para contarle nuestras cosas	44	18%
me atiende bien / me trata bien	38	16%
me da consejos	33	14%
porque se preocupa por mi salud	33	14%
te explica bien	8	3%
Lo conozco años, atendió a mi hermana	5	2%
me da seguridad	4	2%
Trata de apoyarte en todo	3	1%
ha estado enfermo igual que yo	1	0%
me cayó bien desde la primera vez	1	0%
muy buena persona	1	0%
no es comunicativo	1	0%
no toma interés	1	0%
recorro a un amigo cuando tengo problemas	1	0%
se limitan al problema puntual, ocupado	1	0%
siempre está atento, de buen humor	1	0%
son sólo médicos	1	0%
tiene paciencia	1	0%
Total	242	100%

¿Usted considera al Dr. como un amigo?: SI



Interpretación

Usuarías que respondieron que Sí consideran al doctor como un amigo:

El 26%. manifestaron que les dan confianza y les ayudan;

el 18%, respondieron que les dan confianza para contarle sus cosas.

el 44% respondieron que sí consideran al doctor como un amigo debido a la confianza que el médico les brinda.

El 16% manifiestan que sí lo consideran un amigo por el buen trato y atención que les brindan los médicos.

el 14% los consideran amigo porque se preocupan por su salud, y otro 14% manifiesta que les explican bien.

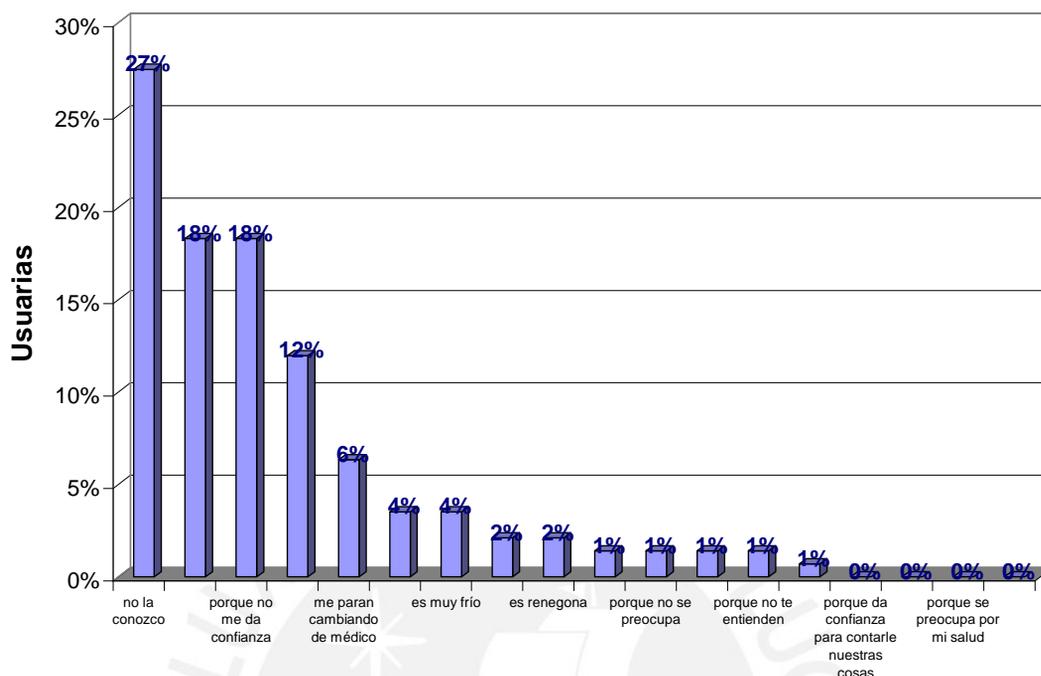
Esta interpretación también resulta incongruente frente a las respuestas de las preguntas 8 y 9.

¿Usted considera al doctor como un amigo?

Usuaris que respondieron que NO consideran al doctor como un amigo:

10. ¿Por qué en cada caso?	Frecuencia	%
no lo conozco	39	27%
se limitan al problema puntual, ocupado	26	18%
porque no me da confianza	26	18%
son sólo médicos	17	12%
me paran cambiando de médico	9	6%
no es comunicativo	5	4%
es muy frío	5	4%
le tengo miedo	3	2%
es renegón (a)	3	2%
Porque no me da seguridad	2	1%
Porque no se preocupa	2	1%
no toma interés	2	1%
Porque no te entienden	2	1%
siento que son medio mañosos	1	1%
Total	142	100%

¿Usted considera al Dr. como un amigo?: NO



Interpretación

Usuarías que respondieron que NO consideran al doctor como un amigo:

El 27%; manifestaron que no conocen al médico, el 18%, respondieron que los médicos se limitan al problema puntual por estar muy ocupados, el 18% respondieron que no les dan confianza.

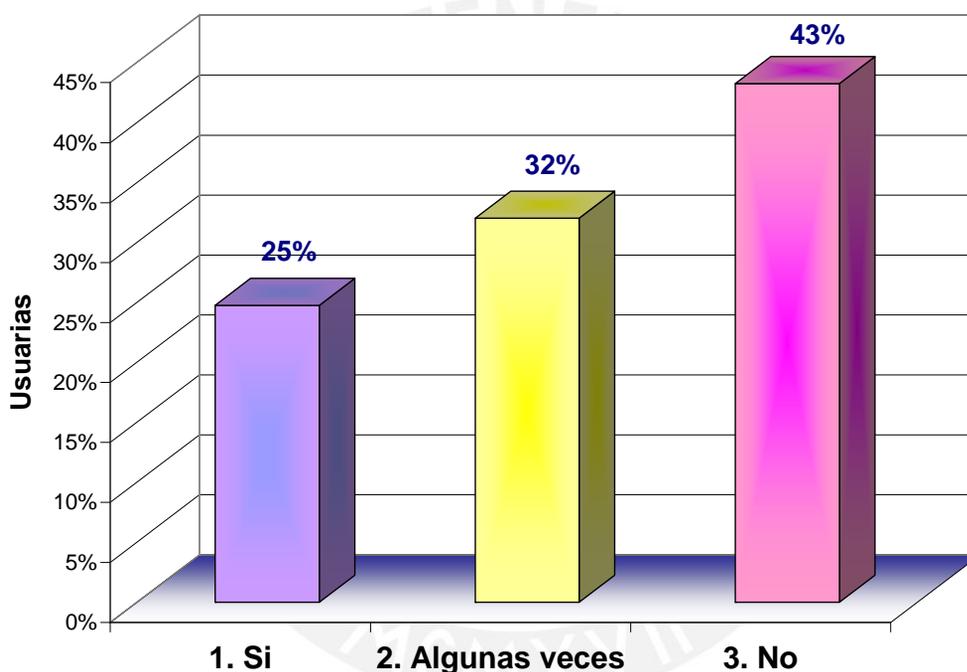
El 12% respondieron que no lo consideran amigo porque lo consideran que “son sólo médicos”, (ver interpretación de la pregunta número 7).

El 6%, manifestaron que “ a los médicos los paran cambiando”, el 4% dijeron que los médicos no son comunicativos, así como que son muy fríos, el 2% manifestaron que no los consideran amigos porque los médicos les dan miedo, y el mismo porcentaje manifestaron que los médicos son renegones.

¿En algún momento cree usted que el doctor se pone en su lugar?

11. ¿En algún momento cree usted que el doctor se pone en su lugar?	Frecuencia	%
1. Sí	95	25%
2. Algunas veces	123	32%
3. No	166	43%
Total	384	100%

¿En algún momento cree usted que el doctor se pone en su lugar?



Interpretación

El 43% de las usuarias, manifestaron que ellas no creen que el doctor se ponga en su lugar, el 32% manifestaron que creen que los médicos se ponen en su lugar algunas veces.

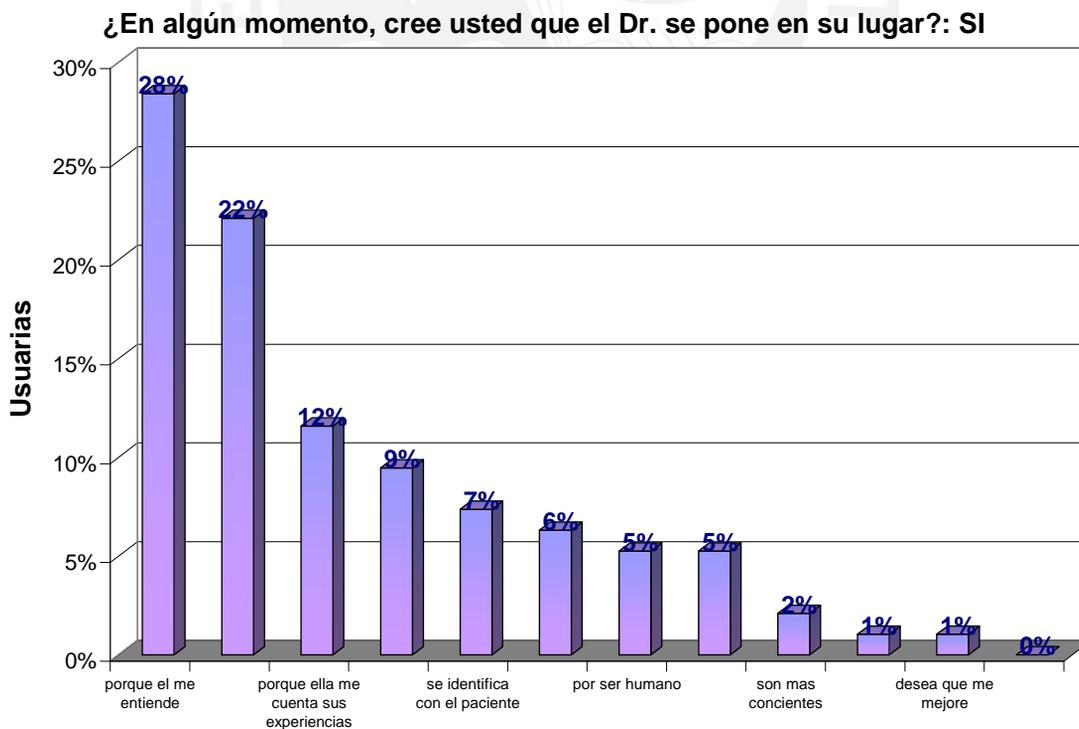
Sólo el 25% sí creen que el médico se pone en su lugar.

Con estas respuestas corroboramos que en su mayoría los médicos no tienen una actitud de empatía hacia sus pacientes o usuarias.

¿En algún momento cree usted que el doctor se pone en su lugar?

Usuaris que respondieron que SÍ creen que el doctor se pone en su lugar

12. ¿Por qué en cada caso?	Frecuencia	%
Porque él me entiende	27	28%
El Dr. sabe las cosas que pueden pasarme	21	22%
Porque ella me cuenta sus experiencias	11	12%
por ser mujer	9	9%
se identifica con el paciente	7	7%
es obligación del doctor	6	6%
por ser humano	5	5%
Me da ejemplos	5	5%
son más conscientes	2	2%
a cualquiera le puede pasar	1	1%
desea que me mejore	1	1%
Total	95	100%



Interpretación

Usuarías que respondieron que Sí creen que el doctor se pone en su lugar

El 28% respondieron que sí creen que el doctor se pone en su lugar, porque él las entiende, el 22%, respondieron que el doctor sabe las cosas que pueden pasarles (por ser profesionales); el 12% respondieron que sí creen que se ponen en su lugar porque ella (la doctora) les cuenta sus experiencias, el 9% respondieron que sí creen porque es mujer (la doctora), por lo que interpretamos que hay un gran porcentaje que tienen en cuenta el sexo del médico y se ponen en su lugar porque han tenido las mismas experiencias ginecológicas.

Existe un porcentaje representativo de usuarias, que experimentan mayor empatía con los médicos de sexo femenino.

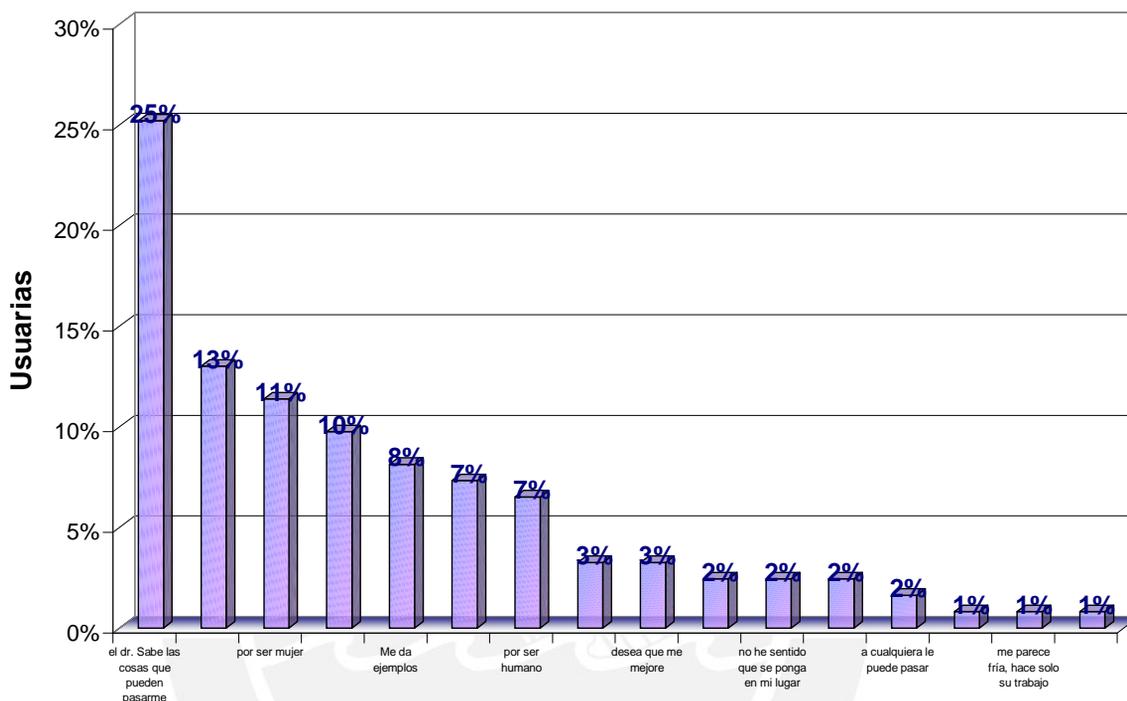


¿En algún momento cree usted que el doctor se pone en su lugar?

Usuaris que respondieron ALGUNAS VECES creen que el doctor se pone en su lugar

12. ¿Por qué en cada caso?	Frecuencia	%
el Dr. Sabe las cosas que pueden pasarme	31	25%
Porque él me entiende	16	13%
Por ser mujer	14	11%
Porque ella me cuenta sus experiencias	12	10%
Me da ejemplos	10	8%
Es obligación del doctor	9	7%
Por ser humano	8	7%
Trata como médico a paciente	4	3%
Desea que me mejore	4	3%
Impersonal, frío, no da confianza	3	2%
No he sentido que se ponga en mi lugar	3	2%
Se identifica con el paciente	3	2%
a cualquiera le puede pasar	2	2%
No toma interés / importancia	1	1%
Me parece fría, hace solo su trabajo	1	1%
No es su función	1	1%
Son más conscientes	1	1%
	123	100%

¿En algún momento, cree usted que el Dr. se pone en su lugar?



Interpretación

Usuarías que respondieron ALGUNAS VECES creen que el doctor se pone en su lugar:

El 25% respondieron que algunas veces creen que el doctor se pone en su lugar porque sabe las cosas que pueden pasarles (por ser profesionales), el 13%, respondieron que el doctor las entiende, el 11% respondieron que sí creen que se ponen en su lugar porque es mujer, el 10% respondieron que sí creen, porque ella (la doctora) les cuenta sus experiencias.

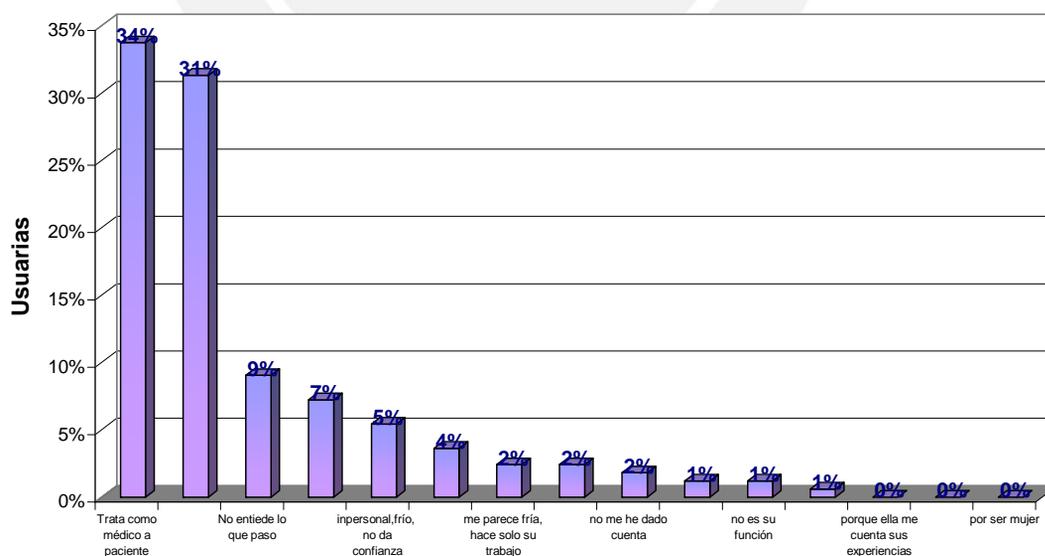
Una vez más confirmamos que las usuarias que respondieron que el doctor se pone en su lugar algunas veces, consideran que el sexo femenino es un factor importante para la empatía en la comunicación.

¿En algún momento cree usted que el doctor se pone en su lugar?

Usuarías que respondieron que NO creen que el doctor se pone en su lugar

12. ¿Por qué en cada caso?	Frecuencia	%
Trata como médico a paciente	56	34%
No he sentido que se ponga en mi lugar	52	31%
No entiende lo que paso	15	9%
Ellos no sienten	12	7%
Impersonal, frío, no da confianza	9	5%
No toma interés / importancia	6	4%
Me parece fría, hace sólo su trabajo	4	2%
es obligación del doctor	4	2%
no me he dado cuenta	3	2%
no, te recomendarían algo mejor	2	1%
no es su función	2	1%
sufriría con cada caso	1	1%
Total	166	100%

¿En algún momento, cree usted que el Dr. se pone en su lugar?



Interpretación

Usuarías que respondieron que NO creen que el doctor se pone en su lugar

El 34% respondieron que no creen que el doctor se ponga en su lugar porque las tratan como médico a paciente, es decir de profesional a paciente; el 31% han percibido que el médico no se pone en su lugar; el 9% respondieron que no entiende lo que ellas pasan, atribuyendo esta respuesta al sexo del médico (por ser hombre), el 7% respondieron que los médicos no sienten, es decir han perdido sensibilidad debido al tipo de trabajo.

COMENTARIOS SOBRE LA INTERPRETACION A LAS PREGUNTAS DEL OBJETIVO 2:

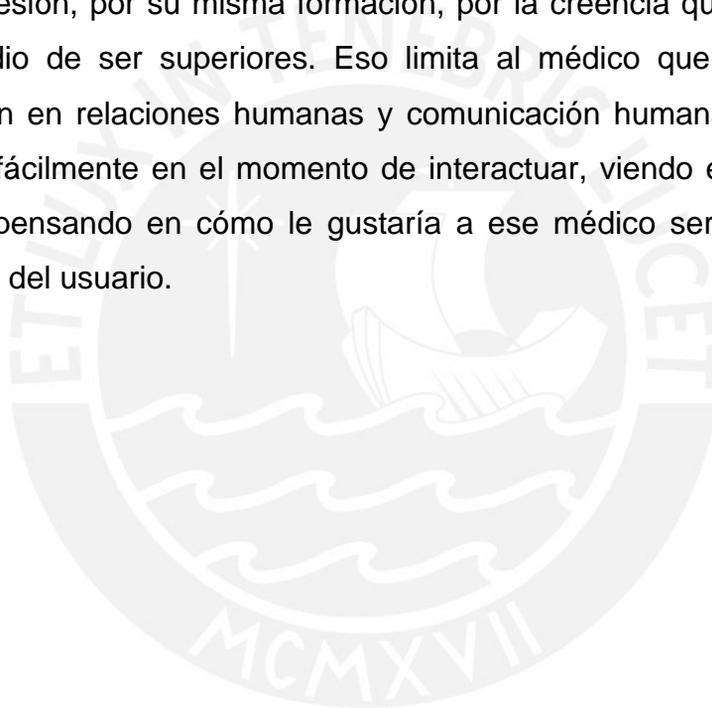
- ✚ Para analizar y poder medir el nivel de nuestra segunda variable: La empatía, desarrollamos seis preguntas dirigidas a la usuaria, cada una de ellas aportaría un resultado que nos permita medir el nivel de percepción de la usuaria sobre la empatía del médico en la comunicación dada en la consulta externa de gineco obstetricia.
- ✚ El grado de empatía que percibe la usuaria es un factor importante de la comunicación. Podemos decir que a mayor empatía de parte del médico hacia la usuaria mayor será el grado de confianza que tenga ella hacia el médico.
- ✚ Para tener una mejor comunicación, el profesional de la salud debe ponerse en el lugar de la paciente, esta variable es percibida por la usuaria a través de algunas manifestaciones de parte del médico. Es así como la usuaria puede medir el grado de empatía si es que el doctor le pregunta sobre temas de actualidad, personales o distintos al problema de salud que la trae al hospital, temas manejados por ambas partes (profesional – usuaria). La mayoría de

médicos se centra inmediatamente en el caso médico, no hay una preocupación de parte de ellos para agradar, ponerse a su nivel, interactuar a la par con sus pacientes. Puede deberse esta situación al poco tiempo del que disponen algunos médicos a la hora de la consulta, pero no hay ninguna justificación para ello, lo mejor es lograr una buena empatía para hacer más provechosa la consulta y que la usuaria quede satisfecha y aumente su confianza.

- ✚ La empatía se manifiesta también en el grado de cómo la usuaria ve a su médico, es decir si ella siente que es de su mismo agrado, y se ve reflejado en si lo considera como un amigo. La usuaria no percibe la empatía de igual forma como lo es la amistad, a pesar de que no existe empatía de parte del médico hacia la usuaria, ellas lo consideran amigo, pues la necesidad de recuperar su dolencia hace que lo consideren amigo por características propias e inherentes de la usuaria por querer curarse o continuar sus consultas en dicho Hospital.
- ✚ Para ahondar más en este aspecto, en esta parte de la encuesta se realizó una pregunta abierta, que dejó a libre opinión el porqué consideraban amigo al médico, por lo que podemos comprobar que la empatía se relaciona directamente con la confianza, la usuaria percibe al médico como amigo, cuando éste le da confianza y no lo consideran amigo porque no lo conocen, se limitan al problema puntual de salud y porque no les dan confianza.
- ✚ Comprobamos una vez más preguntando a las usuarias directamente sobre la empatía percibida (¿Cree usted que el doctor se pone en su lugar?), sólo el 25% lo cree afirmativo, percibe que el médico se pone en su lugar, porque el médico las entiende, saben lo que les pueda pasar (por ser profesionales) y porque es mujer.
- ✚ Aquí, el sexo del médico es un factor importante en este servicio de gineco obstetricia, muchas veces las usuarias manifestaron que preferirían que el profesional que las revise, sea de sexo femenino, porque ellas saben mejor las cosas que les pasa a las mujeres (ginecológicas). Dato importante de tomar en

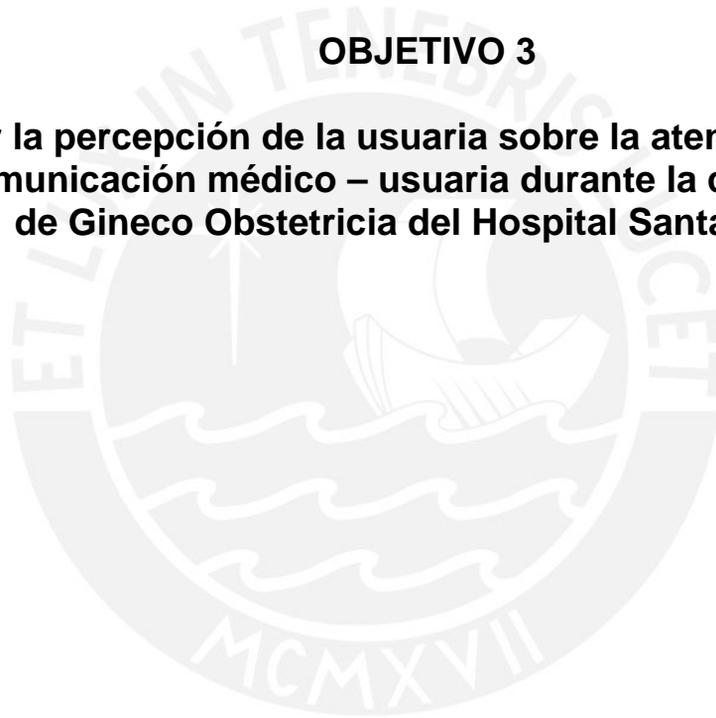
cuenta para la satisfacción de un sector de las usuarias que se sienten más identificadas cuando son atendidas por médicos mujeres.

- ✚ Las usuarias que no creen que el médico se pone en su lugar, manifestaron que el médico (hombre) no sabe lo que les pasa, él no las entiende, trata como médico a paciente o simplemente no perciben que el médico se haya puesto en su lugar, no les da confianza.
- ✚ En la mayoría de los casos el médico se siente superior al paciente, por tener una profesión, por su misma formación, por la creencia que se forman en aulas de estudio de ser superiores. Eso limita al médico que no tiene una buena formación en relaciones humanas y comunicación humana para desenvolverse mejor y fácilmente en el momento de interactuar, viendo el lado humano de su emisor, pensando en cómo le gustaría a ese médico ser tratado en la misma situación del usuario.



OBJETIVO 3

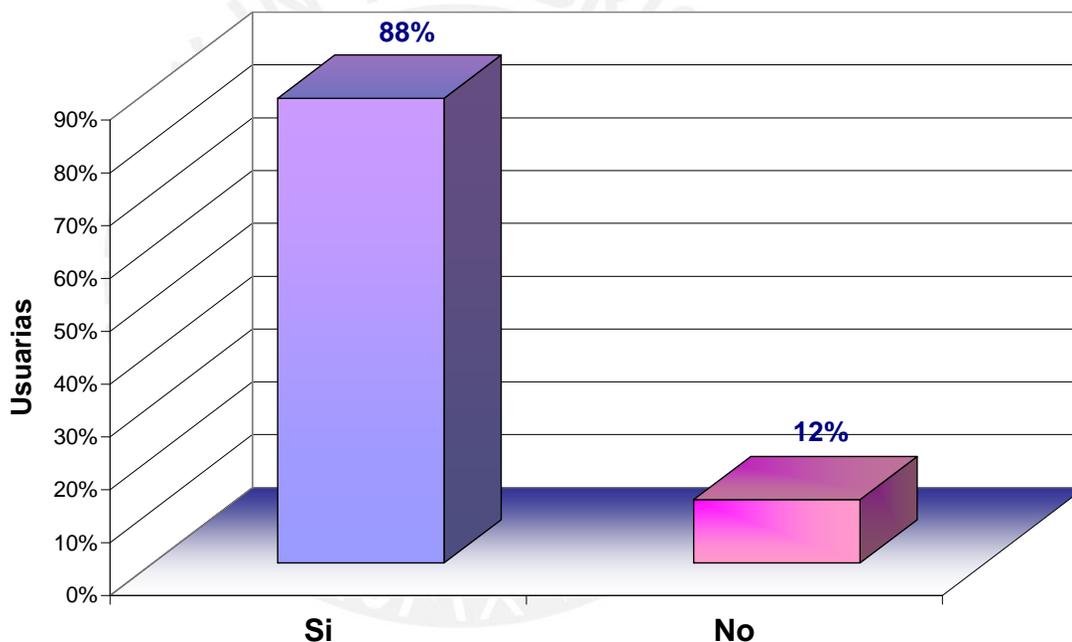
Conocer la percepción de la usuaria sobre la atención que brinda en la comunicación médico – usuaria durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.



¿Mientras usted hablaba el doctor generalmente la escuchaba atentamente?

14. ¿Mientras usted hablaba el doctor generalmente la escuchaba atentamente?	Frecuencia	%
Sí	336	88%
No	48	12%
Total	384	100%

¿Mientras usted hablaba el Dr. generalmente la escuchaba atentamente?



Interpretación

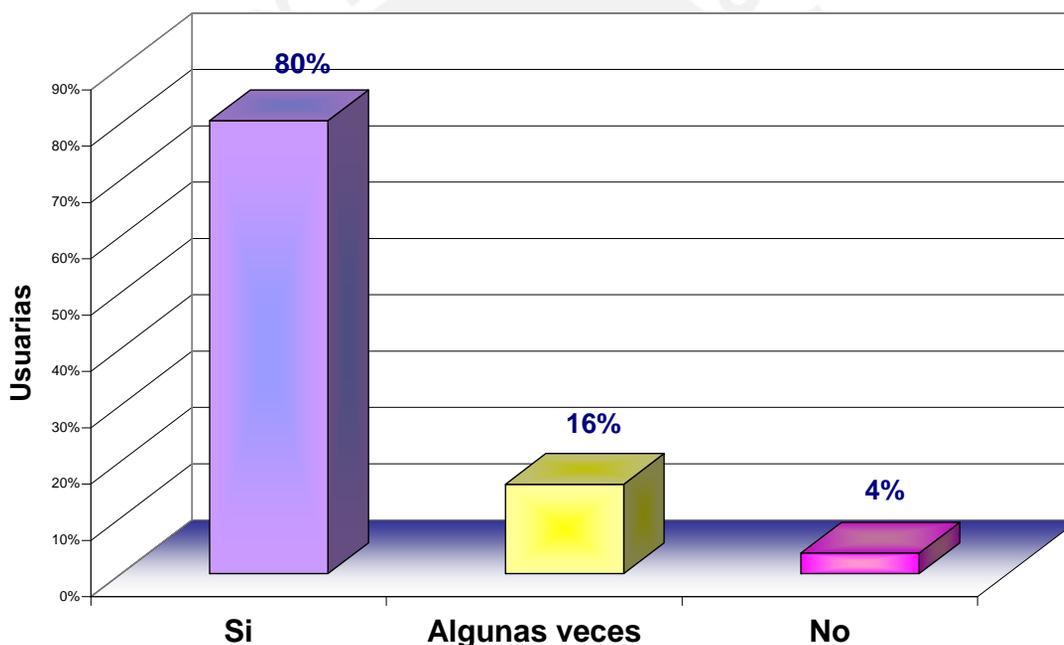
La mayoría de las usuarias: el 88% manifestaron que mientras ellas hablaban el médico generalmente las escuchaba atentamente, frente a un 12% que respondieron que el médico no las escuchaba atentamente mientras ellas hablaban.

Existe un peligroso 12% de usuarias que manifiestan no ser escuchadas atentamente por los médicos.

¿Mientras describía sus síntomas, el doctor escribía o anotaba los datos en la historia clínica?

16. ¿Mientras describía sus síntomas, el doctor escribía o anotaba los datos en la historia clínica?	Frecuencia	%
Sí	309	80%
Algunas veces	61	16%
No	14	4%
Total	384	100%

¿Mientras describía sus síntomas, el Dr. describía o anotaba los datos en la historia clínica?



Interpretación

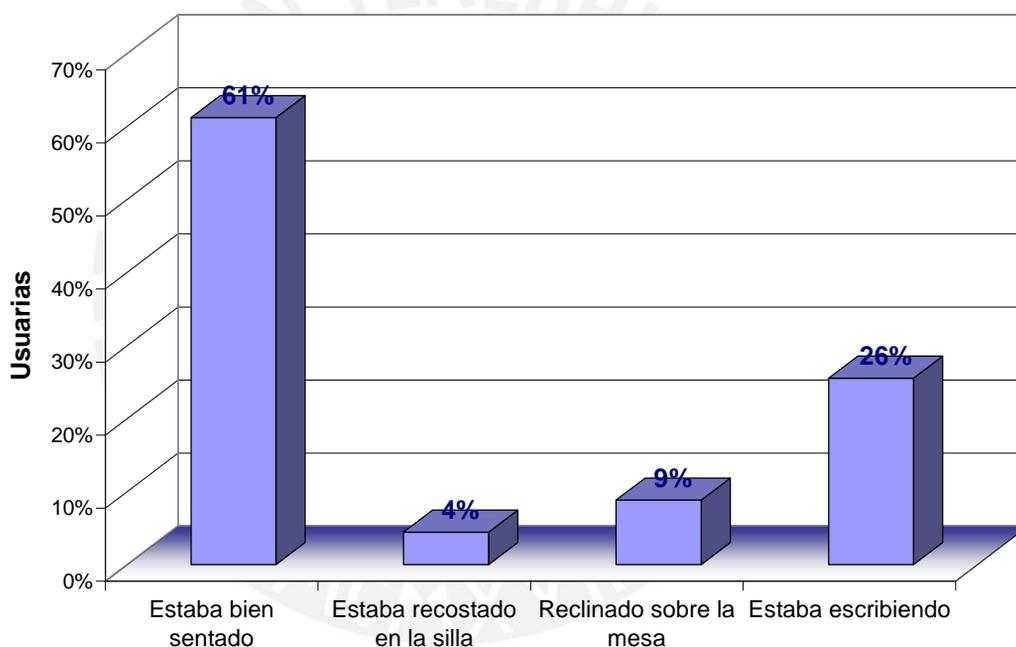
La mayoría de las usuarias: el 80% manifestaron que mientras describían sus síntomas el doctor sí anotaba los datos en su historia clínica, el 16%, manifestaron que algunas veces los médicos anotaban en la historia y el 4% respondieron que los médicos no anotaban los datos en la historia clínica.

La suma de las respuestas: Algunas Veces y No que representan el 20% proyectan una situación crítica de procedimiento clínico – médico errado porque se considera que toda la información debe ser asentada en la historia clínica, por el grado de importancia que pueda cobrar en su momento.

En cuanto a la postura del médico, el:

17. En cuanto a la postura del médico, el:	Frecuencia	%
Estaba bien sentado	235	61%
Estaba recostado en la silla	17	4%
Reclinado sobre la mesa	34	9%
Estaba escribiendo	98	26%
Total	384	100%

En cuánto a la postura del médico, él:



Interpretación

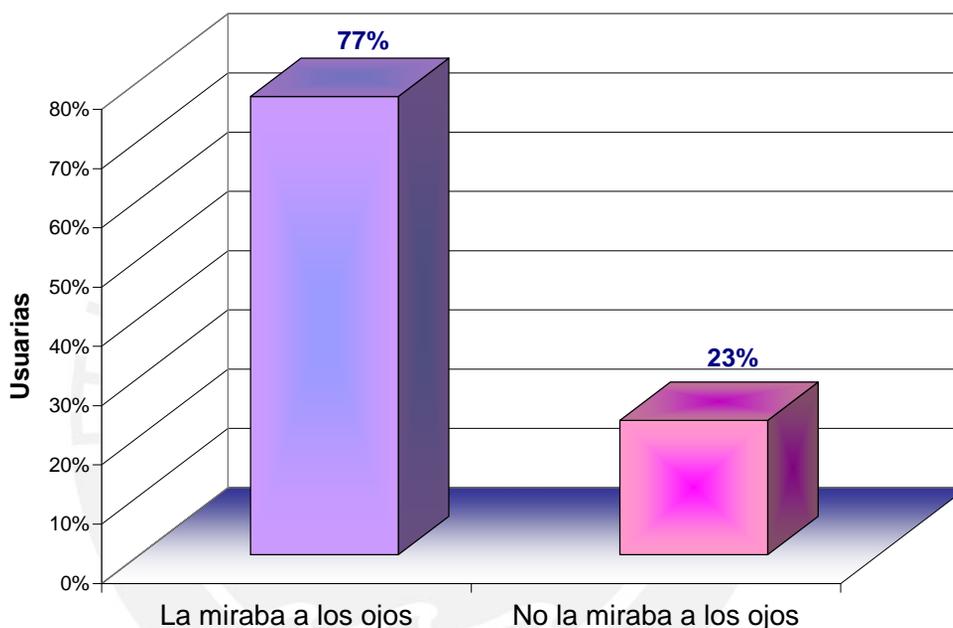
La mayoría de las usuarias: el 61% manifestaron que en cuanto a la postura del médico, que éstos estaban bien sentados en el momento que las atendía, el 26% respondieron que generalmente la postura del médico era que estaba escribiendo, el 4% manifestaron que el médico estaba recostado en la silla y el 9% respondieron que la postura del médico era que estaba reclinado sobre la mesa.

La suma de estas dos últimas respuestas: el 13% reflejan una peligrosa actitud del médico que hace que se reduzca la potencialidad comunicadora no verbal percibida por las usuarias.

Cuando el doctor le hablaba, generalmente él:

19. Cuando el doctor le hablaba, generalmente él:	Frecuencia	%
La miraba a los ojos	297	77%
No la miraba a los ojos	87	23%
Total	384	100%

Cuando el Dr. le hablaba, generalmente él:



Interpretación

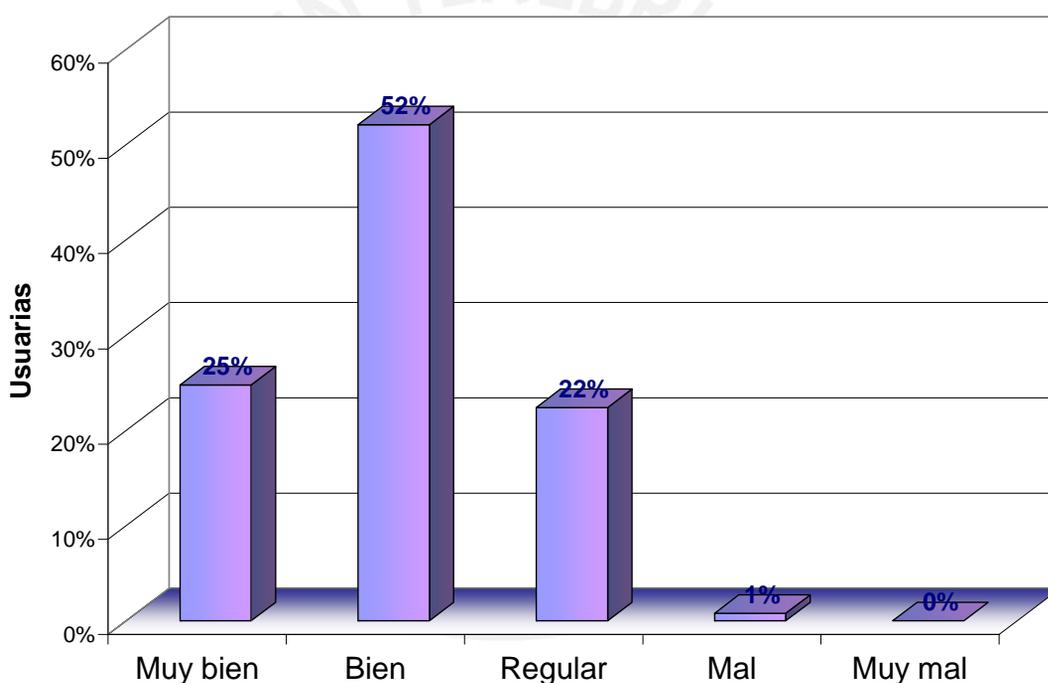
La mayoría de las usuarias: el 77% respondieron que el doctor cuando les habla generalmente las miraban a los ojos, el 23% manifestaron que el médico que las atendió cuando les hablaba no la miraba a los ojos.

Existe un preocupante 23% de usuarias que se sienten mal y menospreciadas cuando el médico generalmente no las mira a los ojos cuando éste le habla.

¿En general durante la consulta cómo la trató el doctor?

20. ¿En general durante la consulta cómo la trató el doctor?	Frecuencia	%
Muy bien	95	25%
Bien	200	52%
Regular	86	22%
Mal	3	1%
Muy mal	0	0%
Total	384	100%

En general durante la consulta, ¿Cómo la trato el Dr.?



Interpretación

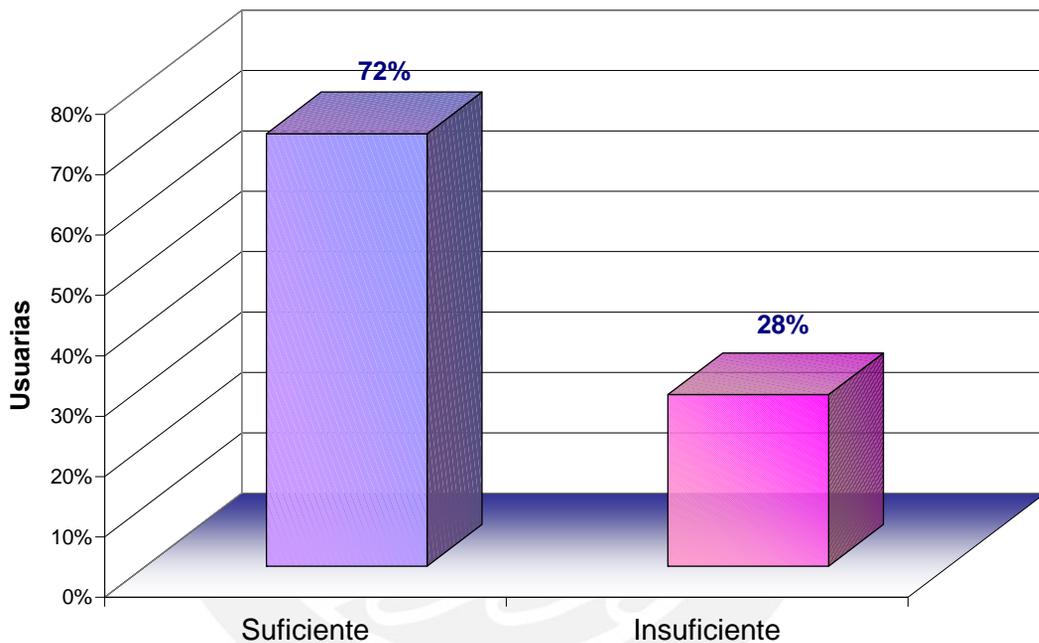
El 25 % manifestaron que en general los médicos durante la consulta las trataron muy bien, el 52% respondieron que las trataron bien, el 22% respondieron que los médicos las trataron regular y el 1% que las trataron mal.

El 23% de las usuarias manifestaron peligrosamente que las trataron: Regular y Mal, indicador que sumado al pequeño 25% que manifiestan que las trataron Muy bien, no consolida suficientemente el 52% que respondieron que las trataron Bien.

¿El tiempo que duró la consulta le pareció?

26. ¿El tiempo que duró la consulta le pareció?	Frecuencia	%
Suficiente	275	72%
Insuficiente	109	28%
Total	384	100%

¿El tiempo que duró la consulta le pareció?



Interpretación

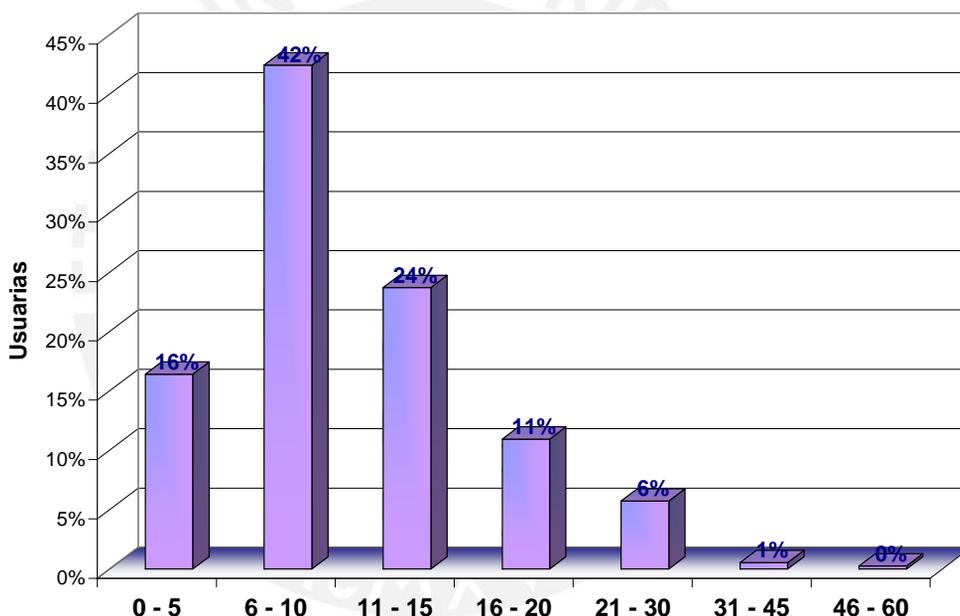
La mayoría de las usuarias, el 72% manifestaron que el tiempo que duró sus consultas les pareció Suficiente, el 28% respondieron que el tiempo les pareció Insuficiente, interpretamos que este último porcentaje es peligroso, ya que las usuarias quedan insatisfechas al no concretarse el objetivo comunicacional de aprecio.

¿Cuánto tiempo calcula usted que duró su consulta?

Promedio 12,5338542

Intervalos	Frecuencia	%
0 - 5	63	16%
6 - 10	163	42%
11 - 15	91	24%
16 - 20	42	11%
21 - 30	22	6%
31 - 45	2	1%
46 - 60	1	0%
Total	384	100%

¿Cuánto tiempo calcula usted que duró su consulta?



Interpretación

El promedio de duración de la consulta de Gineco Obstetricia es de 12 minutos y medio.

El 42% de las usuarias, manifestaron que su consulta duró de 6 a 10 minutos, el 24% respondieron que su consulta duró de 11 a 15 minutos, el 16% manifestaron que su consulta duró menos de 6 minutos, el 11% respondieron que duró de 16 a 20 minutos y el 6% respondieron que su consulta duró de 21 a 30 minutos.

De acuerdo al anterior cuadro existe un porcentaje mayor de usuarias que manifiestan su conformidad por el tiempo empleado, hecho que se consolidaría definitivamente en caso de elevar el promedio real de 12.5 minutos al intervalo de duración de 12.5 a 15 minutos de duración de consulta.

COMENTARIOS SOBRE LA INTERPRETACION A LAS PREGUNTAS DEL OBJETIVO 3:

- ✚ Para analizar y poder medir el nivel de nuestra tercera variable: La atención, desarrollamos siete preguntas dirigidas a la usuaria, cada una de ellas aportaría un resultado que nos permita medir el nivel de percepción de la usuaria sobre la atención del médico en la comunicación dada en la consulta externa de gineco obstetricia.
- ✚ La atención se puede manifestar de diferentes formas, nosotros elegimos algunas para medir la percepción de la atención brindada por el médico hacia las usuarias, es decir mediante la comunicación verbal y no verbal, nos atienden cuando nos escuchan, cuando percibimos que se preocupan por uno, cuando hace movimientos corporales, la postura en el momento en el que se dirigen hacia nosotras, cuando nos miran a los ojos cuando hablamos y de acuerdo al tiempo que nos brindan en el momento de la consulta.
- ✚ Existe un 12% de usuarias que perciben que el médico no las escucha cuando ellas hablan, muy preocupante por cierto, ya que podemos comprobar que no solo no se preocupan por ser comprendidos sino que tampoco se preocupan en atender es decir, prestarle atención a la usuaria cuando estos interactúan en la comunicación dada.
- ✚ Hay un 20% de usuarias que perciben que el médico ni siquiera escribe en la historia clínica, luego de ser escuchadas, los datos importantes de su descripción de sus síntomas, lo cual es muy preocupante, ya que los médicos deberían anotar toda información que puede cobrar importancia en determinado momento.
- ✚ En cuanto a la postura del médico, manifestación corporal que comunica, existe un 13% que no guarda una postura corporal que sea de atención a la usuaria, por el contrario, éstos están recostados en las sillas o reclinados en la mesa. Se entiende que la mayoría estén bien sentados o escribiendo que es lo correcto en

una comunicación de este tipo de acuerdo al contexto que tenemos en una consulta médica.

- ✚ Si hablamos de atención, la percepción sobre ésta es fácilmente ubicada cuándo nuestro interlocutor nos mira a los ojos cuando hablamos, en este caso el 23% de médicos no lo hace. Debería avocarse a prestarle atención a la usuaria, ya que éstas se sienten anímicamente mal y menospreciadas por ellos (los médicos).
- ✚ En este momento de la encuesta se hizo una pregunta en la cual las usuarias tenían que hacer una valoración del trato del médico hacia ellas en cuanto a la atención brindada por ellos, y obtuvimos como resultados que el 25% de ellas manifestaron que fueron tratadas de regular a mal. La atención que les brindan los médicos hacia ellas, hace que éstas evalúen dicho factor de manera negativa.
- ✚ Otro elemento importante es el tiempo de duración de la consulta, en la que la usuaria percibe de acuerdo a ello, si la atención es buena o mala e incrementa o no la mejoría de la comunicación. 28% de las usuarias perciben que el tiempo ofrecido para su consulta es insuficiente, quedan insatisfechas en su acción comunicacional con el médico.
- ✚ El promedio del tiempo otorgado es de 12 minutos y medio, sería conveniente y de acuerdo a estos resultados la ampliación del promedio de tiempo en la atención a la usuaria, si persiste la absolución de las dudas por parte de la usuaria; no habría ningún problema de tiempo si el médico conociera y diera mayor importancia a los factores que intervienen en la comunicación para lograr una comunicación exitosa.

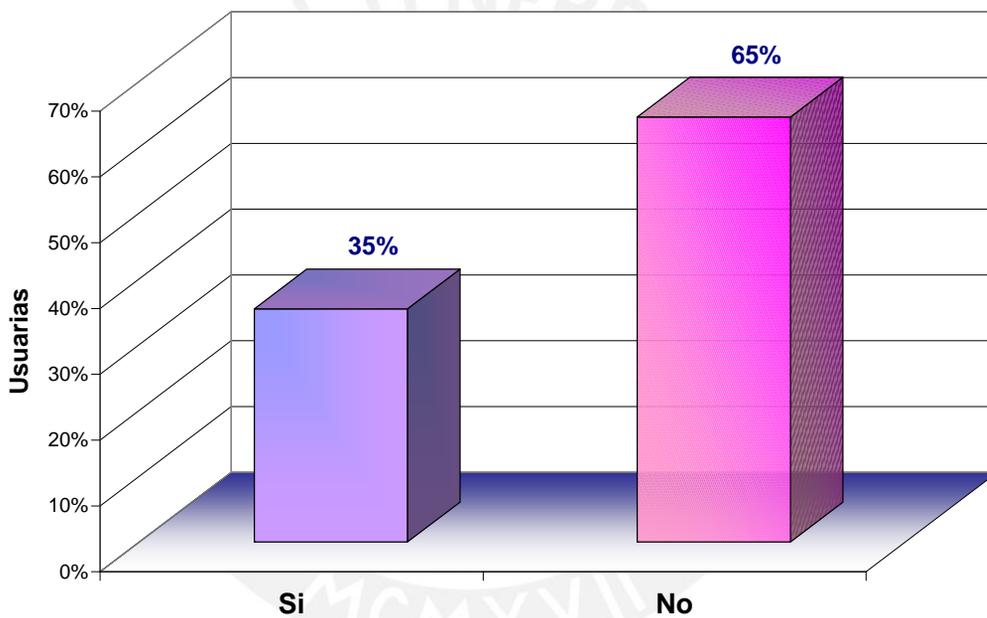
OBJETIVO 4

Conocer la percepción de la usuaria sobre el aprecio que muestra en la comunicación en la relación médico – usuaria durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.

¿El doctor la elogió por haber acudido a la consulta?

15. ¿El doctor la elogió por haber acudido a la consulta?	Frecuencia	%
Sí	136	35%
No	248	65%
Total	384	100%

¿El Dr. la elogió por haber acudido a la consulta?



Interpretación

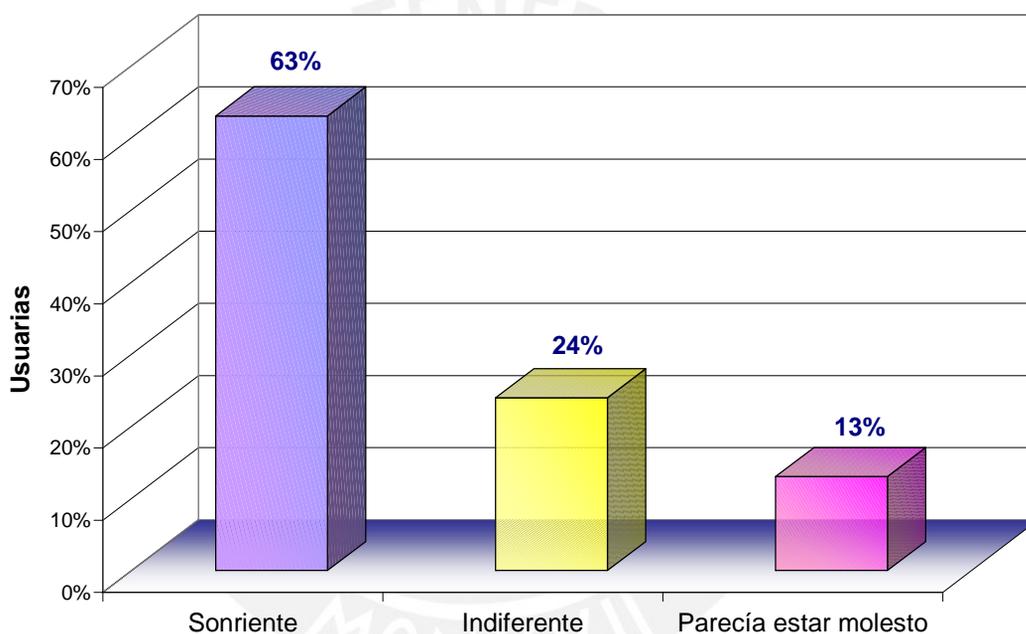
El 65% de las usuarias, manifestaron que el doctor no las elogió por haber acudido a la consulta, entendiendo que la visita al médico debiera ser algo regular, pero como vía del mejoramiento del aprecio y por ende la mejor comunicación médico – paciente éste debiera elogiar a la paciente.

El 35%, respondieron que sí las elogiaron por haber acudido a la consulta, Indicador que debe seguramente mejorar.

El médico generalmente estaba

18. El médico generalmente estaba	Frecuencia	%
Sonriente	242	63%
Indiferente	92	24%
Parecía estar molesto	50	13%
Total	384	100%

El médico generalmente estaba:



Interpretación

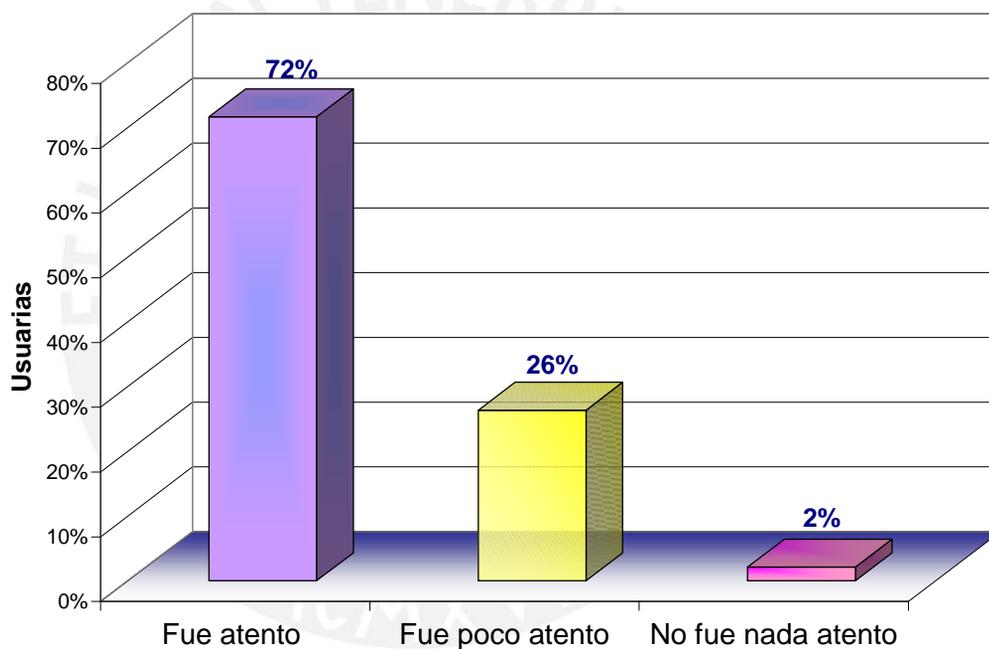
El 63 % de las usuarias, manifestaron que los médicos que las atendieron generalmente estaban sonrientes, el 24% manifestaron que ellos se mostraban indiferentes y el 13% respondieron que los médicos que las atendieron parecían estar molestos.

La primera variable es un excelente factor que consolida el aprecio y mejora la comunicación, pero si sumamos las apreciaciones de Indiferente y Parecía estar molesto, nos acercamos a un preocupante 37%.

Cuándo ingresó al consultorio, el doctor

21. Cuándo ingresó al consultorio, el doctor:	Frecuencia	%
Fue atento	275	72%
Fue poco atento	101	26%
No fue nada atento	8	2%
Total	384	100%

Cuándo ingreso al consultorio, el Dr.:



Interpretación

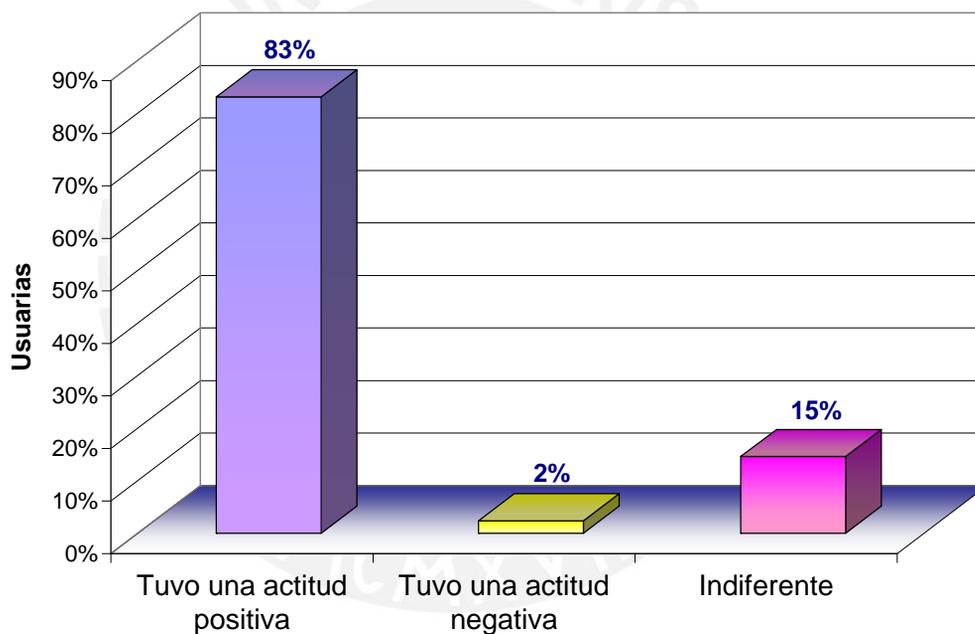
La mayoría de las usuarias: el 72% manifestaron que cuando ingresaron al consultorio el doctor fue atento, el 26% respondieron que los médicos fueron poco atentos y el 2% respondieron que los médicos no fueron nada atentos.

Existe un 28% de usuarias que tienen una percepción de los médicos, en cuanto a su atención con ellas, negativa.

¿Cuál fue la actitud del doctor durante la consulta?

22. ¿Cuál fue la actitud del doctor durante la consulta?	Frecuencia	%
Tuvo una actitud positiva	319	83%
Tuvo una actitud negativa	9	2%
Indiferente	56	15%
Total	384	100%

¿Cuál fue la actitud del Dr. durante la consulta?



Interpretación

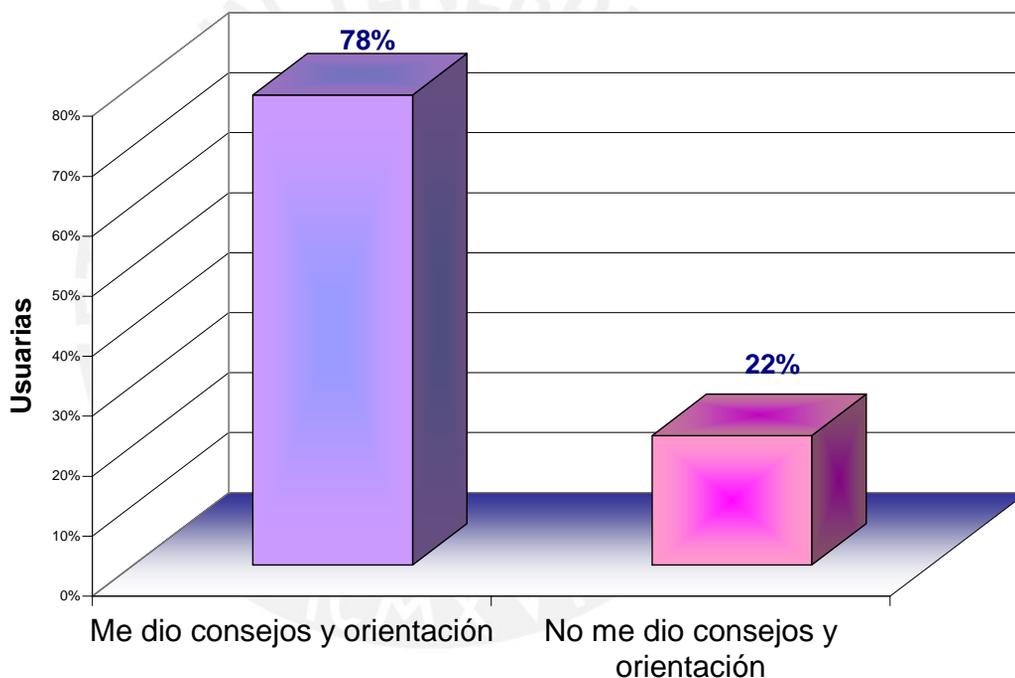
La mayoría de las usuarias: el 83% respondieron que la actitud del médico durante la consulta fue positiva, el 15% manifestaron que los médicos fueron indiferentes y solo 9 de ellas que representan el 2% respondieron que los médicos tuvieron una actitud negativa.

Existe un 17% altamente conflictivo para construir el aprecio entre el médico y su paciente.

¿El doctor le dio consejos y orientación al final de la consulta?

23. ¿El doctor le dio consejos y orientación al final de la consulta?	Frecuencia	%
Me dio consejos y orientación	301	78%
No me dio consejos y orientación	83	22%
Total	384	100%

¿El Dr. le dió consejos y orientación al final de la consulta?



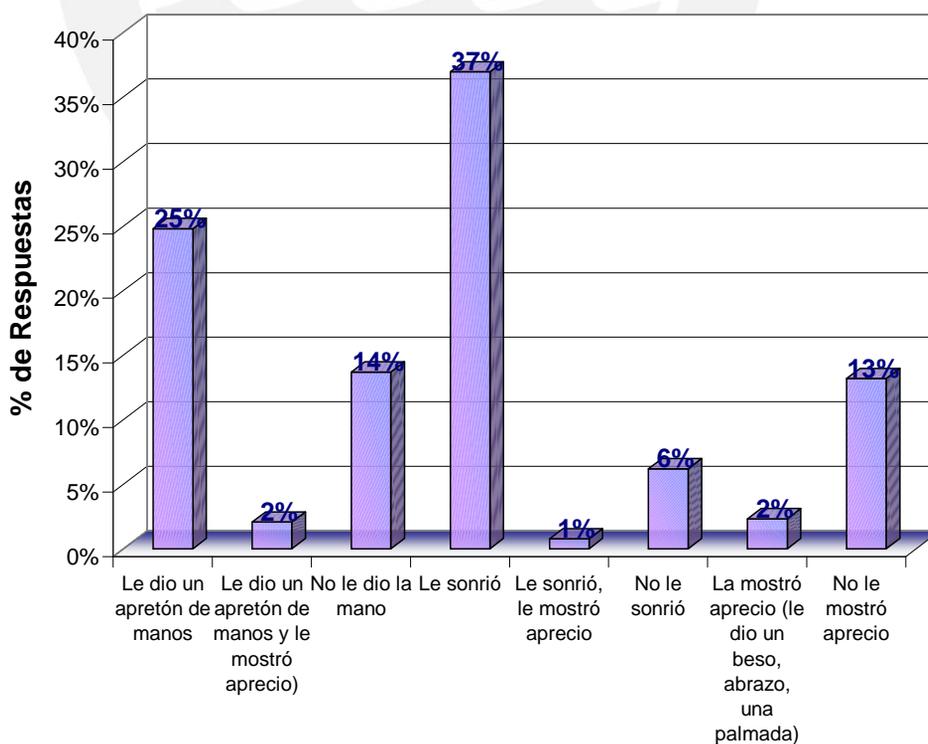
Interpretación

La mayoría de las usuarias: el 78% manifestaron que el doctor sí les dio consejos y orientación al final de la consulta, el 22% respondieron que los médicos no les dieron consejos y orientación, lo cual pudiera ser altamente negativo para el logro del objetivo de la variable aprecio.

¿Cuándo usted se retira del consultorio, al momento de despedirse el doctor:

24. ¿Cuándo usted se retira del consultorio, al momento de despedirse el doctor:	Frecuencia	%
Le dio un apretón de manos	96	25%
Le dio un apretón de manos y le mostró aprecio)	8	2%
No le dio la mano	53	14%
Le sonrió	143	37%
Le sonrió, le mostró aprecio	3	1%
No le sonrió	24	6%
La mostró aprecio (le dio un beso, abrazo, una palmada)	9	2%
No le mostró aprecio	51	13%
	387	100%

¿Cuándo usted se retira del consultorio, al momento de despedirse el doctor:



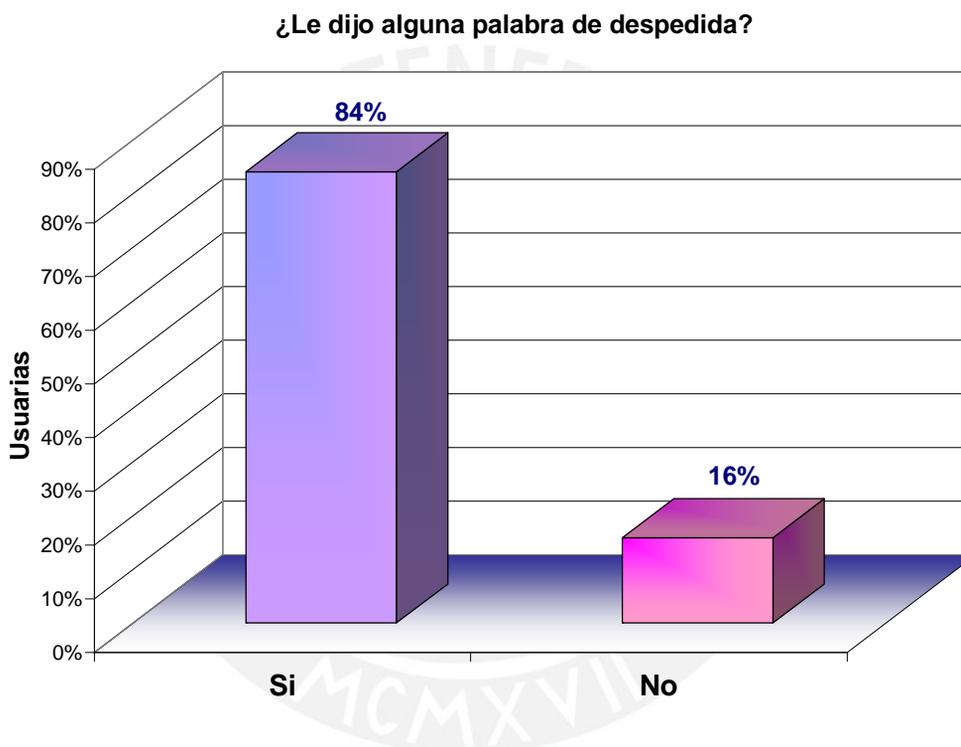
Interpretación

Sumando las muestras de aprecio y de no aprecio de parte del médico hacia la usuaria, podemos afirmar que un 67% de los médicos les muestran aprecio a las usuarias mediante distintas expresiones no verbales de afecto como un apretón de manos, una sonrisa, un beso, etc.; y un 33% del total de la muestra manifestaron que los médicos no les demostraron aprecio, siendo éste último porcentaje muy negativo para la comunicación médico – paciente.



¿ Le dijo alguna palabra de despedida (chau, hasta luego)?

25. Le dijo alguna palabra de despedida (chau, hasta luego)	Frecuencia	%
Sí	323	84%
No	61	16%
Total	384	100%



Interpretación

La mayoría de las usuarias: el 84% manifestaron que el médico les dijo alguna palabra de despedida, el 16% respondieron que los médicos que las atendieron no les dijeron ninguna palabra de despedida, siendo éste último porcentaje singularmente peligroso para la comunicación médico – paciente, en busca del aprecio.

COMENTARIOS SOBRE LA INTERPRETACION A LAS PREGUNTAS DEL OBJETIVO 4:

- ✚ Para analizar y poder medir el nivel de nuestra cuarta variable: el aprecio, desarrollamos siete preguntas dirigidas a la usuaria, cada una de ellas aportaría un resultado que nos permita medir el nivel de percepción de la usuaria sobre el aprecio del médico en la comunicación dada en la consulta externa de gineco obstetricia.
- ✚ El aprecio es otro factor importante que interviene en la comunicación interpersonal, en nuestra investigación elegimos algunos elementos que manifiestas muestras de aprecio a la hora de interactuar con la usuaria, como elogiar a la paciente cuando acude a la consulta, ser cortés mediante una sonrisa, ser atento (en la medida que la usuaria lo perciba como muestra de aprecio); el aprecio además se manifiesta con actitudes, como ser positivos, dando consejos y orientación; así como con manifestaciones verbales y no verbales de aprecio al momento de despedirse.
- ✚ El elogiar a la paciente es una forma de demostrar aprecio, en la investigación los resultados para esta variable fueron muy desalentadores, ya que el 65% manifestaron que no fueron elogiadas por el médico, al contrario en muchos casos los médicos les llaman la atención por no acudir al hospital, haciéndolas sentir mal y despreciadas. Al hacer esto al inicio de una comunicación, obviamente es desfavorable para la interacción.
- ✚ Una manifestación de aprecio a las usuarias es el ser cortés, y de acuerdo a las reglas de cortesía, la sonrisa es muy importante para mejorar toda comunicación cara a cara. Encontramos un desalentador 37% de usuarias manifestaron que el doctor generalmente estaba indiferente o molesto.

- ✚ Podemos apreciar que la sonrisa es algo innato, propio, no se aprende, es un elemento propio de la persona, por lo que ayuda inconscientemente a mejorar la comunicación, demostrando así aprecio a nuestro interlocutor.
- ✚ El ser atento es parte de la manifestación de aprecio, el 28% de las usuarias manifestaron que la atención del médico hacia ellas era negativa. (Entiéndase que atención forma parte de las manifestaciones de aprecio).
- ✚ El 17% de usuarias manifestó que la actitud del médico durante la consulta era negativa o indiferente. Podemos decir que la actitud ante una usuaria en una interacción interpersonal siempre debiera ser positiva a pesar del estado de enfermedad del paciente. Pero ninguna de nuestras usuarias tenían tal gravedad, ya que la investigación se ha desarrollado en un servicio de consulta externa, por lo que los casos graves generalmente se encuentran internadas y con la dedicación que debe merecer cada caso de enfermedad.
- ✚ Si el médico quisiera demostrar aprecio, y supiera cómo hacerlo, podría en un 100% dar algún consejo u orientación a la usuaria. Lamentablemente el 22% de las usuarias percibieron que en el momento de la consulta y la comunicación propiamente dicha, éste no les dio ningún consejo u orientación.
- ✚ Una vez más vemos la importancia de estos factores al momento de la comunicación interpersonal, toda vez que cada una de las variables se interrelacionan para mejorar o empeorar la comunicación interpersonal.
- ✚ Mediante expresiones no verbales los médicos pueden manifestar muestras de aprecio, pero el 33% percibió que éstos no le demostraron aprecio por falta de actitudes, siendo esto muy negativo para la comunicación.
- ✚ Pese a las expresiones verbales, sin embargo sólo existe un 16% de usuarias que no percibieron una palabra de despedida, que acompaña a la expresión no verbal anterior citada.

- Las muestras de aprecio son un factor importante, para mejorar la comunicación interpersonal, éste ayuda y se relaciona también con la confianza que pueda percibir la usuaria dependiendo de la evaluación del aprecio que perciba ella en la interacción.



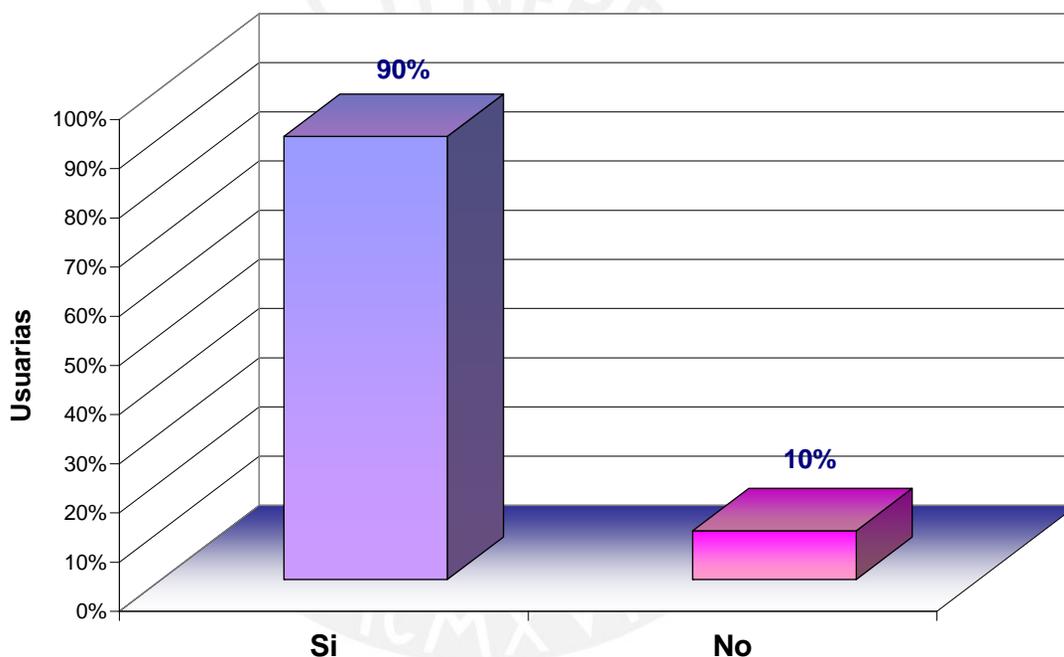
OBJETIVO 5

Conocer la percepción de la usuaria sobre las normas de respeto que utiliza en la comunicación médico – usuaria durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.

¿Al ingresar usted al consultorio, el doctor la saludo?

28. ¿Al ingresar usted al consultorio, el doctor la saludó?	Frecuencia	%
Sí	346	90%
No	38	10%
Total	384	100%

Al ingresar usted al consultorio, ¿El Dr. la saludo?



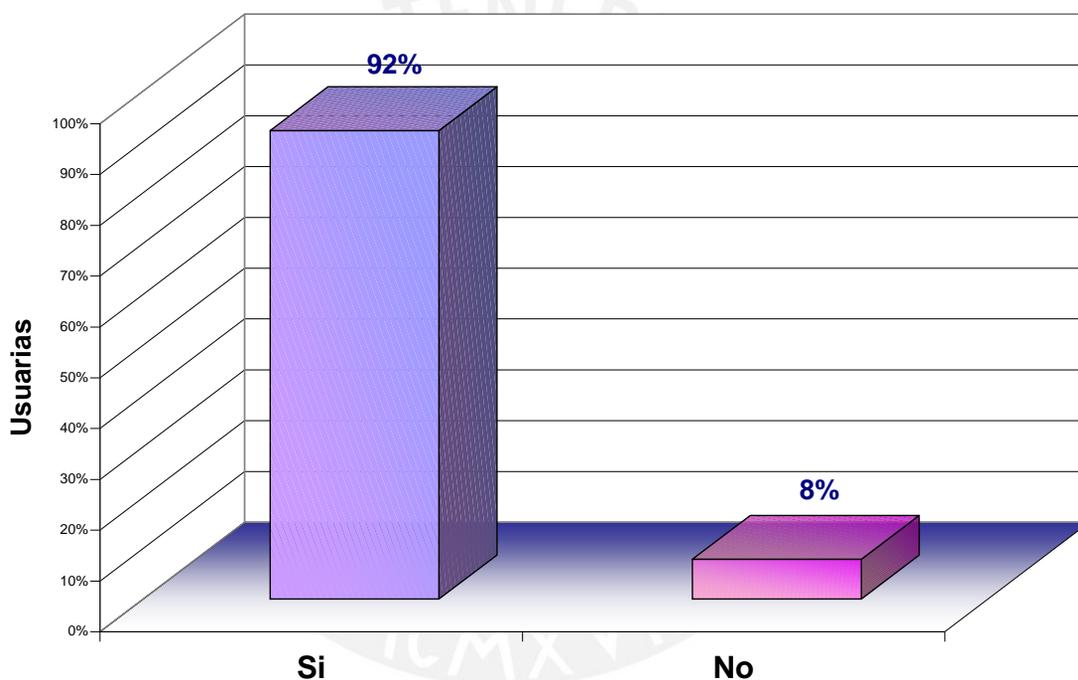
Interpretación

La gran mayoría de las usuarias: el 90% manifestaron que el médico que las atendió cuando ellas ingresaron al consultorio sí las saludó, el 10% respondieron que el doctor no las saludó cuando ingresaron al consultorio, este último porcentaje pudiera no ser significativo, pero sí lo es, ya que buscamos que en su totalidad los médicos demuestren respeto a las usuarias.

¿El doctor la invitó a tomar asiento?

29. ¿El doctor la invitó a tomar asiento?	Frecuencia	%
Sí	354	92%
No	30	8%
Total	384	100%

¿El Dr. la invitó a tomar asiento?



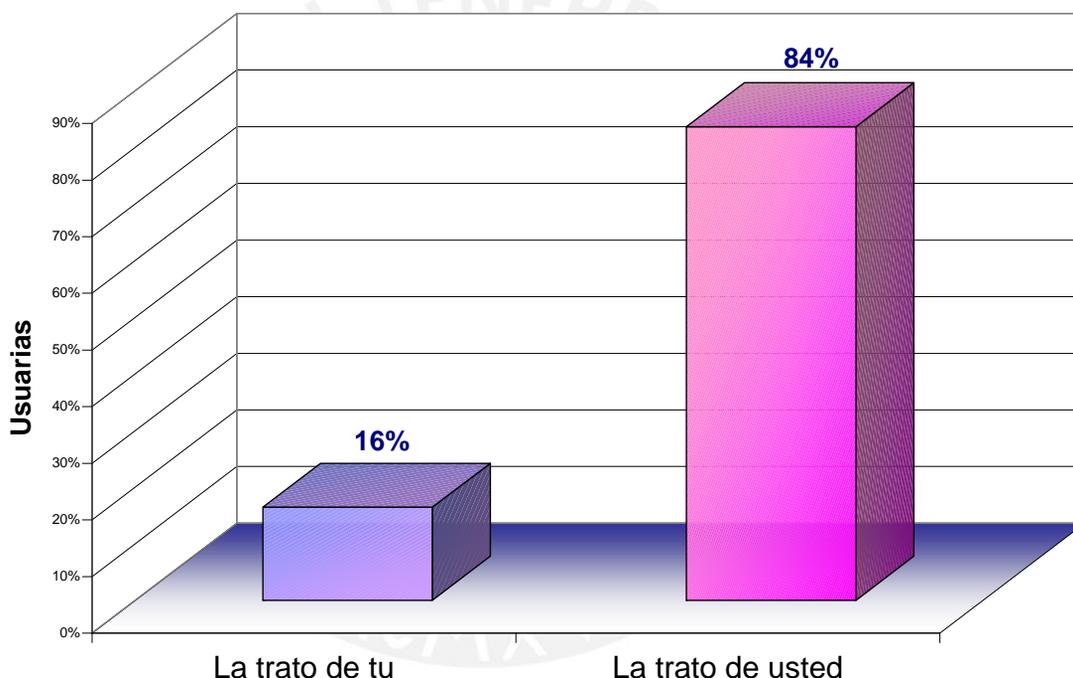
Interpretación

La mayoría de las usuarias, el 92% respondieron que el doctor las invitó a tomar asiento, sólo el 8% respondieron que el doctor que las atendió no las invitó a tomar asiento, por lo que plasmamos nuestra inquietud en busca del mejoramiento de la comunicación mediante el uso adecuado de las normas de respeto.

¿Como la trató el médico?

30. ¿Como la trató el médico?	Frecuencia	%
La trato de tú	63	16%
La trato de usted	321	84%
Total	384	100%

¿Cómo la trató el médico?

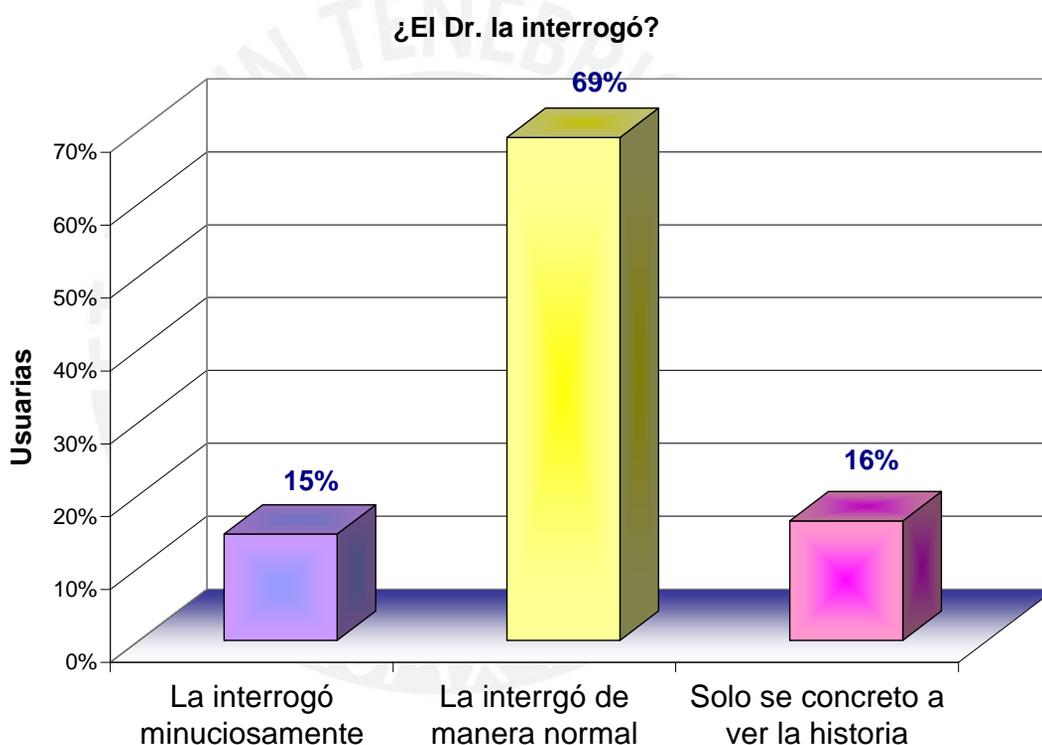


Interpretación

La mayoría de las usuarias, el 84% respondieron que el médico las trato de usted, el 16% manifestaron que el médico las trató de tú, éste último porcentaje evidencia que existen médicos que no demuestran el debido respeto a las usuarias. Creemos que el respeto se logra con una acción comunicadora global de expresiones y acciones logrando una óptima comunicación entre ellos.

¿El doctor la interrogó?

31. ¿El doctor la interrogó?	Frecuencia	%
La interrogó minuciosamente	56	15%
La interrogó de manera normal	265	69%
Sólo se concretó a ver la historia	63	16%
Total	384	100%



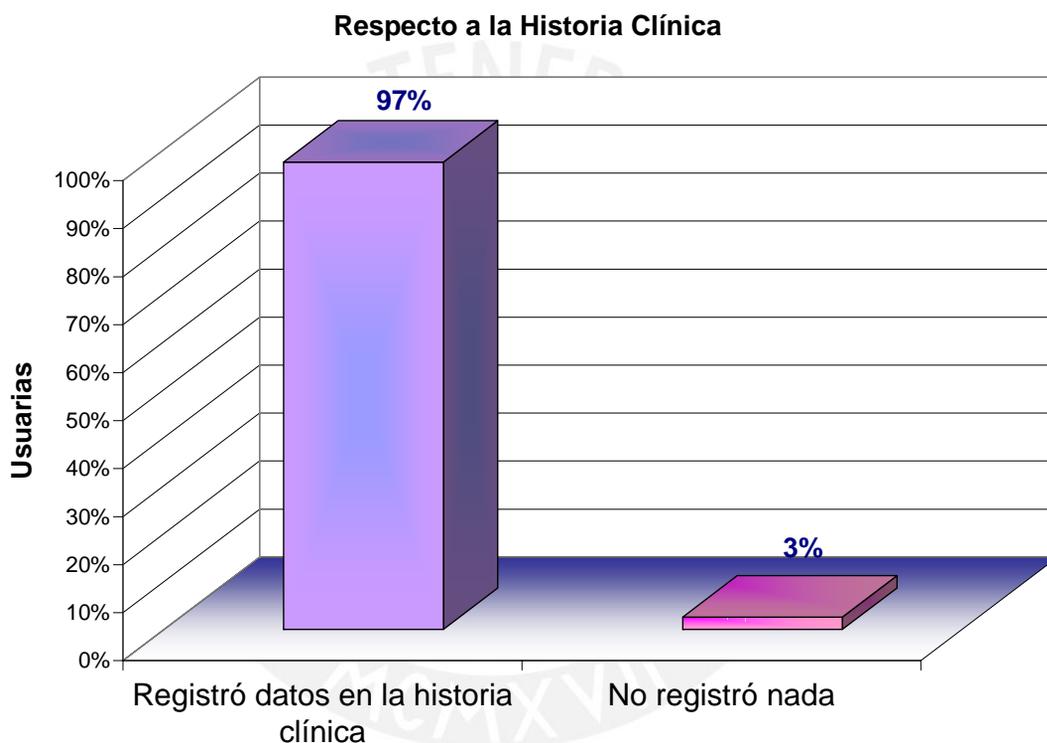
Interpretación

Sólo el 15% respondieron que los médicos las interrogaron minuciosamente, la mayoría de las usuarias, el 69% respondieron que los doctores las interrogaron de manera normal y el 16% manifestaron que los médicos sólo se concretaron a ver la historia clínica.

Este último porcentaje evidencia un protocolo incorrecto e incompleto en la gestión del profesional médico y es considerado una falta de respeto hacia la usuaria.

Respecto a la historia clínica

32. Respecto a la historia clínica	Frecuencia	%
Registró datos en la historia clínica	374	97%
No registró nada	10	3%
Total	384	100%



Interpretación

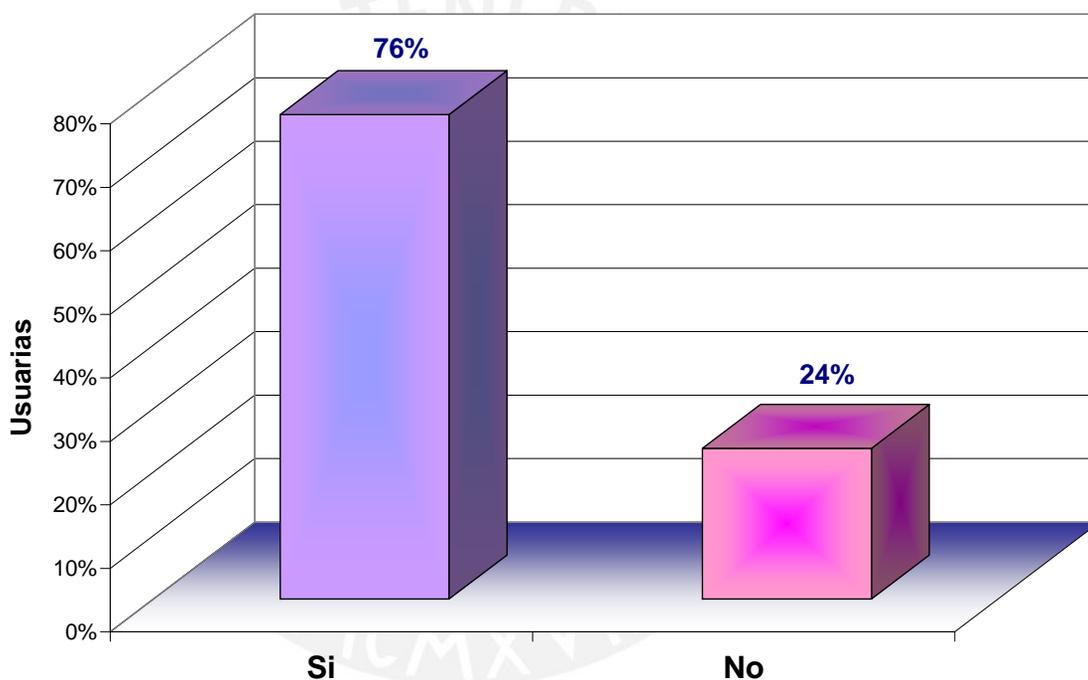
La gran mayoría de las usuarias: el 97% manifestaron que los médicos sí registran los datos en la historia clínica, sólo el 3% respondieron que los médicos no registran nada en la historia, evidenciando falta de respeto hacia la usuaria y un deficiente profesionalismo.

Con estas respuestas, corroboramos la tendencia del 3% de usuarias que manifestaron que los médicos no registran datos en la historia, igual a lo registrado con las respuestas de la pregunta 16.

En la consulta, ¿el doctor la auscultó?

33. En la consulta, el doctor la auscultó?	Frecuencia	%
Sí	293	76%
No	91	24%
Total	384	100%

En la consulta, ¿El Dr. la auscultó?



Interpretación

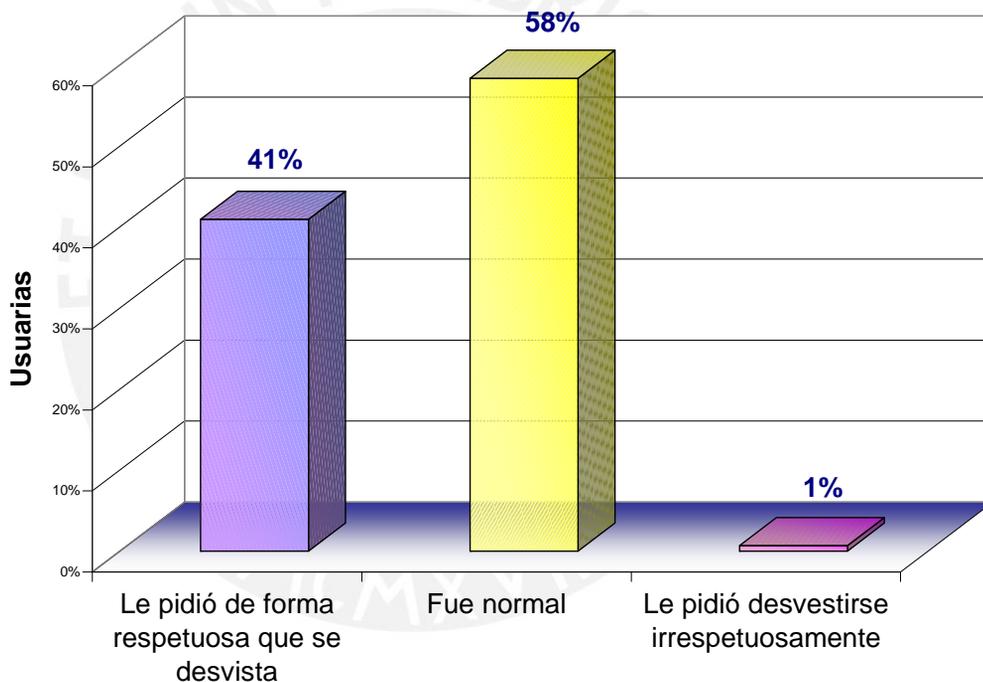
La mayoría de las usuarias: el 76% respondieron que sí fueron auscultadas durante la consulta externa, esto es debido a que la gran mayoría de las usuarias acuden a la consulta por motivo de embarazo y generalmente el médico debe auscultar el vientre de la paciente.

El 24% respondieron que no fueron auscultadas.

Antes de la auscultación, el doctor:

34. Antes de la auscultación, el doctor:	Frecuencia	%
Le pidió de forma respetuosa que se desvista	120	41%
Fue normal	171	58%
Le pidió desvestirse irrespetuosamente	2	1%
Total	293	100%

Antes de la auscultación, el Dr.:



Interpretación

De las 293 usuarias que respondieron que sí fueron auscultadas:

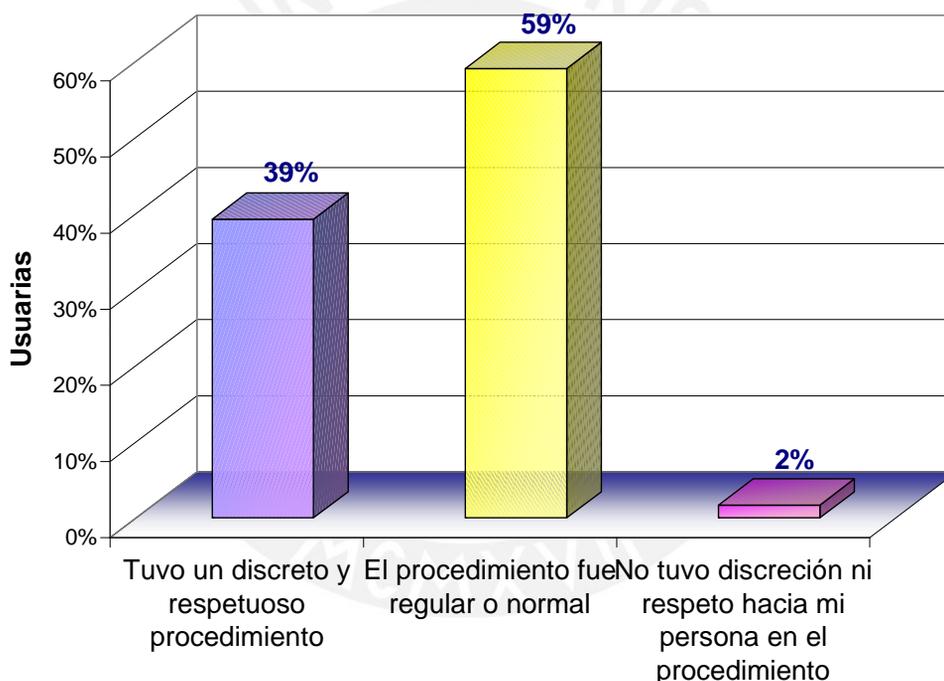
El 58% manifestaron que el doctor les pidió de manera normal que se desvistan para auscultarlas, el 41% respondieron que los médicos les pidieron de forma respetuosa que se desvista y solo el 1% respondieron que los médicos les pidieron desvestirse irrespetuosamente.

Este último porcentaje aunque es mínimo debemos tomarlo en cuenta para optimizar el respeto en general como procedimiento médico.

Cuándo la auscultó...

35. Cuándo la auscultó...	Frecuencia	%
Tuvo un discreto y respetuoso procedimiento	115	39%
El procedimiento fue regular o normal	173	59%
No tuvo discreción ni respeto hacia mi persona en el procedimiento	5	2%
Total	293	100%

Cuándo la auscultó:



Interpretación

De las 293 usuarias que respondieron que sí fueron auscultadas,

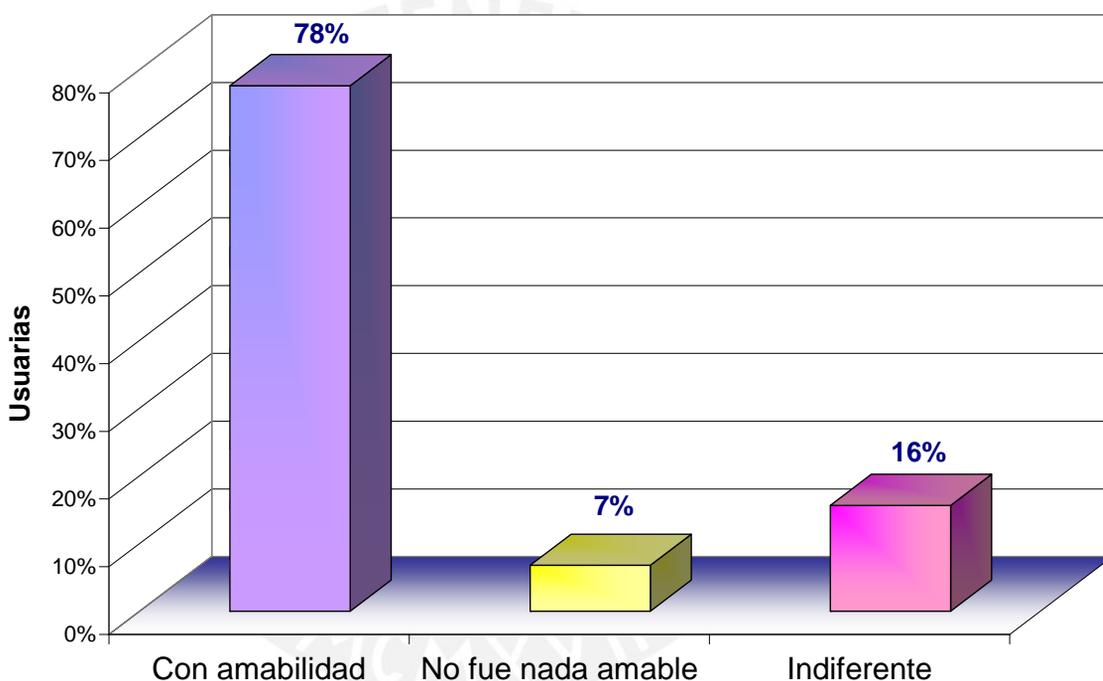
El 59%, manifestaron que el procedimiento de auscultación fue regular o normal, el 39% respondieron que los médicos que las auscultaron tuvieron un discreto y respetuoso procedimiento y el 2% manifestaron que los médicos no tuvieron ni discreción ni respeto hacia ellas en el procedimiento,

Este último porcentaje es preocupante, porque como en la anterior apreciación la conducta del médico debe ser siempre respetuosa, regular y normal.

Al final de la consulta, el doctor la trató...

36. Al final de la consulta, el doctor la trató	Frecuencia	%
Con amabilidad	298	78%
No fue nada amable	26	7%
Indiferente	60	16%
Total	384	100%

Al final de la consulta, el Dr. la trato:



Interpretación

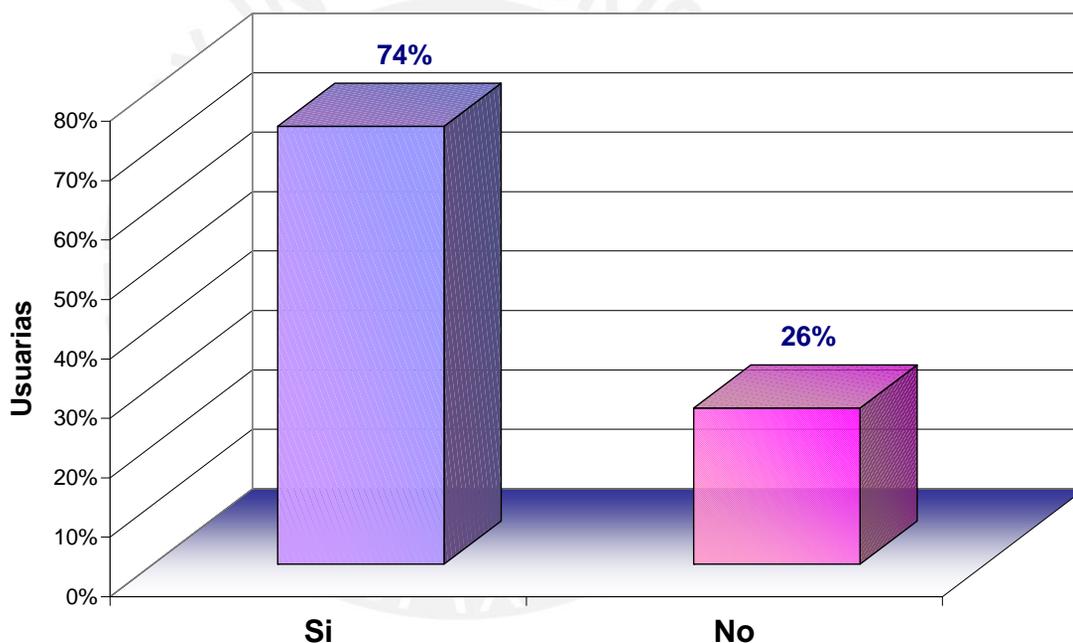
La mayoría de las usuarias: el 78% respondieron que al final de la consulta el doctor las trató con amabilidad, mientras que el 16% manifestaron que los médicos fueron indiferentes con ellas y el 7% dijeron que los médicos no fueron nada amables.

Un 23% de las usuarias no están conformes con la actitud del médico en cuanto a la amabilidad que les brindan, especialmente ese alto porcentaje de 16% que manifiestan que el médico fue indiferente.

¿El doctor en algún momento realizó otra actividad como hablar por teléfono, hablar con otra persona, etc.?

37. ¿El doctor en algún momento realizó otra actividad como hablar por teléfono, hablar con otra persona, etc.?	Frecuencia	%
Sí	283	74%
No	101	26%
Total	384	100%

¿El Dr. en algún momento realizó otra actividad, cómo hablar por teléfono?



Interpretación

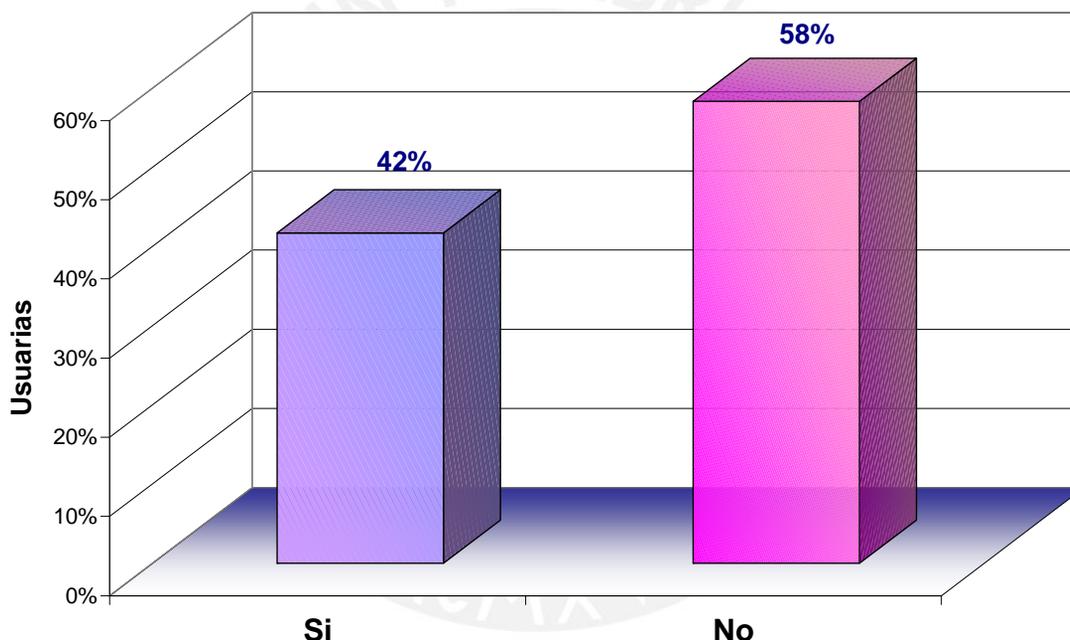
El 74% respondieron que los doctores en algún momento realizaron otras actividades como hablar por teléfono, hablar con otras personas, etc.

No concebimos una óptima comunicación médico – usuaria si es que el médico no se concentra en la problemática de la usuaria, interrumpiendo la entrevista médica por atender el teléfono, visitantes médicos, practicantes, personal administrativo, etc.

¿Durante la consulta, al efectuar una actividad ajena, el doctor se disculpó antes de proseguir?

38. ¿Durante la consulta, al efectuar una actividad ajena, el doctor se disculpó antes de proseguir?	Frecuencia	%
Sí	118	42%
No	165	58%
Total	283	100%

¿Durante la consulta, al efectuar una actividad ajena, el Dr. se disculpó antes de proseguir?



Interpretación

De las 283 usuarias que respondieron que los médicos realizaron otra actividad durante la consulta, el 58% manifestaron que los médicos no se disculparon con ellas antes de proseguir la consulta.

El 42% manifestaron que los médicos sí se disculparon con ellas antes de proseguir la consulta.

Consideramos que si en caso extremo el médico interrumpió la entrevista médica, éste debiera disculparse adecuadamente brindando el merecido respeto hacia la usuaria.

COMENTARIOS SOBRE LA INTERPRETACION A LAS PREGUNTAS DEL OBJETIVO 5:

- ✚ Para analizar y poder medir el nivel de nuestra quinta variable: las normas de respeto, desarrollamos diez preguntas dirigidas a la usuaria, cada una de ellas aportaría un resultado que nos permita medir el nivel de percepción de la usuaria sobre las normas de respeto del médico en la comunicación dada en la consulta externa de gineco obstetricia.
- ✚ Las normas de respeto son actitudes, manifestaciones verbales y no verbales, el médico o profesional de salud, no estudia estos factores en la universidad, éstas se aprenden en el hogar, pero son importantes recordarlas y ponerlas en práctica en la organización donde trabajamos, ya que forma parte de nuestra imagen personal e institucional. Éstas a su vez refuerzan la buena comunicación entre dos personas.
- ✚ Comparando con los resultados de las otras variables, diríamos que en esta variable la preocupación pudiera ser menor, ya que el 10% manifestó que no fueron saludadas por el médico en el momento que ellas ingresaron. El porcentaje es menor pero no deja de ser un dato importante, ya que lo óptimo sería que el 100% de los médicos saluden al momento de que ingrese cualquier persona al consultorio. Asimismo sólo el 8% no fueron invitadas por el médico a tomar asiento.
- ✚ El respeto se manifiesta también en el trato, podemos decir entonces de acuerdo a los resultados que un 16% fue tuteada. Aquí podríamos señalar que así existiera un algo nivel de confianza, el médico no debe tutear a la usuaria, ya que ésta es una expresión de irrespeto hacia ella. Es bueno que la llame por su nombre para aumentar el nivel de confianza entre ellos, pero de ninguna manera tutearla.

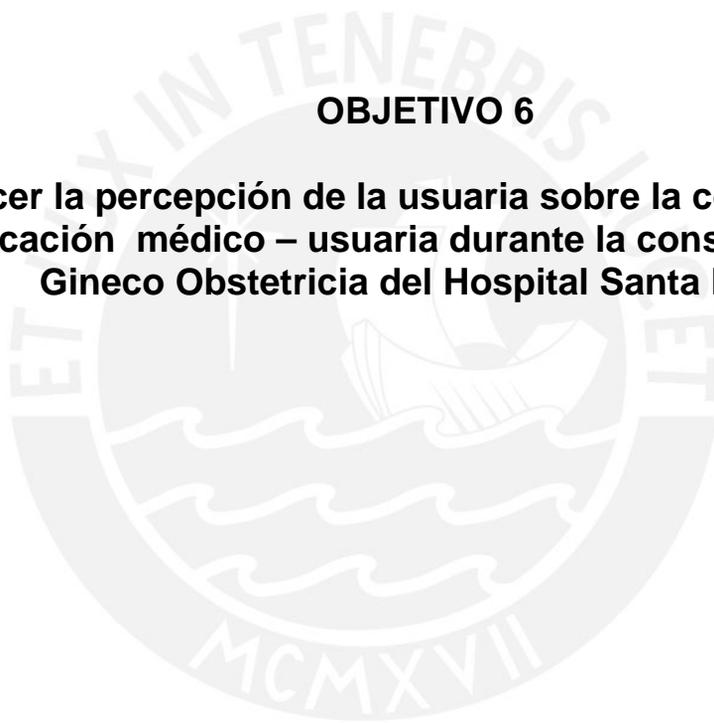
- ✚ La interrogación de parte del médico hacia la usuaria es parte del protocolo de atención en la consulta, el no hacerlo es considerado una falta de respeto a la usuaria y al protocolo. Existiendo un 16% que manifestó que el médico sólo se concreta a ver la historia clínica. Factor importante a tomar en cuenta al evaluar los protocolos de atención y definitivamente empeora la comunicación en dicha consulta.
- ✚ Por ser un servicio de gineco obstetricia, la mayoría de usuarias (76%) fueron auscultadas, por lo que también existen ciertas normas de respeto que el médico debe tener en cuenta en dicho momento. Por lo que encontramos que el 2% de las usuarias auscultadas percibieron que fueron maltratadas, que las irrespetaron en el momento del procedimiento de la auscultación. Esto significa que por lo menos debe existir en este servicio algunos médico que no siguen las reglas y normas de protocolo de respeto en el momento de la auscultación. Por lo que debiera ser ubicado y cambiado de servicio, ya que es un factor muy delicado y puede terminar una comunicación al punto de que la usuaria no regrese más al servicio o al Hospital.
- ✚ El respeto también es manifestado de acuerdo a la amabilidad que ofrecemos, el 23% de las usuarias percibieron la falta de amabilidad de parte de los médicos hacia ellas, evaluando así de forma general el respeto brindado en la comunicación interpersonal en dicha consulta.
- ✚ Todos conocemos que en una comunicación interpersonal no podemos interrumpirla abruptamente, ya que corta la continuidad de la comunicación, pese a ello observamos en los resultados que el 74% de los médicos realizaron otras actividades como hablar por teléfono, atender a otra persona, etc.
- ✚ Entendemos que por la profesión médica debemos considerar ciertas emergencias por sus mismas características profesionales. Sin embargo cuando el médico interrumpe la comunicación, sólo la mitad de ellos se disculpa por poder proseguir con la consulta.

- ✚ Aún así, no podemos concebir una óptima comunicación médico – usuaria, si el médico no se concentra en la usuaria y su problemática.
- ✚ La comunicación se ve alterada por las actitudes y comportamiento del médico hacia la usuaria, debemos tener en cuenta la importancia del respeto en toda comunicación cara a cara y sobre todo si se trata de una paciente y cliente de la organización.



OBJETIVO 6

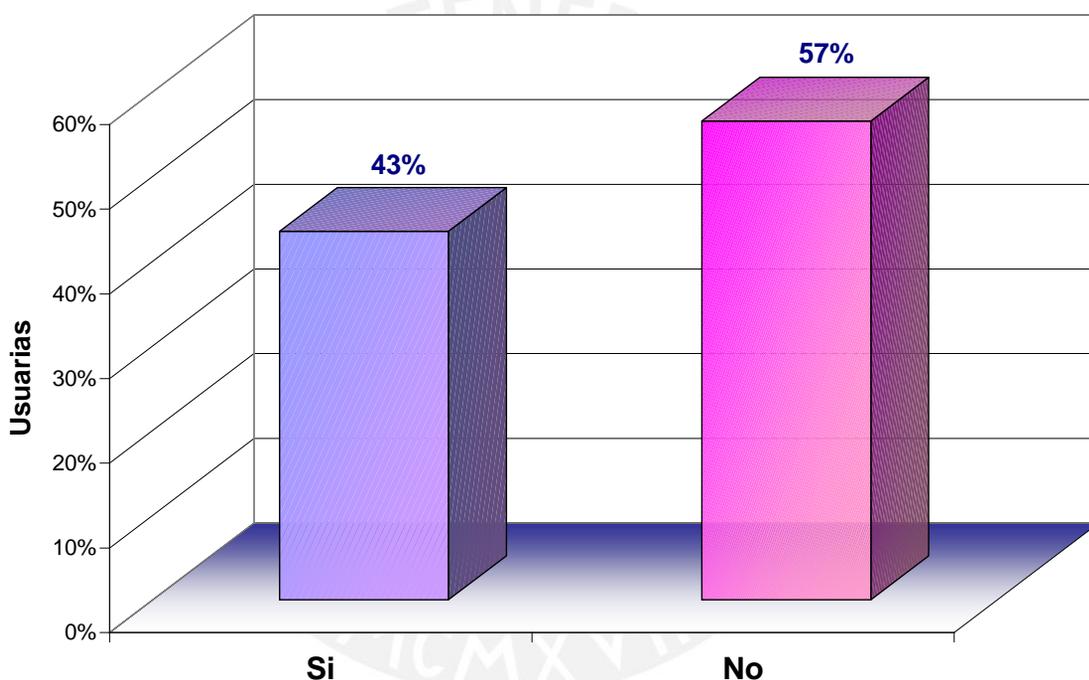
Conocer la percepción de la usuaria sobre la confianza en la comunicación médico – usuaria durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.



¿El doctor la llama por su nombre?

39. ¿El doctor la llama por su nombre?	Frecuencia	%
Sí	167	43%
No	217	57%
Total	384	100%

¿El Dr. la llama por su nombre?



Interpretación

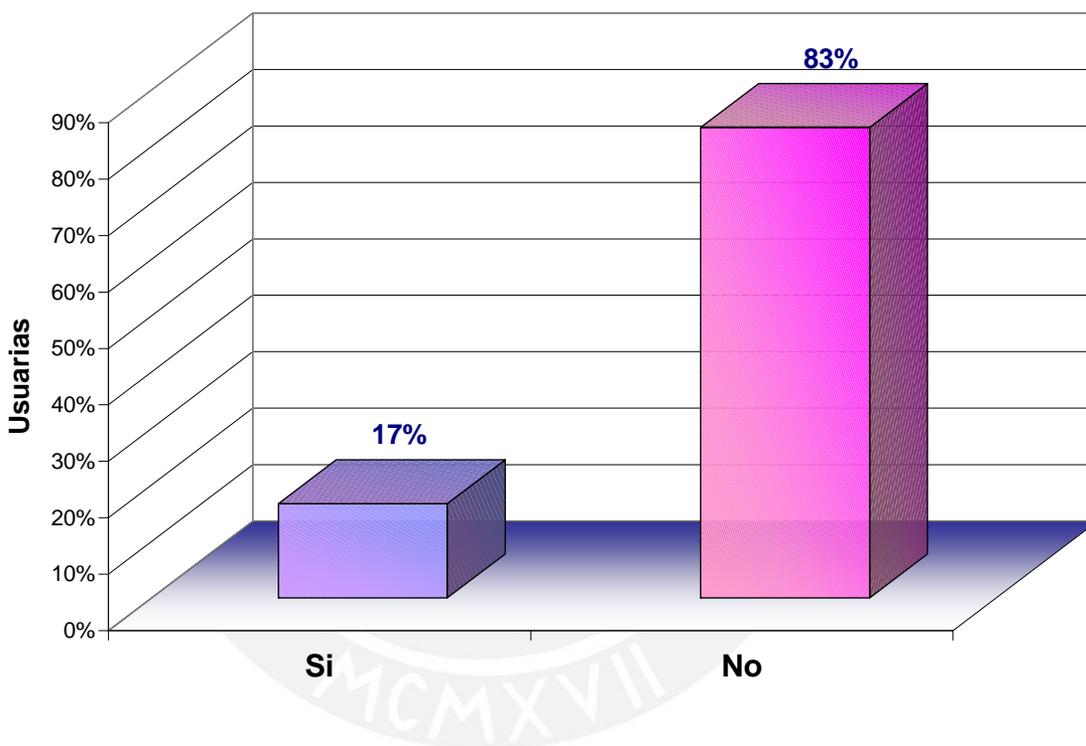
El 57% manifestaron que el doctor no las llama por su nombre, frente al 43% quienes respondieron que sí las llaman por su nombre.

Tratándose de una segunda consulta médica o de un continuo tratamiento por el mismo médico, consideramos que sí debiera ser óptimo que el médico la llame por su nombre, mas no en la primera consulta. El objetivo de esta variable es la confianza y la forma comunicacional verbal que se refleja en la estadística muestra un 57% de usuarias que pareciera esperar que las llamen por su nombre.

¿El doctor se dirige a usted con un apelativo?

40. ¿El doctor se dirige a usted con un apelativo?	Frecuencia	%
Sí	64	17%
No	320	83%
Total	384	100%

¿El Dr. se dirige a usted con un apelativo?



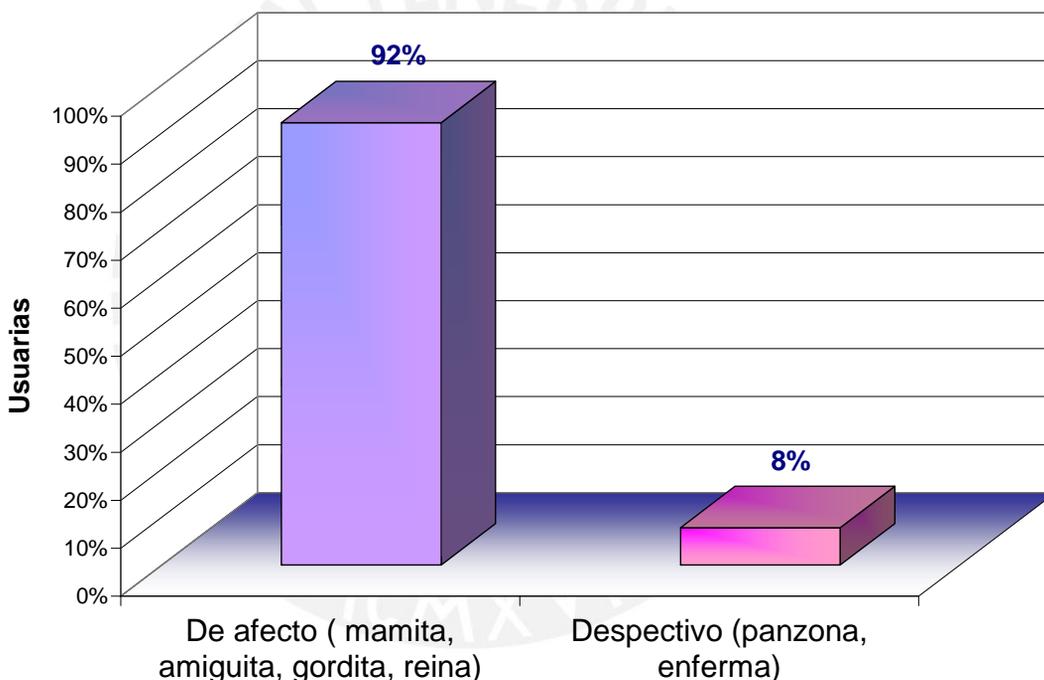
Interpretación

La minoría de las usuarias: el 17% manifestaron que el doctor se dirige a ellas con un apelativo.

¿Qué clase de apelativo utilizó?

41. ¿Qué clase de apelativo utilizó?	Frecuencia	%
De afecto (mamita, amiguita, gordita, reina)	59	92%
Despectivo (panzona, enferma)	5	8%
Total	64	100%

¿Qué clase de apelativo utilizó?



Interpretación

De las 64 usuarias que respondieron que los médicos se dirigen a ellas con un apelativo:

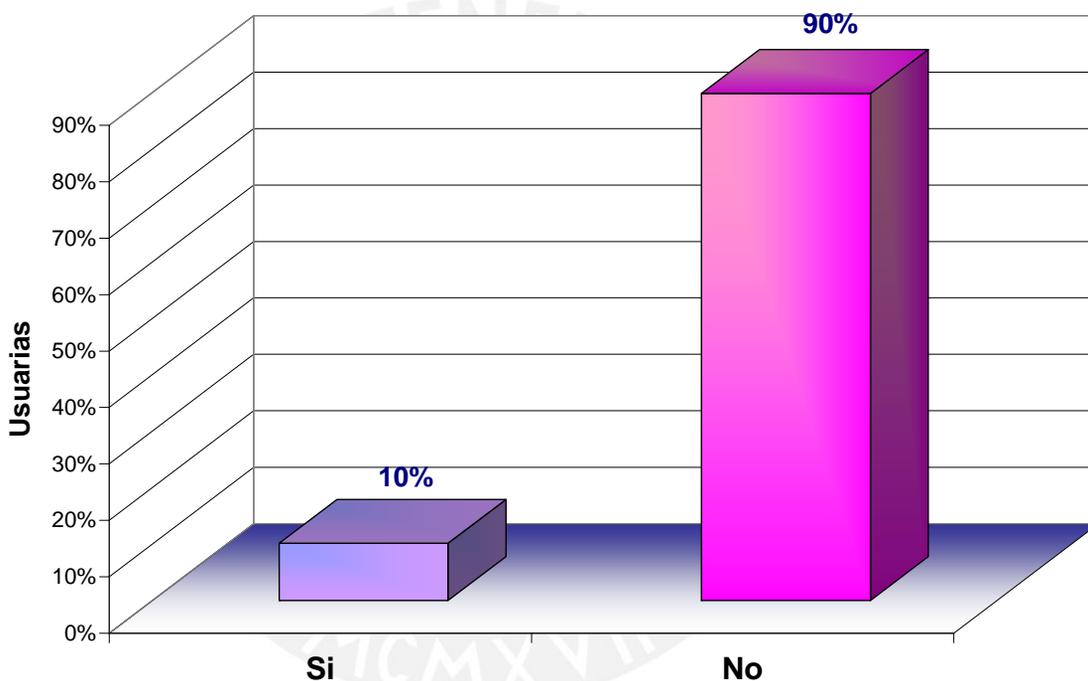
El 92% manifestaron que el apelativo utilizado por el médico era de afecto hacia ellas, mientras que el 8% respondieron que el apelativo que utilizaron los médicos era despectivo hacia su persona.

Dependiendo de la continuidad de la consulta el uso de un apelativo afectuoso puede generar una condición de confianza, pero de ningún modo se utilizará un apelativo despectivo, hecho que resquebraja el nivel de comunicación médico – usuaria.

¿El doctor utilizó diminutivos? (chiquita, reinita)?

42. ¿El doctor utilizó diminutivos? (chiquita, reinita)	Frecuencia	%
Si	39	10%
No	345	90%
Total	384	100%

¿El Dr. utilizó diminutivos? (chiquita, reynita)



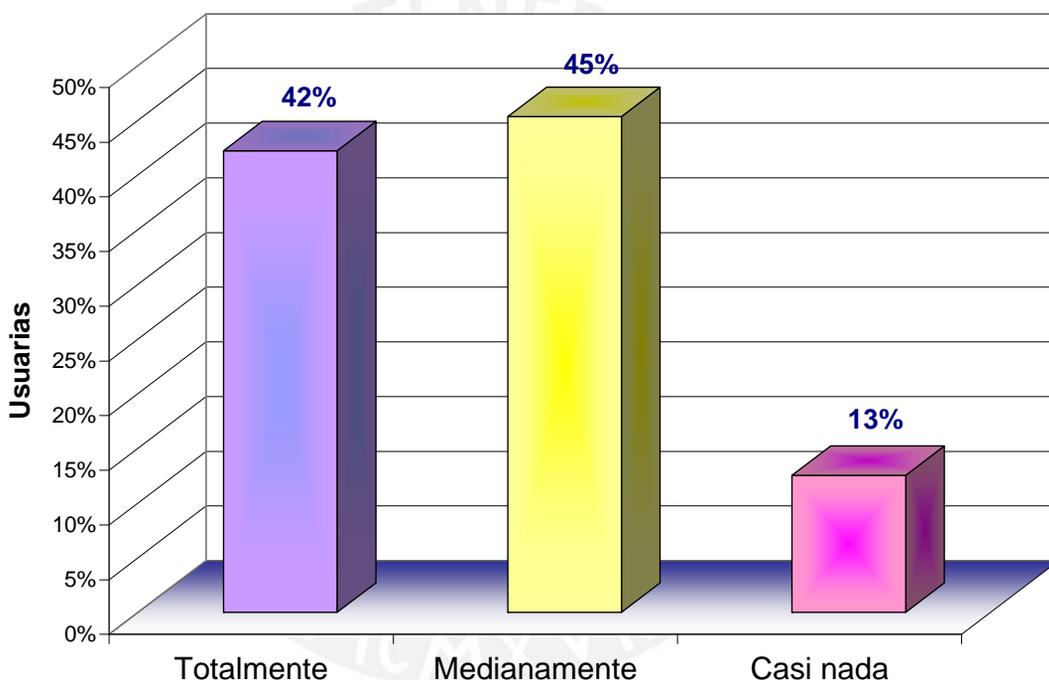
Interpretación

Sólo el 10% manifestaron que los doctores utilizaron diminutivos al dirigirse a ellas. Es un pequeño porcentaje que empleando diminutivos positivos y generalizándose en el resto de las entrevistas médicas permitiría mejorar la calidad de la confianza, por lo que será deseable que el médico los emplee.

¿Qué tanto confía en el doctor?

43. ¿Qué tanto confía en el doctor?	Frecuencia	%
Totalmente	162	42%
Medianamente	174	45%
Casi nada	48	13%
Total	384	100%

¿Qué tanto confía en el Dr.?



Interpretación

El 45% manifestaron que confían Medianamente en el doctor que las atendió, el 42% respondieron que confían totalmente y, un considerable 13% respondieron que confían Casi Nada en los médicos que las atendieron.

El 58% de las usuarias confían medianamente o casi nada

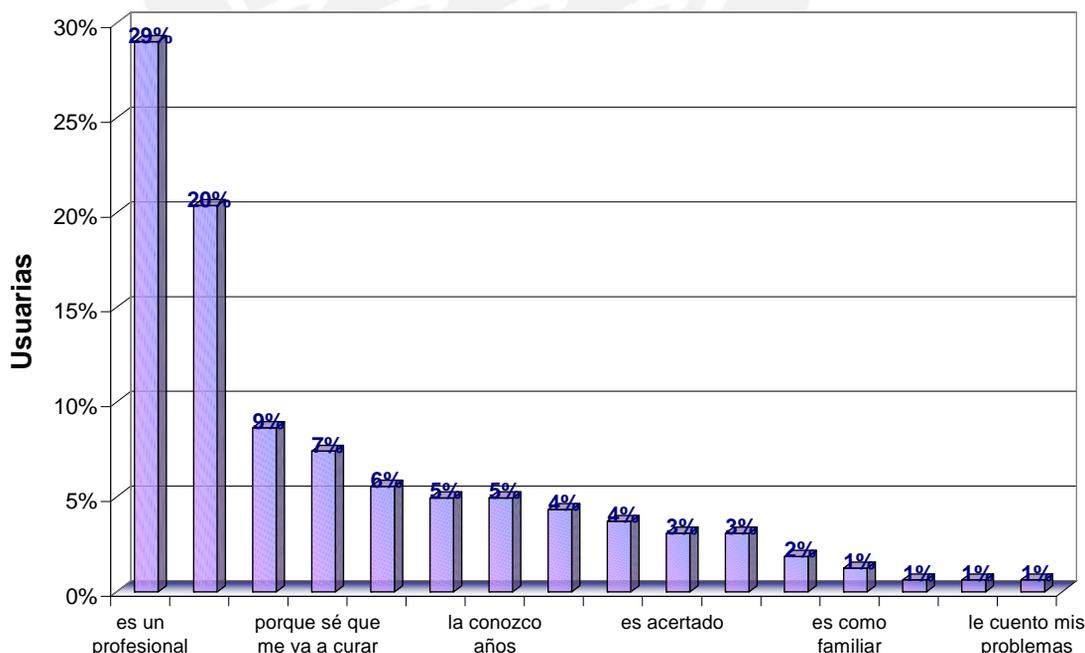
¿Qué tanto confía en el doctor?

Usuaris que respondieron que confiaban **TOTALMENTE** en el doctor

44. Porqué en cada caso	Frecuencia	%
es un profesional	47	29%
me inspira confianza	33	20%
porque me atiende bien	14	9%
porque sé que me va a curar	12	7%
me trata bien	9	6%
hay confianza, sabe lo que hace	8	5%
la conozco años	8	5%
me da seguridad	7	4%
me ha visto desde mi 1 embarazo	6	4%
es acertado	5	3%
porque me ayuda, anima	5	3%
porque se preocupa	3	2%
es como familiar	2	1%
no inspira confianza	1	1%
me lo han recomendado	1	1%
le cuento mis problemas	1	1%

162 100%

¿Qué tanto confía en el Dr.? : **TOTALMENTE**



Interpretación

Usuarías que respondieron que confiaban **TOTALMENTE** en el doctor:

El 29% de las usuarias, manifestaron que confiaban porque el doctor es un profesional, el 20% respondieron que confían totalmente porque les inspiran confianza, el 9% respondieron que las atienden bien, el 7% respondieron porque saben que las van a curar, el 6% porque las tratan bien.



¿Qué tanto confía en el doctor?

Usuaris que respondieron que confiaban MEDIANAMENTE en el doctor

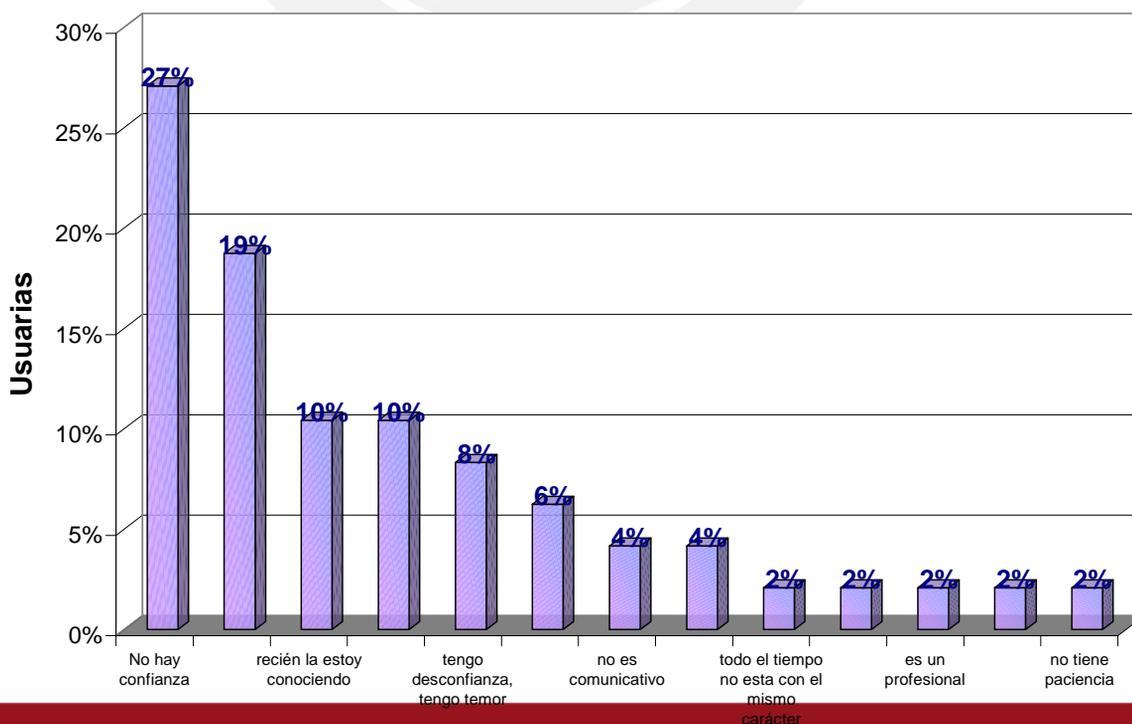
44. Porqué en cada caso	Frecuencia	%
recién la estoy conociendo	23	13%
no hay confianza	22	13%
quiero confiar, pero tengo dudas	19	11%
es un profesional	12	7%
no la conozco	10	6%
me cambian de médico	9	5%
quisiera que me entienda más	7	4%
me inspira confianza	6	3%
tengo miedo	6	3%
siempre busco otra opinión	5	3%
me trata bien	4	2%
he conversado más con los practicantes que con ella	4	2%
no me informa bien	4	2%
porque es indiferente conmigo	4	2%
porque sé que me va a curar	3	2%
no inspira confianza	3	2%
hay cosas que no le entiendo	3	2%
confío más en una mujer	3	2%
no se puede confiar en nadie	3	2%
tengo desconfianza, tengo temor	2	1%
todo el tiempo no está con el mismo carácter	2	1%
no es comunicativo	2	1%
debe hacer más análisis	2	1%
es un poco déspota	2	1%
a veces no son profesionales	2	1%
porque me atiende bien	1	1%
sólo me he atendido 2 veces	1	1%
es acertado	1	1%
porque se preocupa	1	1%
me da seguridad	1	1%
la conozco años	1	1%
cuando uno es joven cree que no entendemos	1	1%
porque me ayuda, anima	1	1%
porque es joven, no tiene experiencia	1	1%
le cuento mis problemas	1	1%
no tiene paciencia	1	1%
no hay privacidad	1	1%
Total	174	100%

¿Qué tanto confía en el doctor?

Usuarías que respondieron que confiaban CASI NADA en el doctor

44. Porqué en cada caso	Frecuencia	%
no hay confianza	13	27%
no la conozco	9	19%
recién la estoy conociendo	5	10%
me cambian de médico	5	10%
tengo desconfianza, tengo temor	4	8%
no me informa bien	3	6%
no es comunicativo	2	4%
no inspira confianza	2	4%
todo el tiempo no esta con el mismo carácter	1	2%
quisiera que me entienda más	1	2%
es un profesional	1	2%
es un poco déspota	1	2%
no tiene paciencia	1	2%
Total	48	100%

¿Qué tanto confía en el Dr.?: CASI NADA



Interpretación

Usuarías que respondieron que confiaban CASI NADA en el doctor:

El 27% de las que respondieron que confían en los médicos casi nada manifiestan que es porque no hay confianza, el 19% respondieron que no conocen a los médicos, el 10% respondieron que recién lo están conociendo, igual porcentaje de usuarias respondieron que le paran cambiando al médico, el 8% respondieron que tienen desconfianza y temor y el 6% respondieron que no les informan bien.

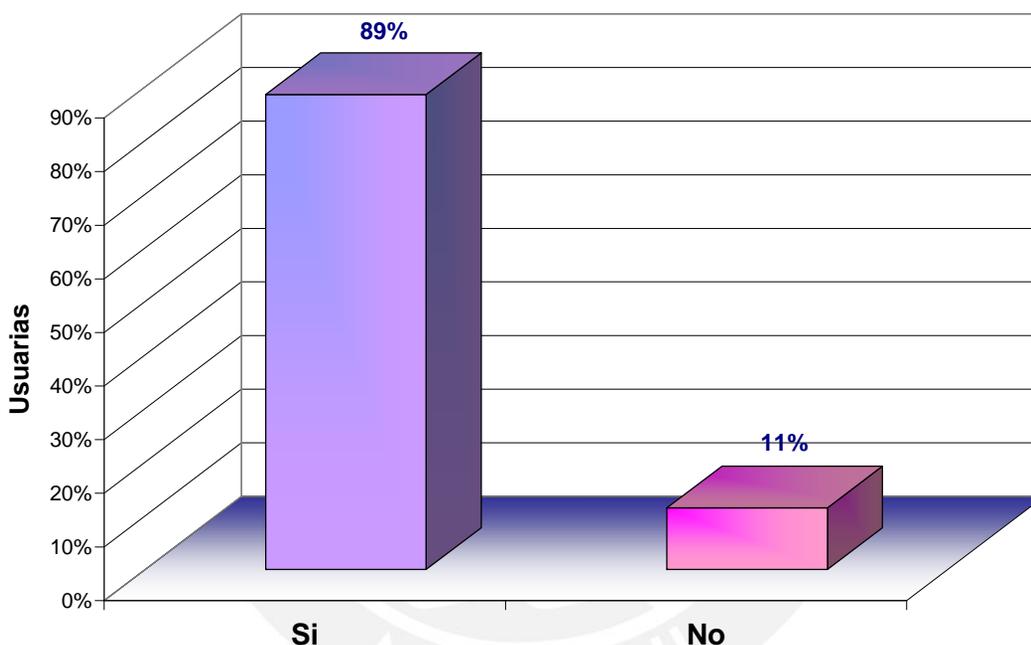
El cambio de facultativo no necesariamente es un factor de desconfianza importante, pero es un condicionante que sumado a la escasa familiaridad por la frecuencia de consultas médicas produce el nivel de desconfianza expresado en la estadística.



¿El doctor utilizó el material y equipos médicos del consultorio (balanza, tensiómetro, estetoscopio, otros equipos)?

45. ¿El doctor utilizó el material y equipos médicos del consultorio (balanza, tensiómetro, estetoscopio, otros equipos)?	Frecuencia	%
Sí	340	89%
No	44	11%
Total	384	100%

¿El Dr. utilizó el material y equipos médicos del consultorio?



Interpretación

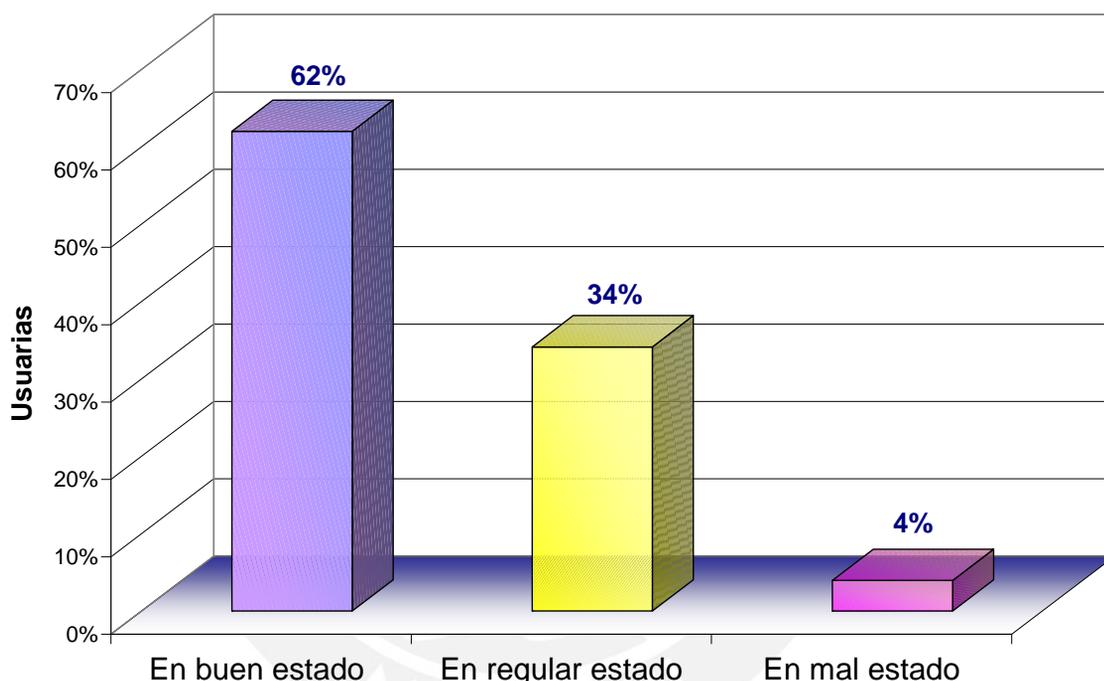
El 89% de las usuarias, manifestaron que el doctor sí utilizó el material y equipos médicos del consultorio, el 11% respondieron que el doctor no utilizó dichos equipos durante la consulta.

Aunque consideramos no ser necesario siempre el uso de material y equipos, esto genera un nivel de confianza que puede traducirse en un estado de ánimo mutuo positivo, sin embargo aunque el protocolo no lo mande sería aconsejable que el médico proceda al uso de los materiales y equipos, ya que el 11% de la estadística refleja disconformidad.

¿Cuál es el estado en que se encontraban dichos equipos?

46. ¿Cuál es el estado en que se encontraban dichos equipos?	Frecuencia	%
En buen estado	238	62%
En regular estado	131	34%
En mal estado	15	4%
Total	384	100%

¿Cuál es el estado en que se encontraban dichos equipos?



Interpretación

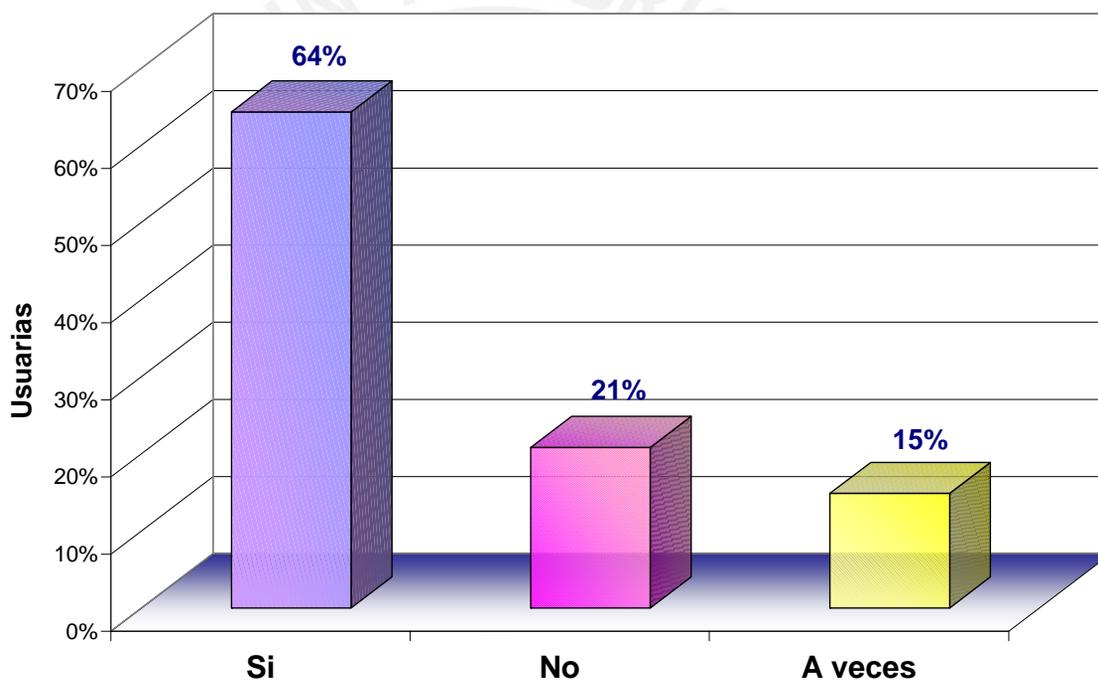
El 62% respondieron que los equipos se encontraban en buen estado, el 34% respondieron que los equipos se encontraban en regular estado y el 4% respondieron que los equipos se encontraban en mal estado.

Existe un 38% de usuarias quienes manifiestan que los equipos empleados estaban en un estado regular y malo, hecho que genera un nivel de desconfianza en el procedimiento altamente crítico, que quizás se puede explicar por la dura economía que atraviesan las instituciones del Estado.

¿El doctor contó con todo el material que necesitó para la consulta (gasa, esparadrapo, alcohol, etc)?

47. ¿El doctor contó con todo el material que necesitó para la consulta? (gasa, esparadrapo, alcohol, etc)	Frecuencia	%
Sí	247	64%
No	80	21%
A veces	57	15%
Total	384	100%

¿El Dr. contó con el material que necesitó para la consulta?



Interpretación

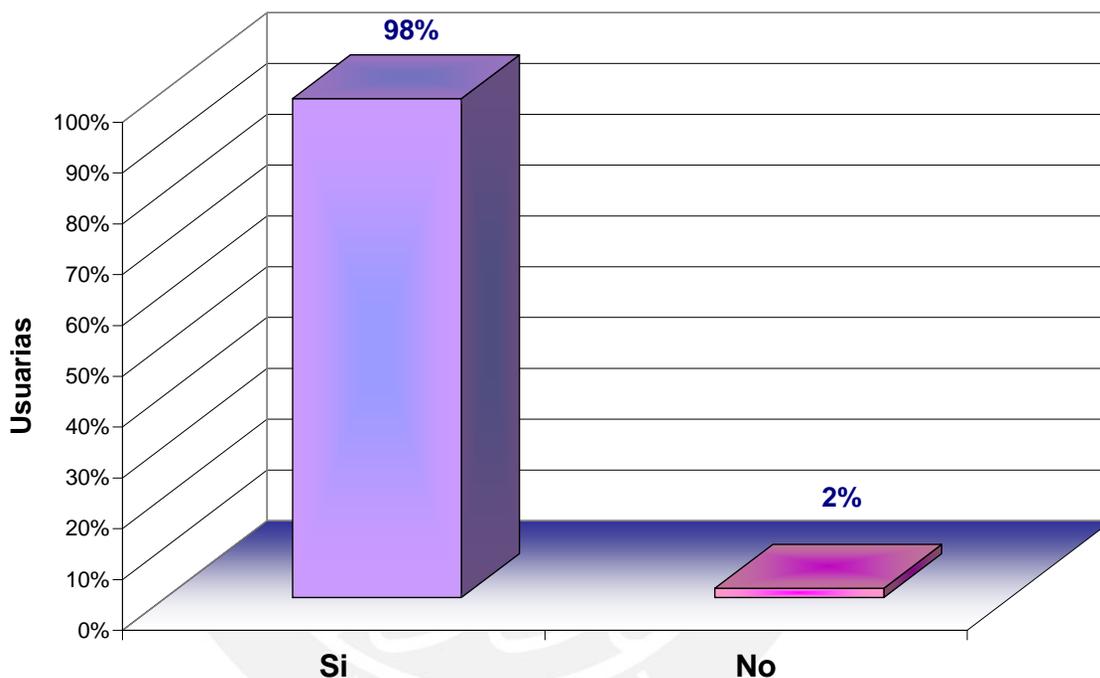
El 64% respondieron que el doctor sí contó con el material que necesitaba para la consulta, el 21% respondieron que el doctor no contó con dicho material y el 15% manifestaron que a veces el médico cuenta con el material para la consulta.

Se puede interpretar que el 36% de la estadística refleja la crisis económica del Estado y sus instituciones, punto crítico que debe tomarse en cuenta prioritariamente, ya que el empleo de materiales y equipos genera mayor confianza en las usuarias, además de significar mayor eficiencia.

¿El doctor utilizó la historia clínica?

48. ¿El doctor utilizó la historia clínica?	Frecuencia	%
Sí	377	98%
No	7	2%
Total	384	100%

¿El Dr. utilizó la Historia Clínica



Interpretación

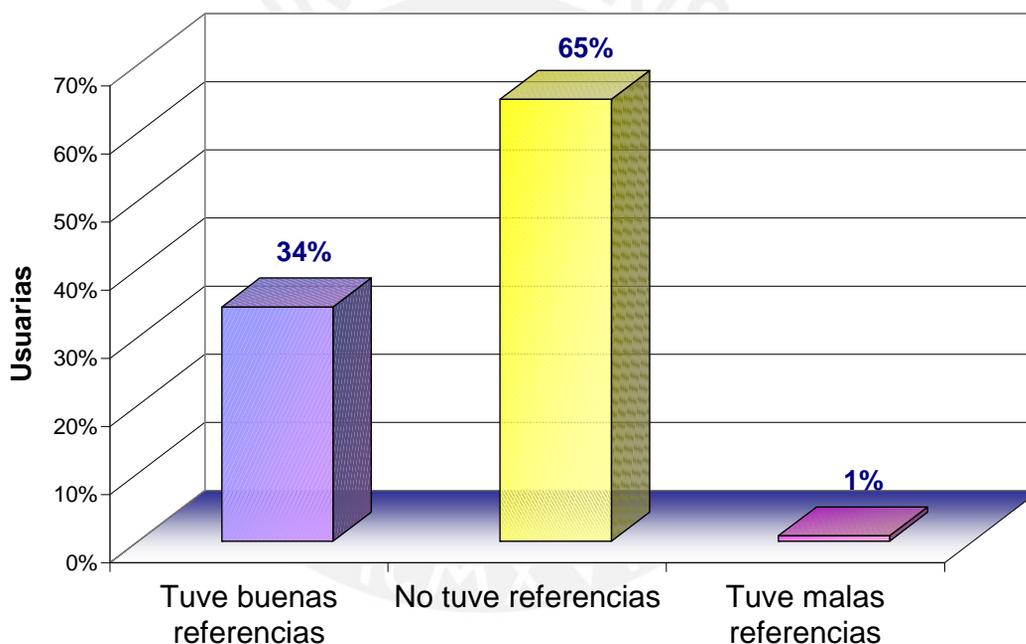
El 98% manifestaron que el doctor sí utilizó la historia clínica, el 2% respondieron que el doctor no utilizó la historia clínica.

Esta respuesta corrobora por segunda vez, la tendencia de la estadística de la pregunta número 16, aunque lamentablemente no se consigna en un 100%, la respuesta positiva, y que sería el óptimo indicador, generador de confianza.

¿Qué tipo de referencias tuvo usted del doctor antes de venir a la consulta?

49. ¿Qué tipo de referencias tuvo usted del doctor antes de venir a la consulta?	Frecuencia	%
Tuve buenas referencias	132	34%
No tuve referencias	249	65%
Tuve malas referencias	3	1%
Total	384	100%

¿Qué tipo de referencias tuvo usted del Dr. antes de venir a la consulta?



Interpretación

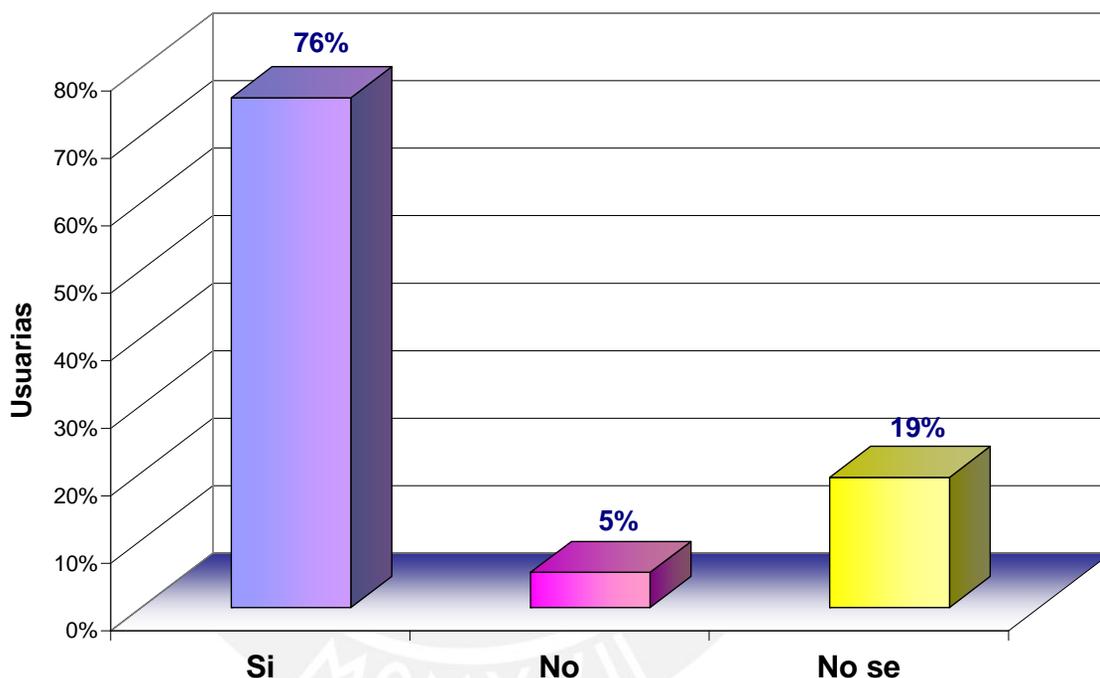
El 34% de las usuarias, manifestaron que tuvieron buenas referencias del doctor antes de ir a la consulta, el 65% manifestaron que no tuvieron referencias y el 1% respondieron que tuvieron malas referencias del médico antes de ir a la consulta.

Por lo que podemos interpretar, que un alto porcentaje (65%) en razón de que no tuvo referencias previas del médico tratante pudiera disminuir su confianza.

¿El doctor acertó con su diagnóstico?

50. ¿El doctor acertó con su diagnóstico?	Frecuencia	%
Sí	290	76%
No	20	5%
No sé	74	19%
Total	384	100%

¿El Dr. acertó con su diagnóstico?



Interpretación

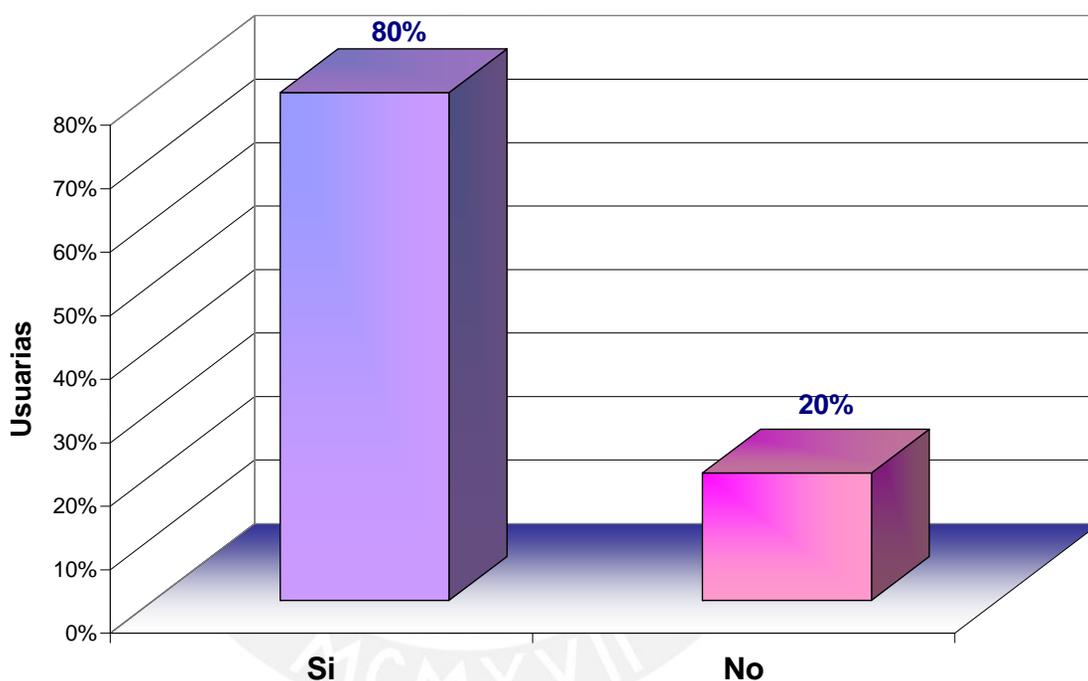
El 76% de las usuarias, manifestaron que el doctor sí acertó con su diagnóstico, el 5% respondieron que no acertaron con su diagnóstico y el 19% respondieron que no saben si el doctor acertó o no con su diagnóstico.

Si bien es cierto existe un halagüeño 76% de usuarias que manifiestan acierto en el diagnóstico, hay un considerable 24% de usuarias que manifiestan que el profesional no fue acertado en su diagnóstico, y más grave aún que no saben si el diagnóstico fue acertado o no, generando en ellas un alto nivel de desconfianza.

¿El doctor le explicó los análisis clínicos?

51. ¿El doctor le explicó los análisis clínicos?	Frecuencia	%
Sí	307	80%
No	77	20%
Total	384	100%

¿El Dr. le explicó los análisis clínicos?



Interpretación

El 80% de las usuarias, respondieron que el doctor si les explicó los análisis clínicos, el 20% manifestaron que no les explicaron los análisis clínicos.

El peligroso 20% de usuarias que no tuvieron explicación de los análisis clínicos probablemente estén preocupadas y desconfíen del médico (aparte del deterioro del nivel de comunicación interpersonal como campo propicio de la consulta médica).

COMENTARIOS SOBRE LA INTERPRETACION A LAS PREGUNTAS DEL OBJETIVO 6:

- ✚ Para analizar y poder medir el nivel de nuestra sexta variable: la confianza, desarrollamos quince preguntas dirigidas a la usuaria, cada una de ellas aportaría un resultado que nos permita medir el nivel de percepción de la usuaria sobre la confianza hacia el médico en la comunicación dada en la consulta externa de gineco obstetricia.
- ✚ Las usuarias de un Hospital, acuden a él por diversos motivos, y para ello necesita dentro de su consulta percibir desde la primera vez la confianza que le brinda el profesional de salud, a través de actitudes acompañadas de la comunicación verbal y no verbal.
- ✚ Este factor, es uno de los más importantes, ya que crece y mejora la comunicación interpersonal entre el profesional y la usuaria. Teniendo en cuenta que esta confianza se obtiene poco a poco.
- ✚ La mayoría de médicos no llaman por su nombre a las usuarias, como debiera ser, sino por sus apellidos, o simplemente porque no le prestan atención al nombre de la usuaria, le dicen señora.
- ✚ Una de las estrategias para ayudar a aumentar la confianza entre dos personas, es expresar y dirigirse hacia ellos con un apelativo afectivo, el 17% de las usuarias manifestaron que el médico se dirige hacia ellas con un apelativo y de este porcentaje, la mayoría de usuarias manifestaron que el apelativo es afectivo, un 5% de este grupo percibieron que el apelativo utilizado por el médico era despectivo. Comprobamos que existen médico que se dirigen a las usuarias en forma despectiva, menospreciándolas y haciéndolas sentir mal como ser humano.

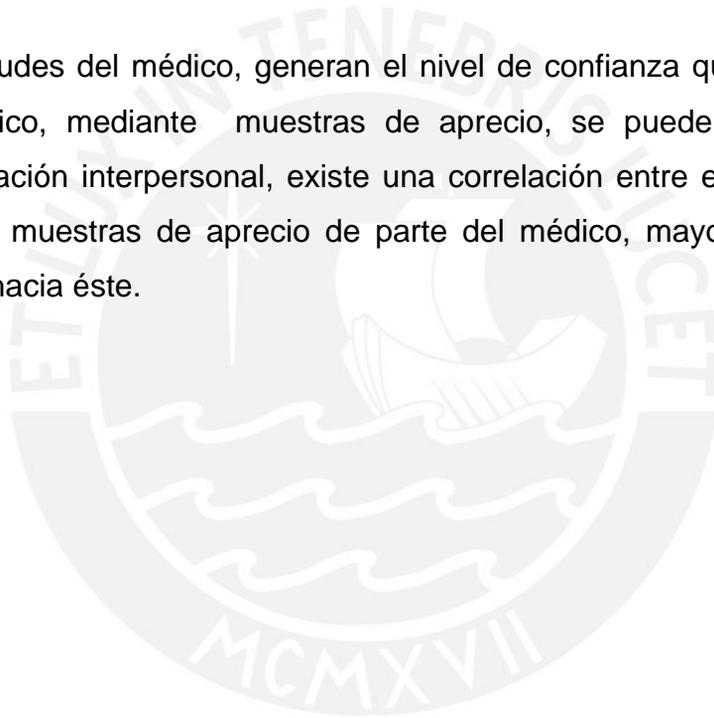
- ✚ Además de utilizar un apelativo, hay quienes utilizan diminutivos y ello también ayuda a mejorar la confianza, sólo el 10% de las usuarias manifestaron el médico se dirige a ellas con un diminutivo.
- ✚ Lo óptimo en una comunicación interpersonal médico – usuaria, es que esta última confíe plenamente en el médico, cuando se les preguntó qué tanto confía en el médico que las atendió, un alto porcentaje: 45% manifestaron que sólo confiaban medianamente y 13% confían casi nada, sólo el 42% confían totalmente en el médico.
- ✚ Para ahondar más en este factor, preguntemos por qué confían o no en el médico, y las respuestas de las usuarias que confían medianamente y casi nada fueron los siguientes: porque recién están conociendo al médico, no le tienen confianza porque tienen dudas (mala comunicación).
- ✚ La falta de confianza de la usuaria hacia el médico se debe también a que en el Hospital los médicos de este servicio rotan, o cambian de horarios, etc, condicionante que sumado a la escasa familiaridad produce un nivel de desconfianza de acuerdo a los resultados analizados.
- ✚ El grado de confianza aumenta o disminuye también por los materiales y equipos utilizados por el médico, brindándoles mayor seguridad. El 11% de los médicos no utilizó el material o equipos. Pero lo importante no es el uso del material o equipos, ya que esto depende del requerimiento de la consulta. El grado de confianza se manifiesta en el estado en que se encuentran dichos equipos. El 38% de las usuarias manifestaron que los equipos se encuentran en regular y mal estado, hecho que genera un alto nivel de desconfianza en el procedimiento clínico y por ende desfavorece la comunicación.
- ✚ Este aspecto es muy preocupante, sabemos que la crisis económica que atraviesa el país es muy dura, pero nuestras autoridades deben tomar en cuenta el alto riesgo que ello produce en este servicio y puede causar males mayores y

sobre todo mucha desconfianza ya que genera una imagen total de la institución, pese a que la usuaria en su mayoría paga por una consulta y porque los materiales y equipos que se utilicen se encuentren en buen estado.

- ✚ Es más grave aún, cuando el médico no cuenta con el material que necesita para la consulta generando una total desconfianza en el proceso, el 21% de las usuarias manifestaron que los médicos no cuentan con dicho material (gasa, alcohol, esparadrapo, etc) y el 15% manifestó que a veces cuenta con el material. Esto además de la desconfianza que genera en la usuaria, manifiesta deficiencia por parte de las autoridades y el personal de salud.
- ✚ Con respecto a la utilización de la historia clínica por parte de los médicos, solo el 2% de las usuarias manifestaron que no lo utilizaron. Es un porcentaje menor pero no deja de ser preocupante, ya que forma parte del protocolo del procedimiento médico, pero además genera una desconfianza en la usuaria cuando no es utilizado
- ✚ La confianza también es predeterminada por algunos elementos previos, por ejemplo las referencias que tienen del Hospital, de la atención recibida por otras usuarias, etc. Comprobamos que la mayoría va a la consulta sin indagar, sin preguntar, sin tener referencias del servicio o de los médicos que atienden en el hospital. Sin embargo existe un mínimo de usuarias que pese a que tuvieron malas referencias, fueron a atenderse. Podríamos decir que las referencias no tuvieron significado importantes en ellas, por lo que prevalecía su enfermedad o las condiciones necesarias para acudir a atenderse.
- ✚ La confianza que se crea en todo el proceso de la consulta, es definitivamente de acuerdo al avance en la comunicación, siendo este factor determinante para mejorar la comunicación interpersonal. La confianza se genera también a través del acierto del diagnóstico del médico hacia la usuaria y obviamente cada una de ellas debe saber su diagnóstico. Comprobamos en este punto que un 19% desconocía su diagnóstico y un 5% de usuarias manifestaron que los médicos no

acertaron con su diagnóstico, es decir se equivocaron, por lo que manifestaron que era muy probable que no regresarían a atenderse con el médico, ni al hospital.

- ✚ En concordancia con el punto anterior, comprobamos una vez más que un 20% de usuarias manifestaron que el médico no les explicó sus análisis clínicos, coincidiendo que muy probable que sean las mismas usuarias que desconocían su diagnóstico; generando una gran desconfianza y deteriorando el nivel de comunicación interpersonal que debería siempre ser la mejor.
- ✚ Las actitudes del médico, generan el nivel de confianza que pueda ella percibir del médico, mediante muestras de aprecio, se puede elevar y mejorar la comunicación interpersonal, existe una correlación entre estas dos variables. A mayores muestras de aprecio de parte del médico, mayor confianza siente la usuaria hacia éste.



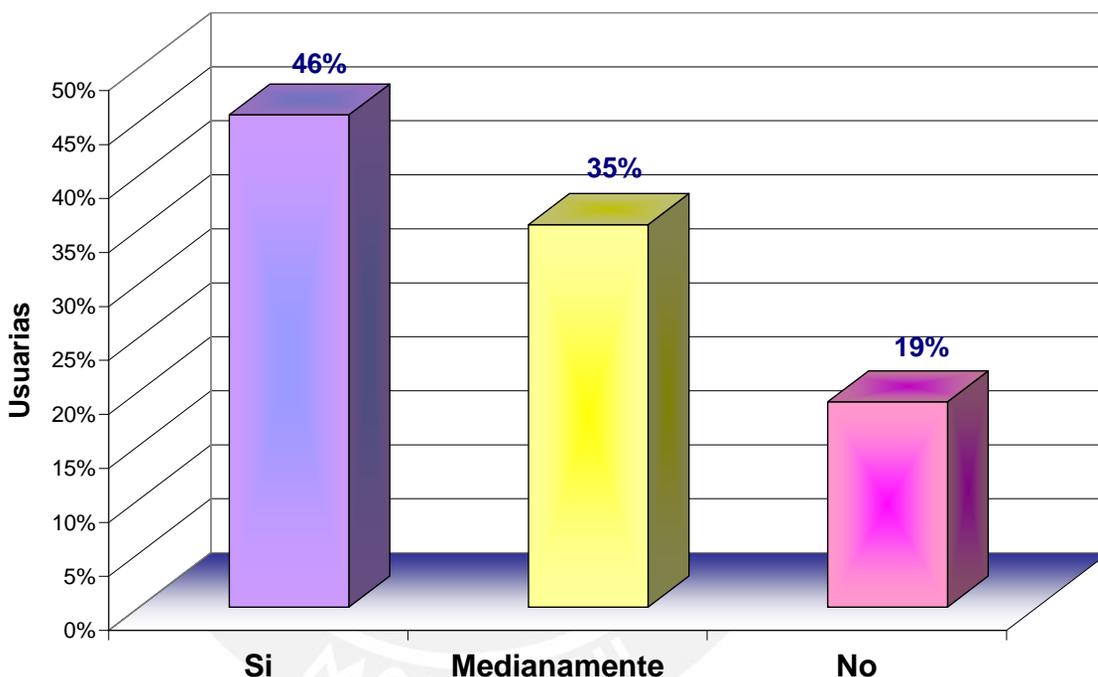
OBJETIVO 7

Conocer la percepción de la usuaria sobre la privacidad en la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa, como factor de la comunicación.

¿Durante su consulta, había privacidad?

52. ¿Durante su consulta, había privacidad?	Frecuencia	%
Sí	175	46%
Medianamente	136	35%
No	73	19%
Total	384	100%

¿Durante la consulta, había privacidad?



Interpretación

El 46% manifestaron que sí había privacidad durante la consulta, el 35% respondieron que había privacidad medianamente, (cabe resaltar que para nosotros no existe privacidad a medias, por lo que deducimos que para aquellas personas que respondieron medianamente es que realmente no había privacidad).

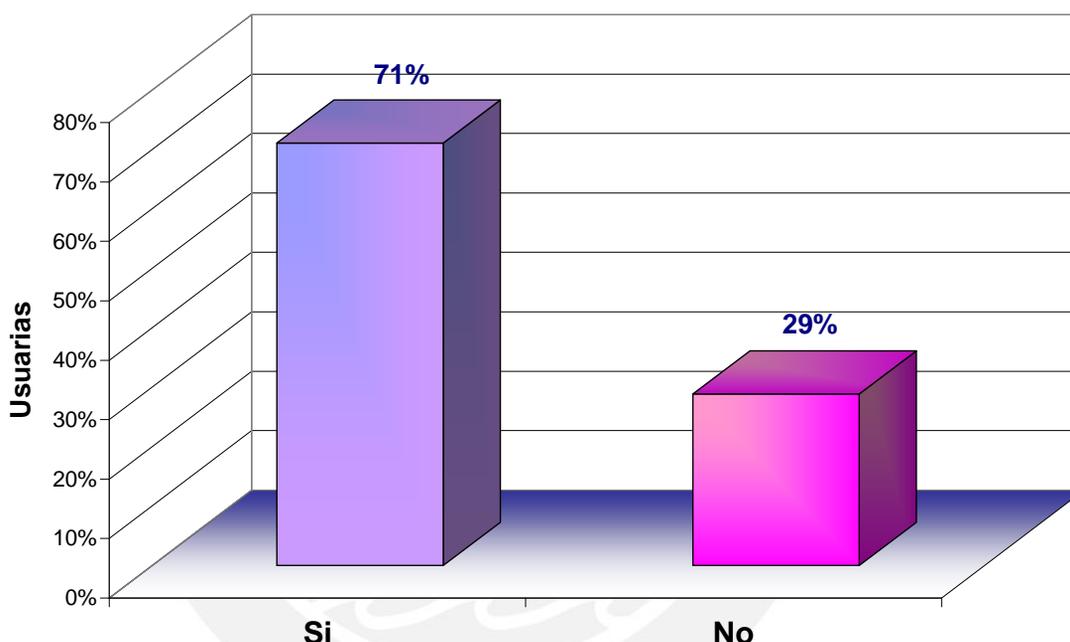
Y el 19% respondieron que no había privacidad.

Un 54% de usuarias manifiestan críticamente que no existe privacidad en la consulta, ésta situación seguramente no contribuye a generar confianza en la usuaria, y que no se explica en razón de las carencias económicas que afronta la Institución de salud.

Durante la consulta, ¿había otras personas permanentemente en el consultorio?

53. Durante la consulta, ¿había otras personas permanentemente en el consultorio?	Frecuencia	%
Si	273	71%
No	111	29%
Total	384	100%

¿Durante la consulta habían otras personas permanentemente en el consultorio?



Interpretación

El 71% de las usuarias, manifestaron que durante la consulta si había otras personas permanentemente en el consultorio, como son la técnica y otras usuarias, ya que mientras el médico se entrevista con la paciente, la técnica entrevista a la siguiente paciente antes que pase con el médico.

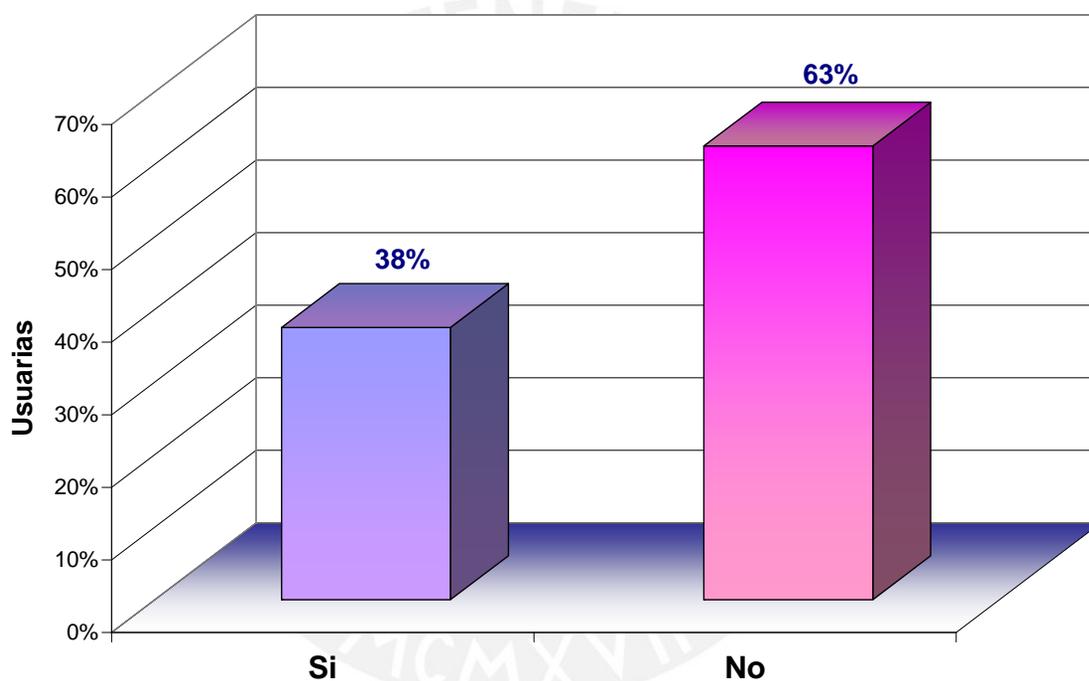
El 29% manifestaron que durante la consulta no había otras personas permanentemente en el consultorio.

Esta respuesta corrobora las apreciaciones de la anterior estadística referida a la privacidad hacia la usuaria, mostrando una falta de respeto grave y generando una ruptura de comunicación total.

¿Durante la consulta, ingresaron otras personas al consultorio?

54. ¿Durante la consulta, ingresaron otras personas al consultorio?	Frecuencia	%
Sí	144	38%
No	240	63%
Total	384	100%

¿Durante la consulta, ingresaron otras personas al consultorio?



Interpretación

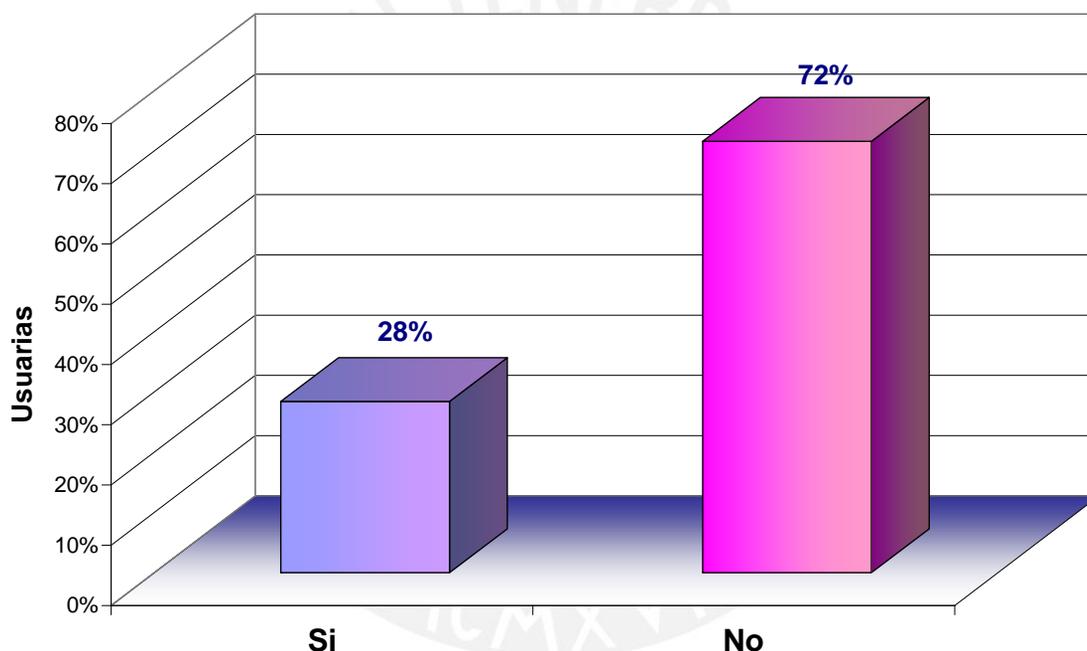
El 38% de las usuarias, manifestaron que durante la consulta sí ingresaron otras personas al consultorio, mientras que el 63% respondieron que no ingresaron personas ajenas al consultorio durante la consulta.

Es inconcebible saber que existen otras personas ajenas a la consulta médica que ingresan al consultorio, peor si es con la aprobación del médico. Lamentablemente la usuaria tiene que verse forzada a aceptar estas condiciones por lo que manifiesta su desagrado y desconfianza.

**Durante la consulta, cuando el doctor la revisaba o auscultaba,
¿Ingresó otra persona?**

55. Durante la consulta, cuando el doctor la revisaba o auscultaba, ¿Ingresó otra persona?	Frecuencia	%
Sí	109	28%
No	275	72%
Total	384	100%

**Durante la consulta, cuando el dr. la revisaba o auscultaba,
¿Ingreso otra persona?**



Interpretación

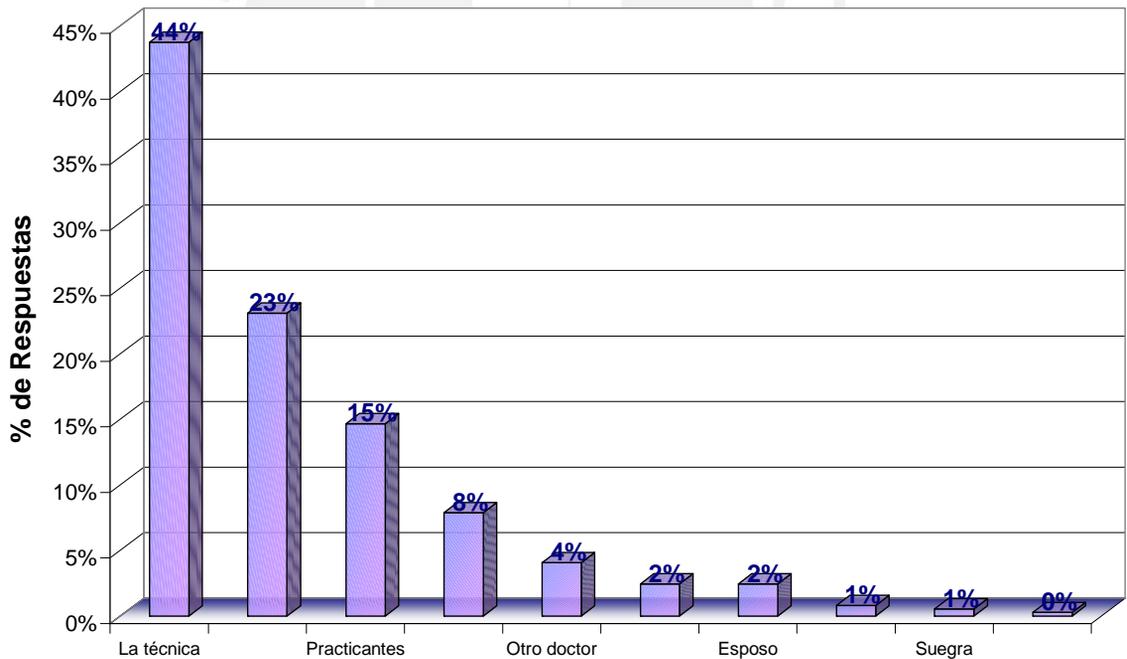
El 28% de las usuarias, manifestaron que mientras el doctor la auscultaba sí ingresaron otras personas al consultorio y el 72% respondieron que no ingresaron otras personas al consultorio.

En este momento de mayor intimidad en la consulta médica, todavía es menos aceptable que existan personas ajenas que ingresan en plena revisión y/o auscultación.

¿Quién fue la persona que ingresó durante la consulta?

56. ¿Quién fue la persona que ingresó durante la consulta?	Frecuencia	%
La técnica	161	44%
La enfermera	85	23%
Practicantes	54	15%
Otra usuaria	29	8%
Otro doctor	15	4%
Visitadores médicos	9	2%
Esposo	9	2%
Mamá	3	1%
Suegra	2	1%
Tía	1	0%
Total	368	100%

¿Quién fué la persona que ingresó durante la consulta?



Interpretación

De las 368 usuarias que respondieron que sí ingresaron otras personas al consultorio durante la consulta:

El 44% manifestaron que la persona que ingresó al consultorio durante la consulta fue la técnica de enfermería, el 23% respondieron que la enfermera ingresó al consultorio, el 15% manifestaron que fueron practicantes las que ingresaron y el 8% dijeron que otra usuaria ingreso al consultorio.

Se puede añadir que: mientras la usuaria está siendo atendida por el médico, la técnica está con otra usuaria en el mismo consultorio, el 4% manifestaron que otro doctor ingresó al consultorio, para coordinar o atender cosas distintas con el médico que la estaba atendiendo, el 2% manifestaron que visitantes médicos (hombre y/o mujer) ingresaron al consultorio durante la consulta, debemos resaltar que los médicos atienden primero a los visitantes médicos y luego a las usuarias.

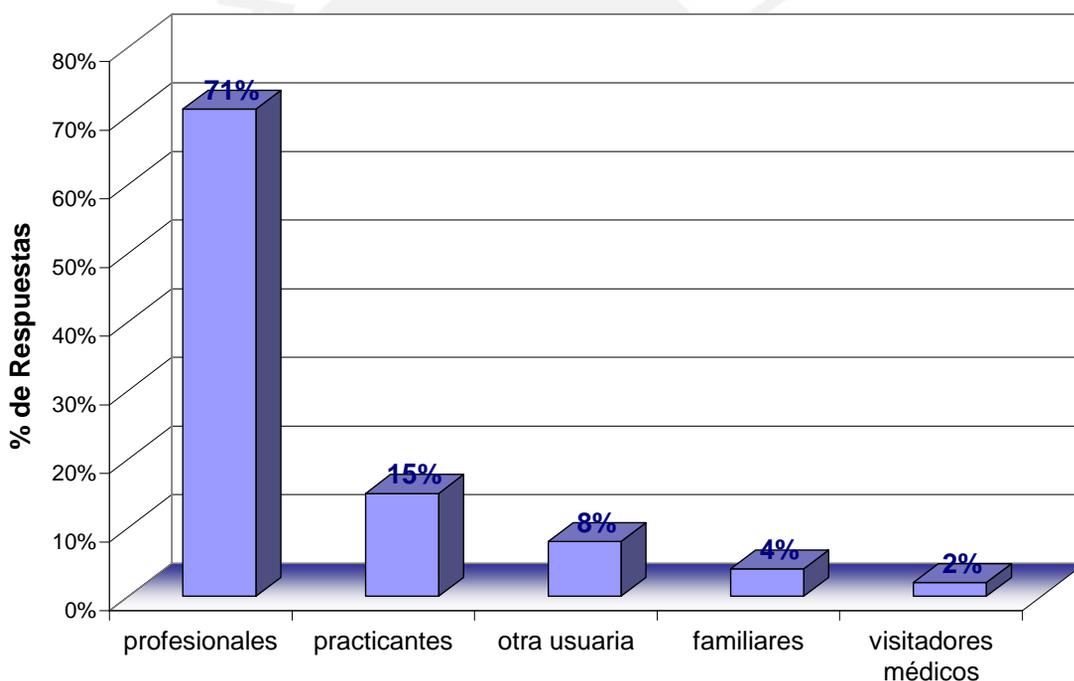
Podemos interpretar que probablemente la profesional técnica de enfermería y enfermeras, en razón del protocolo clínico médico pueden ingresar al consultorio durante la consulta, mas de ningún modo otro tipo de personas, aunque en el caso de los practicantes se pudiera hacer una excepción porque estos futuros profesionales tienen que tomar contacto con la realidad profesional, previa explicación del médico hacia la usuaria y aceptación de ella.

¿Quién fue la persona que ingresó durante la consulta?

Las respuestas han sido agrupadas por rubros:

56. ¿Quién fue la persona que ingresó durante la consulta?	%
Profesionales	71%
Practicantes	15%
otra usuaria	8%
Familiares	4%
visitadores médicos	2%
	100%

¿Quién fué la persona que ingresó durante la consulta?



Interpretación

Las respuestas de la pregunta 56, hemos considerado agruparlas por rubros, así tenemos:

Las personas que ingresan durante la consulta son en total, el 71% profesionales, 15% practicantes, 8% otras usuarias, 4% familiares y 2% visitadores médicos.

Es decir que el 29% de las personas que ingresan al consultorio durante la consulta no son profesionales (técnica, enfermera y doctor del Hospital Santa Rosa).

COMENTARIOS SOBRE LA INTERPRETACION A LAS PREGUNTAS DEL OBJETIVO 7:

- ✚ Para analizar y poder medir el nivel de nuestra séptima variable: la privacidad, desarrollamos seis preguntas dirigidas a la usuaria, cada una de ellas aportaría un resultado que nos permita medir el nivel de percepción de la usuaria sobre la privacidad brindada por el médico en la comunicación dada en la consulta externa de gineco obstetricia.
- ✚ De acuerdo a la teoría revisada, comprobada en nuestra realidad, la privacidad que le ofrece un Hospital en la consulta médica a una usuaria, es un factor importante que influye directamente en la comunicación interpersonal.
- ✚ Más de la mitad de nuestra muestra manifestaron que no existe privacidad en su consulta médica, corroboramos en la observación y según la estadística de nuestro análisis, el 71% de usuarias manifestaron que durante la consulta se encuentran otras personas en el consultorio como son: las técnicas y otras usuarias, esto se relaciona con una falta de respeto grave a la usuaria, generando una percepción negativa en la comunicación con el médico.
- ✚ El ingreso de personas ajenas a la consulta, (técnicas, enfermeras, practicantes, visitantes médicos u otras usuarias), es aprobada por el médico, viéndose la usuaria forzada a aceptar, manifestando desagrado y desconfianza.
- ✚ Comprobamos estos resultados a través de la observación y pudimos confirmar que los médicos primero atienden a los visitantes médicos antes que a las usuarias, éstas a su vez son atendidas con varias interrupciones de parte del mismo personal profesional de salud y otros ajenos al establecimiento de salud.
- ✚ No existe el mínimo respeto del profesional de la salud hacia la privacidad de la usuaria. No podemos concebir interrupciones y mucho menos faltar en la intimidad de una persona cuando ésta está siendo revisada.

- ✚ Los médicos deben ser concientes de este factor, no podemos generar una buena comunicación, cuando la usuaria se siente violada en su propia intimidad y peor aun cuando no tienen el consentimiento de ella, rompiendo la comunicación entre ellos.



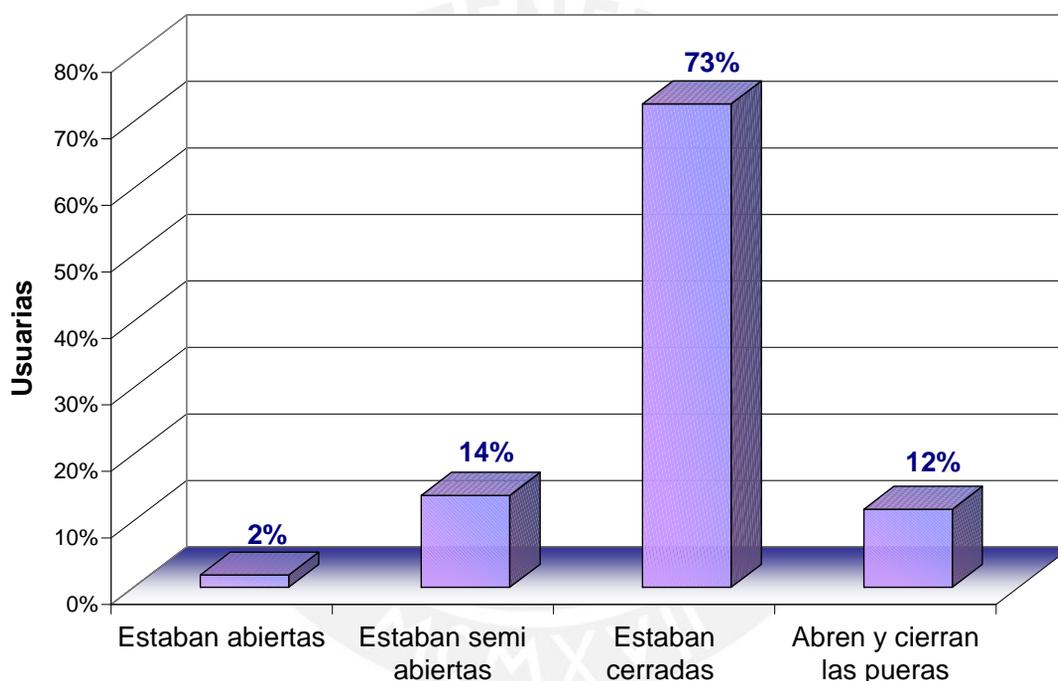
OBJETIVO 8

Conocer la percepción de la usuaria sobre la infraestructura del consultorio que contribuye a la privacidad médico – usuaria durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa, como factor de la comunicación.

¿Cómo se mantuvieron las puertas del consultorio?

57. ¿Cómo se mantuvieron las puertas del consultorio?	Frecuencia	%
Estaban abiertas	7	2%
Estaban semi abiertas	53	14%
Estaban cerradas	279	73%
Abren y cierran las puertas	45	12%
Total	384	100%

¿Cómo se mantuvieron las puertas del consultorio



Interpretación

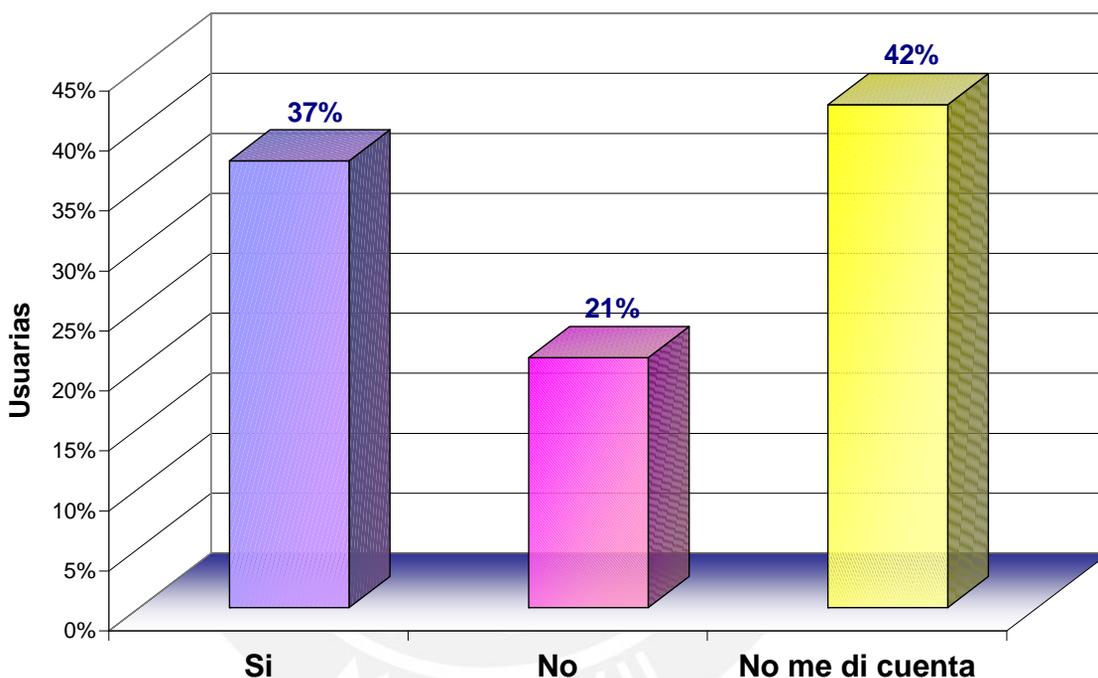
El 73% de las usuarias, manifestaron que las puertas del consultorio se mantuvieron cerradas, el 14% manifestaron que las puertas se encontraban semi abiertas, el 12% respondieron que las puertas las abren y cierran y el 2% manifestaron que las puertas estaban abiertas.

Es decir que el 28% de las respuestas de las usuarias, reflejan la tendencia de escasa privacidad en la atención a las pacientes, pero a la vez muestran una falta de respeto ostensible para con ellas.

¿Las puertas tenían seguros (picaportes)?

58. ¿Las puertas tenían seguros (picaportes)?	Frecuencia	%
Sí	143	37%
No	80	21%
No me di cuenta	161	42%
Total	384	100%

¿Las puertas tenían seguros (picaportes)?



Interpretación

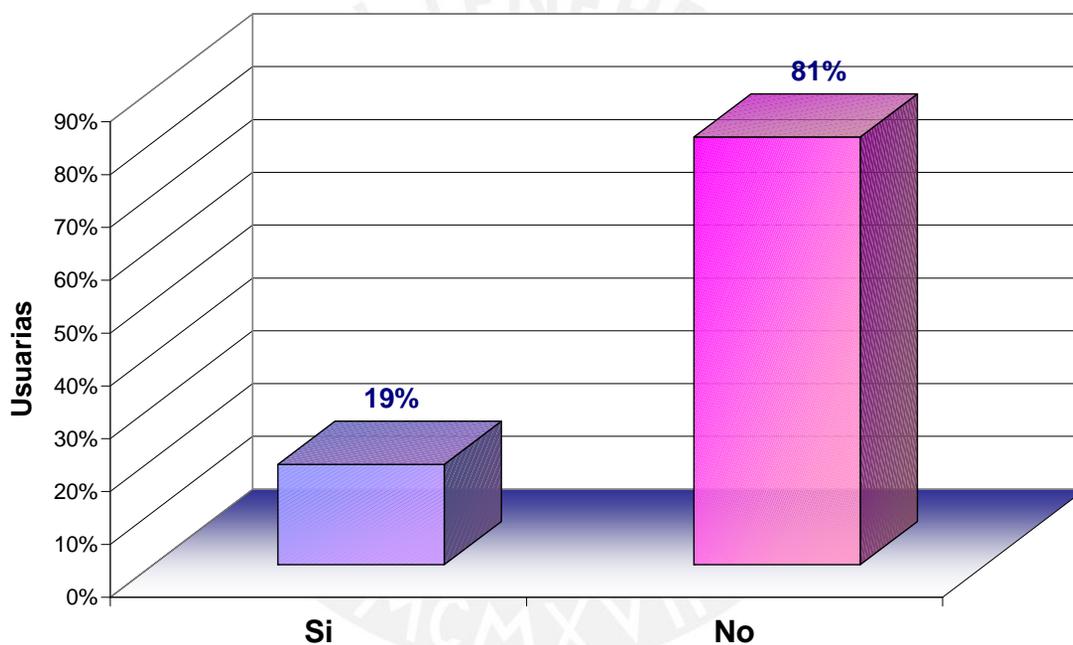
El 37% de las usuarias, manifestaron que las puertas de los consultorios sí tenían seguros, el 21% manifestaron que las puertas no tenían seguros y el 42% manifestaron que no se dieron cuenta si las puertas tenían o no seguridad.

Pudiera ser que algunas usuarias (42%) no estén interesadas en saber si existen o no seguridades en las puertas, pero esto no quiere decir que no se tomen las medidas necesarias posibilitando al final el nivel de privacidad óptimo, generando opinión positiva.

¿Usted podía ser observada a través de las ventanas del consultorio?

59. ¿Usted podía ser observada a través de las ventanas del consultorio?	Frecuencia	%
Sí	73	19%
No	311	81%
Total	384	100%

¿Usted podía ser observada a través de las ventanas del consultorio?



Interpretación

El 81% de las usuarias, manifestaron que no podían ser observadas a través de las ventanas del consultorio, el 19% manifestaron que sí podían ser observadas a través de las ventanas.

El aspecto administrativo, logístico de la instalación de salud, debe procurar cubrir las condiciones mínimas de privacidad para la usuaria, esto genera un nivel de confianza mayor y por lo tanto mejora la comunicación médico – usuaria dentro de una consulta externa.

COMENTARIOS SOBRE LA INTERPRETACION A LAS PREGUNTAS DEL OBJETIVO 8:

- ✚ Para analizar y poder medir el nivel de nuestra octava variable: la infraestructura, como parte del objetivo anterior: la privacidad, desarrollamos tres preguntas adicionales con respecto a la infraestructura del Hospital, dirigidas a la usuaria, cada una de ellas aportaría un resultado que nos permita medir el nivel de percepción de la usuaria sobre la infraestructura como elemento para brindar una mejor privacidad por el médico en la comunicación dada en la consulta externa de gineco obstetricia.
- ✚ Comprobamos que la infraestructura no es la mejor, pero por lo menos cuenta con elementos primordiales, como son: el espacio adecuado para la consulta propiamente, puerta y ventanas en el consultorio. Debería de contar con un lavatorio por consultorio pero no todos lo tienen y un espacio para la técnica o asistente del médico, fuera del consultorio o en su defecto limitado con una tabiquería, que tampoco cuenta con ello.
- ✚ La importancia en este factor, prima en cómo manejan la infraestructura brindada por el Hospital al profesional de la salud para que éste a su vez brinde mayor privacidad a la usuaria, por lo que a través del estudio pudimos comprobar lo siguiente:
 - ✚ Un importante número de usuarias (28%), percibieron que las puertas del consultorio donde se encontraban, estaban abiertas, semi abiertas, abren y cierran la puerta durante la consulta privada que deben de tener con el médico, de tal forma que pueda mejorar la comunicación entre ellos.
- ✚ Pese a que dichas puertas cuentan en su mayoría con seguridad (picaportes), existe en las usuarias un alto índice en el cual manifiestan no haber reparado si es que tienen o no dichas puertas seguridad, ya que en la mayoría de casos estas puertas son abiertas y cerradas continuamente.

- ✚ Esto fue comprobado a través de la observación que hicimos, confirmando que durante la consulta si no es la técnica quien abre y cierra la puerta, muchas personas ajenas al consultorio entran y salen sin considerar la consulta médica ni el servicio que están prestando de mucha intimidad y privacidad por ser ginecológico.
- ✚ Las manifestaciones de las usuarias era de mucha incomodidad por esta falta de respeto tan grande hacia sus personas, no se sienten confiadas, ni respetadas cuando sólo las tapa un biombo o una sábana para cubrir el estómago.
- ✚ Otro elemento de la infraestructura en un consultorio son las ventanas que tiene cada consultorio, y la importancia de esto deriva de si están cubiertas o no, de tal forma que las usuarias no sean vistas a través de las ventanas por los vecinos, peatones, etc.
- ✚ Cabe señalar que los consultorios del servicio de gineco obstetricia se encuentran ubicados en un segundo piso, en este caso los peatones no podrían ver hacia adentro a través de las ventanas, pero si los vecinos que habitan los edificios que rodean el hospital.
- ✚ Un alto porcentaje (19%) de usuarias manifestaron que sí podían ser observadas por las ventanas, rompiendo una vez con la óptima privacidad que debe brindárseles para mejorar la comunicación.
- ✚ Siendo un servicio de gineco obstetricia y tomando en cuenta que la mayoría de usuarias acuden por motivos de embarazo, en su mayoría de avanzado período de gestación. Las autoridades de dicho hospital deberían tomar en cuenta la reubicación de los consultorios del servicio, para facilitar la movilización de las usuarias y evitar así los percances que suceden en algunos casos en las escaleras de acceso para el segundo piso.

CONCLUSIONES

Conclusiones Generales

- Los resultados de la investigación nos han permitido conocer la percepción de la usuaria²³ sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de gineco obstetricia del Hospital Santa Rosa de Lima, del Ministerio de Salud. La elección de las ocho variables (la comprensión, la empatía, la atención, el aprecio, las normas de respeto, la confianza, la privacidad y la infraestructura); fueron convertidas en objetivos específicos, los cuales nos permiten con claridad determinar particularidades de la percepción de la usuaria estudiada sobre dichos factores que intervienen en la comunicación interpersonal con el médico.
- Cabe mencionar que la presente investigación no incursiona en interrogantes respecto de la eficiencia médica en la atención de la salud, aspecto que nos preocupa, pero que no se afronta por los objetivos de la investigación. Ésta asume solo un aspecto del panorama problemático alrededor de la calidad de atención y vinculado a la comunicación interpersonal de los sujetos médico – usuaria / paciente.

²³ Usuaría.- paciente, son todas aquellas mujeres que asisten al Hospital a atenderse generalmente por alguna dolencia corporal y por ende hacen uso de los servicios que éste ofrece.

- Los médicos están más dedicados estrictamente a su acción profesional, pese a las permanentes interrogantes de la paciente, están en una actitud de no involucramiento y de distanciamiento, lo que resta niveles de empatía a la relación. Esta relación mejoraría si se diera cierta actitud positiva, y de aceptación hacia el desempeño de las profesionales, médicos del sexo femenino.

- Las expresiones verbales y no verbales del médico tratante que no desarrolla condiciones de empatía con su paciente reduce la potencialidad comunicadora en la consulta externa, sumado a esto la actitud negativa, de menosprecio y de marginación del que son objeto algunas pacientes por parte del personal médico. El tiempo de consulta por paciente (12 minutos), se puede considerar un tiempo óptimo, si se dan las condiciones a los factores anteriormente citados.

- La consulta externa, se caracteriza en un porcentaje importante por la frecuente interrupción del proceso de atención en las consultas y la escasa privacidad, siendo éste uno de los factores por el que las usuarias confían sólo medianamente en los médicos.
La edificación de las instalaciones sanitarias, no siempre cuenta con el diseño y la infraestructura adecuada para brindar a la usuaria un servicio de respeto e intimidad, por una deficiencia en la concepción arquitectónica o diseño del proyecto de construcción de sedes hospitalarias.

- El análisis permite identificar problemas en la comunicación organizacional e interpersonal. Éstos se dan porque no existe una entidad responsable interna, que ejecute las políticas al respecto.

- En lo que respecta a la parte metodológica, el diseño del cuestionario, su importancia y la trascendencia de las respuestas corrobora la eficacia metodológica y el rigor científico con el que se ha actuado.

Conclusiones Específicas

- ❑ La percepción de las usuarias respecto a **la comprensión** en la comunicación con el médico, es que éstos no se esfuerzan, ni se preocupan por ser comprendidos, no cuidan las palabras y el lenguaje que utilizan. La mayoría de los médicos no se preocupan por saber si la usuaria entendió la explicación y/o instrucciones que ofrecieron, por lo que generalmente son las usuarias las que piden que el médico repita las instrucciones.
- ❑ El discurso de la mayoría de los médicos se concentra específicamente en el campo médico terapéutico, mas no emocional y humano. Se olvida una herramienta importante como es el grado de **empatía** necesaria para el mejoramiento de la comunicación médico – usuaria y por ende la medicación del paciente. Las usuarias perciben una mayor empatía por parte de los médicos del sexo femenino porque ellas han vivido las mismas experiencias ginecológicas.
- ❑ Pese a la falta de existencia de **empatía** de parte de los médicos hacia las usuarias, éstas en general consideran al doctor como un amigo por la confianza que ellos les brindan (esto se da mediante un proceso por el cual la usuaria alcanza más confianza cuando las consultas las hace con mayor frecuencia y con el mismo médico, y mejora si el médico es de sexo femenino, es decir la confianza que obtiene es más rápida).
- ❑ **La atención** brindada por los médicos hacia las usuarias, es percibida por ellas a través de la comunicación verbal y no verbal. Las usuarias manifiestan que algunos médicos con su forma de expresarse, sus actitudes y gestos (postura corporal, gesticular, etc) hacen que se reduzca la potencialidad comunicadora médico – usuaria en una consulta externa, osea que se instalan barreras.
- ❑ La duración del tiempo de una consulta, es decir de la entrevista médico – usuaria, es considerada un factor importante para **la atención** que le pueda brindar el médico

en la comunicación, algunas de ellas quedan insatisfechas con el tiempo brindado (doce minutos por consulta aproximadamente).

- En el Hospital Santa Rosa, respecto a la variable **aprecio**, existen algunos médicos que tienen una actitud negativa hacia las usuarias, por lo que las hacen sentir menospreciadas y marginadas. Estos profesionales de la salud no son atentos con ellas, no les manifiestan ninguna expresión de afecto y ni siquiera les dan consejos u orientación. Se limitan a atender a la usuaria sin interactuar con ella, ni manifestarle pequeña muestra de aprecio.
- Las usuarias de la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa percibieron que son pocos los médicos que no demuestran **normas de respeto** hacia ellas. La mayoría de médicos cumple con las mínimas normas de respeto como son el saludo, invitarla a tomar asiento, tratarlas de usted, etc. Incluso en el momento de una auscultación, la mayoría de los médicos siguen un procedimiento regular, normal y con respeto.
- Pero la gran mayoría de médicos rompe con estas *normas de respeto* cuando interrumpen la consulta médica por atender el teléfono o a otras personas ajenas a la entrevista, con lo cual se rompe el esquema de regularidad en esta variable durante la comunicación en la consulta.
- A pesar de que los resultados de la investigación demuestran que la mitad de las encuestadas manifestaron tener **confianza** en el médico. Esta aceptación o confianza está basada en percepciones sociales en cuanto al prestigio y respaldo del médico como profesional. Se pudo comprobar que las usuarias le dan mucho valor a la confianza con sólo algunas manifestaciones del médico cuando las llaman por su nombre o con algún apelativo afectivo.
- La percepción de la mayoría de las usuarias es que no existe **privacidad** en la consulta. Generalmente se encuentran personas dentro del consultorio ajenas a la

entrevista médica, pese a que la infraestructura de estos ambientes cuentan con seguridad en el acceso.

- Asimismo, cabe señalar que la mayoría de las usuarias manifestaron que las instalaciones físicas de los consultorios del hospital, cuentan con una **infraestructura** regular, no es adecuada para ofertar un servicio que brinde el respeto a su intimidad, sobre todo si se trata de servicios de gineco obstetricia.



RECOMENDACIONES

Conocemos que con frecuencia se habla de los procesos de reforma del sector salud, de la mejora de la visión e imagen de este sector, pero poco o nada se ha hecho, algunos de los resultados descritos en las páginas anteriores podrían haberse supuesto de manera empírica, a partir de la cotidianeidad del trabajo, o con la simple observación, pero el importante esfuerzo de esta investigación, nos anima como comunicadores y ciudadanos a asumir la responsabilidad, de aportar a la formulación y operativización de políticas y programas de comunicación en salud, que permitirían definir con información real, líneas de trabajo y estrategias más específicas dirigidas a cubrir las necesidades de comunicación corporativa identificadas, con el fin de mejorar las condiciones en el tratamiento del derecho de las usuarias en los servicios de salud pública.

A Nivel Ministerio de Salud

- El Ministerio de Salud, debería mantener un mejor “involucramiento sostenible” con las organizaciones de la sociedad civil, en especial organizaciones de mujeres, en el diseño, implementación y seguimiento de los planes y programas para mejorar la comunicación médico – usuaria en la consulta externa de servicios de gineco obstetricia de los hospitales u otros servicios.
- A partir de los resultados de la investigación, se sugieren indicadores factibles de ser operativizados, y alrededor de los cuales se pueden proponer estándares para la estimación de los factores de la comunicación a tener en cuenta en la comunicación médico – usuaria.

Indicadores de la Comunicación médico – usuaria:

La comprensión

La empatía

La atención

El aprecio

Las normas de respeto

La confianza

La privacidad

La infraestructura

- El Ministerio de Salud, debería desarrollar y fortalecer aquellos mecanismos de demanda calificada de servicios de salud, de conocimiento del tipo de sus usuarias. Ésta debe involucrarse, informarse y ser informada de sus derechos como usuarias del servicio de salud, de tal manera que contribuya significativamente a alcanzar metas razonables en la mejora de la comunicación, revirtiendo así la ineficacia de ésta en la tradicional relación “médico – paciente”.
- Se recomienda generar planes de comunicación interna y externa que dirijan su atención a establecer mejores relaciones institucionales e interpersonales en las usuarias de los servicios de salud, en este caso del Hospital Santa Rosa.
- Difundir los resultados del estudio, entre los proveedores y quipos de gestión del nivel central y local del MINSA, con el objetivo de enriquecer el conocimiento para la toma de decisiones, sobre el mantenimiento y mejora de las comunicaciones médico – usuaria.
- Se recomienda que las oficinas de Relaciones Públicas y/o Comunicaciones Corporativas y/o Imagen Institucional, del Hospital Santa Rosa y en general en todos los Hospitales, deben utilizar mejores tratamientos en las comunicaciones internas y externas, sin dejar de tener presente la existencia de la Dirección de Promoción de la salud y de las políticas de comunicación del Minsa. Se deben efectuar diagnósticos situacionales de la problemática comunicacional, mediante un análisis, planificando y estableciendo estrategias de mejoramiento de la

comunicación médico - paciente del Hospital, luego deben ser evaluados y hacer el respectivo seguimiento para el correcto desarrollo institucional. El responsable de la Oficina o Departamento, deberá ser un profesional en comunicación social y dependerá directamente de la Dirección General, constituyéndose como órgano Asesor.

- Destinar más recursos para fortalecer las habilidades de comunicación interpersonal del personal de salud que atiende a las usuarias de las consultas de gineco –obstetricia.
- Recomendamos que el Ministerio de Salud a través de los canales correspondientes y sus vinculaciones con las autoridades universitarias, puedan fortalecer y afianzar los cursos o asignaturas de formación académica, donde se revisan conceptos, procedimientos y orientaciones al estudiante de Medicina, vinculadas a las interrelaciones médico – paciente, haciendo énfasis en los factores de la comunicación que intervienen en la consulta externa médico – usuaria, aspectos que mejoraría sustancialmente el nivel de aceptación del desempeño y competencia profesional con implicancias sobre todo en el ámbito psíquico emocional del paciente – usuario.

A nivel Hospital

- Será muy importante entonces, contar con una dependencia que administre en exclusividad este campo con solvencia profesional y con propiedad, evitando que se usurpen tanto funciones como responsabilidades que le caben al profesional competente del campo de las comunicaciones organizacionales.

Las regulaciones, normas y/o directivas que determinan los procedimientos administrativos en el campo comunicacional-relacional deben estar claramente configurados en los instrumentos normativos que regulan el accionar corporativo institucional, lo que nos invita a expresar que todo aquello que no encaje dentro de estas exigencias será sinónimo de un accionar inorgánico, poco rentable,

poco responsable con consecuencias directas en la configuración de la imagen institucional, traducida en una opinión pública adversa a sus objetivos.

- Desarrollar estrategias apropiadas de capacitación en comunicación interpersonal dirigidas particularmente a los médicos y otros profesionales proveedores de servicios de salud, teniendo en cuenta que son reacios a este tipo de capacitaciones.
- Realizar talleres dirigidos a médicos, sobre los factores que intervienen en la comunicación médico - usuaria, de acuerdo al marco de la presente investigación. Este conocimiento los ayudará, en términos generales, a relacionarse mejor con las usuarias en el futuro y a entender que la calidad de su interacción con ellas, tiene repercusiones, en principio vinculadas a la salud y a la vida de las usuarias, así como, para la utilización futura de los servicios de parte de la población y por consiguiente la construcción de la buena imagen de la Institución.
- Hacer sostenible la capacitación a los médicos a través de herramientas diversas como manuales, videos, teatralización, folletos, charlas, etc, que los ayuden cuando sea necesario, a recordar y armonizar sus habilidades en las técnicas de comunicación con la usuaria, de acuerdo a nuestros indicadores. Promover la toma de conciencia de su papel, en lo que respecta a su desempeño profesional y a la utilización futura del servicio, aspectos que conforman la imagen de la Institución.
- Establecer un sistema de incentivos (certificación, viajes, cursos, etc) para los médicos y otros proveedores de salud, con la finalidad de asegurar una mejor receptividad del programa de capacitación, valorando los esfuerzos del personal en este sentido y aumentando su sentimiento de auto eficacia y reconocimiento de la importante labor que desempeñan con la comunidad y por ende un excelente desempeño institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- ALCANTARA, A. (2005). Glosario de Comunicación Organizacional. Recuperado el 06 de marzo del 2005, de <http://glosariocomorg.blogspot.com/2005/01/glosario-de-comunicacin.html>
- ALEGRIA, Cecilia. Comunicación Empresarial y manejo de imagen. – p 139 – 155. - En Contratexto: Revista de la Facultad de Ciencias de la comunicación de la Universidad de Lima (Perú). – n° 11 (dic. 1997).
- ANDRADE, Armando. Buena imagen, la construcción de una identidad corporativa debe manejarse de manera profesional. – p. 48. – En: Business (Perú). – n° 53 (feb. 1999).
- ARAYA, Claudia. DIAZ, Soledad. MIRANDA, Patricia. SÁNCHEZ, Soledad. SXHIAPPACASSE, Verónica. TIJERO, Marcia. La importancia de las relaciones interpersonales. – p 43 – 49. – En Revista Mujer Salud / Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe: Calidad de Atención en Salud: Un derecho de las Mujeres (Chile). – n° 4 (1997).
- BARTOLI, Annie. Comunicación y Organización, La organización comunicante y la comunicación organizada. -- Barcelona – Buenos Aires – México: Ediciones Paidós Ibérica, 1992.
- BAUMGARTEN, Franzisca. Psicología de las relaciones humanas en la empresa.- Barcelona: Editorial Labor S.A., 1968.
- BERLO K., David. Proceso de la Comunicación. -- 6ª impresión -- Argentina: Editorial El Ateneo, 1975.
- CEA D'ANCONA, Ma Angeles. Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. – Madrid: Editorial Síntesis, 1998.
- CENTRO DE LA MUJER PERUANA FLORA TRISTAN, Un acto común por construir, calidad de atención en los servicios de salud reproductiva.- Perú: F& F Editorial E.I.R.L., 1998.

- CEES B.M., Van Riel. Comunicación Corporativa. – España: Prentice Hall, 1998.
- CONSORCIO MUJER. Calidad de atención en la salud reproductiva: una mirada desde la ciudadanía femenina. – Perú: Fundación Ford, 1998.
- CORDERO FRISANCHO, Marisol y otros. Más allá de la intimidación: cinco estudios en sexualidad, salud sexual y reproductiva. – Lima - Perú: Lluvia Editores, 1996.
- COSTA, Joan. Comunicación Corporativa. – Madrid – España: Ediciones Ciencias Sociales, 1995.
La Comunicación en acción: informe sobre la nueva cultura de la gestión. – España: Paidós Iberica. S.A., 1999.
Imagen corporativa en el siglo XXI.- Argentina: La Crujía Ediciones, 2001.
- DOUGLAS, Mary. Como piensan las Instituciones. Trad. José Antonio López de Letonia y Gonzalo Gil Catalina.—España: Alianza Editorial, 1996.
- ELIAS, Joan. Clientes contentos de verdad, claves para comprender a clientes y usuarios.- Barcelona: Gestión 2000, 2000.
- ESCOBAR, J. (2002) Comunicación Corporativa. Recuperado el 02 de marzo del 2005, de <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/comucorp.htm>
- FERNANDEZ COLLADO, Carlos. La Comunicación en las organizaciones.- México: Editorial Trillas, 1999.
- GALLEGOS, David: SUAREZ, David. La diferenciación empresarial se presenta ahora a través de la imagen corporativa. – p. 11 - 18. – En: Business (Perú). – n° 44 (may. 1998).
- GARRIDO, Francisco Javier. Imagen & Empresa. – Chile: Red Internacional del Libro Ltda., 1999.
- GOMEZ, E. (2003).El proceso de la comunicación interpersonal. Recuperado el 24 de febrero del 2004, de http://www.galeon.com/pcazau/artpsi_comu.htm
- GONZALES ACOSTA, Susana. Función de la comunicación interpersonal en la calidad de servicios empresariales. – p 65 – 77. – En Contratexto: Revista de la Facultad de Ciencias de la comunicación de la Universidad de Lima (Perú). – n° 11 (dic. 1997).
- GUEZMES, Ana. ¿Qué implica la calidad de atención en servicios de salud?. – p 37 – 36. – En Revista Mujer Salud / Red de Salud de las Mujeres

Latinoamericanas y del Caribe: Calidad de Atención en Salud: Un derecho de las Mujeres (Chile). – n° 4 (1997).

HALLORAN, Jack. Relaciones Humanas. -- España: Ediciones Hispano Europea S.A., 1982.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto y otros. Metodología de la Investigación. -- segunda edición-- Colombia: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A., 1998.

JOHANSEN BERTOGLIO, Oscar. Anatomía de la Empresa, una teoría general de las organizaciones sociales.-- México: Editorial LIMUSSA S.A., 1982.

MAYNTS, Renate. Trad. José Díaz García. Soziologie der Organisation.--. Madrid: Alianza Editorial, 1982.

McENTEE DE MADERO, Hielen. Comunicación oral para el liderazgo en el mundo moderno.-- México: McGraw Hill / Interamericana Editores S.A., 1996.

MEDINA, Tito. Relacionista Público del Hospital Santa Rosa. Entrevista a cargo de Magnolia Dusek, 02 mar. 2003

MINISTERIO DE SALUD – Dirección General de Salud de las Personas, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. -- Perú: Gráfica Biblos S.A., 2002.

MINISTERIO DE SALUD, Manual de Comunicación Interpersonal para la calidad de atención y la satisfacción de la usuaria. -- Perú: MINSA, 1998.

MINISTERIO DE SALUD – PROYECTO 2000. Investigación: Calidad del Servicio de Salud desde la percepción de la usuaria. – Perú, 2000.

MINISTERIO DE SALUD – PROYECTO SALUD Y NUTRICION BASICA, Informe de Investigación N° 6, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud y nutrición materno infantil. -- Perú: Decisión Gráfica S.A., 1997.

MILLIKEN, Mary Elizabeth. Understanding human behavior a guide for Health workers - Relación Humana con el paciente / Psicología aplicada para el profesional sanitario: Albany – New York: Delma Publisher, 1970.

MUSGRAVE, James. ANNISS, Michael. La dinámica de las relaciones personales en la empresa y los negocios. – Barcelona: Paidós Empresa, 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. División y Promoción de la Salud, Modelos y Teorías de la Comunicación en Salud – Perú: Reproducción de Documentos Serie N° 19, 1996.

- OVIEDO V. Carlos. Las esferas de la comunicación en las organizaciones, hacia una gerencia de la percepción.—Lima – Perú: Jaime Campodónico Editor, 2002.
- PALAFX DE ANDA, Gustavo. (2001). Calidad en el servicio. Recuperado el 04 de febrero del 2002, de http://www.pyme.com.mx/articulos-pyme/todoslosarticulos/calidad_en_el_saervicio.htm.
- PEASE, Allan. Body Language - El lenguaje del Cuerpo, como leer la mente de los otros a través de sus gestos: Holy Trinity Church – Marylebone Road, Londres—Buenos Aires: Planeta, 1986.
- PITTMAN, Patricia. Equidad de género en la dimensión socioemocional de la calidad de atención. – p 53 – 57. – En Revista Mujer Salud / Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe: Calidad de Atención en Salud: Un derecho de las Mujeres (Chile). – n° 4 (1997).
- PUTNAM, Linda L. COSTA, Joan. GARRIDO, Francisco J. Comunicación empresarial: nuevas tendencias en comunicación para potenciar la estrategia empresarial – Barcelona: Ediciones Gestión, 2002.
- QUINTANA OTINIANO, María. Comunicación y Recursos Humanos – Lima, Perú: Time Publicidad y Marketing, 1999.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2002). Diccionario de la Lengua Española, 22° Edición. Recuperado el 27 de junio del 2002, de www.rae.es - <http://buscon.rae.es/diccionario/cabecera.htm>
- RELACIONES PÚBLICAS. NET. (2005). Identidad Corporativa. Recuperado el 16 de abril del 2005, de <http://www.rppnet.com.ar/identidad.htm>
- REYES ZAPATA, Hilda. Modelo de la mejora continua de calidad a la salud sexual y reproductiva. – p 31 – 36. – En Revista Mujer Salud / Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe: Calidad de Atención en Salud: Un derecho de las Mujeres (Chile). – n° 4, 1997.
- REVISTA PROYECTO 2000. Un esfuerzo por la salud del país. – p 6 – 25. – En Revista PROYECTO 2000 (Perú), 1998.
- RICCARDI, Ricardo. Las Comunicaciones en la Empresa: como mejorar las Relaciones Humanas.- Bilbao – España: Ediciones Deusta, 1996.
- SANZ DE LA TAJADA, Luis Angel. Integración de la identidad y la imagen de la empresa..— Madrid: Esic Editorial, 1994

- SCHEINSOHN, Daniel. Más allá de la Imagen Corporativa, como crear valor a través de la Comunicación Estratégica.— Buenos Aires - Argentina: Ediciones Macchi, 2000.
- SCHWEITZER, A (1997). Relaciones Humanas. Recuperado el 18 de febrero del 2005, de
<http://www.monografias.com/trabajos5/relhuman/relhuman.shtml>
- SONIS, Abraam y colaboradores. Atención de la Salud, Medicina sanitaria y administración de la salud.—Argentina: Editorial Ateneo Tomo II, 1976.
- SZASZ, Ivonne y LERNER, Susana. Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. – México: El Colegio de México, 1999.
- VAN RIEL, Cees B.M. Comunicación Corporativa – España: Prentice Hall, 1997.
- VARGAS, Miriam. Médico Ginecóloga del Hospital Santa Rosa. Entrevista a cargo de Magnolia Dusek, 05 mar. 2003.
- WEIL, Pierre G. Relaciones Humanas en el trabajo y en la familia.- Buenos Aires: Editorial Kapelusz, 1973.

PRESUPUESTO

Descripción	Precio Unidad	Cantidad	Monto Total
Fotocopias	0.1	3,000	300
Impresos	0.5	1,000	500
Fotografías	0.7	10	7
Lápiceros	0.5	10	5
Tablas	6	3	18
Movilidad local	6	80	480
Empastado	70	3	210
Encuestadores	100	2	200
Internet	1.5	100	150
Scaneados	1	10	10
		Total	1880

ANEXO 1

TITULO DE LA INVESTIGACION "Determinación de la percepción de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud.".			
PROGRAMA METODOLOGICO			
	INSTRUMENTO	PUBLICO OBJETIVO	JUSTIFICACION
OPCION CUANTI CUALITATIVA: Determinación cuantitativa y cualitativa en la apreciación de la percepción de la usuaria sobre Los factores que intervienen en la comunicación con el médico, durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud.	Encuesta - Entrevista	Usuaris	Es necesaria la información canalizada desde el público externo paciente - usuaria para la contrastación de la percepción de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico, durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa. Se podrá determinar los factores que intervienen en la comunicación utilizados por el médico con la usuaria, durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa
OPCION INTERPRETATIVA: Análisis comparativo de la información obtenida por el instrumento (encuesta - entrevista).	INSTRUMENTO	PUBLICO OBJETIVO	JUSTIFICACION
	Matriz	Usuaris	Contrastación de la información recogida por el instrumento para su verificación y comprobación.

ANEXO 3

DISTRITOS DE LA RED DEL HOSPITAL SANTA ROSA LIMA NORTE



Elaborado por: Unidad de Estadística e Informática

			(mediana)		<p>2. Le entendí más o menos</p> <p>3. No le entiende nada (no habla claro, habla muy rápido, no pronuncia bien)</p> <p>¿Usted comprende, las palabras que utiliza el doctor?</p> <p>1. Todas</p> <p>2. Casi todas</p> <p>3. La mitad</p> <p>4. Menos de la mitad</p> <p>5. Ninguna</p> <p>¿El doctor le pidió en algún momento, repetir sus instrucciones?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>¿Usted le pidió al doctor repetir las instrucciones?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p>
Percepción de la usuaria sobre la empatía en la comunicación que establece el médico hacia la usuaria	Es la idea o comprensión que experimenta la usuaria sobre la capacidad que tiene el médico de sentir y comprender las emociones y sentimientos de la usuaria	Grado percibido por la usuaria sobre la empatía que el médico entabla hacia ella. Lo que se medirá a partir de la aplicación de una encuesta.	Grado de empatía que entabla el médico con la usuaria	<p>(% de respuestas)</p> <p>(mediana)</p>	<p>¿El doctor le habló de otros temas, como el clima, la política, etc.?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>¿El doctor le pregunta sobre sus problemas distintos al de su salud?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>¿Usted considera al doctor como un amigo?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>¿Por qué en cada caso?</p> <p>¿En algún momento cree usted que el doctor se pone en su lugar?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. Algunas veces</p> <p>3. No</p> <p>¿Por qué en cada caso?</p> <p>Usted comprendió la explicación del médico respecto a su salud?</p> <p>1. Comprendió totalmente</p> <p>2. Comprendió parcialmente</p> <p>3. No comprendió nada</p>
Percepción de la usuaria sobre la atención que brinda el médico en la comunicación médico – usuaria	Es la idea o comprensión que experimenta la usuaria de que el médico esta atento (a) y demostrarlo, para exhortarla a expresarse como para hablarle, es importante verla a los ojos, tener una postura corporal derecha y orientada hacia ella, brindarle el tiempo necesario, acompañarla en sus emociones.	Grado percibido por la usuaria sobre la atención que el médico demuestra hacia ella. Lo que se medirá a partir de la aplicación de una encuesta.	Grado de percepción de la usuaria sobre el atención que demuestra el médico	Palabra verbal	

			(% de respuestas)		¿Mientras usted hablaba el doctor generalmente la escuchaba atentamente? 1. Sí 2. No
			(mediana)	Palabra no verbal	¿Mientras usted describía sus síntomas, el doctor escribía o anotaba los datos en la historia clínica? 1. Sí 2. Algunas veces 3. No
			(% de respuestas)	Postura	En cuanto a la postura del médico, el: 1. Estaba bien sentado 2. Estaba recostado en la silla 3. Reclinado sobre la mesa 4. Estaba parado correctamente
			(% de respuestas)	Actitud de cercanía (contacto visual)	Cuando el doctor le hablaba, generalmente él: 1. La miraba a los ojos 2. No la miraba a los ojos
			(mediana)		¿En general durante la consulta cómo la trato el doctor? 1. Muy bien 2. Bien 3. Regular 4. Mal 5. Muy mal
			(% de respuestas)	Tiempo - Duración de consulta	¿El tiempo que duró la consulta le pareció? 1. Suficiente 2. Insuficiente
			(proporción)		¿Cuánto tiempo calcula usted que duró su consulta?
Percepción de la usuaria sobre el aprecio que manifiesta el médico en la comunicación médico – usuaria	Es la idea o comprensión que experimenta la usuaria de cercanía o distancia, de que el médico la atiende de manera afectuosa, con estimación y consideración.	Grado percibido por la usuaria sobre el aprecio que el médico manifiesta hacia ella. Lo que se medirá a partir de la aplicación de una encuesta.	Grado de percepción de la usuaria sobre el aprecio que manifiesta el médico	Palabra verbal	
			(% de respuestas)		¿El doctor la elogió por haber acudido a la consulta? 1. Sí 2. No
			(% de respuestas)	Gestos	El doctor generalmente estaba 1. Sonriente 2. Indiferente 3. Parecía estar molesto
			(mediana)	Distancia (cuando ingresa)	¿Cuándo ingresó al consultorio, el doctor: 1. Fue atento 2. Fue poco atento 3. No fue nada atento
			(% de respuestas)	Distancia (durante la consulta)	¿Cuál fue la actitud del doctor durante la consulta? 1. Tuvo una actitud positiva (le daba aliento, siempre le mostró aprecio) 2. Tuvo una actitud negativa

			(% de respuestas)	Distancia (al final de la consulta)	3. Indiferente ¿El doctor le dió consejos y orientación al final de la consulta? 1. Me dio consejos y orientación 2. No me dio consejos y orientación
			(% de respuestas)	no verbal	¿Cuándo usted se retira del consultorio, al momento de despedirse el doctor: 1. Le dio un apretón de manos 2. No le dio la mano 3. Le sonrió 4. No le sonrió 6. La mostró aprecio (le dio un beso, abrazo, una palmada) 7. No le mostró aprecio
			(% de respuestas)	verbal	Le dijo alguna palabra de despedida (chau, hasta luego) 1. Sí 2. No
Percepción de la usuaria sobre las normas de respeto que utiliza el médico en la comunicación médico-usuaria	Es la idea o concepto que experimenta la usuaria sobre las manifestaciones de cortesía y trato preferente que le brinda el médico durante la consulta.	Grado percibido por la usuaria sobre los aspectos del respeto hacia ella, medidos a partir de la aplicación de una encuesta.	Grado de percepción de la usuaria sobre el respeto que le brinda el médico	Cortesía al inicio de la consulta	
			(% de respuestas)		¿Al ingresar usted al consultorio, el doctor la saludó? 1. Sí 2. No
			(% de respuestas)		¿El doctor la invitó a tomar asiento? 1. Sí 2. No
			(% de respuestas)		¿Como la trató el doctor? 1. La trato de tú 2. La trato de usted
			(% de respuestas)		¿El doctor la interrogó? 1. Me interrogó minuciosamente 2. Me interrogó de manera normal 3. No me interrogó, solo se concreto a ver la historia
			(% de respuestas)		En la consulta, el doctor la auscultó? 1. Sí 2. No
			(% de respuestas)		Antes de la auscultación, el doctor: 1. Le pidió de forma respetuosa que se desvista 2. Le pidió de manera normal que se desvista 3. Le pidió desvestirse irrespetuosamente
			(mediana)		¿Cuándo la auscultó? 1. Tuvo un discreto y respetuoso procedimiento 2. El procedimiento fue regular o normal 3. No tuvo discreción ni respeto hacia mi persona en el procedimiento
			(% de respuestas)	Al final de la consulta	Al final de la consulta, el médico la trato 1. Con amabilidad 2. No fue nada amable 3. Indiferente

			(% de respuestas)	¿El doctor en algún momento realizó otra actividad como hablar por teléfono, hablar con otra persona, etc? 1. Sí 2. No
			(% de respuestas)	¿Durante la consulta, al efectuar una actividad ajena, el doctor se disculpó antes de proseguir? 1. Sí 2. No
Percepción de la usuaria sobre la confianza en la comunicación médico – usuaria	Es la idea o comprensión que experimenta la usuaria sobre la esperanza firme que tiene del médico, al ser tratada con familiaridad, que puede fiarse de la palabra del médico para darle seguridad y culminar con éxito en el proceso comunicacional.	Grado percibido por la usuaria en el proceso comunicacional, donde el médico le brinda la confianza necesaria para darle a ésta la seguridad, medidos a partir de la aplicación de una encuesta.	Grado de percepción de la usuaria sobre la confianza que le brinda el médico	Trato familiar durante la consulta
			(% de respuestas)	¿El doctor la llama por su nombre? 1. Sí 2. No
			(% de respuestas)	¿El doctor se dirige a usted con un apelativo? 1. Sí 2. No
			(% de respuestas)	¿Qué clase de apelativo utilizó? 1. De afecto (mamita, amiguita, gordita, reyna) 2. Despectivo (panzona, enferma)
			(% de respuestas)	¿El doctor utilizó diminutivos? (chiquita, reinita) 1. Sí 2. No
			(mediana)	Seguridad y eficiencia en procedimientos en la consulta
			(% de respuestas)	¿Qué tanto confía en su doctor? 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. Casi nada
			(% de respuestas)	¿Por qué en cada caso?
			(mediana)	¿El doctor utilizó el material y equipos médicos del consultorio? (balanza, tensiómetro, estetoscopio, otros equipos) 1. Sí 2. No
			(% de respuestas)	¿Cuál es el estado en que se encontraban dichos equipos? 1. En buen estado 2. En regular estado 3. En mal estado
			(% de respuestas)	¿El doctor contó con todo el material que necesitó para la consulta? (gasa, esparadrapo, alcohol, etc) 1. Sí 2. No 3. A veces
			(% de respuestas)	¿El doctor utilizó la historia clínica? 1. Sí

			(% de respuestas)		2. No (hoja provisional)
			(% de respuestas)	Solo continuadoras	¿Qué tipo de referencias tuvo usted del doctor antes de venir a la consulta? 1. Tuve buenas referencias 2. No tuve referencias 3. Tuve malas referencias
			(mediana)		¿El doctor acertó con su diagnóstico? 1. Sí 2. No 3. No sé
					¿El doctor le explicó los análisis clínicos? 1. Sí 2. No
Percepción de la usuaria sobre la privacidad en la consulta externa, como factor de la comunicación.	Es la idea o comprensión que experimenta la usuaria sobre el respeto a su intimidad y su pudor que le brinda el médico durante la consulta y/o revisión	Grado percibido por la usuaria sobre el respeto a su intimidad durante su consulta, medidos a partir de la aplicación de una encuesta.	Grado de percepción de la usuaria sobre la privacidad que le brinda el médico	Privacidad durante la consulta	
			(% de respuestas)		¿Durante su consulta, había privacidad? 1. Sí 2. Medianamente 3. No
			(% de respuestas)		¿Durante la consulta, habían otras personas permanentemente en el consultorio? 1. Sí 2. No
			(% de respuestas)		¿Durante la consulta, ingresaron otras personas al consultorio? 1. Sí 2. No
			(% de respuestas)		¿Durante la consulta, cuando el doctor la revisaba o auscultaba, ingreso otra persona? 1. Sí 2. No
			(mediana)		¿Quién fue la persona que ingresó durante la consulta? 1. La técnica 2. La enfermera 3. Otro médico 4. Otra usuaria 5. Otra personas (especificar)
Percepción de la usuaria sobre la infraestructura del consultorio que contribuye a la privacidad médico usuaria	Es la idea o comprensión que experimenta la usuaria sobre las condiciones de infraestructura, que le brinda el hospital para el respeto a su intimidad y pudor durante la consulta y/o revisión.	Grado percibido por la usuaria sobre las condiciones de infraestructura, que le brinda el hospital, medidos a partir de la aplicación de una encuesta.	Grado de percepción de la usuaria sobre las condiciones de infraestructura para la privacidad que le brinda el médico	Condiciones de infraestructura para la privacidad durante la consulta	
			(% de respuestas)	Instalación física del consultorio	¿Cómo se mantuvieron las puertas del consultorio? 1. Estaban abiertas 2. Estaban semi abiertas 3. Estaban cerradas 4. Abren y cierran las puertas
			(% de respuestas)		¿Las puertas tenían seguros (picaportes)?

			(% de respuestas)	<ol style="list-style-type: none">1. Sí2. No3. No me di cuenta <p>¿Usted podía ser observada a través de las ventanas del consultorio?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sí2. No
--	--	--	-------------------	--

Nivel de Medición
nominal
intervalo
nominal
intervalo primera continuadora
nominal
- +
ordinal
4 3 2 1 0
nominal + -
ordinal
0 1 2 3 4
ordinal
2

1
0
ordinal
4
3
2
1
0
nominal
+
-
nominal
+
-
nominal
+
-
nominal
nominal
+
+
-
nominal
ordinal
2
1
0

nominal
+ -
ordinal
2 1 0
nominal
+ - +
nominal
+ -
ordinal
5 4 3 2 1
nominal
+ -
intervalo - proporcional
nominal
+ -
nominal
+ - -
ordinal
2 1 0
nominal
+ -

nominal
+
-
nominal
+
-
+
-
+
-
nominal
+
-
nominal
+
-
nominal
-
+
nominal
+
+
-
filtro
nominal
+
+
-
ordinal
2
1
0
nominal
+
-
-

nominal
-
+
nominal
+
-
nominal
+
-
nominal
+
-
nominal
+
-
ordinal
2
1
0
nominal
nominal
+
-
nominal
+
-
-
nominal
+
-
-
nominal
+

- nominal + - - nominal + - - nominal + -
nominal + - - nominal - + nominal - + nominal - + ordinal 1 2 3 4 5
nominal - - + - nominal

+
-
-
nominal
-
+

ANEXO 5
PRIMERA VERSIÓN DEL CUESTIONARIO

ENCUESTA

Buenos días, estamos trabajando un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca de la percepción de la usuaria sobre la comunicación con el médico.

Quisiéramos pedir su ayuda para que conteste a unas preguntas que no llevarán mucho tiempo, sus respuestas serán confidenciales y anónimas, las personas seleccionadas para el estudio no se eligieron por su nombre sino al azar.

Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

CUESTIONARIO

¿Cuál es el motivo de su consulta?.....

¿Cuántas veces ha venido a este consultorio?

¿Mediante qué modalidad se atiende?

1. Es usuaria SIS

2. Paga sus consultas

1. ¿Durante la consulta, cuánto se esfuerza el médico para que usted comprenda todo lo que él le dice?

1. No se esfuerza nada

2. Se esfuerza poco

3. Se esfuerza medianamente

4. Se esfuerza mucho

5. Se esfuerza al máximo posible

2. ¿Entiende al médico en el momento en que éste se comunica con usted?

1. Le entendí todo, (habla claro, pausado, bien pronunciado)

2. Le entendí más o menos

3. No le entendió nada (no habla claro, habla muy rápido, no pronuncia bien)

3. ¿Usted comprende, las palabras utilizadas por el médico?

1. Todas

2. Casi todas

3. La mitad

4. Menos de la mitad

5. Ninguna

4. ¿El médico le pidió repetir sus instrucciones durante la consulta?

1. Si

2. No

5. Por lo que hizo, dijo o actuó ¿Qué grado cultural cree usted que tiene el médico que la atendió?

1. Alto nivel cultural

2. Mediano Nivel Cultural

3. Ni alto, ni bajo

4. Bajo nivel cultural

5. Muy bajo nivel cultural

6. ¿Cuándo se inicia la consulta el médico le habla de otros temas, como el clima, sus hijos, su esposo, sus ocupaciones, trabajo, política, religión, etc.?

1. Sí

2. No

7. ¿El médico le pregunta sobre sus problemas distintos al de su salud?

1. Sí

2. No

8. ¿Usted lo ve al médico como un amigo?

1. Sí

2. No

9. ¿Por qué? (en cada caso)

.....

.....

10. ¿En algún momento cree usted que el médico se puso en su lugar?

1. Sí

2. Algunas veces

3. No

11. ¿Por qué? (en cada caso)

.....

.....

12. ¿Usted comprendió la explicación del médico respecto a su salud?

1. Comprendí totalmente

2. Comprendí parcialmente

3. No comprendí nada

13. ¿Mientras usted hablaba el médico generalmente la escuchaba atentamente?

1. Sí

2. No

14. ¿El médico la elogió por haber acudido a la consulta?

1. Si

2. No

15. ¿Mientras usted describía sus síntomas, el médico escribía o anotaba los datos en la historia clínica?

1. Sí

2. Algunas veces

3. No

16. En cuanto a la postura del médico, él:

1. Estaba bien sentado

2. Estaba recostado en la silla

3. Reclinado sobre la mesa

4. Estaba parado correctamente

17. El médico generalmente estaba

1. Sonriente

2. Indiferente

3. Parecía estar molesto

18. Durante la consulta cuando el médico le hablaba, generalmente él:

1. La miraba a los ojos

2. No la miraba a los ojos

19. ¿En general durante la consulta cómo la trató el médico?
1. Muy bien
 2. Bien
 3. Regular
 4. Mal
 5. Muy mal
20. ¿Cómo se comportó (reaccionó) el médico al ingresar usted al consultorio?
1. Fue atento (él le abrió la puerta, él le señalo la silla)
 2. Fue poco atento
 3. No fue nada atento
21. ¿Cuál fue la actitud del médico durante la consulta?
1. Tuvo una actitud positiva (le daba aliento, siempre le mostró aprecio)
 2. Tuvo una actitud negativa
22. ¿El médico le dio consejos y orientación al final de la consulta?
1. Me dio consejos y orientación
 2. No me dio consejos y orientación
23. Cuando usted se retira del consultorio, al momento de despedirse el médico:
1. Le dio un apretón de manos
 2. No le dio la mano
 3. Le sonrió
 4. No le sonrió
 6. Le mostró aprecio (le dio un beso, abrazo, una palmada)
 - 7 No le mostró aprecio
24. Le dijo alguna palabra de despedida (chau, hasta luego)
1. Sí
 2. No
25. ¿El tiempo que utilizó el médico para su consulta le pareció?
1. Suficiente
 2. Insuficiente
26. ¿Cuánto tiempo calcula usted que duró su consulta?
27. ¿Al ingresar usted al consultorio, el médico la saludo?
1. Sí
 2. No
28. ¿El médico la invitó a tomar asiento?
1. Sí
 2. No
29. ¿Como la trató el médico?
1. La trato de tú
 2. La trato de usted

30. ¿Cuándo usted hablaba el médico la escuchaba?

1. Me escuchaba atentamente 2. No me escuchaba

31. ¿El médico la interrogó?

1. Me interrogó minuciosamente
2. Me interrogó de manera normal
3. No me interrogó, sólo se concretó a ver la historia

32. Respecto a la historia clínica

1. Registró datos en la historia clínica 2. No registró nada

33. En la consulta, ¿el médico la auscultó?

1. Sí 2. No

** Si la respuesta fue no pase a la pregunta 34*

34. Antes de la auscultación, el médico:

1. Le pidió de forma respetuosa que se desvista
2. Le pidió de manera normal que se desvista
3. Le pidió desvestirse irrespetuosamente

35. ¿Cuándo la auscultó?

1. Tuvo un discreto y respetuoso procedimiento
2. El procedimiento fue regular o normal
3. No tuvo discreción ni respeto hacia mi persona en el procedimiento

36. Al final de la consulta, el médico la trató

1. Con amabilidad
2. No fue nada amable

37. En general, durante la consulta el médico la trató:

1. Muy bien
2. Bien
3. Regular
4. Mal
5. Muy mal

38. ¿Durante la consulta el médico realizaba otras actividades? (hablar por teléfono, leer periódico, etc.)

1. Sí 2. No

39. ¿Durante la consulta, al efectuar una actividad ajena, el médico se disculpó antes de proseguir?

1. Sí 2. No

40. ¿El médico la llama por su nombre?

1. Sí 2. No

41. ¿Qué clase de apelativo utilizó?

1. De afecto (mamita, amiguita, gordita, reina)
2. Despectivo (panzona, enferma)

42. ¿El médico utiliza diminutivos? (chiquita, reinita)

1. Sí 2. No

43. ¿Qué tanto confía en su médico?

1. Totalmente

2. Parcialmente

3. Casi nada

44. ¿Por qué? (en cada caso)

.....

.....

45. ¿El médico utilizó el material y equipos médicos del consultorio? (balanza, tensiómetro, estetoscopio, otros equipos)

1. Sí

2. No

46. ¿Cuál es el estado en que se encontraban dichos equipos?

1. En buen estado

2. En regular estado

3. En mal estado

47. ¿El médico contó con todo el material que necesitaba? (gasa, esparadrapo, alcohol, etc.)

1. Sí

2. No

48. ¿El médico utilizó la historia clínica?

1. Sí

2. No

49. ¿Qué tipo de referencias tuvo usted del médico antes de venir a la consulta?

1. Tuve buenas referencias

2. No tuve referencias

3. Tuve malas referencias

50. ¿El médico acertó con su diagnóstico?

1. Sí

2. No

3. No sé

51. ¿El médico le explicó los análisis clínicos?

1. Sí

2. No

52. ¿Durante su consulta, tuvo la sensación de privacidad?

1. Sí

2. Medianamente

3. No

53. ¿Durante la consulta, había otras personas permanentemente?

1. Sí

2. No

54. ¿Durante la consulta, ingresaron otras personas al consultorio?

1. Sí

2. No

55. ¿Durante la consulta, cuando el médico la revisaba o auscultaba, ingreso otra persona?

1. Sí

2. No

Si su respuesta fue no pase a la pregunta 55

56. ¿Quién fue la persona que ingresó durante la consulta?

1. La técnica

2. La enfermera

3. Otro médico

4. Otra usuaria

5. Otras personas (especificar)

57. ¿Cómo se mantuvieron las puertas del consultorio?

1. las puertas estaban abiertas

2. las puertas estaban semi abiertas

3. las puertas estaban cerradas

58. ¿Notó usted que las puertas tenían seguros (picaportes)?

1. Sí

2. No

59. ¿Usted podía ser observada a través de las ventanas del consultorio?

1. Sí

2. No

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 6
VERSIÓN FINAL DEL CUESTIONARIO

ENCUESTA

Buenos días, estamos trabajando un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca de la percepción de la usuaria sobre la comunicación con el médico.

Quisiéramos pedir su ayuda para que conteste a unas preguntas que no llevarán mucho tiempo, sus respuestas serán confidenciales y anónimas, las personas seleccionadas para el estudio no se eligieron por su nombre sino al azar.

Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

CUESTIONARIO

¿En qué distrito vive?.....

¿Cuántos años tiene?.....

¿Cuál es el motivo de su consulta?.....

¿Cuántas veces ha venido a este consultorio?

¿Usted se atiende mediante el Seguro Integral de Salud, (no paga nada)?

1. Sí

2. No

1. ¿El doctor se esfuerza para que usted comprenda lo que él le dice?

1. No se esfuerza nada

2. Se esfuerza poco

3. Se esfuerza medianamente

4. Se esfuerza mucho

5. Se esfuerza al máximo posible

2. ¿Entiende al doctor cuándo se comunica con usted?

1. Entiende todo, (habla claro, pausado, bien pronunciado)

2. Le entiende más o menos

3. No le entiende nada (no habla claro, habla muy rápido, no pronuncia bien)

3. ¿Usted comprende las palabras que utiliza el doctor?

1. Todas

2. Casi todas

3. La mitad

4. Menos de la mitad

5. Ninguna

4. ¿El doctor le pidió en algún momento, repetir sus instrucciones?

1. Sí

2. No

5. ¿Usted le pidió al doctor repetir las instrucciones?

1. Sí

2. No

6. ¿Qué grado cultural cree usted que tiene el doctor que la atendió?

1. Alto nivel cultural

2. Buen nivel cultural

3. Mediano

4. Bajo nivel cultural

5. Muy bajo nivel cultural

7. ¿El doctor le habló de otros temas, como el clima, la política, etc.?

1. Sí

2. No

8. ¿El doctor le pregunta sobre sus problemas distintos al de su salud?

1. Sí

2. No

9. ¿Usted considera al doctor como un amigo?

1. Sí

2. No

10. ¿Por qué? (en cada caso)

.....

.....

11. ¿En algún momento cree usted que el doctor se pone en su lugar?

1. Sí

2. Algunas veces

3. No

12. ¿Por qué? (en cada caso)

.....

.....

13. ¿Usted comprendió la explicación del doctor?

1. Comprendió totalmente

2. Comprendió parcialmente

3. No comprendió nada

14. ¿Mientras usted hablaba el doctor generalmente la escuchaba atentamente?

1. Sí

2. No

15. ¿El doctor la elogió por haber acudido a la consulta?

1. Sí

2. No

16. ¿Mientras describía sus síntomas, el doctor escribía o anotaba los datos en la historia clínica?

1. Sí

2. Algunas veces

3. No

17. En cuanto a la postura del doctor, él:

1. Estaba bien sentado

2. Estaba recostado en la silla

3. Reclinado sobre la mesa

4. Estaba escribiendo

18. El doctor generalmente estaba:

1. Sonriente

2. Indiferente

3. Parecía estar molesto

19. Cuando el doctor le hablaba, generalmente él:

1. La miraba a los ojos

2. No la miraba a los ojos

20. ¿En general durante la consulta cómo la trató el doctor?

- 1. Muy bien
- 2. Bien
- 3. Regular
- 4. Mal
- 5. Muy mal

21. ¿Cuándo ingresó al consultorio, el doctor:

- 1. Fue atento
- 2. Fue poco atento
- 3. No fue nada atento

22. ¿Cuál fue la actitud del doctor durante la consulta?

- 1. Tuvo una actitud positiva (le daba aliento, siempre le mostró aprecio)
- 2. Tuvo una actitud negativa
- 3. Indiferente

23. ¿El doctor le dio consejos y orientación al final de la consulta?

- 1. Me dio consejos y orientación
- 2. No me dio consejos y orientación

24. Cuando usted se retira del consultorio, al momento de despedirse el doctor:

- 1. Le dio un apretón de manos
- 2. No le dio la mano
- 3. Le sonrió
- 4. No le sonrió
- 6. La mostró aprecio (le dio un beso, abrazo, una palmada)
- 7. No le mostró aprecio

25. Le dijo alguna palabra de despedida (chau, hasta luego)

- 1. Sí
- 2. No

26. ¿El tiempo que duró la consulta le pareció?

- 1. Suficiente
- 2. Insuficiente

27. ¿Cuánto tiempo calcula usted que duró su consulta?

28. ¿Al ingresar usted al consultorio, el doctor la saludo?

- 1. Sí
- 2. No

29. ¿El doctor la invitó a tomar asiento?

- 1. Sí
- 2. No

30. ¿Como la trató el doctor?

- 1. La trato de tú
- 2. La trato de usted

31. ¿El doctor la interrogó?
- 1. La interrogó minuciosamente
 - 2. La interrogó de manera normal
 - 3. No la interrogó, solo se concreto a ver la historia

32. Respecto a la historia clínica
- 1. Registró datos en la historia clínica
 - 2. No registró nada

33. En la consulta, ¿el doctor la auscultó?
- 1. Sí
 - 2. No

** Si la respuesta fue no pase a la pregunta 36*

34. Antes de la auscultación, el doctor:
- 1. Le pidió de forma respetuosa que se desvista
 - 2. Fue normal
 - 3. Le pidió desvestirse irrespetuosamente

35. ¿Cuándo la auscultó?
- 1. Tuvo un discreto y respetuoso procedimiento
 - 2. El procedimiento fue regular o normal
 - 3. No tuvo discreción ni respeto hacia mi persona en el procedimiento

36. Al final de la consulta, el doctor la trató
- 1. Con amabilidad
 - 2. No fue nada amable
 - 3. Indiferente

37. ¿El doctor en algún momento realizó otra actividad, como hablar por teléfono, hablar con otra persona, etc.?
- 1. Sí
 - 2. No

38. ¿Durante la consulta, al efectuar una actividad ajena, el doctor se disculpó antes de proseguir?
- 1. Sí
 - 2. No

39. ¿El doctor la llama por su nombre?
- 1. Sí
 - 2. No

40. ¿El doctor se dirige a usted con un apelativo?
- 1. Sí
 - 2. No

** Si la respuesta es no, pase a la pregunta 42*

41. ¿Qué clase de apelativo utilizó?
- 1. De afecto (mamita, amiguita, gordita, reina)
 - 2. Despectivo (panzona, enferma)

42. ¿El doctor utilizó diminutivos? (chiquita, reinita)
- 1. Sí
 - 2. No

43. ¿Qué tanto confía en el doctor?

1. Totalmente

2. Medianamente

3. Casi nada

44. ¿Por qué? (en cada caso)

.....

.....

45. ¿El doctor utilizó el material y equipos médicos del consultorio? (balanza, tensiómetro, estetoscopio, otros equipos)?

1. Sí

2. No

46. ¿Cuál es el estado en que se encontraban dichos equipos?

1. En buen estado

2. En regular estado

3. En mal estado

47. ¿El doctor contó con todo el material que necesitó para la consulta? (gasa, esparadrapo, alcohol).

1. Sí

2. No

3. A veces

48. ¿El doctor utilizó la historia clínica?

1. Sí

2. No (hoja provisional)

49. ¿Qué tipo de referencias tuvo usted del doctor antes de venir a la consulta?

1. Tuve buenas referencias

2. No tuve referencias

3. Tuve malas referencias

50. ¿El doctor acertó con su diagnóstico?

1. Sí

2. No

3. No sé

51. ¿El doctor le explicó los análisis clínicos?

1. Sí

2. No

52. ¿Durante su consulta, había privacidad?

1. Sí

2. Medianamente

3. No

53. ¿Durante la consulta, había otras personas permanentemente en el consultorio?

1. Sí

2. No

54. ¿Durante la consulta, ingresaron otras personas al consultorio?

1. Sí

2. No

* Si su respuesta fue no pase a la pregunta 57

55. ¿Durante la consulta, cuando el doctor la revisaba o auscultaba, ingreso otra persona?

1. Sí

2. No

56. ¿Quién fue la persona que ingresó durante la consulta?

1. La técnica

2. La enfermera

3. Otro doctor

4. Otra usuaria

5. Otras personas (especificar)

57. ¿Cómo se mantuvieron las puertas del consultorio?

1. Estaban abiertas

2. Estaban semi abiertas

3. Estaban cerradas

4. Abren y cierran las puertas

58. ¿Las puertas tenían seguros (picaportes)?

1. Sí

2. No

3. No me di cuenta

59. ¿Usted podía ser observada a través de las ventanas del consultorio?

1. Sí

2. No

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 8

LIBRO DE CODIGOS

		Pregunta	Código
Filtro Distrito		1. ¿En qué distrito vive?	
		Pueblo Libre	1
		San Miguel	2
		La Victoria	3
		Magdalena	4
		Breña	5
		Mirones Bajo	6
		Lince	7
		San Martín de Porres	8
		Los Olivos	9
		Jesús María	10
		Miraflores	11
		Lima	12
		Pachacamac	13
		San Luis	14
		Santa Anita	15
		San Juan de Lurigancho	16
		Independencia	17
		San Isidro	18
		Carabaylo	19
		Villa El Salvador	20
		San Juan de Miraflores	21
		Villa María del Triunfo	22
		Callao	23
		Chorrillos	24
		Comas	25
		Surquillo	26
		Rimac	27
		Surco	28
		Agustino	29
		Molina	30
		Ventanilla	31
		Cañete	32
	San Borja	33	
Filtro Edad		2. ¿Cuántos años tiene?	
		N° de años exacto	-
Filtro Mot. Consul.		3. ¿Cuál es el motivo de su consulta?	
		embarazo	1
		chequeo de rutina	2
		papanicolao	3
		pérdida de embarazo	4
		cólicos menstruales	5
		problemas vaginales	6
		post operatorio	7
		retraso menstrual	8
		infertilidad	9
		ligadura	10
		aborto natural	11
	prolapso	12	

	infección	13
	T de cobre	14
	tratamiento hormonal	15
	problemas de ovarios	16
	miomas, quistes	17
	problemas vías urinarias	18
	DIU	19
	menopausia	20
	aborto incompleto	21
Filtro	4. ¿Cuántas veces ha venido a este consultorio?	
Nº de veces	Nº de veces aproximado	-
Filtro	5. ¿Usted se atiende mediante el Seguro Integral de Salud, (no paga nada)?	
SIS	1. Si	1
	2. No	2
Comprensión	1. ¿El doctor se esfuerza para que usted comprenda todo lo que el le dice?	
	1. No se esfuerza nada	1
	2. Se esfuerza poco	2
	3. Se esfuerza medianamente	3
	4. Se esfuerza mucho	4
	5. Se esfuerza al máximo posible	5
Comprensión	2. ¿Entiende al doctor cuándo se comunica con usted?	
	1. Entiende todo (habla claro, pausado, bien pronunciado)	1
	2. Le entendí más o menos	2
	3. No le entiende nada (no habla claro, habla muy rápido, no pronuncia bien)	3
Comprensión	3. ¿Usted comprende las palabras que utilizó el doctor?	
	1. Todas	1
	2. Casi todas	2
	3. La mitad	3
	4. Menos de la mitad	4
	5. Ninguna	5
Comprensión	4. ¿El doctor le pidió en algún momento, repetir sus instrucciones?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Comprensión	5. ¿Usted le pidió al doctor repetir las instrucciones?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Filtro	6. ¿Qué grado cultural cree usted que tiene el doctor que la atendió?	
Cultura	1. Alto nivel cultural	1
	2. Buen nivel Cultural	2

	3. Mediano	3
	4. Bajo nivel cultural	4
	5. Muy bajo nivel cultural	5
Empatía	7. ¿El doctor le habló de otros temas, como el clima, la política, etc.?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Empatía	8. ¿El doctor le pregunta sobre sus problemas distintos al de su salud?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Empatía	9. ¿Usted considera al doctor como un amigo?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Empatía	10. ¿Por qué en cada caso?	
	porque da confianza para contarle nuestras cosas	1
	porque da confianza, me ayuda	2
	porque se preocupa por mi salud	3
	Porque no me da seguridad	4
	se limitan al problema puntual, ocupado	5
	porque no se preocupa	6
	porque no me da confianza	7
	siempre está atento, de buen humor	8
	me da consejos	9
	no toma interés	10
	no la conozco	11
	la conozco años, atendió a mi hermana	12
	ha estado enfermo igual que yo	13
	porque no te entienden	14
	es médico y quiere ayudar a los pacientes	15
	me atiende bien / me trata bien	16
	te explica bien	17
	recorro a un amigo cuando tengo problemas	18
	no es comunicativo	19
	son sólo médicos	20
	muy buena persona	21
	me cayó bien desde la primera vez	22
	es muy frío	23
	trata de apoyarte en todo	24
	me paran cambiando de médico	25
	le tengo miedo	26
	siento que son medios mañosos	27
	tiene paciencia	28
	me da seguridad	29
	es renegona	30

Empatía	11. ¿En algún momento cree usted que el doctor se pone en su lugar?	
	1. Sí	1
	2. Algunas veces	2
	3. No	3
Empatía	12. ¿Por qué en cada caso?	
	porque ella me cuenta sus experiencias	1
	el Dr. sabe las cosas que pueden pasarme	2
	porque él me entiende	3
	No toma interés / importancia	4
	me parece fría, hace solo su trabajo	5
	impersonal, frío, no da confianza	6
	Trata como médico a paciente	7
	no he sentido que se ponga en mi lugar	8
	Ellos no sienten	9
	No entiede lo que paso	10
	por ser humano	11
	por ser mujer	12
	es obligación del doctor	13
	Me da ejemplos	14
	no, te recomendarían algo mejor	15
	se identifica con el paciente	16
	no me he dado cuenta	17
	a cualquiera le puede pasar	18
	desea que me mejore	19
	no es su función	20
	son mas conscientes	21
sufriría con cada caso	22	
Comprensión	13. ¿Usted comprendió la explicación del doctor?	
	1. Comprendió totalmente	1
	2. Comprendió parcialmente	2
	3. No comprendió nada	3
Atención	14. ¿Mientras usted hablaba el doctor generalmente la escuchaba atentamente?	
	1. Si	1
	2. No	2
Aprecio	15. ¿El doctor la elogió por haber acudido a la consulta?	
	1. Si	1
	2. No	2
Atención	16. ¿Mientras describía sus síntomas, el doctor escribía o anotaba los datos en la historia clínica?	
	1. Sí	1
	2. Algunas veces	2
	3. No	3

Atención	17. En cuanto a la postura del médico, el:	
	1. Estaba bien sentado	1
	2. Estaba recostado en la silla	2
	3. Reclinado sobre la mesa	3
	4. Estaba escribiendo	4
Aprecio	18. El médico generalmente estaba	
	1. Sonriente	1
	2. Indiferente	2
	3. Parecía estar molesto	3
Atención	19. Cuando el doctor le hablaba, generalmente él:	
	1. La miraba a los ojos	1
	2. No la miraba a los ojos	2
Atención	20. ¿En general durante la consulta cómo la trató el doctor?	
	1. Muy bien	1
	2. Bien	2
	3. Regular	3
	4. Mal	4
	5. Muy mal	5
Aprecio	21. ¿Cuándo ingresó al consultorio, el doctor:	
	1. Fue atento	1
	2. Fue poco atento	2
	3. No fue nada atento	3
Aprecio	22. ¿Cuál fue la actitud del doctor durante la consulta?	
	1. Tuvo una actitud positiva (le daba aliento, siempre le mostró aprecio)	1
	2. Tuvo una actitud negativa	2
	3. Indiferente	3
Aprecio	23. ¿El doctor le dio consejos y orientación al final de la consulta?	
	1. Me dio consejos y orientación	1
	2. No me dio consejos y orientación	2
Aprecio	24. ¿Cuándo usted se retira del consultorio, al momento de despedirse el doctor:	
	1. Le dio un apretón de manos	1
	2. No le dio la mano	2
	3. Le sonrió	3
	4. No le sonrió	4
	5. La mostró aprecio (le dio un beso, abrazo, una palmada)	5
	6. No le mostró aprecio	6
Aprecio	25. Le dijo alguna palabra de despedida (chau, hasta luego)	
	1. Sí	1

	2. No	2
Atención	26. ¿El tiempo que duró la consulta le pareció?	
	1. Suficiente	1
	2. Insuficiente	2
Atención	27. ¿Cuánto tiempo calcula usted que duró su consulta?	
	Tiempo aproximado	-
Respeto	28. ¿Al ingresar usted al consultorio, el doctor la saludo?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Respeto	29. ¿El doctor la invito a tomar asiento?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Respeto	30. ¿Como la trató el médico?	
	1. La trató de tú	1
	2. La trató de usted	2
Respeto	31. ¿El doctor la interrogó?	
	1. La interrogó minuciosamente	1
	2. La interrrogó de manera normal	2
	3. No la interrogó, solo se concreto a ver la historia	3
Respeto	32. Respecto a la historia clínica	
	1. Registró datos en la historia clínica	1
	2. No registró nada	2
Respeto	33. En la consulta, el doctor la auscultó?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Respeto	34. Antes de la auscultación, el doctor:	
	1. Le pidió de forma respetuosa que se desvista	1
	2. Fue normal	2
	3. Le pidió desvestirse irrespetuosam	3
Respeto	35. ¿Cuándo la auscultó?	
	1. Tuvo un discreto y respetuoso procedimiento	1
	2. El procedimiento fue regular o norm	2
	3. No tuvo discreción ni respeto hacia mi persona en el procedimiento	3
Respeto	36. Al final de la consulta, el doctor la trato	
	1. Con amabilidad	1
	2. No fue nada amable	2
	3. Indiferente	3
Respeto	37. ¿El doctor en algún momento realizó otra actividad como hablar por teléfono, hablar con otra persona, etc.?	

	1. Sí	1
	2. No	2
Respeto	38. ¿Durante la consulta, al efectuar una actividad ajena, el doctor se disculpó antes de proseguir?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Confianza	39. ¿El doctor la llama por su nombre?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Confianza	40. ¿El doctor se dirige a usted con un apelativo?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Confianza	41. ¿Qué clase de apelativo utilizó?	
	1. De afecto (mamita, amiguita, gordita, reyna)	1
	2. Despectivo (panzona, enferma)	2
Confianza	42. ¿El doctor utilizó diminutivos? (chiquita, reinita)	
	1. Si	1
	2. No	2
Confianza	43. ¿Qué tanto confía en el doctor?	
	1. Totalmente	1
	2. Medianamente	2
	3. Casi nada	3
Confianza	44. ¿Por qué en cada caso?	
	porque sé que me va a curar	1
	porque me atiende bien	2
	sólo me he atendido 2 veces	3
	no hay confianza	4
	tengo desconfianza, tengo temor	5
	todo el tiempo no está con el mismo carácter	6
	es acertado	7
	me inspira confianza	8
	porque se preocupa	9
	me trata bien	10
	he conversado más con los practicantes que con ella	11
	hay confianza, sabe lo que hace	12
	recién la estoy conociendo	13
	me ha visto desde mi 1 embarazo	14
	quisiera que me entienda más	15
	no la conozco	16
	me da seguridad	17
	es como familiar	18
	la conozco años	19
	no es comunicativo	20

	cuando uno es joven cree que no entendemos	21
	quiero confiar, pero tengo dudas	22
	siempre busco otra opinión	23
	porque me ayuda, anima	24
	no inspira confianza	25
	tengo miedo	26
	es un profesional	27
	debe hacer más análisis	28
	me cambian de médico	29
	hay cosas que no le entiendo	30
	confio más en una mujer	31
	porque es joven, no tiene experiencia	32
	me lo han recomendado	33
	no me informa bien	34
	es un poco despota	35
	le cuento mis problemas	36
	a veces no son profesionales	37
	por que es indiferente conmigo	38
	no tiene paciencia	39
	no se puede confiar en nadie	40
	no hay privacidad	41
Confianza	45. ¿El doctor utilizó el material y equipos médicos del consultorio? (balanza, tensiómetro, estetoscopio, otros equipos)	
	1. Sí	1
	2. No	2
Confianza	46. ¿Cuál es el estado en que se encontraban dichos equipos?	
	1. En buen estado	1
	2. En regular estado	2
	3. En mal estado	3
Confianza	47. ¿El doctor contó con todo el material que necesitó para la consulta? (gasa, esparadrapo, alcohol, etc)	
	1. Sí	1
	2. No	2
	3. A veces	3
Confianza	48. ¿El doctor utilizó la historia clínica?	
	1. Sí	1
	2. No (hoja provisional)	2
Confianza	49. ¿Qué tipo de referencias tuvo usted del doctor antes de venir a la consulta?	
	1. Tuve buenas referencias	1
	2. No tuve referencias	2
	3. Tuve malas referencias	3
Confianza	50. ¿El doctor acertó con su diagnóstico?	
	1. Sí	1
	2. No	2
	3. No sé	3

Confianza	51. ¿El doctor le explicó los análisis clínicos?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Privacidad	52. ¿Durante su consulta, había privacidad?	
	1. Sí	1
	2. Medianamente	2
	3. No	3
Privacidad	53. ¿Durante la consulta, habían otras personas permanentemente en el consultorio?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Privacidad	54. ¿Durante la consulta, ingresaron otras personas al consultorio?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Privacidad	55. ¿Durante la consulta, cuando el doctor la revisaba o auscultaba, ingreso otra persona?	
	1. Sí	1
	2. No	2
Privacidad	56. ¿Quién fue la persona que ingresó durante la consulta?	
	1. La técnica	1
	2. La enfermera	2
	3. Otro doctor	3
	4. Otra usuaria	4
	5. Otras personas (especificar)	
	5.1. Practicantes	5
	5.2. Visitadores médicos	6
	5.3. Suegra	7
	5.4. Esposo	8
	5.5. Tía	9
5.6. Mamá	10	
Infraestructura	57. ¿Cómo se mantuvieron las puertas del consultorio?	
	1. Estaban abiertas	1
	2. Estaban semi abiertas	2
	3. Estaban cerradas	3
	4. Abren y cierran las pueras	4
Infraestructura	58. ¿Las puertas tenían seguros (picaportes)?	
	1. Sí	1
	2. No	2
	3. No me di cuenta	3
Infraestructura	59. ¿Usted podía ser observada a través de las ventanas del consultorio?	
	1. Sí	1
	2. No	2

ANEXO 9



Encuestadoras entrevistando a usuarias de la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa



**Encuestadoras
entrevistando
a usuarias de
la consulta
externa de
Gineco
Obstetricia del
Hospital Santa
Rosa**





Aquí, podemos comprobar que las puertas de los consultorios se encuentran semiabiertas y con personas que entran y salen de los consultorios.



En esta foto, vemos la afluencia de usuarias que esperan ser atendidas en los consultorios externos de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa.



Entrevista al Sr. Tito Medina, Jefe de Relaciones Públicas del Hospital Santa Rosa, por Magnolia Dusek Paz.