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

EL TRABAJADOR SOCIAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA EN EL CENTRO DIAGNÓSTICO INTEGRAL "FE Y ALEGRÍA". CUMANÁ 2012.

AUTORAS:
Br. Yusdelys Rodríguez.
Br. Alba Velásquez.

TUTORA:
Profa. Carmen Guevara

Trabajo de grado modalidad tesis que se presenta como requisito parcial para optar al título de licenciada en Trabajo Social.

Cumaná, Octubre de 2013.

El Trabajador Social en la Relación Médico-Paciente-Familia en el centro Diagnóstico "Integral Fe y Alegría" Cumaná 2012.

Tutora: Dra. Carmen Guevara

Jurado: Evelin Mago

Jurado: Olga Oyoque

Trabajo de Investigación evaluado con la categoría de:

APROBADO

Cumaná, Octubre de 2013

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA i

DEDICATORIA ii

AGRADECIMENTOS iii

AGRADECIMENTOS v

LISTA DE FIGURAS vi

LISTA DE TABLAS xiv

RESUMEN xvi

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 4

EL PROBLEMA 4

1.1 Planteamiento del Problema 4

1.2 Objetivos de la investigación 19

1.2.1 Objetivo General: 19

1.3 Justificación 20

CAPÍTULO II 24

MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL 24

2.1 Antecedentes de la Investigación 24

2.1.1 A nivel Internacional. 24

2.1.2 A nivel Nacional. 27

2.1.3 A nivel Regional. 27

2.2 Referentes Teóricos. 28

2.2.1 Modelos del proceso de comunicación. Según Virginia Satir (2003). 29

2.2.2Rol del Trabajador Social en el área de salud. 31

2.2.3 Relación médico-paciente-familia. 39

2.2.4 Modelos de relación Médico-Paciente. 42

2.2.5 Tipos de relación médico-paciente. 46

2.2.6 Influencia de la comunicación en la relación médico-paciente-familia. 49

2.2.7 Fortalezas y debilidades en la relación médico-paciente-familia. 51

2.2.8 El Trabajador Social y la relación médico-paciente-familia... 52

2.2.9 Información general sobre el Centro Diagnóstico Integral (C.D.I.) “Fe y Alegría”. 55

2.3 Bases Legales. 59

CAPÍTULO III 68

ASPECTOS METODOLÓGICOS 68

3.1 Tipo de investigación. 68

3.2 Nivel de la investigación. 69

3.3 Área de estudio. 69

3.4 Universo y población. 70

3.5 Fuentes de recolección de información. 71

3.6 Técnicas e instrumentos y de recolección de datos. 72

3.7 Tratamiento de los datos. 73

3.8 Validez y confiabilidad de los datos. 73

3.9 Análisis e interpretación de los datos. 74

CAPÍTULO IV 75

HALLAZGOS ENCONTRADOS. 75

4.1 OPINIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE EL TIPO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA. 84

4.1.1 Tipo de relación médico-paciente-familia. 84

a) Derecho a la salud y la relación médico-paciente-familia. 84

b) Bienestar en la relación médico-paciente-familia. 87

c) Comunicación y la relación médico-paciente-familia.....112

4.2 OPINIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE EL TIPO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA. 124

4.2.1 Tipo de relación Médico-Paciente-Familia. 125

a) Derecho a la salud y la relación médico-paciente-familia. Desde la óptica del médico(a). 125

b) Bienestar en la relación médico-paciente-familia. 126

c) Comunicación y la relación médico-paciente-familia..... 157

4.3 FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA. 160

a) Participación en actividades de prevención en salud y la relación médico-paciente-familia. 160

b) Actividades dirigidas a mejorar la relación médico-paciente-familia. 162

c) Actividades dirigidas a fortalecer la cohesión del equipo multidisciplinario y la relación médico-paciente-familia..... 164

4.4 FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA. 170

a) El capital humano de la institución y relación médico-paciente-familia. 170

b) El equipo tecnológico de la institución y la relación médico-paciente-familia. 173

c) El personal que labora en el C.D.I. y la relación médico-paciente-familia. 176

d) Recursos institucionales y la relación médico-paciente-familia. 178

e) El cumplimiento del horario de atención del personal médico y de su incidencia en la relación médico-paciente-familia. 182

f) La salud como valor y la relación médico-paciente-familia. . 184

g) Situación económica del país en relación a su incidencia, en los servicios prestados y en la relación médico-paciente-familia. 186

h) La calidad del servicio y la relación médico-paciente-familia. 190

i) Fortalezas de la institución que pudieran contribuir a potencializar la relación médico-paciente-familia. 193

j) Aspectos que debe fortalecer el C.D.I. y que pudieran afectar la relación médico-paciente-familia. 196

CONCLUSIONES 201

RECOMENDACIONES 204

BIBLIOGRAFÍA 207

ANEXOS 216

HOJAS DE METADATOS 230

DEDICATORIA

En estas líneas dejaré plasmada un legado para mis seres queridos y todos aquellos que día a día se esfuerzan por ser ejemplares profesionales de la Licenciatura en Trabajo Social.

Dios todo poderoso se encargó de que hoy sea yo la afortunada en presentar este excelente trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Trabajo Social, pero me alegraría si mañana sean todos los que también se han trazado esta meta, les digo de ante mano que todo es posible en la vida y más aún cuando tienes fe en el creador

Es él ,mi familia y mi gran amor, a quienes les dedico este triunfo y por ser hoy la persona que soy , esa que lucha por alcanzar sus sueños aún que la vida esté llena de caminos de espinas, pero con disciplina y perseverancia logré este éxito para mi futuro .

Gracias señor, por este momento importante en mi vida, seguiré abriendo caminos para cada día ser mejor persona y excelente profesional.

Yusdelys Rodríguez

DEDICATORIA

Le ofrendo éste anhelado triunfo primordialmente a **Dios** todopoderoso, por haberme permitido llegar hasta este punto, darme la vida para alcanzar mis objetivos y su infinita bondad y amor. A mi madre **Alba Lucia Guerra** por estar a mi lado brindándome todo su amor, entrega, dedicación, comprensión y paciencia durante estos años de mi vida y quien ha sido una pieza clave en mi desarrollo profesional con sus valores permitiéndome ser una persona de bien.

A mis hermanos (as), **Euleydis Milagros**, **Jairo Rafael** y **Gabriel** por su constante amor inexplicable para mi superación personal y porque siempre me han apoyado incondicionalmente. A mi abuela **Tomasa** y a mi tío **Eduardo**, ya al lado de Dios, por ser fuentes de motivación y por dejarme la herencia más importante: la perseverancia y la educación por sobre todas las cosas. Con mucho amor a mis sobrinos (as) **Luis Eduardo** y **Jenderlys Mindret** por quienes lucharé consecutivamente por ser un ejemplo a seguir en todos los aspectos de mi vida he incesablemente se puedan sentir orgullosos de su tía.

Sin olvidar a, mis amigas y compañeras de clases **Delviret**, **Yenireé**, **Johanna** y **Eny** por ofrecerme siempre esa mano desinteresada y con el pasar del tiempo, de amigas incondicionales en todo momento. Por último a mi patria, que es parte de mi esencia, mis sueños, y por la cual estoy luchando

Alba Velásquez.

AGRADECIMENTOS

Primeramente doy gracias a Dios por guiarme en el camino correcto, brindándome la fuerza y la sabiduría para alcanzar con éxito esta anhelada meta que con tanto esfuerzo y sacrificio he logrado en el mejor momento, **“gracias Dios por llenar mi corazón de amor y perseverancia**”. Especialmente a mis amados padres Hugo J. Rodríguez y Rosa T. Guevara, por su amor incondicional, su constancia, su apoyo y por hacer de mi una buena persona, **“los adoro por todo ese amor que desde siempre han depositado en mí”**. A mí adorado novio Jesús R. Mestres, ese ser especial quien con su empatía, confianza, apoyo y bendición ha llenado mi vida de amor y felicidad, con momentos gratos y de alegría, **“te amo por ser una persona Maravillosa”**. Con mucho cariño a mi hermana y (os), Yusmaris, Carlos, Hugo y Yafran, por el apoyo que me brindan y por ese amor que nos une como excelentes hermanos; a mi cuñado Jesús Nuñez por ofrecerme su amistad y formar parte de mi hermosa familia, **“los quiero mucho.”** A mis bellas, (os) sobrinas y (os) Angelis, Mariangelis, Jesús y Andersón. Esos infantes que con sus travesuras y cariños se han ganado un espacio especial y encantador en mí corazón, **“Dios los bendiga”**. A mí querida abuela “Rosa Elena Guevara” por sus elogios y esa dulzura que recibo estando a su lado, **“te quiero”**

De corazón a mí tutora académica, Dra. Carmen Guevara, esa amiga fiel que con sus amplios conocimientos contribuyó en el logro de este gran sueño. Así como también, al Dr: Cesar Franco, Licdo: Hildemaro Soterano, Licda. Gaudis González, Licda: Solangel Mestre, por su valiosa e impredecible colaboración **“mis gracias”.** Con aprecio a la Br. Alba Velásquez, por formar parte de este hermoso y ejemplar trabajo de grado, a

la Br. Eny Cabello por sus importantes motivaciones hacia el logro exitoso de este estudio, **“cuidense”.**

A todos ellos les agradezco desde lo más puro y profundo de mi humilde corazón, este triunfo que con empeño, constancia y disciplina he alcanzado en el momento perfecto ante los ojos de Dios todo poderoso. **“Besos, abrazos y bendiciones**”

Yusdelys Rodríguez

AGRADECIMENTOS

Primeramente le agradezco a Dios por brindarme cada una de las oportunidades que ha puesto en mi camino, con las cuales he madurado y crecido. A mi madre Alba Guerra por el esfuerzo que hizo para criarme y el apoyo brindado durante tantos años de estudio para ser hoy quien soy y estar culminando, una meta muy luchada y añorada, “la licenciatura”. Sus palabras de aliento y motivación en los momentos difíciles de mi vida la convirtieron en el pilar que ha dado soporte a mi vida y el faro que alumbra mi camino hacia el crecimiento.

A mis compañeras y amigas durante este largo y arduo proceso, y a todas las personas que de una u otra forma me acompañaron en el largo proceso del saber, les agradezco y les deseo una vida llena de éxitos y felicidad. Especialmente a: Delviret Medina, Yenireé Ortiz y Eny Cabello porque con sus compañías, espirituales, en esta investigación la presión se alivio.

A la doctora Carmen Guevara, por darme su apoyo, sabiduría y brindarme fuerzas y motivación en momentos difíciles, *al Dr: Cesar Franco y los (as) Licdos (das) Hildemaro Soterano, Gaudis González, Solange Mestres, y José L. Moreno por sus importantes colaboraciones en ésta investigación.* Sin olvidar *al Sr Hernán Carreño por su comprensión, paciencia y* respaldo.

¡A todos millones de gracias!

Alba Velásquez

LISTA DE FIGURAS

Gráfico Nº 01: Distribución porcentual de los pacientes que acuden al C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al sexo. Cumaná 2012. 77
Gráfico Nº 02: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes que acuden al C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al sexo. Cumaná 2012..... 77
Gráfico Nº 03: Distribución porcentual de los profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al sexo. Cumaná 2012. 78
Gráfico Nº 04: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a la edad. Cumaná 2012. 79
Gráfico Nº 05: Distribución porcentual de los familiares del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a la edad. Cumaná 2012. 80
Gráfico Nº 06: Distribución porcentual de los profesionales del C.D.I. Fe y Alegría en relación a la edad. Cumaná 2012. 80
Gráfico Nº 07: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al tiempo habitando en el área de acción del mismo. Cumaná 2012. 82
Grafico Nº 08: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al tiempo habitando en el área de acción del mismo. Cumaná 2012. 83
Grafico Nº 09: Distribución porcentual de los profesionales que laboran en el C.D.I “Fe y Alegría” en relación al tiempo prestando sus servicios en la institución. Cumaná 2012. 83
Gráfico Nº 10: Distribución porcentual de los paciente del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación su opinión acerca del respeto a la salud, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 85
Gráfico Nº 11: Distribución porcentual de los familiares del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación su opinión acerca del respeto a la salud, en ese centro

asistencial. Cumaná 2012. 85
Gráfico Nº 12: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la perspectiva sobre la atención recibida por el médico, en ése centro asistencial. Cumaná 2012. 88
Gráfico Nº 13: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la perspectiva sobre la atención recibida por el médico, en ése centro asistencial. Cumaná 2012. 88
Gráfico Nº 14: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según el agrado con el tratamiento recomendado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012. 90
Gráfico Nº 15: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según el agrado con el tratamiento recomendado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012. 91
Gráfico Nº 16: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la retroalimentación que espera recibir del médico, en ése centro asistencial. Cumaná 2012. 93
Gráfico Nº 17: Distribución porcentual de los familiares del C.D.I. “Fe y Alegría” según la retroalimentación que espera recibir del médico, en ése centro asistencial. Cumaná 2012. 93
Gráfico Nº 18: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la interacción establecida con el médico, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 95
Gráfico Nº 19: Distribución porcentual de los familiares del .C.D.I. Fe y Alegría según la interacción establecida con el médico, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 96
Gráfico Nº 20: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción del respeto recibido por el personal, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 98
Gráfico Nº 21: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del

C.D.I. Fe y Alegría según la percepción del respeto recibido por el personal, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 98
Gráfico Nº 22: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. Fe y Alegría según la percepción del trato recibido por el personal del servicio, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 100
Gráfico Nº 23: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. Fe y Alegría según la percepción del trato recibido por el personal del servicio, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 101
Gráfico Nº 24: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I.“Fe y Alegría” según la percepción del trato recibido por el personal del servicio, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 103
Gráfico Nº 25: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. Fe y Alegría según la percepción del trato recibido por el personal del servicio, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 103
Gráfico Nº 26: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la opinión sobre el trato recibido en el servicio. Cumaná 2012. 104
Gráfico Nº 27: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del .D.I. “Fe y Alegría” según la opinión sobre el trato recibido en el servicio. Cumaná 2012. 105
Gráfico Nº 28: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción de la motivación recibida por el equipo médico durante la consulta, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 106
Gráfico Nº 29: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción de la motivación recibida por el equipo médico durante la consulta, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 107
Gráfico Nº 30: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según los sentimientos generados hacia el médico por el trato recibido, en el consultorio. Cumaná 2012. 108

Gráfico Nº 31: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según los sentimientos generados hacia el médico por el trato recibido, en el consultorio. Cumaná 2012. 109
Gráfico Nº 32: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según las expectativas sobre trato que espera recibir del médico, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 110
Gráfico Nº 33: Distribución porcentual de los familiares del C.D.I. Fe y Alegría según las expectativas sobre trato que espera recibir del médico, en ese centro asistencial. Cumaná 2012. 111
Gráfico Nº 34: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción sobre la claridad de la comunicación establecida con el médico, en el consultorio. Cumaná 2012. 113
Gráfico Nº 35: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción sobre la claridad de comunicación establecida con el médico, en el consultorio. Cumaná 2012. 113
Gráfico Nº 36: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción sobre la comunicación establecida con el médico, en el consultorio. Cumaná 2012. 115
Gráfico Nº 37: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción sobre la comunicación establecida con el médico, en el consultorio. Cumaná 2012. 116
Gráfico Nº 38: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción sobre el lenguaje utilizado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012. 118
Gráfico Nº 39: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción sobre el lenguaje utilizado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012. 118
Gráfico Nº 40: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según el conocimiento de la enfermedad facilitado por el médico

durante la consulta. Cumaná 2012. 120
Gráfico Nº 41: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según el conocimiento de la enfermedad facilitado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012. 121
Gráfico Nº 42: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según el conocimiento del origen de la enfermedad facilitado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012. 123
Gráfico Nº 43: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según el conocimiento del origen de la enfermedad facilitado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012. 123
Gráfico Nº 44: Distribución porcentual de los profesionales que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación su opinión acerca del respeto a la salud, en la Institución. Cumaná 2012..... 125
Gráfico Nº 45: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la perspectiva de la atención brindada a los pacientes y familiares, en la Institución. Cumaná 2012..... 126
Gráfico Nº 46: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la participación facilitada a los pacientes en el tratamiento prescrito ése centro asistencial. Cumaná 2012. 128
Gráfico Nº 47: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la retroalimentación que mantiene con los pacientes durante la consulta, en ése centro asistencial. Cumaná 2012. 129
Gráfico Nº 48: Distribución porcentual de los familiares del C.D.I. Fe y Alegría según la interacción establecida con el médico, en ese centro asistencial. Cumana 2012. 131
Gráfico Nº 49: Distribución porcentual de médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según el tipo de relación establecida con los pacientes y sus familiares en la consulta. Cumaná 2012. 132
Gráfico Nº 50: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría”

según las características que asume su relación con los pacientes en el servicio. Cumaná 2012. 134
Gráfico Nº 51: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción que asume su relación con los pacientes y sus familiares en el servicio. Cumaná 2012..... 135
Gráfico Nº 52: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción de la interrelación que asume su relación con los pacientes y sus familiares en el servicio. Cumaná 2012..... 137
Gráfico Nº 53: Distribución porcentual de los médicos del CDI “Fe y Alegría” según los sentimientos surgidos por la interrelación con los pacientes y sus familiares en el servicio. Cumaná 2012. 139
Gráfico Nº 54: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción del tratamiento recomendado a los pacientes durante la consulta. Cumaná 2012. 140
Gráfico Nº 55: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a sí sean sentido amenazados por los pacientes y familiares durante el proceso de consulta. Cumaná 2012. 142
Gráfico Nº 56: Distribución según la apreciación del respeto brindado a los pacientes y familiares porcentual de los médicos que laboran en el CDI “Fe y Alegría” en la consulta. Cumaná 2012. 144
Gráfico Nº 57: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” según la apreciación del respeto recibido por pacientes y familiares en la consulta. Cumaná 2012. 145
Gráfico Nº 58: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” según la apreciación de la tolerancia establecida con pacientes y familiares en la consulta. Cumaná 2012. 147
Gráfico Nº 59: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” según contingencias surgidas con pacientes y familiares en la consulta. Cumaná 2012. 148

Gráfico Nº 60: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría “según la apreciación de la motivación brindada a los pacientes en relación a la salud, en ése centro asistencial. Cumaná 2012. 150
Gráfico Nº 61: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría “según la estimulo surgido por los pacientes y familiares, en ése centro asistencial. Cumaná 2012. 151
Gráfico Nº 62: Distribución porcentual de los profesionales en medicina adscriptos al C.D.I. “Fe y Alegría” según su opinión sobre si la relación médico-paciente-familia que se establece en la institución es adecuada. Cumaná 2012. 153
Gráfico Nº 63: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a la apreciación que dan al trato recibido por los pacientes y familiares durante la consulta. Cumaná 2012. 155
Gráfico Nº 64: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a cómo definen la comunicación que mantienen en la relación que establecen con el paciente y sus familiares. Cumaná 2012. 157
Gráfico Nº 65: Distribución porcentual de los Promotoras y Trabajadora Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si participa en actividades de prevención en salud desarrolladas por la comunidad. Cumaná 2012. 160
Gráfico N° 66: Distribución porcentual de las Promotores Sociales y Trabajadora Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si ejecutan actividades dirigidas a mejorar la relación médico-paciente-familia, en la institución. Cumaná 2012. 163
Gráfico Nº 67: Distribución porcentual de los Promotoras Sociales y Trabajadora Social que desempeñan labores en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si planifican actividades en función de fortalecer la cohesión del equipo multidisciplinario de la institución. Cumaná 2012. 165

Gráfico Nº 68: Distribución porcentual de los Promotoras y Trabajadora Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al tipo de actividades que ejecutan en función de la cohesión grupal, en la institución. Cumaná 2012. 165
Gráfico Nº 69: Distribución porcentual de las Promotoras y Trabajadora Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si brindan capacitación al equipo médico de la institución sobre comunicación asertiva. Cumaná 2012. 167

LISTA DE TABLAS

Tabla Nº 01: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si consideran fortalecer el capital humano de la institución. Cumaná 2012. 171
Tabla Nº 02: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si consideran que el equipo tecnológico de la institución es de calidad. Cumaná 2012. .. 174
Tabla Nº 03: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si la institución cuenta con personal calificado en las diferentes áreas. Cumaná 2012. 176
Tabla Nº 04: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si los recursos asignados a la institución corresponden a las necesidades de los usuarios del servicio. Cumaná 2012. 179
Tabla N° 05: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si dentro de la institución es administrado eficientemente los recursos asignados a cada departamento. Cumaná 2012. 180
Tabla N° 06: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si en la institución el médico es puntual con el horario de entrada y salida de su trabajo. Cumaná 2012. 183
..... 183
Tabla N° 07: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría”en relación a si consideran la salud como un valor. Cumaná 2012. 185

Tabla Nº 08: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría”en relación a si la situación económica del país afecta directamente en los servicios que presta la institución. Cumaná 2012. 187
Tabla Nº 09: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a la calidad del servicio brindado por la institución. Cumaná 2012..... 190
Tabla Nº 10: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a las fortalezas que éstos le reconocen a la institución. Cumaná 2012..... 193
Tabla Nº 11: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a los aspectos a mejorar por la institución. Cumaná 2012. 197

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

EL TRABAJADOR SOCIAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA EN EL CENTRO DIAGNÓSTICO INTEGRAL "FE Y ALEGRÍA". CUMANÁ 2012.

Autoras:
Br. Yusdelys Rodríguez.
Br. Alba Velásquez.
Tutora:
Dra. Carmen Guevara

RESUMEN

Actualmente el quehacer profesional del trabador social tiene un campo de acción muy amplio y diversificado. En el área de salud, éste participa en acciones dirigidas a la salud integral de los individuos grupos y comunidades, desempeñando un papel muy importante en la atención brindada a los pacientes y familiares. Cabe mencionar que, además de investigar de manera exhaustiva aspectos socio-familiares, procura calmar la angustia a la población que accede a los servicios médicos en caso de recibir diagnósticos delicados concernientes a su problema de salud; de la misma forma apoyan a las autoridades competentes del centro de salud al cual este adscrito a fin de que las relaciones entre diversos departamentos sean armónicas en beneficio de la atención que deben recibir los usuarios. En base a tales consideraciones se realizó éste estudio con el propósito de analizar el rol del trabajador social en la relación médico-paciente-familia en el Centro Diagnóstico Integral "Fe y Alegría" Cumaná 2012. Ésta investigación permitió detectar las fortalezas y debilidades de la intervención que realiza el profesional en la relación ya mencionada, generándose de esta manera recomendaciones para fortalecer la relación del médico con sus pacientes y la familia. Por ello, el estudio tuvo un diseño de campo con un nivel explicativo; encontrándose que, en la realidad estudiada, el trabajador social se dedica más al trabajo con las comunidades área de acción del C.D.I., desarrollando la prevención en salud, restando importancia a potencializar el servicio que imparte ése centro sanitario.
Palabras claves: relaciones interpersonales, comunicación, retroalimentación, satisfacción y bienestar.

INTRODUCCIÓN

El Trabajador Social se ha configurado a la luz de las nuevas tendencias profesionales de intervención en el sector social como un científico que aporta todo un bagaje importante de conocimientos teóricos-prácticos y metodológicos de vanguardia con las actuales realidades sociales que vive la ciudad, el estado, y el país venezolano. Tal flexibilidad y variedad de faceta le posibilita poseer un amplio espacio para obtener una visión holística de una situación o fenómeno determinado e intervenir la realidad manifiesta de ésta; por tanto se puede decir que, el profesional se despliega en un diversificado abanico de posibilidades al actuar como mediador y agente de cambio, formándose de una manera crítica, auténtica y analítica capaz de entender objetiva y eficazmente el campo social en el que se inserte.

A partir de lo mencionado anteriormente, el Trabajador Social desempeña un rol importante en la relación médico-paciente-familia debido a que, sus objetivos y funciones se concentran directamente en criterios humanísticos, en el valor de la dignidad humana, el incremento de los niveles de calidad de vida y por último, pero no el menos importante, en la superación del individuo como ser bio-psicosocial. Por esta razón, el ejercicio profesional se disgrega frecuentemente con la intervención en muchos campos de acción, siendo uno de ellos el de la salud, por cuanto involucra una problemática social de gran transcendencia para los demás sectores de la vida humana de las personas, por lo que hoy día el tema, indicado al inicio del párrafo, está tomando mayor impulso e inquietud en los investigadores sociales.

Cabe agregar que, el tópico “el Trabajador Social en la relación médico-

paciente-familia en el Centro Diagnóstico Integral Fe y Alegría (C.D.I.)" es una temática novedosa de investigación, a la cual se le ha restado importancia, siendo poco estudiada. Por tal motivo, a las autoras les fue difícil localizar fundamentos bibliográficos y de documentación de data vigente. Sin embargo, lograron ubicar fuentes originarias de información para sustentar los planteamientos sobre el tema de estudio, al cual se le ha ido obviando su impacto en la sociedad, la vida de los individuos que en ella habitan y sobre todo en las relaciones interpersonales que en ellos se producen.

Es por esto que, éste trabajo de investigación se planteo como objetivo general analizar el Trabajador Social en la relación médico-paciente-familia en el Centro Diagnóstico Integral "Fe y Alegría". Cumaná 2012, fundamentada en una metodología cuantitativa de tipo campo con un nivel explicativo, basadas en las técnicas de la observación participante y la entrevista semi-estructurada. Además, de la encuesta tipo entrevista y la guía de observación como instrumentos, las cuales precisaran de forma eficaz un trabajo primordial tanto para el C.D.I., como para la relación médico-paciente-familia; así como también para las investigadoras dado que, la importancia e idea principal de esta investigación se refiere a la relación que debe tener el médico al momento de intervenir un paciente y sus familiares, considerándolos como seres humanos que forman parte de un sistema social y no como unos órganos más, donde la comunicación juega un papel fundamental a la hora de atender a un enfermo en cuanto al alivio o curación de algún síntoma o enfermedad que presente o padezca.

Por ello, atrajo la atención de las investigadoras a estudiarlo, considerando que, a través de éste estudio se pueden dar nuevos aportes en el área de salud y al mismo tiempo promover técnicas y estrategias que posibiliten fortalecer las relaciones interpersonales, el proceso de

comunicación, la empatía y la satisfacción entre la triada ya mencionada; logrando restaurar el valor de la dignidad humana de los pacientes durante las consultas médicas. Además, de colaborar con el personal médico en la sensibilización, motivación e incentivo de los pacientes y sus familiares sobre su actuación asertiva en el consultorio con la (el) médica (co).

Por último, esta investigación se desglosa en cuatros (04) capítulos: el capítulo I, presenta el planteamiento del problema, el objetivo general, los específicos y la justificación de la investigación. Por su parte, el capítulo II, desarrolla los antecedentes de la investigación, las teorías que sustentan la investigación, el marco teórico-referencial y las bases legales. Por su parte, el capítulo III, contempla la metodología de la investigación a desarrollar, indicando tipo de investigación, nivel, área de estudio, universo y población de los participantes en el estudio; también señala las fuentes de recolección de información, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el tratamiento de los datos, la validez y confiabilidad de los mismo y el análisis e interpretación de los resultados obtenidos. Seguidamente, el Capítulo IV, describe los hallazgos de la investigación**.**

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Las diferentes transformaciones sociales y los diversos sucesos históricos acaecidos a través de los tiempos, como: las guerras, las revoluciones, las mezclas étnicas originadas de las migraciones, los cambios en los hogares y ambientes naturales, las vicisitudes en la sociedad, la difusión de nuevas religiones e ideas morales, la comunicación de masas, la globalización, la propagación de agentes que destruyen poblaciones, y otros factores, han generado una serie de cambios en las estructuras de las sociedades; y por tanto, han llegado a producir modificaciones y cambios en el orden social y político de las naciones. Además, han influido según Pareti, Brezzi y Petech citado por Fernández, F. (2005:23) “en la marcha del pensamiento, la ciencia y la cultura.

En ese sentido, coincidiendo con los planteamientos de Gorrita (2008), tales sucesos y acontecimientos históricos impactaron en el ejercicio y práctica de la medicina, motivándola a evolucionar desde los métodos primitivos de carácter mágico, basado en la interpretación de los sueños del paciente, la aplicación de hierbas y la adoración a dioses para intentar comprender lo inexplicable; pasando por el surgimiento de escuelas de medicinas encaminadas a observar la naturaleza humana en relación a su ambiente, hasta llegar a la práctica médica impulsada por el desarrollo científico-técnico consolidado en el transcurso de los tiempos y en la evolución y perfeccionamiento de las técnicas, estrategias y métodos de diagnóstico-atención a los enfermos o pacientes.

Sin olvidar que, las fuentes bibliográficas que sustentan la práctica racional de la medicina actual tiene sus orígenes en los estudios médicos griegos durante los siglos IV y V antes de Cristo, en los postulados de Hipócrates de la Cos y en el juramento que éste exigía a sus discípulos sobre el modo humano, en el cual debían seguir su profesión. El trabajo de Hipócrates partía, según Pareti, Brezzi y Petech citado por Fernández (2005:365) de “hechos comprobados por observación directa, principalmente por ausculturación y deducción de síntomas (signos clínicos), del progreso de la enfermedad y del modo en que las epidemias se extendían”.

De lo que se deriva, al concordar las autoras con los postulados de Malaspina (2009) que, a partir del siglo V antes de Cristo la medicina empezó a ofrecer una posibilidad de elección a los (as) enfermos (as) de ser atendidos (as) por la diversidad de síntomas o teorías médicas que surgieron, las cuales fueron perdiendo vigencia al constituirse la medicina científica centrada en la enfermedad y en los medios de diagnóstico y terapia.

Posteriormente, a fines del siglo XVIII, surgió la medicina científica identificándose como una nueva manera según Foucault (2011:03), documento en línea, “de ver y de decir aquello que durante mucho tiempo había permanecido por debajo de lo visible y de lo enunciable”, organizándose una práctica médica centrada en el mejoramiento de la salud de la población, realizándose seguimiento al génesis de enfermedades de los fenómenos epidémicos o endémicos. Dos siglos después, en el siglo XX, se alcanzó la etapa de mayor dinamismo y profundas transformaciones, llegándose a abrir las puertas del genoma humano, consolidándose un diagnóstico-terapéutico que permitió curar un espectro de enfermedades desconocidas en épocas anteriores.

También, se convirtió la lucha por la salud del hombre en un problema global e internacional, sensibilizándose el Estado acerca de la implementación de nuevas políticas sociales ajustadas a las realidades de la sociedad y al mismo tiempo permitieran prevenir enfermedades, buscándose, al confluir con Méndez (2008), el progreso y bienestar de la humanidad tras el logro de los seguros de enfermedades y de los procesos colectivos como la seguridad social.

Queda en evidencia que, cada contexto y momento histórico define de modo particular las anomalías de las perturbaciones funcionales, que corresponden a la medicina, sucinta su intervención y le exigen una práctica que conlleve a nuevas tendencias que permitan conocer más a fondo los fenómenos y dar respuestas pertinentes. Sin embargo, para Fernández (2005:10) “la medicina moderna entendió que lo patológico era idéntico en todo tiempo y que sólo la ignorancia pudo haberle conferido un estatuto diferente”.

En concordancia con Rodríguez (2006), tales transformaciones y evoluciones ocurridas permitieron a la sociedad, la posibilidad de contar en los actuales momentos con un alto desarrollo científico-tecnológico en el área de la medicina y sus aplicaciones; por otro lado, conllevó al nacimiento de situaciones perturbadoras en la relación del médico con el paciente y sus familiares; ya que, el enfermo y su grupo familiar entendían cada vez menos las terminologías médicas utilizadas por el profesional del área, creándose una brecha entre ambos e incrementándose la posibilidad de conflicto al no desarrollarse una comunicación e interacción asertiva entre la triada y debilidades del (la) médico (a) en adoptar un enfoque personalizado de la atención brindada a la persona afectada de salud, ignorando el contexto social de la relación médico-paciente-familia.

En relación a esto, Doherty y Baird (1996:28) manifiestan que “ningún paciente debería estar expuesto a médicos cuyas habilidades sociales ocultan una incompetencia clínica”, para los autores ya mencionados, de acuerdo con su bibliografía desarrollada en Venezuela, los facultativos (as) deberían “poseer los conocimientos y habilidades para ser útiles en todos los puntos del continuo”. Debido a que, desde el punto de vista de Maglio (2009), un grupo importante de escuelas de medicina ofrecen un limitado entrenamiento en habilidades de comunicación, con el fin de incrementar la insensibilidad de los profesionales respecto a las necesidades, emocionales de los afectados de salud así como también, hacia sus necesidades físicas. Pero, el movimiento de la medicina holística según Doherty y Baird (1996:46) esta “intentando una integración del cuerpo y la psiquis en el ofrecimiento de cuidados de la salud. Promoviendo, en otras palabras la atención de la persona como un todo”.

En ese sentido, la medicina comunitaria representa uno de los objetivos sociales de mayor importancia, por constituir actividades de campo que posibilitan asistencia médica de primer nivel especializada al paciente en la propia comunidad y posteriormente su seguimiento en las instalaciones de salud. Para tal fin se necesita, según Wikipedia (2012:02) de un galeno:

> Adecuado a las nuevas necesidades, con capacidad real de resolución de problemas de salud a la cabecera del paciente, lo que además supone mejorar la eficiencia del sistema sanitario, al resolver prácticamente el 90% de los problemas de salud en este.

Debido a que, la atención, de primer nivel, contempla una visión comunitaria de la medicina que se basa en la enfermedad, la familia o el entorno más inmediato del paciente y no en éste; ya que, pueden actuar como fuente de enfermedad o como medio terapéutico, desde donde se

puede actuar con medidas preventivas y de promoción de la salud.

Sin embrago, a juicio del doctor Maglio (2009:01), documento en línea, durante una entrevista en Argentina, “los médicos salen deformados de la facultad, donde les hacen creer que son perfectos, omnipotentes, dioses, aconsejándoles que no escuchen a los pacientes”. Según lo apreciado, a nivel internacional, existen escuela de medicina en las que, durante su formación profesional se les enseñan a los (as) galenos (as) a interrogar, pero no a escuchar, por lo cual hay que conversar mucho más con el enfermo y sus familiares preguntándoles por ejemplo: ¿qué piensan? o ¿qué les parece? el diagnóstico y tratamiento pre-escrito, para encontrar de esta forma el otro conocimiento que estos poseen sobre su condición.

Se hace notorio, al coincidir con Jomla (2011) que, la relación médico-paciente-familia actual, es distinta en sustancia y esencia a la relación que tenían a principios del siglo XX, donde existían profundos vínculos afectivos entre el (la) médico (ca) de aquella época con sus enfermos y familiares, lo cual lo convertía en un verdadero líder en la comunidad donde ejercía; por razones de demanda y tiempo ésta relación se fue debilitando acarreando el surgimiento de una barrera comunicacional entre ellos.

Es importante señalar que, el triángulo médico-paciente-familia, en la atención médica, tiene como tema central la comunicación, la cual para Gonzales (2008:81-82) es:

> Uno de los procesos más importantes que el ser humano emprende, puesto que con ello logra transmitir lo que desee y ser entendido, por lo que su aplicación en cualquier área es de suma importancia, y más aún cuando de salud se trata, puesto que este proceso llega a convertirse en elemento fundamental para que el

médico y el paciente puedan realizar su actuación de manera positiva y satisfactoria.

En ocasiones, resumiendo los aportes de Rodríguez (2006), en las consultas odontológicas y ginecológicas generalmente, los pacientes y/o sus familiares dificultan la comunicación en la relación con su médico (ca), olvidan las historias de sus enfermedades, obvian informar de todos sus síntomas, ocultan datos que les pueda perjudicar, ignoran pedir aclaraciones cuando no entienden parte de la explicación del galeno (a) y lo más común es que, la mayoría de las veces, no manifiestan su desacuerdo con el plan de tratamiento que el médico les propone y simplemente lo desobedecen.

Por esta razón, la comunicación de la persona que padece la enfermedad y/o sus emparentados debe hacerse de manera apropiada de forma que éstos puedan comprender fácilmente las indicaciones, ya que tienen derecho de ser informados ampliamente del estado de salud de la persona; además de involucrar a sus consanguíneos en el proceso porque los miembros de la familia son influencias importantes en el bienestar y cooperación del paciente con las órdenes del médico.

Es importante resaltar que, lo primero que le corresponde al facultativo es escuchar a la persona afectada de salud y sus allegados acerca de los síntomas que éste presenta, esto le permite una relación de confianza y retroalimentación. Con esta fuente valiosa de información, se logra realizar diagnósticos y tratamientos más acertados a la situación de vida del paciente.

Como ya se ha comentado, la calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación, si ésta es deficiente la posibilidad de conflicto

es muy elevada, sobre todo en situaciones donde prevalece la medicina caracterizada por la desconfianza entre médicos (as), pacientes, familiares y por profesionales, según los aportes de Suarez (2006), que ejercen de forma muy cautelosa la profesión y para cubrirse sus espaldas abusan de la inter-consulta e investigaciones diagnósticas, pensando que así están más protegidos de las demandas de los abogados; por su parte, los pacientes y/o su grupo familiar buscan aprovecharse de los errores de éste para obtener recursos económicos, muchas veces a costa de poner en riesgo su salud y en crisis la comunicación y la relación médico-paciente-familia.

En los últimos tiempos, según Mikkelsen (2012), documento en línea, en gran parte de los centros públicos de salud del Estado Venezolano, el médico dirige sus acciones al diagnóstico de la enfermedad, reduciendo a la persona a un cuerpo, se interroga al paciente o allegados buscando la patología y sus causas; con igual propósito se ausculta el cuerpo del individuo que presenta la anomalía y se le piden estudios de laboratorio. Pocas veces, aparecen galenos humanistas que agregan la capacidad de acercarse afectivamente al paciente y su parentela, estableciendo con ellos una verdadera comunicación para comprenderlos y hacerse cargo de sus problemas de salud.

En consecuencia, la relación que establece el (la) doctor (a) no es con el enfermo como una persona, sino con su cuerpo; por ello los (as) facultativos (as) deben ser siempre profesionales, sin olvidarse de que su relación con el paciente y los emparentados tiene que ser afectuosa y humanista, cuestión que se observa con déficit en el país, tanto en centros de atención hospitalaria públicos como privados. Al respecto Mejía, Díaz y Paulo (2005:92) expresan que “la relación médico-paciente cada día es más fría, más distante, no sólo por el advenimiento de la ciencia y de la

tecnología, sino por el proceso deshumanizante en el cual ha ido transcurriendo la medicina". A pesar de lo citado, esta situación ineludiblemente no se presenta en todas las realidades que viven los centros públicos y privados de salud de la nación.

De acuerdo con los planteamientos que se vienen analizando, en el país, la persona que presenta la enfermedad y el médico deben mantener una buena comunicación, pero también la intervención de la familia, es elemento clave en el seguimiento y cumplimiento del tratamiento prescrito por el (la) doctor (a); esta relación se transforma en el llamado triángulo terapéutico de la medicina familiar. Donde él (la) doctor (a) debe ser capaz de censar el estado del triángulo médico-paciente-familia continuamente, ya que las actitudes de cada uno de los miembros de esta relación y los vínculos establecidos entre ellos pueden afectar los procesos de diagnóstico-terapia, dificultándolo o facilitándolo.

Pero, para la Dra. Isabel Iturria, viceministra de Recursos para la Salud, citada por Paullier (2011:02), documento en línea, los médicos venezolanos por la orientación de su formación previa:

> No están preparados para estar en las comunidades. Porque en las escuelas tradicionales de medicina se da una formación para ejercer medicina hospitalaria, que es el tercer nivel de atención, y eso no es lo que se hace en los barrios.

El Estado Sucre no escapa de ésta realidad, siendo ésta una problemática que está afectando la sociedad, ya que profesionales de la salud, específicamente los médicos, según informaciones suministradas a las investigadoras, en forma oral, por usuarios frecuentes de los servicios públicos de salud del Estado (2011), incurren en abordar (en pocas

ocasiones) de manera individual a los pacientes, dedicando menos tiempo a la atención integral de los seres humanos en circunstancias difíciles, como la pérdida de la salud de ellos mismos o de algún integrante de su grupo familiar; por tanto el galeno (a) tiene que brindar apoyo y/o solución, aceptando que, definitivamente, no existen soluciones universales, teniendo siempre presente la relación médico-paciente y médico-paciente-familia. Dicha situación está afectando la calidad de vida de los cumaneses.

Por tal motivo, debe ser canalizada eficiente y efectivamente, para así atacar y disminuir los factores perturbadores en ésa relación, ya que la política formal de salud de la nación emergió con la intención de desarrollar los principios de la atención primaria en salud; sin embargo, para Rincones y Rodríguez (2004:530) en la práctica la misma fue:

> Distorsionada en virtud de los modelos administrados y desarrollados por los gobiernos venezolanos, en los que tuvieron predominio los rasgos de tipos burocrático-populistas y tecnocráticos, situación que condujo al desarrollo de una política netamente medicalizada y curativa, en detrimento de la prevención, promoción y rehabilitación.

Cabe agregar que, la misión de brindar atención integral de los seres humanos en circunstancias de enfermedad, requiere del compromiso, dedicación y formación en habilidades de comunicación asertiva de los/las profesionales de la salud para producir modificaciones en la calidad de los servicios prestados en los centro de salud de la ciudad; ya que, la relación terapéutica de la medicina se ve afectada por debilidades en las habilidades sociales de los (as) médicos (as) a la hora de atender los (las) pacientes y sus familiares en el consultorio.

Dentro de este orden de ideas, el Centro Diagnóstico Integral (C.D.I.) “Fe y Alegría”, según información suministrada a las autoras por el

Departamento de Orientación de la Institución (2011), coordinado, en los actuales momentos, por el Licdo. Antonio Blanco, fue creado en el año 1987 como política de salud del Gobierno Nacional y Regional aunado a la inquietud de grupos de dirigentes comunales, el mismo pasó a ser el 09 de Marzo de 2006 en el área de Emergencia conocido con el nombre actual, conformado por un equipo multidisciplinario de un (01) director general, una (01) asistente analista, una (01) auxiliar de servicios médicos, once (11) licenciadas en enfermería, cinco (05) técnicos superiores universitarios, doce (12) auxiliares en enfermería, once (11) facultativos especialistas distribuidos en las diferentes áreas prestando los servicios de: pediatría, atención integral en salud, nutrición, ginecobstetricia, higiene escolar, emergencia, terapia intensiva, laboratorio, farmacia, planificación familiar, odontología, oftalmología, electrocardiograma, rayos X y ecosonograma.

Además, se encontró que la institución cuenta con la presencia de una (01) Trabajadora Social y (02) Asistentes de Servicio Social en el área de Promoción Social dedicadas exclusivamente a impartir sesiones educativas y talleres sobre prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual, dengue e influencia (AH1N1); también se dedica en colaboración con el equipo del área y enfermería del Ambulatorio “Fe y Alegría” a realizar jornadas de inmunización en pro del bienestar de la colectividad y atender casos. Atendiendo diariamente un aproximado de sesenta (60) pacientes en el área de Emergencia, procedentes de las comunidades: Barrio Venezuela, Fe y Alegría, Panamericana, Bebedero, Bolivariano, Los Súper Bloques, El Paraíso, Los Molinos y otros sectores aledaños.

Éste conocido centro de atención médica ha ido presentando, al transcurrir los años, según información suministradas, en forma oral, a las investigadoras por usuarios de los servicios de la Institución (2011),

situaciones en las cuales miembros de las comunidades área de acción del Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría” se sienten predispuestos al acudir a la institución de salud por experiencias previas en relación al trato y tratamiento recibido en las instalaciones por el equipo de médicos Cubano asignados al mismo, de la misma forma perciben poca confianza y apatía en el personal del servicio debido al clima no armónico que se percibe intergrupal entre el equipo de médico y de enfermeras Venezolanos y Cubanos, y rumores circulantes en la sala de espera entre los pacientes sobre el proceso de la atención poco satisfactoria recibida con anterioridad; por otro lado, en el centro de salud existe insuficiente dotación de insumos materiales, debilidades en el proceso de comunicación entre médico-paciente-familia, diagnósticos pocos asertivos y horario de trabajo en el área de Emergencia no acorde con la demanda de los solicitantes al servicio.

Tales situaciones se vienen produciendo en dicho lugar, y en las demás parroquias del estado Sucre, ya que las organizaciones, instituciones y centros de salud dedicados a éste servicio, presentan muchas debilidades a raíz de la existencia de un importante déficit presupuestario asignado a las instituciones públicas de salud por parte de los entes gubernamentales, producto de la crisis política-económica que atraviesa el país, según información difundida por medios audiovisuales de comunicación del país (2010). Además, los programas de prevención tienen limitada su cobertura de acción al carecer de una cultura de salud en las comunidades y poco interés en dichos programas. Por otro lado, existe escasa investigación científica sobre el tema y deterioro en las infraestructuras físicas del hospital “Antonio Patricio de Alcalá” (HUAPA) para canalizar las necesidades de la población que requiera sus servicios, hecho notado por las autoras tras visitas previas a las instalaciones del mismo.

Algunos expertos en el área, como Mora (2001), Maglio (2011) y Rincón y Rodríguez (2003), sostienen que esta crisis se ha acentuado producto de la ausencia de diseño y aplicación de una política farmacológica respaldada por un instrumento legislativo que asegure su ejecución y el acceso eficiente a toda la población a las medicinas requeridas; a pesar de, existir el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) como órgano rector del sector salud, teniendo a su cargo la regulación, formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud y desarrollo social y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), por un lado y por el otro, las fuertes desmotivaciones en él (la) médico (a) al atender a sus pacientes y familiares, es debido a la falta de insumos materiales y medicamentos para atender a los pacientes y/o enfermos, más aún cuando su salario, muchas veces, esta desajustado con su desempeño laboral, reciben sus pagos en largos periodos de atrasos y no les son reconocidas todas sus prestaciones. Acareando así que, olviden por momentos su ética profesional y su juramento hipocrático.

Continuando con lo ya mencionado, García citada por Mora (2011:04), documento en línea, comenta que “cantidad importante de centros ambulatorios están desprovistos de insumos y equipos adecuados y no cuentan con la cantidad suficiente de profesionales de la salud”; por tanto, no garantizan la accesibilidad, eficacia y calidad de los servicios médicos, violentando el derecho a la salud de los ciudadanos y ciudadanas.

Llevando progresivamente a, la disminución en la demanda del servicio solicitado al Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría” e incremento de la misma en los otros centros de salud, sufriendo desmejoras en la calidad del cuidado prestado a los enfermos y sus allegados, y a la vez servicios que no van a brindar la atención requerida por la población; hecho notorio en las

manifestaciones verbales de inconformidades de quienes utilizan el servicio y su parentela por el trato recibido.

Generándose de esta forma desconfianza dentro de la triada, lo cual causa complicaciones en la salud de dichas personas, afectando el bienestar e integridad de los habitantes de las comunidades de la zona. Por ello, de continuar tal situación, coincidiendo con Maglio (2011), se podría llegar a causar muertes en los habitantes de la región por recibir una atención deficiente o con demasiada lentitud en el establecimiento de salud; del mismo modo, ocurrirían muertes por posponer la decisión de buscar vigilancia médica, no reconocer los signos de complicaciones mortales o tardar mucho tiempo en llegar al lugar donde se proporciona la asistencia, perdiendo la oportunidad de poner a salvo sus vidas. Por otro lado, la comunidad en su rol protagónico, tras la presión de familiares descontentos con el servicio, podría solicitar la remisión de médicos (as) que actúen en contra de su formación profesional.

Sin embargo, con la estructuración, supervisión y seguimiento sistemático de normas que permitan crear el marco necesario para establecer leyes, políticas y regulaciones relativas a la calidad de la asistencia en los centros hospitalarios, así como también ampliar los programas de educación en áreas de administración de salud pública y establecer normas que obliguen a las autoridades del sistema de salud a poseer dichos estudios. Sin olvidar, sensibilizar a las mismas sobre la utilización de herramientas de calidad en sus dependencias como elemento clave de la mejoría asistencial, estableciendo políticas de inversión que permitan mejorar la infraestructura física de la red de asistencia y de los programas de prevención, y formular programas de especialización médica en áreas de interés de acuerdo a las necesidades detectadas en el

seguimiento a los indicadores de gestión.

Incluso, sensibilizar a los galenos a integrar teoría y praxis hábilmente, a fin de contribuir, innovar y crear con actitud responsable, crítica y científica para una nueva sociedad, garantizando que la administración de la salud sea de calidad y al mismo tiempo les posibiliten desarrollar habilidades para inferir en el manejo de los componentes administrativo, organizativo, económico, financiero, social, técnico, operativo y contable de las instituciones de salud.

Más aún, con la aplicación de estrategias educativas que fortalezcan la relación médico-paciente-familia, de parte del profesional en Trabajo Social, se podría llegar a mejorar la calidad de la asistencia médica y de los servicios brindados en las instalaciones del Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría”, por ser un profesional multi-facetico poseedor de técnicas, métodos y herramientas ajustados a cada realidad en particular; además está capacitado para dinamizar y mejorar las relaciones interpersonales con y de los grupos, logrando cambios positivos y satisfactorios en dichas relaciones.

Sin embargo, de acuerdo con informaciones, en forma oral, suministradas a las autoras por el departamento de Trabajo Social del Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría” (2011), éste profesional, en conjunto con las Promotoras Sociales del departamento y apoyo de enfermeras de la institución, en los actuales momentos se encuentra, mayormente, dedicado a realizar prevención de enfermedades y embarazos no planificados en las comunidades rango de acción de la institución a la cual está adscrito.

Por tal razón, se muestra interés en ésta problemática y se plantea como posibles interrogantes:

¿Cuáles son las opiniones de los pacientes y familiares atendidos sobre el tipo de relación médico-paciente-familia brindada en el Centro Diagnóstico Integral Fe y Alegría?

¿Qué funciones debe desarrollar el Trabajador Social dentro de la relación médico-paciente-familia en el Centro Diagnóstico Integral Fe y Alegría?

¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la relación médico-paciente-familia en el Centro Diagnóstico Integral Fe y Alegría?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo General:

- Analizar el rol del Trabajador Social en la relación médico-paciente-familia en el Centro Diagnóstico Integral Fe y Alegría. Cumaná 2012.

1.2.1.1 Objetivos Específicos:

- Identificar la opinión de los pacientes y familiares sobre el tipo de relación médico-paciente-familia brindada por el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría”.

- Precisar la opinión de los médicos sobre el tipo de relación establecida entre paciente y la familia en el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría”.

- Determinar las funciones que desempeña el Trabajador Social en la relación médico-paciente-familia en el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría”.

- Establecer fortalezas y debilidades en la relación médico-paciente-familia en el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría”.

1.3 Justificación

El quehacer profesional, del (la) Trabajador (a) Social, está inmerso dentro de un contexto amplio, complejo y diversificado que enmarca y desafía su actuación, teniendo presente que no solamente los cambios en los contextos condicionan la labor del o la profesional, sino también los intereses de la población, creándose así distintas formas de intervenir lo social. Asimismo, su intervención se transforma de acuerdo a dichos movimientos, dando respuestas asertivas y oportunas a las inquietudes, demandas y necesidades de la población. Dichos procesos se diversifican de acuerdo a las políticas sociales implementadas por el Estado, las cuales se formulan para atender las manifestaciones de la cuestión social; sin embargo, estas políticas son un espacio contradictorio en el cual se busca responder a las demandas de la población y al mismo tiempo satisfacer los intereses y el desarrollo de la nación.

Dentro de este marco de ideas, aparece la profesión de Trabajo Social con el propósito de satisfacer y dar respuesta al campo problemático del fenómeno estudiado, surgiendo así como agente facilitador y promotor de cambios; insertándose en diversos campos de la vida social, siendo uno de ellos el sector salud, prestado por las instituciones públicas y privadas del Estado. Naranjo y Porras (2008:4-5) plantean que “desde un punto de vista integral, la salud no solamente comprende el componente biológico, sino todas aquellas situaciones que afectan el bienestar físico, psicológico y social del ser humano”.

Sin embargo, la realidad del país revela saturación del servicio de salud en un contexto percibido en los diferentes centros de asistencia médica de la nación, el Estado y en especial en el Centro Diagnóstico Integral “Fe y

Alegría”, en donde se puede visualizar una situación particular que responde y manifiesta el descuido de pacientes que, por su condición de salud, requieren de apoyo a nivel familiar, comunal y gubernamental para mejorar sus condiciones de vida, pero que por diversas razones no cuentan con dicho soporte. El descuido que experimentan estas personas, manifiestan las condiciones de vida de quienes no poseen medios para satisfacer sus necesidades básicas y primarias e implica que sus consanguíneos, vecinos o amigos no constituyen una red efectiva para el cuido de estas personas.

Esta circunstancia atrajo la atención de las investigadoras, por un lado, a indagar el fenómeno estudiado, por otro lado, fueron afectadas en cuanto su experiencia en el momento de ser atendidas en el área de emergencia de manera poco satisfactoria; además de, percibir las constantes quejas de los habitantes de las comunidades área de influencia del C.D.I a través de los medios de comunicación de la región. Por tanto, se quiso escudriñar sobre el tema. Con el propósito de dar respuestas óptimas a todos los usuarios que frecuentan los servicios de la institución.

En este sentido, el Trabajador Social posee un rol importante en la atención facilitada a pacientes al actuar como mediador en el proceso de búsqueda de alternativas, para que las personas obtenga herramientas y estrategias para enfrentar su situación. De esta manera, las (os) Trabajadoras (es) Sociales se vuelven indispensables al velar por los derechos de las personas y al mismo tiempo contribuir a la formación de una sociedad solidaria. Esto implica que requieren frecuentemente formular herramientas, técnicas y estrategias ajustadas a la realidad social del momento.

En base a las condiciones anteriores, ésta investigación permitirá

detectar fortalezas y debilidades en la intervención que realizan las (os) profesionales en Trabajo Social en la relación médico-paciente-familia; además de generar recomendaciones para fortalecer la triada ya mencionada, también permitirá al profesional proyectar su actuación a nivel de instituciones de salud más específicamente a mejorar esa relación que tanta falta le hace y sobre todo, contribuir en la búsqueda de alternativas de acción que den respuestas asertivas y oportunas a estas problemáticas y arroje nuevos aportes al Centro Diagnóstico Integral Fe y Alegría.

Por otro lado, se considera esta investigación de suma importancia debido a que, la relación médico-paciente-familia no ha sido centro de atención de la opinión pública, de los medios de comunicación e instituciones gubernamentales, alertando sobre la situación que viven los pacientes y familiares al momento de ser atendidos por un galeno en los centro de salud, trayendo consecuencias negativas al enfermo, la familia y la institución.

Cabe agregar que, esta investigación contribuirá a sensibilizar a los sujetos inter-relacionados en la relación médico-paciente-familia y a la sociedad en general a comunicarse asertivamente y ser más empáticos con el otro durante una consulta médica. Éste elemento conlleva una carga psicológica importante en la evolución satisfactoria de los pacientes, por el componente emocional que desprende; sin olvidar que, la parte sentimental de las personas, sobretodo de quienes se encuentran quebrantados de salud, es un aspecto muy frágil que debe ser atendido con precaución por que de ello depende su bienestar y sentirse bien a pesar de padecer una patología.

Dejando claro que, la información a suministrar luego de llevarse a cabo el proceso de la investigación, será fundamental e importante, sirviendo de

base y apoyo, para las ciencias sociales, y en especial a los investigadores en el campo de Trabajo Social, ya que permitirá comprender la relación médico-paciente-familia en su ámbito social con mayor profundidad. Por tanto, se considerará esta investigación como apertura de una nueva línea de investigación que va a generar posteriores estudios de ésta misma naturaleza.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL.

Con el propósito de investigar el rol del Trabajador Social en el fortalecimiento de la relación médico-paciente-familia en el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría”, fue necesario realizar la revisión documental de teorías que explican la relación y de fuentes bibliográficas que otras personas han elaborado respecto al tópico, lo que permite a las investigadoras construir y reconstruir conocimientos a partir de los aportes de otros autores en el tema. Es así como realizaron una búsqueda en diferentes medios de información y documentación, tales como bibliotecas, revistas e Internet para obtener aportes sobre la temática.

A partir de dicha investigación detectaron una diversidad de estudios sobre el fenómeno a estudiar, dichas publicaciones permiten conocer la calidad de la relación médico-paciente y los cambios que ha sufrido dicha relación con el transcurrir del tiempo, otros estudios aportan conocimientos en cuanto a la influencia de las características demográficas, estilo relacional y satisfacción del paciente sobre la administración del tratamiento, en estos escritos se hace referencia también a la formación ética profesional de los médicos. Además, otros documentos se refieren al reforzamiento de habilidades de comunicación en la relación médico-paciente.

Tales aportes son desarrollados a continuación:

2.1 Antecedentes de la Investigación.

2.1.1 A nivel Internacional.

Rodríguez en el 2006, desarrolló una investigación en Cuba titulada **Relación Médico Paciente**, en la cual formuló como objetivo general la revisión de los distintos aspectos de las relaciones interpersonales con las particularidades especificas que tiene lugar entre el médico, el paciente y familiar y los cambios que ha experimentado esta relación a través del tiempo. La investigación fue realizada con una metodología documental, desprendiéndose de los textos las características personales del médico y del paciente y el sistema económico imperante en el país. Concluyendo que en la actualidad existen varias condiciones que han repercutido negativamente en la relación médico paciente ente ellas las políticas neoliberales imperante en muchos países en que el Estado reduce la salud pública, entregándolas a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica.

Sequeira en el año 2010, presentó en Costa Rica un trabajo titulado **Análisis de la vinculación entre los Equipos de Apoyo (EA) y los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) adscritos al Programa de Atención Integral de Salud (PAIS), para brindar atención integral a la población de Montes de Oca, Concepción, San Diego y San Juan**, planteándose como objetivo general analizar la vinculación de los (as) profesionales que conforman los Equipos de Apoyo (EA) y los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) del Programa de Atención Integral de Salud (PAIS) que posibilita el trabajo interdisciplinario para brindar atención integral a la población usuaria de las Áreas de Salud de Montes de Oca y de Concepción, San Diego, San Juan. La metodología de la investigación efectuada se realizó bajo el enfoque cuantitativo, con el uso de técnicas cualitativas.

Fue así como el autor llegó a la deducción que, las y los profesionales,

tanto de los EBAIS como de los EA, tienen conceptualizaciones en lo que respecta a atención integral, ya que mencionan en su mayoría la atención bio-psicosocial, la atención interdisciplinaria, así como las acciones de promoción y prevención. Además, con respecto a la participación comunitaria señala que es importante para la Atención Integral de la salud, ya que es necesaria para el conocimiento y priorización de las necesidades de la comunidad, lo cual facilita el desarrollo asertivo de los procesos en la comunidad; y por otro lado, facilita la socialización y aceptación de los procesos que se desarrollen desde el Área de Salud. Además, la participación comunitaria permite que las personas residentes en el Área asuman su papel directo en el mejoramiento de la calidad de vida y no solo sean los objetos de las intervenciones.

Del mismo modo agrega que, para seguir fortaleciendo las acciones que permitan la atención integral de la salud en los EBAIS del país, es necesaria la optimización de una serie de condiciones dentro de las Áreas de Salud: instalaciones adecuadas a la cantidad de población atendida y a las actividades de distinta índole por realizar, personal constantemente sensibilizado y capacitado hacia distintas temáticas como por ejemplo el desarrollo de procesos de Atención Integral en el Primer Nivel de Atención para que amplíen las habilidades y sean conscientes de sus derechos y deberes, con anuencia al acercamiento con la comunidad y otros (as) actores (as) externos (as) a la institución.

Ambas investigaciones aportaron minuciosamente a este estudio un importante y amplio conocimiento, enfocado en la relación médico- paciente-familia como uno de los temas de mayor discusión dentro de la medicina y la sociedad. Por otro lado, garantizan que la atención integral en los centros sanitarios dependerá del compromiso ético y moral que desempeña el equipo

interdisciplinario en salud.

2.1.2 A nivel Nacional.

Gonzáles en el año 2008, en Nueva Esparta ejecutó un trabajo de investigación titulado **Incidencia de la relación medico paciente en el servicio que se ofrece en la sala de hospitalización del Hospital tipo I. "Dr. Armando Mata Sánchez"**, desarrolló como objetivo general analizar la incidencia de la relación medico paciente en el servicio que se ofrece en la sala de hospitalización del Hospital tipo I. "Dr. Armando Mata Sánchez. Bajo una metodología de nivel analítico con diseño de campo que le permitió conocer de forma inédita y directa aspectos y características del fenómeno objeto de estudio. Llegando al desenlace de que hay deficiencias comunicacional que afectan la relación médico paciente y la calidad del servicio que se ofrece en la institución de salud.

Ésta investigación facilitó un valioso aporte, debido a su especifico contenido. Identificando aspectos de gran importancia que el galeno siempre debe considerar en la consulta, para satisfacer las necesidades del paciente y su emparentado y por su puesto garantizar una atención y servicio de calidad a todos los usuarios sin discriminación alguna.

2.1.3 A nivel Regional.

Guzmán y Martínez en el año 2006, efectuaron en Cumaná una tesis titulada **El Trabajador Social y sus funciones a nivel preventivo en la política integral de salud en el Estado Sucre**, proponiendo como objetivo general determinar las funciones desde el punto de vista preventivo, que debe cumplir el Trabajador Social a través de los departamentos de

promoción social de los ambulatorios adscritos a la fundación para la salud (FUNDASALUD), dentro del contexto de la política de atención integral de salud en el Estado Sucre. Aplicando una metodología de carácter descriptivo que le sirvió conocer las funciones que actualmente cumple y pudiera cumplir el Trabajador Social dentro de la política de atención integral de salud, con un diseño de campo para obtener datos sobre los Trabajadores Sociales que laboran en esos centros dispensadores de salud. Presentaron como conclusiones que los aporte del Trabajador Social dados a la política de atención integral de salud, con todas las limitaciones que tiene y la poca información que ha obtenido de algunos municipios foráneos, ha sido importante debido a que ha creado enlace entre la comunidad, el equipo de salud y los ambulatorios, como también redes institucionales, permitiendo con esto la búsqueda del mejoramiento de la salud de la comunidad.

Del mismo modo, éste antecedente en particular aportó ideas fundamentales a esta investigación; dejando visible la formación integral que debe poseer un trabajador social para desenvolverse en su campo de trabajo y más aún cuando de salud se trata.

2.2 Referentes Teóricos.

Este apartado contiene los referentes teóricos conceptuales, que permiten analizar y explicar el objeto de estudio, procurando brindar un marco de conceptos que van a sustentar el proceso de la investigación a realizar; siendo valioso desarrollar terminologías que determinen y establezcan posturas al investigador y al mismo tiempo facilite aclarar los puntos de partida en relación a la variedad de conceptos que existen concernientes al tópico.

Además, según la visión de mundo, la intencionalidad de la investigación y el momento histórico, las concepciones teóricas varían. Seguidamente se presenta un recorrido por lo que es el rol del Trabajador Social en el área de salud, conceptualizando la salud, la atención integral en salud y al paciente, pasando luego a definir la relación médico-paciente, características, modelos, tipos y clasificación de la misma; haciendo hincapié en lo que respecta a la familia y al (la) Trabajador (a) Social y la relación médico-paciente-familia. Posteriormente, se mencionará la opinión de los médicos (as) sobre el tipo de relación entre el (la) paciente y la familia, influencia de la comunicación en la relación médico-paciente y fortalezas y debilidades de la relación médico-paciente-familia; para finalmente dar una información general sobre el C.D.I. “Fe y Alegría”, sus objetivos, misión, visión y área de influencia.

2.2.1 Modelos del proceso de comunicación. Según Virginia Satir (2003).

Para entender en profundidad las actitudes que manifiestan los médicos, pacientes y familiares o soporte social durante el proceso de atención-consulta se debe estudiar y adentrar en los postulados y/o principios en los que se basa el desarrollo de la misma, comprendiendo sus diferencias ontológicas y posicionamientos éticos e ideológicos. Por ello, esta investigación contempla aspectos teóricos fundamentales para el conocimiento de la relación médico-paciente-familia, entendiendo las principales directrices del proceso de retro-alimentación y su influencia determinante en el ejercicio de la profesión médica. En base a tales consideraciones, las autoras, inclinándose por los planteamientos de Satir (2003) sobre los modelos de comunicación que la misma suscita en cinco (05) tipologías denominadas: el aplacador, el acusador, el superrazonable, el irreverente y la respuesta abierta o fluida; los cuales van enfocados a

describir las formas en que los seres humano se interrelacionan unos con otros, dichos patrones se describen a continuación.

El aplacador

En este modelo, la autora la define a la persona como aquel individuo que se comunica de forma que da a entender a los demás que no es capaz de “hacer nada por sí mismo y siempre necesita tener la aprobación de otros” para sentirse bien consigo mismo.

El acusador

Para Satir (2003) un sujeto que ejerce ésta tipología de interacción se caracteriza por encontrar fallas continuamente en las demás personas con las que se relaciona, también lo considera “un dictador” que manda a los otros, sintiéndose superior a ellos. Cabe resaltar que ésta persona, “siente más interés en darse importancia que enfrentar la realidad”, por ello la evade.

Superrazonable

Un individuo bajo este enfoque de transmitir información, se considera como una “persona fría y distante” que opta una postura imperturbable, sin demostrar algún tipo de impresión por los otros, además aparenta ser una persona que domina un vocabulario amplio, muchas veces desconociendo el significado y uso de las palabras que expresa en sus conversaciones.

Irreverente

Un ser humano irreverente es aislado, poco autentico y tiene una confusión interior que lo hace irrespetar las opiniones de los demás y “dirá o hará cosas que tengan poca relación con lo que digan o hagan los demás”.

Respuesta abierta o fluida

Éste modelo de comunicación permite que la persona sea muy espontánea y capaz de expresar sus sentimientos sin ninguna sublevación. Para la autora ésta “reacción es la única que hace posible vivir en forma vital en lugar de vivir como si estuviera muerta”. Por lo que, es espontanea, nutritiva y capaz de aportar nuevas ideas en pro de su bienestar y el de su entorno.

2.2.2Rol del Trabajador Social en el área de salud.

Actualmente el quehacer profesional en Trabajo Social tiene un campo de acción muy amplio, diversificado y trascendente en cuanto al estado de salud integral de los individuos, grupos y comunidades por formar parte del sistema de bienestar de los ciudadanos y de la sociedad en general, desempeñando un papel muy importante de complementario en la atención médica brindada a los pacientes limitados económicamente, puesto que éste marca el plazo en el que deben agotar los trámites y recursos posibles para canalizar eficiente y efectivamente las situaciones problemas que éstos manifiesten.

Sin lugar a duda, la actuación profesional del (la) Trabajador (a) Social se desarrolla en niveles asistenciales, gerenciales, planificadores y evaluadores, derivados de su formación profesional; tal dominio técnico, teórico y metodológico los convierte en profesionales multifacéticos en acción, posibilitándoles y garantizándoles intervenir, a los/las pacientes, y familiares, en el caso del área de salud, integralmente desde la intervención hasta la evaluación. Su actividad en el marco de la atención primaria tiene un alcance promocional, preventivo, asistencial y rehabilitador.

Al respecto, parafraseando los postulados de Kisnerman citado por Guzmán y Martínez (2006), en el sector de **promoción** él y la profesional elaboran, ejecutan y evalúan programas que explican los factores que afectan la salud; también imparten información respecto a hábitos de vida favorable para fomentar y prolongar un estado saludable de los (las) pacientes y familiares.

En lo concerniente al sector de **prevención** indagan sobre la incidencia de las variables sociales, económicas, culturales y emocionales en el origen, propagación y desarrollo de las situaciones de salud; del mismo modo, orientan y capacitan a los (las) usuarios (as) acerca de la utilización de los recursos institucionales y comunitarios que facilitan mejorar la calidad de vida de los mismos, estudiando el nivel de aprovechamiento de los servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos, y actividades que benefician u obstaculizan la obtención de mayores estándares de salud, fortaleciendo al mismo tiempo los lazos familiares; sin olvidar su colaboración y participación en la formación de voluntarios (as) y auxiliares para desarrollar acciones comunitarias de salud.

Con respecto a, el sector de **recuperación** tienen la función de trabajar en consonancia con el equipo de salud para contribuir a sanar los daños originados por la enfermedad, orientando, acompañando e incentivando, a la vez, a las personas y sus familiares en lo relacionado a su pronta recuperación. Finalmente, en el sector de **rehabilitación**, se desempeñan como orientadores individuales, grupales y comunitarios en la reubicación social de las y los convalecientes de salud.

Se evidencia que, el (la) profesional sirve de enlace entre el tejido social y los sistemas de servicios sociales; ya que, se dedica al estudio y

transformación de una realidad social determinada, a través de la puesta en práctica del método propio de la carrera.

Cabe mencionar que, las (os) Trabajadoras (es) Sociales además de investigar de manera exhaustiva brindando soluciones a situaciones problemas derivadas del estado de enfermedad de los pacientes en su entorno familiar y social, también procuran calmar la angustia de los familiares y pacientes en caso de recibir diagnósticos delicados sobre el estado de salud de los pacientes; de la misma forma colaboran minuciosamente con las autoridades de los centros de atención médica, al cual estén adscritos, a fin de que las relaciones entre los diversos departamentos sean armónicas en beneficio de la atención que deben recibir los pacientes y sus familiares durante el proceso de consultas médicas.

Acotando los aportes de Antolinez (2008), documento en línea, en los centros hospitalarios surgen con frecuencia circunstancias sociales adversas (casos) y en cada caso, se realiza una valoración y un diagnóstico social basándose en el análisis de las carencias y necesidades existentes, para luego pasar a definir las acciones a ejecutar, identificando detalladamente la necesidad del (la) paciente, su familia y las acciones a seguir al respecto. Tras realizar una valoración y un diagnóstico social, se remite a los y las paciente a otros servicios y recursos disponibles.

Entendiéndose que, la disciplina forma parte de esta área desde principios del siglo XX y desde entonces ha sido entendida según Ituarte (2001:23), documento en línea, como:

> La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psico-sociales que inciden en el proceso salud-

> enfermedad, así como el tratamiento de los problemas (...) que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquéllas.

Siendo su primordial tarea identificar necesidades-recursos y aplicar técnicas para incentivar e incrementar la conservación, recuperación y rehabilitación de la salud en los individuos y familias.

De igual manera Antolinez (2008), documento en línea, aporta que el (la) Trabajador (a) Social cumple en el área de salud funciones muy importantes, tales como: facilitar servicios de información y atención a los usuarios que acceden a los diferentes servicios, realizar la revista social diaria en el servicio de urgencias, tramitar exámenes, realizar consultas sociales en servicios de urgencias y consulta externa, teniendo en cuenta las patologías sociales, presentar informes mensuales sobre el desarrollo de las actividades que se estén realizando con los usuarios a fin de dar a conocer los resultados obtenidos.

Por otro lado, el Hospital Asepeyo Coslada (2010), documento en línea, manifiesta que las funciones que desarrolla el (la) Trabajador (a) Social en el área de salud son las siguientes:

- Gestionar en los organismos oficiales y privados la demanda de los servicios médicos o del propio paciente, para encauzar de forma adecuada las necesidades latentes.
- Prestar información y asesoramiento a pacientes y familiares.
- Gestionar medios de transporte al domicilio de los pacientes.
- Realizar informes sociales para la solicitud de ayudas.
- Atender a discapacitados.
- Realizar visitas domiciliarias a pacientes y sus familiares.

Se hace notorio que, cada autor define de modo particular, tomando en consideración su realidad y momento histórico especifico, lo que a su modo de percibir son las funciones del trabajador social en el campo de la salud, sin embargo coinciden en optimizar y cuidar la salud de los y las usuarias (os) con su ámbito de acción más cercano.

Por ello, se hace necesario clarificar el concepto de salud, el mismo es concebido dentro de los principios contemplados en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2006), documento en línea, como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Dicha concepción se ha ido gestando a partir de movimientos sociales que han venido luchando para construir nuevos modelos de atención en el campo de la salud. Uno de estos cambios fue iniciado durante las jornadas de participación popular en la Asamblea Nacional Constituyente en el año 1999, abriendo espacios de encuentro para la discusión sobre la salud como un derecho, su expresión estructural-coyuntural y las condiciones que configuran la calidad de vida de los seres sociales. Avanzando en la concepción de la salud como parte de una transformación general del país en el cual fuese posible dar certeza a todos los habitantes de la nación venezolana sobre sus derechos sociales a través de su participación en la elaboración y ejecución de las políticas sociales.

A partir de entonces, se fue trabajando en el desarrollo de un nuevo marco jurídico, donde se concibe la salud, según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social citado en el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006:03), documento en línea, como:

> La expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar y producto de las determinaciones sociales. Comprende el conjunto de condiciones biológicas, psicológicas, materiales, sociales y culturales; que tienen como determinantes, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales.... su realización define como la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida.

En el marco de las consideraciones anteriores a partir del año 1999, el Ministerio de Salud, según Rincón y Rodríguez (2004), puso en marcha un nuevo modelo de atención integral en salud, con el fin de destacar la importancia en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la participación de las comunidades y el fortalecimiento de los centros médicos de atención primaria; promoviendo de esta forma, la organización de los servicios en función de las necesidades de los individuos, familias y comunidades. Refiriéndose la Atención Integral a la canalización de las necesidades y problemas de salud en una sociedad concreta, definiendo las condiciones de vida, perfilando un determinado nivel de salud en los grupos sociales que la conforman ya que poseen características propias que caracteriza su entorno, formas de vida y desde ahí, sus particulares necesidades de salud.

Para Guzmán y otros citados por Sequeira (2010), la atención integral en salud tiene tres ejes fundamentales que en interacción se convierte en su principal característica:

1. La evaluación integrada, referida al sistema de actividades que realiza el equipo de salud o uno (a) de sus miembros (as), para obtener la precisión global que determine la situación de salud de un (a) individuo (a) o

grupo, facilitando la toma de decisiones colectiva.

2. La educación para la salud, concebida como un proceso social permanente de cimentación del conocimiento, que se evidencia en la modificación de comportamientos, actitudes, valores y prácticas para lograr el mejoramiento de la salud individual y colectiva.

3. La participación social, vinculada a reconocer los derechos que poseen las personas a participar en su desarrollo y en la gestión de su bienestar, siendo sujetos activos (as) de derechos y deberes.

Desde esta perspectiva se pretende ver a las personas que presentan enfermedades como sujetos con autonomías e iniciativas, fundamentándose en la solidaridad y el respeto a las diferencias individuales, por ser la participación un factor que constituye la garantiza de promover el desarrollo de la conciencia y la dignificación humana.

Cabe agregar que, en el transcurso de los últimos tiempos se evidencia en los roles del enfermo, su familia y el médico una clara evolución. Debido a que, el afectado por la enfermedad y sus familiares han ido obteniendo mayores conocimientos o capacidades de comprender y seleccionar entre distintas alternativas diagnósticas y/o terapéuticas, gracias a su acceso a fuentes secundarias de documentación e información médica suministrada a través de Internet, folletos y revistas científicas, entre otros. Vislumbrándose de esta forma, tendencias a dejar de usar el concepto de paciente y utilizar el de usuario, cliente o consumidor, De allí que Marañon (2011:01), documento en línea, manifieste que el enfermo o el paciente es “el que soporta, o sostiene el peso del dolor” y el usuario es “cercano a objeto y por ello manipulable y sustituible”.

En concordancia, Jovell citado por Joomla (2011:01), documento en línea, sustenta que “el concepto de paciente lleva asociado una concepción de fragilidad, relativa al hecho de padecer y de espera”. Igualmente el autor, citando a El Foro Español de Pacientes en el mismo año, destaca en sus escritos dos acepciones: paciente y afectados, debido a que los pacientes son entidades que representan la condición y hecho de estar afectado por la enfermedad, por lo que no incorporan los conceptos de usuarios o consumidores; además la definición de afligido incluiría al paciente, sus familiares directos, sus cuidadores y los voluntarios que forman parte de organizaciones orientadas a responder a las necesidades de personas que presentan enfermedades específicas, entendiéndolas como personas que convive físicamente y emocionalmente con la enfermedad sintiéndose vulnerables; sin embargo, una persona puede ser paciente y no sentirse enfermo.

Dejando claro que, el concepto de afectado implica una vivencia de la enfermedad en la primera persona y en todos los tiempos verbales. Así, lo que en la primera persona es cercanía y subjetividad, se convierte en distancia y objetividad al utilizar la tercera persona. Esta diferencia es importante, ya que la medicina clásica diferencia sus diagnósticos entre signos y síntomas. En palabras del autor Joomla (2011:02), documento en línea, “los signos son el objeto de estudio de la exploración física y de las pruebas diagnósticas, mientras que los síntomas forman parte de la entrevista clínica”.

Como ya se mencionó, la condición de paciente se asocia a la angustia, de éste y sus familiares acerca del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; sin olvidar que, paciente, familia y médico tienen diferentes apreciaciones sobre la patología. Los primeros perciben la enfermedad en

tres (3) dimensiones: física, emocional y social; mientras que el segundo es orientado principalmente al diagnóstico y tratamiento clínico del impacto físico de la enfermedad manifiesta.

En este mismo orden de ideas, Joomla (2011:02), documento en línea, aporta que:

> Posiblemente no corresponde a la medicina resolver las situaciones relacionadas con las circunstancias sociales, pero sí debe reconocer su existencia, ya que pueden influir en la evolución pronostica de la enfermedad. La actitud compasiva de los profesionales se fundamenta en el reconocimiento de esa triple forma de presentación que tiene la enfermedad, y en saber visualizar en los afectados una situación de la que no está exento el propio profesional.

De manera que, la adopción del término cliente, consumidor y asegurado, vinculado a la concepción de paciente y enfermo (muchas veces entendidos como iguales), son de índole economista, relacionados con los proveedores y financiadores de los servicios de médicos en el sector privado de la salud; por su lado, usuario es relacionado con el hecho de utilizar los servicios sanitarios, en su concepto más amplio. Quedando en evidencia que, el paciente siempre seguirá siendo paciente pero su connotación va a variar de acuerdo al rango o sector donde se implante.

2.2.3 Relación médico-paciente-familia.

Por lo planteado, la triada hace referencia a la interacción producida entre un médico o médica que procura ayudar al o la paciente durante un estado de enfermedad, un (a) paciente quien pone a disposición su humanidad para ser atendido (a) y sus familiares o apoyo social. Esta

relación existe desde el siglo IV antes de Cristo y ha variado a consecuencia de los cambios surgidos a través del tiempo, el espacio y la convivencia entre los seres humanos, desde la mentalidad mágica hasta la técnica que prevalece en los actuales tiempos.

El autor Rodríguez (2006:02) define la relación médico-paciente (RMP) como “una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud”. Durante esta interrelación el médico o la médica aplica sus conocimientos teóricos, técnicos y prácticos en el diagnóstico y tratamiento, del (la) paciente, estableciendo un diálogo con el enfermo (a) y sus familiares; entendiendo que, su nexo con los mismos le garantiza gran parte el éxito terapéutico. Entendiéndose que, el o la paciente es una persona única y por tanto requiere una atención integral de su situación.

Dada la situación de la relación, el experto ofrece servicios de salud al usuario o usuaria, proyectándose a cada parte una serie de conductas, derechos y deberes, los cuales se comprometen a administrar, cuidar y restaurar la salud, en este caso. Conllevando así, la aceptación, más o menos implícita, de las limitaciones, riesgos o fracasos de los servicios brindados por el profesional, ya que él no tiene control absoluto de todas las variables y contingencias que pueden surgir de los procesos naturales, pero si controla y evita la mayoría de los cuestionamientos del enfermo y sus consanguíneos o responsables a las terapias por recibir o recibidas.

Según lo apreciado, la vinculación médico–paciente-familia es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud, la misma puede influir en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento suministrado a los y las pacientes. Con el fin último de mejorar la

calidad de vida y el bienestar social de la población, por ello el grupo asegurador Pacifico Salud (2011), documento en línea, considera que el nexo, ya descrito, contempla las características siguientes:

- Es una relación interhumana.
- Participan elementos como la comunicación: Verbal y no verbal.
- Implica actitudes y expectativas: individuales y de la sociedad.
- Implica el respeto de deberes y derechos.

Luego de analizar, las autoras consideran que, en ocasiones, el (la) paciente, ubica al médico (a) en un plano de superioridad, producto del desarrollo técnico y del papel que le toca desempeñar al galeno en la relación, por lo que, se siente en un nivel de inferioridad, generando reacciones de hostilidad, inseguridad, ansiedad y tristeza, determinando en los pacientes y sus familiares comportamientos no asertivos que influye en la conexión; en cuanto a que, el estado afectivo, la expresión facial y los gestos influyen positiva y negativamente en la misma.

Por otro lado, existen casos en los que el paciente y su grupo familiar son motivados por el deseo de saber que tiene la persona afectada y su pronóstico; mientras que el médico persigue establecer una buena relación interpersonal que le permita recibir información adecuada para diagnosticar, aliviar y curar, aunque otras veces persiguen prevenir, investigar y rehabilitar al usuario o usuaria, su objetivo principal siempre es ofrecer su ayuda médica de forma adecuada.

Por su lado, el doctor Blog Psicología Médica (2010:01), documento en línea, plantea que:

> La relación médico-paciente es un proceso un continuo con tres características fundamentales: a.- Empatía: el paciente necesita ser querido y además que se lo demuestren. b.- Aceptación: interesarse por lo que el enfermo hace y no por lo que es, señalando los beneficios y advirtiendo lo dañino. c.-Veracidad: no hay justificación ética para la mentira, no obstante se debe considerar que así como el paciente tiene derecho a saber, hay ocasiones que tiene derecho a no saber y esto debe ser respetado (a no ser que ese no saber dañe a terceros).

No obstante, desde tiempos muy remotos la práctica médica se caracteriza por una estrecha relación entre el personal que la ejerce y las personas que solicitan sus servicios, actualmente se hace cada vez más difícil una interpretación adecuada entre el médico, el paciente y la comunidad, por ello existen autores que explican los diferentes modelos, tipos y niveles de la relación médico-paciente los cuales son enunciadas a continuación.

2.2.4 Modelos de relación Médico-Paciente.

Autores como Szasz, Hollender, Von Gebsattell, Tatossian y otros analizando las diferentes actitudes e interacciones entre médicos o médicas y pacientes, según el Blog Psicología Médica (2008), documento en línea, han propuesto las distintas modalidades que adopta la relación en la práctica. Enfatizando un factor determinante en la dinámica y constituyendo diferentes puntos de vista de una misma realidad. Entre ellos destacan cinco (05) modelos descritos a continuación.

a) El Modelo Hipocrático.

Se cree que es Hipócrates de la Cos, el fundador de este modelo de carácter paternalista, que conserva vigencia en los tiempos actuales en la

ilación que mantienen muchos doctores (as) con sus pacientes, porque el médico/médica se esfuerza en determinar lo más conveniente para el enfermo, prescindiendo de éste en la toma de decisiones respecto a las pruebas y tratamientos que restaurarán su salud o le aliviarán el dolor; suponiendo que el (la) paciente estará agradecido por las decisiones tomadas aún cuando no esté de acuerdo en el momento de la decisión. El profesional del área de salud, por otro lado, le informará para que acepte el tratamiento.

A groso modo, en este modelo el médico juega un papel donde considera al paciente como un objeto sin importarle sus sentimientos y emociones, sólo interviene él sin darle oportunidad al convaleciente de participar y de aclarar dudas con respecto a su estado de salud. Cabe resaltar que, el galeno obvia las opiniones del enfermo por considerar tener la razón absoluta y suponer que la otra parte quedara satisfecha por sus decisiones como profesional ya me mejorara su estado de salud.

b) El Modelo Tecnológico.

Surge del poder tecnológico de la biología y la medicina moderna, viéndose al paciente como un conjunto de órganos, tejidos, huesos, nervios y no como un ser humano; confiando en el poder de la técnica y dejando a un lado a la persona con sus valores psicológicos y espirituales, enfocándose en la enfermedad o psicopatología que ésta presenta.

Además, la poca habilidad comunicativa de ambos para hacer las preguntas oportunas, la falta de confianza del paciente en el médico para poder revelar problemas íntimos y tendencia del profesional en dejarse llevar por sus propias expectativas sin escuchar lo suficiente al paciente; conlleva

a, tratamientos no ajustados a la realidad del enfermo perjudicándose así su integridad física al establecerse una barrera emocional que imposibilita al especialista en la materia abordar de manera integral la sintomatología del usuario (a).Por consiguiente el galeno resta importancia a las perturbaciones internas, más allá de lo físico que pueda sentir o no el paciente; obviando atender de manera holística la enfermedad manifiesta.

c) El Modelo Legal.

Tiene sus raíces en las bases legales de la sociedad, caracterizado por un médico y un paciente que firman un contrato oficial de común acuerdo, que limita la naturaleza de la relación en la que el usuario (a) del servicio puede demandar al galeno al interpretar que éste no está siguiendo el convenio, dejando a un lado la relación de persona a persona. La pérdida de confianza en el especialista en el ámbito de salud y el distanciamiento del mismo con el sujeto, constituyen la razón fundamental por la que se habla hoy en día de deshumanización de la medicina.

En base a lo antes mencionado, es importante resaltar, que dentro de este tipo de relación se deja a un lado la empatía y el humanismo de la formación profesional del galeno para basarse fielmente al contrato establecido plenamente como base fundamental de la relación, realizando y recibiendo de forma rígida sólo lo plasmado en el mismo.

d) El Modelo Comercial.

El modelo concibe al médico como un agente comercial y al paciente de consumista de la medicina cuya autonomía es absoluta a la hora de tomar decisiones y consumir medicamentos, quedando sujeta la medicina a la

economía de mercado. Siendo el profesional un asistente técnico que proporciona todos los detalles posibles de las alternativas de tratamientos; pero, el enfermo es quien con sus valores y sus juicios toma las decisiones sin que importe la recomendación del especialista, dejándolo en una situación de vulnerabilidad emocional.

Dentro de este contexto, el sistema de salud se ve como un servicio que debe ser pagado en el mercado por el usuario a los proveedores, en relación a la decisión que tome el paciente como consumidor sobre el tratamiento a seguir, sus costos, beneficios y riesgos. A demás el profesional de la salud crea un ambiente poco armónico; debido a que, su mayor interés es el comercio apartando de su formación los valores morales y sociales que son primordiales en la relación que establezca con cualquier paciente determinado.

e) El Modelo de Alianza.

Éste modelo consiste fundamentalmente en la confianza que el paciente deposita en la conciencia del médico, actuando como consejero ayudándolo a definir lo que realmente quiere y seleccionar la intervención médica en consonancia con sus valores, buscando su bienestar. El galeno además, tiene la obligación de proveer al enfermo de información sobre la naturaleza de su condición, los riesgos, beneficios de las posibles intervenciones, asistir al paciente en la explicación y articulación de sus valores, determinar la intervención médica adecuada a los mismos y estar atento al lenguaje no verbal del cuerpo, sin manipular, forzar o engañar al sujeto en la toma de decisiones.

Entendiendo la situación detectada y a la persona que se halla detrás

de los síntomas, con su carácter, su tipo de educación y sus características familiares. También, se requiere que el médico dé de sí mismo, abierto a lo que él tenga que decir y a encontrarse con el sufrimiento que el usuario esconde de su vida, evitando con su lenguaje herirlo o violar su integridad.

Por otro lado, la interacción médico-paciente-familia se establece en un ambiente determinado en el que se integra una serie de circunstancias complejas de todo tipo, que origina diferentes formas de ahondar porque en ellas intervienen la personalidad del enfermo, su familia, la (el) médica (o), la institución en la que se inscribe esa relación, los factores socio-culturales que hacen de esa situación algo único, y al mismo tiempo se desarrollan nuevas formas de retroalimentación que han ido modificando los contexto de la interrelación.

2.2.5 Tipos de relación médico-paciente.

Existen, según el Blog Psicología Médica (2008), documento en línea, tres (03) tipos de relación médico-paciente, los cuales se presentan a continuación:

a) Según el grado de participación.

Dentro de este renglón se clasifican tres niveles de relación, el nivel **1**, es el tipo de nexo que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por sí mismo; asumiendo el médico el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. El nivel **2,** es el tipo de conexión que tiende a darse en las enfermedades agudas, infecciosas o traumáticas, entre otras, siendo el enfermo capaz de cooperar y contribuir en el tratamiento. El profesional dirige las acciones y el usuario colabora contestando a sus

preguntas, dando su opinión, y realizando lo que se le pide. El nivel **3**, es el tipo de vinculación más adecuado en las enfermedades crónicas, y todas las situaciones en las cuales el paciente pueda asumir su participación en el tratamiento, en este nivel el médico valora las necesidades, instruye y supervisa al sujeto, quien lleva a cabo el tratamiento por sí mismo, según lo programado.

Cabe resaltar que, no hay un nivel mejor que otro, pero sí uno más adecuado para un determinado padecimiento o una situación clínica dada, ya que los entes involucrados tendrán que modificar su actitud a lo largo de una misma enfermedad y adoptar uno u otro tipo de relación de acuerdo con lo que permitan o requieran las circunstancias.

b) Según el grado de personalización.

En esta sección se describen las fases por las que pasan la relación médico-enfermo según el grado de conexión interpersonal que adquiere la misma durante la consulta médico. En la **primera fase**, el paciente acude al médico solicitando medicamentos para sus dolencias y éste responde satisfaciendo las necesidades del enfermo. En la **segunda fase**, el interés del profesional se centra en el examen de laboratorio, relacionándose con el paciente más como objeto de estudio y no como una persona. En la **tercera fase,** el galeno se relaciona, con una persona enferma determinada, que es su enfermo.

c) Según el objetivo de la relación.

En este apartado se distingue dos tipos de relación según la interacción entre el médico y el enfermo sea directamente interpersonal o mediatizada

por el órgano que lo aqueja. En el **primer modelo**, la enfermedad es considerada como un todo, el médico ve la totalidad del paciente, lo somático y lo psíquico. En el **segundo modelo**, la atención se centra en el órgano afectado y el paciente adquiere connotaciones de cliente que requiere la restauración del mismo. Dichos modelos se complementan, a pesar de que el objetivo principal de la relación varía. El galeno debe prestar atención a los síntomas y a los exámenes de laboratorio, pero sin desatender la vinculación con el usuario, que es quien va a proporcionar la comprensión de los síntomas y de su elaboración psicológica en su totalidad.

En el sentido más amplio, los conceptos de salud, paciente, médico y comunidad, mencionado en párrafos anteriores, han tenido y tendrán significados especiales según la época, el momento histórico, las connotaciones sociales y culturales de cada sociedad, más allá de los innumerables avances, que desde el campo científico han modificado para siempre la condición de estar enfermo.

Ante esta realidad, se consideran diferentes formas en las que se pueden clasificar la conexión médico-paciente-familia, aunque la más utilizada por su sentido práctico es planteada por Rodríguez (2006), clasificándolas en: relación activo-pasiva, establecida con enfermos y familiares que se encuentran en una situación que no les permite instaurar un nexo participativo; la afinidad cooperativa guiada, es el vinculo fundado con enfermos y comunidad que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento; la ilación de participación mutua, contempla el cumplimiento del tratamiento, el control en la discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad.

2.2.6 Influencia de la comunicación en la relación médico-paciente-familia.

La orientación y tendencia de investigaciones consultadas por las autoras destacan que los principales factores favorecedores en la relación médico-paciente-familia son el establecimiento de una adecuada empatía y comunicación interpersonal, además del desarrollo de habilidades clínicas, bases de la atención a la salud en interacción humana entre un paciente, una familia y su médico. Debido a que, un galeno que no es apoyador, culpabiliza, ignora o critica al enfermo no promueve su curación; por otra parte, una comunicación deficiente es la causa más citada de conflicto interpersonal entre el grupo mencionado. Por ello, la relación implica según González (2008:31):

> Una interacción comunicativa destinada en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico; pero en muchos casos, permite la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes.

Sin embargo, se identifican otros aspectos importantes en el proceso comunicacional entre médico-paciente-familia tales como, la sensibilidad del paciente para captar señales transmitida por las personas que le rodean y la expresividad emitida a través de la voz; el contacto físico, la mirada, la expresión facial, los gestos y el olfato entre otros suele ser para el médico signos importantes durante el desarrollo de la consulta, dar malas noticias, prescribir medicamentos, servir de apoyo y realizar diagnósticos asertivos al existir congruencia o incongruencia entre lo verbal y lo no verbal.

De lo anterior se desprende que, la comunicación es entendida como un proceso continuo e infinito, desarrollándose durante cada minuto y segundo en la vida de las personas de forma consciente e inconsciente,

permitiendo reciprocidad, interacción e intercambio de ideas entre los seres humanos y es un puente de doble vía que conecta los sentimientos de médico y paciente. Pero, en el campo de salud la comunicación presenta muchas barreras que dificultan la retro-alimentación del médico con los pacientes y sus consanguíneos.

Debido a que, los profesionales de la salud no son propensos a comunicar pronósticos a los pacientes sobre su estado de salud, salvo en situaciones estrictamente necesarias cuando los enfermos lo solicitan. Ésta actitud es derivada de la presunción por parte de los galenos de que sólo el paciente que pregunta quiere saber.

No obstante, los médicos mantienen una comunicación más franca con los familiares que con los pacientes, en la que todos sus consanguíneos saben el pronóstico pero el paciente lo desconoce o sospecha de su condición. Esta preferencia por informar a los familiares, según el Blog Psicología Médica (2008:18) (documento en línea) ha sido dada a conocer por:

> Investigadores de otros países como EEUU, Japón, y los países del sur y este de Europa, pero difiere de lo que sucede en el Reino Unido y en el norte de Europa, donde los pacientes son informados de su condición de terminales en un porcentaje mayoritario, sugiriendo que las características culturales influyen en la relación del médico con el paciente y la familia.

Cabe resaltar que, el proceso comunicacional con el grupo familiar debe tener similares fundamentos a los establecidos con el paciente, aunque con algunas peculiaridades, ya que la atención a la familia tiene que estar dirigida a: la resolución de sus miedos, culpas y dudas, así como con los distintos componentes técnicos que le permitan el cuidado del enfermo en su

domicilio; mejorar su nivel de comunicación con la persona que padece la enfermedad, previniendo que ésta le oculte su pronóstico médico, para ello es necesario mantener un clima afectivo de confianza y empatía.

2.2.7 Fortalezas y debilidades en la relación médico-paciente-familia.

La relación médico-paciente-familia se identifica como uno de los temas de mayor discusión dentro de la medicina actual, por cuanto tiene un impacto fundamental en el éxito de la práctica profesional; ya que, de ella dependen los procesos de curación y prevención en salud que efectúa el galeno en el ejercicio de su labor. Sin embargo, en los últimos años ha presentado un deterioro, tal circunstancia ha generado el pronunciamiento de la comunidad académica al respecto.

Tomando en consideración que, en el transcurso de la evolución y desarrollo de la medicina, la misma se ha venido considerando como un ejercicio que requiere una preparación intelectual y técnica para garantizar una ayuda integral al enfermo y sus familiares, al tiempo que implica una vocación de servicio al ser humano como ser individual y social. Se entiende así, la relación médico-paciente-familia como una forma de interactuar entre una o unas personas que acuden motivadas por el estado de salud y otra con capacidad de orientarla y ayudarla.

Por lo tanto, en los tiempos actuales la interacción establecida entre médico, paciente y familia están fomentando mayor comunicación e igualdad en la relación asistencial, abandonando el estilo paternalista; debido a que, los usuarios del servicio demandan mayor información y piden cooperar en las decisiones terapéuticas. Además, existen quienes expresan participar en las decisiones del tratamiento prescrito por el profesional de la salud. Según

Perancho (2001:08) en su artículo “el poder curativo de una buena relación entre médico y paciente” expresa que:

> Estudios realizados en los centros de salud españoles revelan que las mujeres con dolor crónico que perciben la asistencia de forma positiva no sólo están más satisfechas, sino que un año después sufren menos molestias y se mueven más que aquellas que están menos contentas con su doctor.

En estos trabajos realizados se evidencian que los usuarios que se comunican asertivamente con el galeno adoptan una actitud más pro-activa en el cuidado de su salud, logrando así controlar mejor sus enfermedades y tener menos síntomas.

Del mismo modo, los pacientes le exigen al médico nuevas habilidades, entendiendo que las destrezas de comunicación son herramientas fundamentales de trabajo que se puede aprender y que requiere un entrenamiento práctico constante. Muchos expertos, consideran que, la clave está en la flexibilidad y la capacidad de adaptación del profesional, ya que cuando la persona llega al consultorio es un caso único y el médico debe centrarse en él y tratar de saber qué quiere manteniendo una actitud de interés incondicional.

2.2.8 El Trabajador Social y la relación médico-paciente-familia.

La comunidad es entendida como un conglomerado de personas que interactúan entre sí compartiendo una cultura, principios, valores ético y morales, aptitudes, actitudes, funciones específicas, costumbres, tradiciones, lenguaje, lasos afectivos y una vida en común dentro de un territorio geográfico con una estructura social y demográfica determinada; formando parte de una sociedad que evoluciona continuamente, siendo entendida

como el primer nivel de socialización de los grupos familiares donde estos adquieren normas, deberes, derechos y patrones de conductas aceptadas por la sociedad.

Por consiguiente, dentro de la misma los grupos familiares e individuos son incentivados a desarrollar y fortalecer su capital humano y social promoviéndose en ellos solidaridad, humanidad, integridad, bienestar social o económico y deseos de obtener mayores estándares de vida, lo cual los moviliza a dirigirse a las instituciones públicas y privadas en busca de recursos que posibiliten canalizar efectiva y eficientemente necesidades, anhelos e inquietudes para la satisfacción de las demandas individuales y grupales.

Tomando en consideración los elementos mencionados, Eroles (2003:139) define la familia como:

> Una unidad básica bio-psico-social con leyes y dinámicas propias, que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y variaciones sin perder la identidad de grupo primario de organización social a través de la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que lo rodea.

Dicho esto, debe quedar claro que las interpretaciones expuestas sucintan que el abordaje del Trabajador Social en la triada médico-paciente-familia debe tener una visión sistemática, desarrollada desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas, considerando, según Hernández, Fernández, Irigoyen y Hernández (2006:140) tres principios:

> a) que la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y la enfermedad, b) que deja de ser válida la ilusión de una díada en la atención médica, para convertirse en un

> triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia, en donde esta última es considerada como factor fundamental para obtener buenos resultados y c) que la mayoría de los desórdenes de salud son la resultante de una interacción compleja de múltiples factores y que el paciente se afecta a diferentes niveles y no sólo en el biomédico.

En este sentido, el Trabajador Social tiene el compromiso de brindar aportes que sirvan para identificar las áreas o dimensiones en los cuales el médico y la familiar puedan ser competente para el fortalecimiento del campo de la salud, colaborando en mejorar las interrelaciones del triangulo terapéutico. De esta forma, se podrá estar en posibilidad de reorientar la enseñanza en esta área significativa en la formación del (la) galeno (a). Mientras esto se cumple, el (la) profesional deberá identificar desde su ejercicio diario las debilidades de la asistencia médica y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en el cuidado, prevención y promoción de la salud de las personas.

En concordancia con lo anterior, las acciones del Trabajador Social están intrínsecamente vinculadas con los individuos y las interacciones que entre ellos se dan, por tanto su intervención tiene una connotación individual y colectiva. Es así como, al actuar en y sobre la vida con los eventos de salud/enfermedad que les acontece a las personas, identifica el contexto donde se desarrolla tales estadios, registrando lo que el otro dicen y tratando de comprenderlo empáticamente moviliza los recursos que puedan beneficiar al cuidado de quien ha buscado la atención en el centro de salud. Sin olvidar que, lo que ocurre durante la consulta o atención del médico y sus paciente es impredecible dada la amplia gama de intereses y necesidades propias de la trama de relaciones en que ambos se mueven.

Tal situación le abre la posibilidad al profesional de participar en el

cuidado de la vida a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades, su tratamiento y rehabilitación. Entendiendo, según Suárez (2006:95) que “la salud y la enfermedad son fenómenos emergentes que suceden de acuerdo con y en unas condiciones particulares”.

Por ello para Guzmán y Martínez (2006:72) el Trabajador Social será el nexo de unión entre el equipo de salud y los usuarios del servicio y “nunca asumirá sólo la participación comunitaria”, quedando a la vista la trascendencia de la colaboración y cooperación del Trabajador Social en las instalaciones de salud tanto públicas como privadas del país y el mundo entero para facilitar bienestar social a las familias e individuos que en ella hacen vida.

2.2.9 Información general sobre el Centro Diagnóstico Integral (C.D.I.) “Fe y Alegría”.

El ambulatorio urbano tipo II “Fe y Alegría”, según información suministrada a las autoras por el departamento de Orientación coordinado por el Licdo. Antonio Blanco (2011), fue creado en el año 1987, registrado en el M.S.A.S., con el nombre antes descrito, el cual se lo debe a la urbanización donde está ubicado, como política de salud del gobierno Nacional y Regional. Aunado a la inquietud de grupos dirigentes comunales, quienes ante la necesidad de un centro dispensador de salud y atención inmediata a la comunidad impulsaron a través de los entes Gubernamentales el logro de la creación de este centro de salud que ayudaría a resolver uno de los tantos problemas comunitarios de la sociedad colaborando también, con el descongestionamiento del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”.

El ambulatorio fue inaugurado el 19 de Noviembre de 1988, en el periodo presidencial del Dr. Jaime Lusinchi. El gobernador del Estado para entonces era el Licdo. Eduardo Morales Gil y el comisionado de salud el Dr. Manuel Ramírez, quien asume la dirección del establecimiento hasta asignar director titular.

La institución comenzó con un horario de atención en el área de emergencia de 12 horas (07.am/01.00pm) (01:00pm/ 07.00pm), brindándoles a las comunidades adyacentes al centro de salud el servicio preventivo en horario de 08.00am a 02.00 pm. En Enero de 1989, asume la dirección del centro la doctora Magalis Romero hasta 1990. El 27 de Octubre de año 1996 fue habilitado por el Gobernador Dr. Ramón Martínez, el servicio de emergencia para funcionar las 24 horas. El 09 de Marzo de 2006 fue inaugurado Centro Diagnóstico Integral Barrio Adentro I en el área de emergencia, llevando por nombre Centro Diagnóstico Integral (CDI) “Fe y Alegría”.

Cabe agregar que, a partir del año 1989 han coordinado la dirección diferentes médicos los cuales se mencionan a continuación: Dra. Magalis Romero (1989-1990), Dr. Jesús Meaño Silva (1990), Dra. Mirna Acuña (1990-1991), Dr. Edwin Vargas (1992-1994), Dr. Alberto Lara (1994-1996), Dra. Silvia Quijada (1996- 2003), Dra. Ana Teresa Larez (2001-2003), Dr. Oscar Bruzual (2003- 6 meses), Dra. Xiomara Delgado (2003-2004), Dr. Luis Daniel Azuaje (2004-2005), Dr. Eliezer Bruzual (2005-2006), Dra. Silvia Quijada (2006- 2008), Dr. Pablo Malave (2008-2010), Dr. Francisco Gómez (2010), Dr. Moisés Marval (2011), Dr. Cesar Velásquez (2012).

a) Objetivo

Garantizar al paciente los servicios médicos y quirúrgicos de urgencia durante las 24 horas, además de constituir el centro coordinador de los ambulatorio tipo I.

b) Misión

El Centro Diagnóstico Integral (CDI) “Fe y Alegría” fue creado bajo lineamientos del Gobierno Nacional contemplados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), y en coordinación del Ministerio del Poder Popular Para la Salud, con un enfoque de atención integral donde se involucra un equipo multidisciplinario, al individuo, la familia y la comunidad. Ofreciendo una atención para el cuidado humano y de la salud que favorezca la calidad de vida de la población en general. Con personas acreditadas y capacitadas tanto venezolanos como cubanos con participación activa de la comunidad organizada quien lucha y vigila por los intereses de los usuarios de cada área de influencia donde estén ubicados los C.D.I. Barrio Adentro II, así como también dar respuestas asistenciales para el diagnóstico oportuno, el tratamiento precoz y la rehabilitación de la salud. Orientadas con asesoría técnico-administrativa, lineamientos Nacional, Estatal y Regional, y de establecimientos de salud en procura de alcanzar los propósitos regidos por la salud con principios de gratuidad, universal, integralidad, equidad, promoción, integración social y solidaridad humana.

c) Visión

La atención de salud se concibe como compromiso de un equipo

multidisciplinario integrado para alcanzar un diagnóstico oportuno que fortalezca el primer nivel de atención, reforcé las acciones de promoción, los factores de protección y comportamiento saludables con participación de la comunidad organizada.

Las estrategias están relacionadas con: educación y comunicación para dar asesoría de manera oportuna y eficaz, alcanzar una estructura de atención y cuidados de salud en el logro de objetivos con equidad, calidad y de cobertura a toda la población; con una participación que asegure planes y programas en los que estén reflejadas las necesidades identificadas en la población, con una comunidad organizada que ejerza control y evalué la gestión y prestación de servicios de salud en función al logro de una vida sana para los venezolanos, además de una equitativa distribución de los recursos humanos y financieros sobre la base de establecer prioridad, gratuidad y universalidad en la atención, un modulo de atención orientado hacia la equidad y justicia social en materia de salud, que garantice la mejor asistencia y fortalezca la solidaridad social, formar recursos humano, técnicos y profesionales, y crear un sistema automatizado y actualizado de información.

Todas estas con el fin de alcanzar el máximo desarrollo y crecimiento de los seres humanos que involucra su salud sexual y reproductiva así como los cuidados a la madre, niño (a), adolescente hasta la adultez y senilidad.

d) Área de influencia

El área de influencia se encuentra conformado por las comunidades: Fe y Alegría (sectores 1-4) Bloque (12-15, 35-42), Los Súper Bloques (24-52). El Centauros, Calle Colon, Calle Perú, Ranchos de Fe y Alegría (sectores 1-5), Nuevo Amanecer, Sergio Pandoz, Av. Panamericana, Urb. Bebedero (casas),

Bebedero (5), Bebedero (sector Los Ranchos), Villa Olímpica (Bebedero 3), Sector La Rosa, Barrio Venezuela (1-5 y sectores A y B de los Ranchos), Av. Las Industrias, Barrio El Valle, Urb. Los Roques, Barrio Polar, Sectores: El Paraíso, El Gran Paraíso, Los Molinos, La Malagueña, El Chispero y Av. Universidad.

2.3 Bases Legales.

La presente sección del capítulo contempla el encuadre jurídico que protege a los (las) pacientes, en materia de legislación nacional e internacional, siendo posible encontrar varios documentos que hacen mención explícita de los derechos y deberes adquiridos por éstas personas a partir de la promulgación de las distintas leyes y convenios.

Dentro de ellos existente la Declaración Universal de los Derechos Humanos, La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica de Salud, Ley del Ejercicio Médico, entre otras.

En primer lugar, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). (Adoptada y proclamada por la Asamblea General Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948), en su artículo 3 expresa que: “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. Por su lado en el artículo 25 manifiesta que:

> Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Por su parte, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948). (Aprobada en la novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia, 1948), en el primer capítulo sobre los derechos contempla en el artículo 1 que “todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. También en el artículo once expresa que:

> Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Por otro lado, elPacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" (1966) (Entrado en vigor el 11/16/99), reza en su artículo 10 lo siguiente:

> Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

También el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976) (Adoptado por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas,

el 16-12-1966. Entró en vigor el 23-03-76), expresa en su artículo 6 “el derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

De igual manera la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000), en sus articulo 83 plantea que la salud “es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará”. Con este propósito, en el artículo 84 se ordena:

> La creación de un sistema público nacional de salud, bajo la rectoría del MSDS, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Así el marco legal establecido por la Carta Magna ha permitido la formulación de una propuesta de una Ley Orgánica de Salud, pendiente de aprobación por la Asamblea Nacional, la cual recoge las orientaciones de política y establece las normas para su institucionalización.

Por ello, laLey Orgánica de Salud (1998). (Gaceta oficial Nº 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998), contempla en el artículo 3 que: “los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios”:

> Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza. Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y

financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios. Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos. Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

Por otro lado, en el artículo 25 establece que:

La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo.

Así mismo contempla en el artículo 58 que:

El ejercicio de las ciencias de la salud estará a cargo de personas de reconocida moralidad, idoneidad comprobada y provista del título profesional correspondiente en dicha ciencia.

Reconociéndose en el artículo 68 que:

Todo sujeto a quien le sean lesionados sus derechos subjetivos o intereses legítimos en los términos establecidos en esta Ley, podrá recurrir ante la vía administrativa o ante la jurisdicción administrativa de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos y en la Ley Orgánica de la Corte Suprema de Justicia.

Dejando claro en su artículo 69 que los pacientes tendrán los siguientes derechos:

> El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso. Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia. Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irrecuperables debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento. Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir. Una historia médica donde conste por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica. Igualmente, se harán constar las condiciones de salud del paciente al egreso, la terapéutica a seguir y las consultas sucesivas a cumplir. Cuando el paciente deba continuar su tratamiento en otro establecimiento de atención médica o cuando el paciente lo exija se le entregará un resumen escrito y certificado de su historia médica. Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona. Ser asistido en establecimientos de atención médica donde exista la dotación adecuada de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aun en situación de conflictos laborales. Exigir ante la administración del establecimiento público o privado de atención médica, los soportes de los costos institucionales, servicios y honorarios a pagar, si este fuera el caso.

Así mismo expresa en su artículo 70 que los pacientes tendrán los siguientes deberes:

> Preservar y conservar su propia salud y la de sus familiares, y cumplir las instrucciones e indicaciones que conduzcan a ello. Contribuir al cuidado físico, al mantenimiento y al cumplimiento de las normas de orden y disciplina de los establecimientos de

> atención médica. Cumplir las disposiciones legales, reglamentos, resoluciones y órdenes que adopten las autoridades públicas competentes, en beneficio de su salud y la salud de los demás. Retribuir los costos generados por la atención médica cuando su capacidad económica se lo permita.

Sin olvidar, la Ley del Ejercicio Médico (1982) (publicada según gaceta oficial publicada en caracas el 23/08/1982 bajo el número 3002) manifiesta que:

> Los médicos de instituciones dedicadas al servicio de la medicina institucional deberán ejecutar su trabajo profesional de acuerdo con las normas y condiciones que rigen la realización del acto médico, basado en el respeto a la dignidad de la persona en la relación médico-paciente en le responsabilidad individual y en el sector profesional.

Para culminar, el Código de Deontología Médica (2003) (Aprobada durante la CXL reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Cumana, 24-26 de Octubre de 2004), en su título II capítulo primero sobre deberes generales de los médicos artículo 1 expresa que “el respeto a la vida, dignidad, y a la integridad de la persona humana, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico”.

Así mismo contempla, en su artículo 5 que “en todo momento, inclusive durante situaciones conflictivas, el médico deberá asegurar la atención de los enfermos graves o en condiciones de urgencia”.

De igual manera, en su artículo 11 manifiesta que:

> El médico en su ejercicio profesional público o privado deberá actuar de acuerdo con las normas y condiciones morales y

> materiales que rigen la realización del acto médico, basado en el respeto a la dignidad de la persona, en la relación médico/paciente, en la responsabilidad individual y en el secreto profesional.

Además, en su artículo 13 reza que “el papel fundamental del médico es aliviar el sufrimiento humano, sin que motivo alguno, ya sea personal, colectivo, religioso o político, lo separen de este noble objetivo”.

También, en su artículo 19 plantea que:

> La Medicina es una profesión noble y elevada y no un simple comercio. La conducta del médico debe ajustarse siempre y por encima de toda consideración, a las normas morales de justicia, probidad y dignidad. El médico no debe ejercer, al mismo tiempo que la Medicina, otra actividad incompatible con la dignidad profesional.

De igual forma en su artículo 26, mantiene que:

> El médico debe evitar la indicación de exámenes injustificados, así como las hospitalizaciones innecesarias para la realización de exámenes para clínicos que, por su misma naturaleza, pudieran muy bien efectuarse en condiciones ambulatorias. Evitará también la reclusión en las Unidades de Cuidado Intensivo para el tratamiento de afecciones susceptibles de ser atendidas en Unidades de Cuido Intermedio y para la atención de enfermos en la fase final de una afección irreversible.
> Las hospitalizaciones innecesarias, aparte de los problemas emocionales que acarrean, contribuyen al incremento injustificado del costo de los servicios médicos.

Por otro lado, en el capítulo segundo de los deberes de los médicos hacia los enfermos en su artículo 43, sostiene que:

> El médico debe prestar debida atención a la elaboración del

> diagnóstico, consagrándole el tiempo requerido y ocurriendo - cuando ello es posible - a los procedimientos científicos apropiados a su alcance, solicitando la colaboración de otros colegas cuando lo considere necesario y procurando por todos los medios posibles que las indicaciones terapéuticas se cumplan.

En función a los artículos mencionados y legalmente plasmados en las diferentes legislaciones nacionales e internacionales, se evidencia detalladamente y paulatinamente que el Estado como ente supremo ante la ley garantiza a todas y todos los individuos e individuas, naturales o jurídicas y sin discriminación alguna el derecho social y fundamental a la salud. Asociada intrínsecamente a la calidad de vida y al derecho humano a partir de un sistema integral sanitario de servicios gratuitos definidos como únicos, universales, descentralizados y participativos, así mismo consecuente con el principio de corresponsabilidad entre sociedad y estado.

Además, de sensibilizar a los habitantes que conforman determinadas comunidades a que sean partícipes y promuevan entre ellos el fortalecimiento de la participación ciudadana en la formulación y ejecución de acciones y planes gubernamentales dirigidos a satisfacer las necesidades o situaciones de la población. A fin de lograr un ambiente sano y saludable, ya que las comunidades organizadas tienen el derecho y el deber de colaborar en la toma de decisiones sobre la planificación ejecución y control de las llamadas políticas específicas en las instituciones públicas de salud para a así garantizar una mejor calidad de vida y bienestar social a todas y todas los ciudadanos y ciudadanas del país.

Es indudable que los artículos arriba mencionados conforman un aspecto de suma importancia en la relación médico-paciente–familia Haciendo hincapiés que debe insistirse en el rol que tiene la conducta

humana del galeno hacia sus pacientes y consanguíneos, su empatía, su capacidad para comprender la situación de un individuo limitado por su enfermedad, además de las comprensiones de las reacciones de esos familiares preocupados, y sobre todo proporcionarles explicaciones concernientes a la situación que padecen. Sin olvidar que el médico ya sea en formación o totalmente experimentado tiene la obligación moral y profesional de mejorar permanentemente esta triada que hoy en día se está deteriorando por la falta de sensibilización y humanismo por parte de los profesionales del área de salud.

CAPÍTULO III
ASPECTOS METODOLÓGICOS

El presente capítulo asumió como objetivo central, describir en forma sucinta el proceso que se debió seguir para desarrollar la investigación, mostrando cada uno de los pasos que se consideraron.

De manera que, el proceso metodológico giró en torno a lograr los objetivos planteados con el propósito de analizar la problemática detectada en el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría”, enfocado como objeto de investigación concreta. Por tal motivo, la investigación, que se desplego estuvo estructurada en ocho (08) componentes principales que correspondieron inicialmente al tipo de investigación y nivel de la investigación, luego se hace referencia al área de estudio, universo y población, se continúa posteriormente con las técnicas de recolección de información, los instrumentos y tratamiento de los datos para finalizar con el análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

3.1 Tipo de investigación.

Existen diversos tratados sobre las tipologías de la investigación ya que, son sistemas definidos para obtener el conocimiento. En base a la consideración anterior, el diseño de investigación de esté trabajo fue de campo, entendiéndose por ésta, según Arias (2006:31) como “aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos”, ya que la información fue recopilada expresamente en las instalaciones del Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría”, desde la realidad que sufrieron, sintieron, vivieron y

padecieron los usuarios, el personal médico, la Trabajadora Social y las Promotoras Sociales adscrita a dicho centro de atención médica. Caracterizado por un intento de comprender la multiplicidad y dinámica del campo social, planteándose la investigación como un problema complejo en el abordaje de un tema definido.

Otro determinante de este estudio cuantitativo, corresponde a que el mismo ostento una orientación particular de trabajo con sujetos sociales. Lo anterior, como forma de intervención ante situaciones dinámicas y contradictorias, en el marco de la relación médico-paciente-familia en sus paradojas de índole social, económica y político.

3.2 Nivel de la investigación.

En cuanto al nivel del estudio, este fue explicativo debido a que, buscó encontrar las razones o causas que ocasionaron la problemática detectada en la relación médico-paciente-familia en el Centro Diagnóstico Integral Fe y Alegría. Su objetivo último radico en explicar por qué ocurrió el fenómeno y en qué condiciones se dio. Y a su vez detallar y conocer el comportamiento y condiciones en la interrelación que se estableció. Siendo consecuente con Arias (2006:26) al expresar que “la investigación explicativa se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto”.

3.3 Área de estudio.

El área de estudio para este trabajo de investigación estuvo conformado por el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría” ubicado en la parroquia Altagracia, Municipio Sucre Estado Sucre. Limitado por el norte

con, por el sur, por el este y por el oeste

3.4 Universo y población.

El universo o población es cualquier serie finita o infinita de elementos o sujetos de una investigación determinada, por ejemplo: la población de pacientes que acuden al Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría” o la población de habitantes del área de influencia del C.D.I. Fe y Alegría. Al respecto, existen autores que establecen diferencias entre los términos anteriores, señalando al primero como el conjunto de personas, seres u objetos y al segundo en un conjunto de números obtenidos midiendo o contabilizando ciertas características de los mismos, de allí que un universo puede contener varias poblaciones. Cuando no haya posibilidad de confusión, se usa el término población como sinónimo de universo, siendo ese el criterio que se usará en éste estudio.

Según Arias (2006:81) la población es “un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Ésta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio”.

Continuando con lo señalado, la población o el universo a ser estudiado estuvo conformado por ciento veinte seis (126) personas, las cuales lo integraron tres (03) profesionales de la salud, una (01) Trabajadora Social, dos (02) asistentes sociales y todos (as) los (as) usuarios(as) y familiares de los servicios de atención médica del Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría”, los cuales según información suministrada por el coordinador docente de la institución, las instalaciones atienden diariamente a un aproximado de sesenta (60) personas en el área de medicina integral comunitaria procedentes de las comunidades Fe y Alegría, Los Súper

Bloques, El Centauros, Calle Colon, Calle Perú, Nuevo Amanecer, Sergio Pandoz, Av. Panamericana, Urb. Bebedero, Villa Olímpica, Sector La Rosa, Barrio Venezuela, Av. Las Industrias, Barrio El Valle, Urb. Los Roques, Barrio Polar, El Paraíso, El Gran Paraíso, Los Molinos, La Malagueña, El Chispero y Av. Universidad.

Así mismo, las autoras de forma intencional u opinática la conformarán, basándose en los aportes de Arias (2006:85) al expresar que "en este caso los elementos son escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos por el investigador".

Por tal motivo, las autoras utilizaron como criterios: entrevistar en un lapso establecido de una (01) semana en el horario de 08:00 a 12:00 am a los pacientes y familiares mayores de edad que residían en el área de influencia del Centro Diagnóstico Integral "Fe y Alegría" por más de cinco (5) años y fueran usuarios frecuentes de los servicios que brinda la institución, observando y anotando de la misma forma las reacciones espontáneas e inconscientes de estos ante las preguntas realizadas por las autoras.

3.5 Fuentes de recolección de información.

La fuente de información para Arias (2006:27) es "todo lo que suministra datos o información". La información que se indagó para esté trabajo de investigación, estuvo conformado por fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias la conformo todas las personas que aportaron datos a la investigación (los pacientes con sus familiares, los médicos del servicio de medicina integral comunitaria, la Trabajadora Social y las Promotoras Sociales). Mientras que las fuentes Secundarias, para efectos de este estudio, se conformo por una exhaustiva revisión bibliográfica.

Revisándose textos, revistas, folletos, leyes, tesis e informes relacionados con el tema y material de Internet.

3.6 Técnicas e instrumentos y de recolección de datos.

Con el propósito de obtener la información necesaria para la investigación, las autoras consideraron óptimo utilizar como técnicas la entrevista y la observación. Entendiéndose que, la entrevista es una herramienta eficaz y útil para comprender aspectos sociales, al respecto Arias (2006:73) acota que:

> Es más que un simple interrogatorio, es una técnica basada en un diálogo o conversación "cara a cara" entre el entrevistador y el entrevistado a cerca de un tema previamente determinado, de tal manera que el entrevistador pueda obtener la información requerida.

En ese mismo sentido, las investigadoras observaron a los pacientes, familiares y profesionales, tomando notas de los comportamientos, reacciones y posturas que desarrollaron los (as) entrevistados (as) para profundizar y complementar la realidad estudiada. Entendiéndose que la observación consiste, según Arias (2006:69), en

> Visualizar o captar mediante la vista, en forma sistemática, cualquier hecho, fenómeno o situación que se produzca en la naturaleza o en la sociedad, en función de unos objetivos de investigación preestablecidos.

De la misma forma, aplicaron como instrumentos encuestas tipo entrevista, a las tres (3) poblaciones estudiadas, compuestas de un conjunto de preguntas mixtas ordenadas de acuerdo al tema, guías de observación y cuaderno de notas para recabar, registrar y almacenar la información

extraída de la realidad de manera organizada.

3.7 Tratamiento de los datos.

Los datos recopilados fueron codificados y tabulados manualmente con apoyo del programa Microsoft office Excel 2007 para su posterior análisis. En base a tal consideración, las autoras llevaron un registro fiel y exacto de todas las informaciones recopiladas en la realidad para darle mayor credulidad a los datos emitidos.

3.8 Validez y confiabilidad de los datos.

La validez es entendida, según Mejía (2005:23) como “una cualidad que consiste en que las pruebas midan lo que pretenden medir”. También manifiesta que “deben medir las características específicas de las variables para las cuales fueron diseñadas”. Por tanto las autoras para dale valor al instrumento que fue aplicado consideraron los aspectos preponderantes del juicio de tres (03) expertos en la materia para así recopilar con eficiencia las informaciones pertinentes. Dejando claro que la validez es también denominada como veracidad, exactitud, autenticidad, o solidez de la prueba, estos resultados se expresaron en forma de continuidad o progresión, así los resultados fueron de escasa o mucha autenticidad, pasando por múltiples situaciones intermedias.

Por otra parte, Mejía (2005:27) acota que “la confiabilidad es el proceso de establecer cuan fiable, consistente, coherente o estable es el instrumento que se ha elaborado”. Así, un instrumento de acopio de datos será confiable, inspirará confianza, cuando al ser aplicado en repetidas ocasiones arroje los mismos resultados.

3.9 Análisis e interpretación de los datos.

Según Arias (2006:111) “describen las distintas operaciones a las cuales serás sometidas los datos que se obtengan: clasificación, registro, tabulación y codificación si fuere el caso”. Por ello, las informaciones que se obtuvieron a través de la observación y la aplicación de las entrevistas como técnicas, avaladas en la encuesta tipo entrevista y la guía de observación como instrumento, una vez codificadas y tabuladas manualmente, pasaron a ser analizados. Dichos resultados fueron apoyados y sustentados por el marco referencial para finalmente representarse en gráficos estadísticos en forma de torta, representando los datos recabados de manera porcentual, en forma cuantitativa y cualitativa con ayuda del programa Microsoft office Excel 2007.

CAPÍTULO IV
HALLAZGOS ENCONTRADOS.

Una vez elaborados y aplicados los instrumentos de recolección de datos, se agrupo y clasifico la información obtenida en una matriz de tabulación, con el propósito de resumir los resultados alcanzados y facilitar su representación gráfica y su posterior análisis.

El análisis implica el establecimiento de indicadores, la ordenación y manipulación de los datos para resumirlos y poder considerar algunos resultados en función de las interrogantes de la investigación. El propósito de éste es reducir los datos de manera que se pueda comprender su interpretación para relacionarla con el problema estudiado. Con los resultados de los análisis de datos, se presenta los gráficos por ítems, señalando el porcentaje (%) de los resultados para así dar certeza de los problemas o debilidades que presenta la relación médico paciente-familia en el C.D.I. “Fe y Alegría”.

Dentro de este orden de ideas el centro sanitario según información suministradas por los habitantes que acceden a este servicio alegan que el profesional es humanista, considera sus opiniones para un diagnóstico asertivo, la atención y el servicio satisfacen sus necesidades. Es decir, se trata de dos escenarios de ideas importantísimos y por ende, influyó en los resultados obtenidos de este trabajo.

Dejando claro, la división de las 2 (dos) áreas entrevistadas y que a pesar de un importante porcentaje de pacientes y familiares atendidos por galenos Venezolanos plantean, se les respeta el derecho a la salud tal cual lo estipula la carta magna de la República Bolivariana De Venezuela. Otro

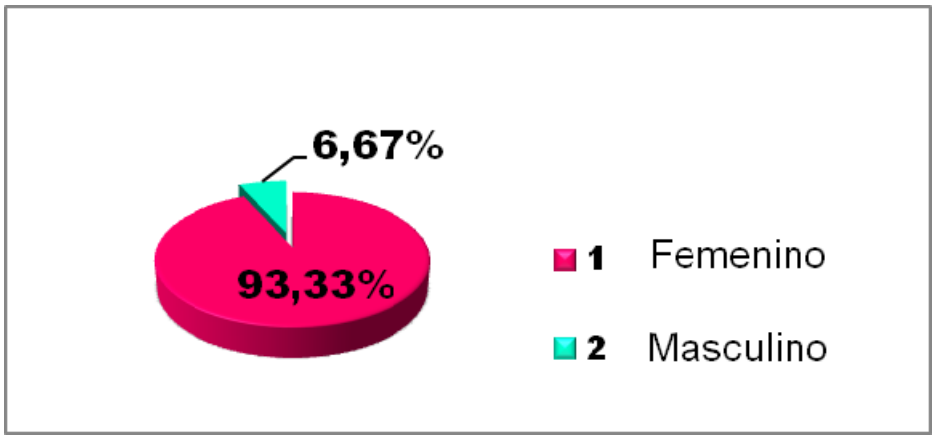
porcentaje menor y de igual modo importante de pacientes y familiares atendidos en el área de emergencia por profesionales Cubanos, manifestaron lo contrario y por tanto requieren sean consideradas y respetadas sus opiniones así como también desean una relación médico-paciente –familia basada en el diálogo y la comunicación. Sobre todo, calidad de vida y bienestar social sin discriminación alguna, por cuanto sus experiencias vividas en el área de emergencia fueron poco agradables y tolerantes.

A continuación se presentan las características de las poblaciones estudiadas en relación al sexo, edad, número de años habitando en la comunidad y número de años trabajando en la institución.

a) Sexo:

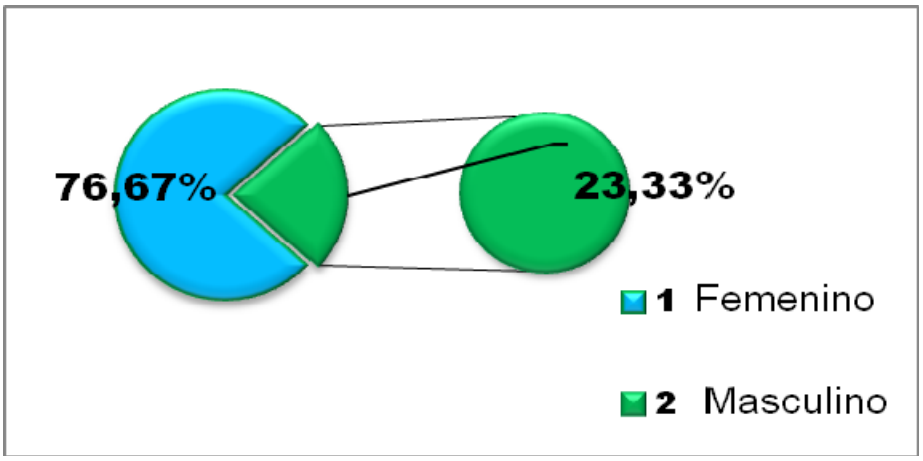
El sexo para Medina (2012:3), documento en línea, “el sexo, es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente mujer o hombre.” Es importante señalar este aspecto en esta investigación debido a que permite a las autoras medir el porcentaje tanto de mujeres y hombres que acuden y laboran en el Centro Diagnóstico” Fe y Alegría”.A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 01: Distribución porcentual de los pacientes que acuden al C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al sexo. Cumaná 2012.



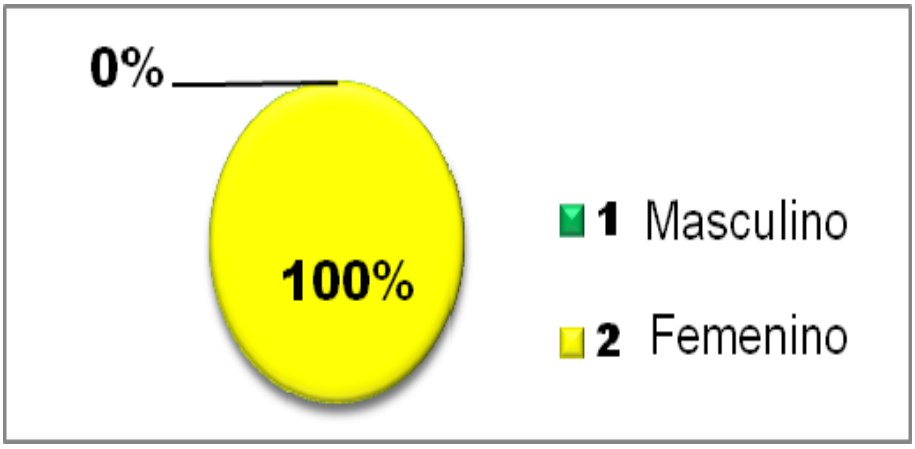
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 02: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes que acuden al C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al sexo. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 03: Distribución porcentual de los profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al sexo. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

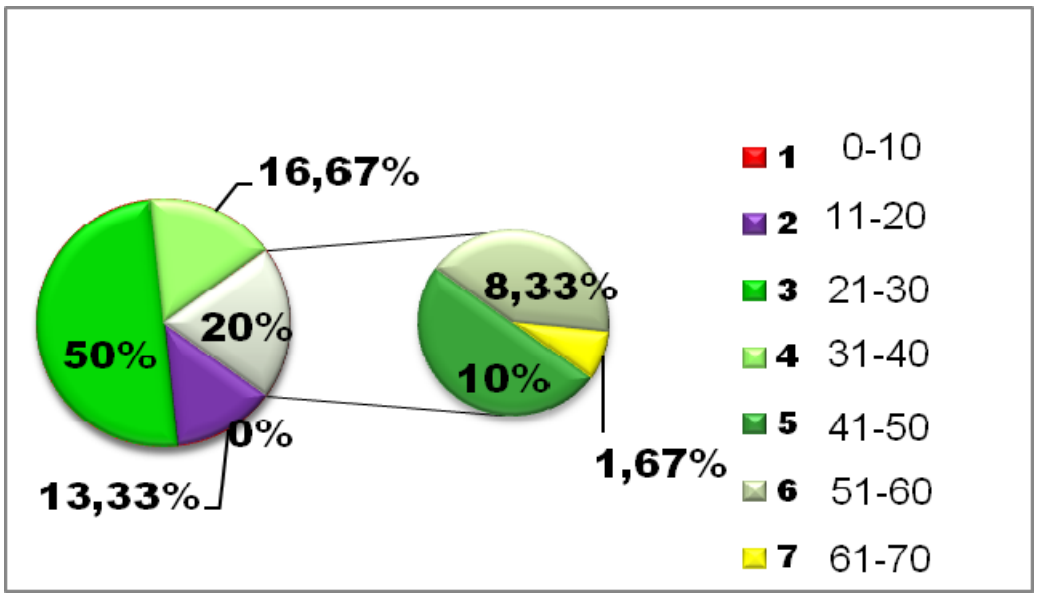
En relación a los resultados obtenidos se pudo captar que, las tres poblaciones estudiadas el sexo femenino tienen mayor porcentaje, en el caso de los pacientes 93,33% femeninos y 6,67% masculino. Al indagar a los familiares de los pacientes 76,67% femeninos y 23,33% masculino. En lo que respecta a los profesionales médicos y trabajadoras sociales, 100% femenino.

Queda en evidencia que, la población atendida con más alto porcentaje en este centro asistencial en relación al sexo es el femenino. Del mismo modo el equipo multidisciplinario que atiende y labora en la institución estudiada es también femenino. Esto pudiera deberse a que la mujer alega ser más preventiva y en el caso de las profesionales, manifiestan sentirse más preparada en el área de salud.

b) Edad:

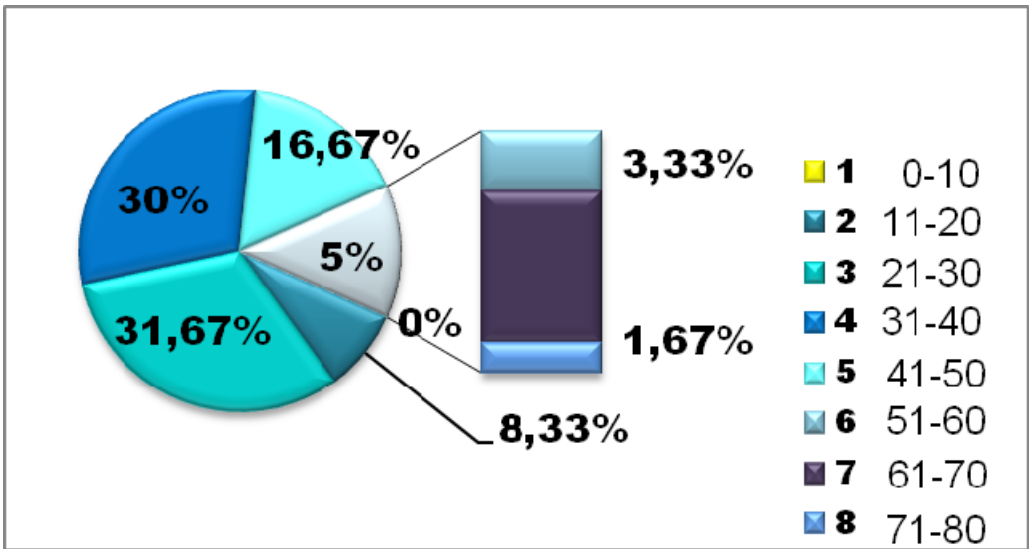
Según Medina (2012:5), documento en línea, “la edad está referida al tiempo de existencia de algunas personas o cualquier otro ser desde su creación o nacimiento hasta la actualidad”. Este indicador es preponderante en este estudio debido a que los entrevistados son personas mayores de edad, con un alto grado de madurez y conocimiento sobre la relación médico-paciente–familia.A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 04: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a la edad. Cumaná 2012.



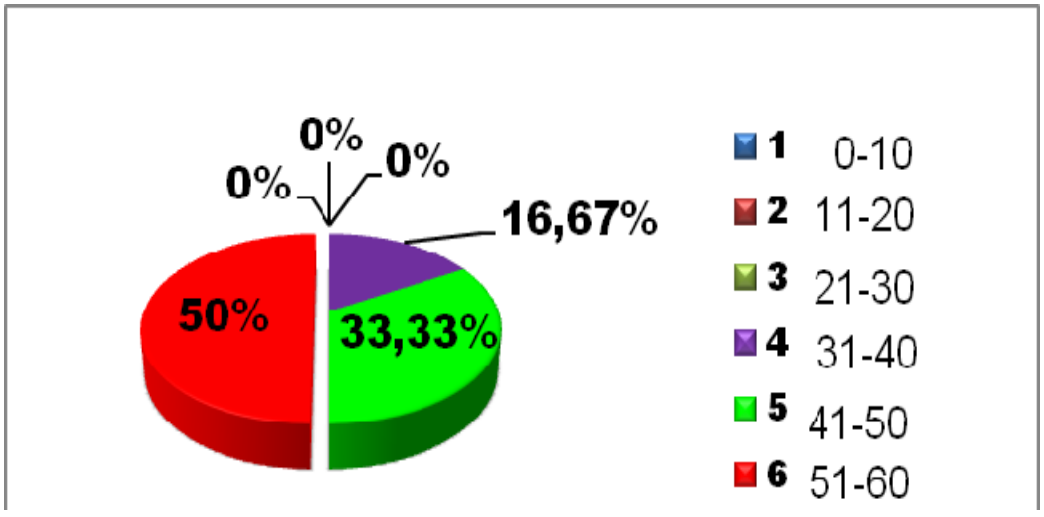
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 05: Distribución porcentual de los familiares del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a la edad. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 06: Distribución porcentual de los profesionales del C.D.I. Fe y Alegría en relación a la edad. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a las edades de las poblaciones estudiadas se pudo captar que: tanto pacientes y familiares sus edades oscilan en su mayoría entre 21 y 30 años. Referente a la de los profesionales que prestan servicio en este centro, las mismas están ubicadas entre 51 y 60 años es decir profesionales con una amplia experiencia de trabajo.

Como se pudo apreciar las poblaciones atendidas en este centro de salud son de edades económicamente activa jóvenes con capacidad productiva. Aspecto positivo, por cuanto la misma pareciera que le da un valor a la atención de sus problemas de salud. Así mismo en relación a los profesionales que brindan sus servicios en este reconocido centro asistencial tienen edades que los ubican como profesionales con experiencia laboral , fortaleza para los habitantes, del área de influencia ya que, estos darán respuestas más acertadas y diagnóstico más confiable a la hora de tomar decisiones y por ende garantizarles una mejor calidad de vida a toda la población que acude a los servicios y al mismo tiempo fortalecer la relación médico-paciente-familia como motor fundamental en la salud.

c) Número de años habitando en la comunidad:

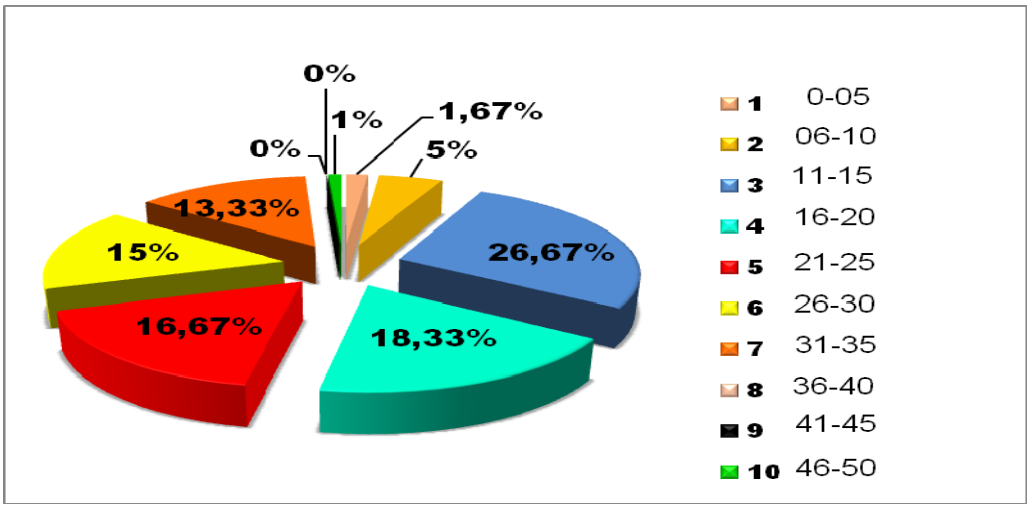
Los años habitando en la comunidad se refiere al tiempo que los pacientes y familiares tienen viviendo en la comunidad de Fe y Alegría y zonas adyacentes, aspecto importante para esta investigación; debido a que. son personas que poseen cultura, sentido de pertenencia, lazos afectivo, comparten ideas y necesidades.

d) Número de años trabajando en la institución**:**

Los años trabajando en la institución, hace referencia al lapso de

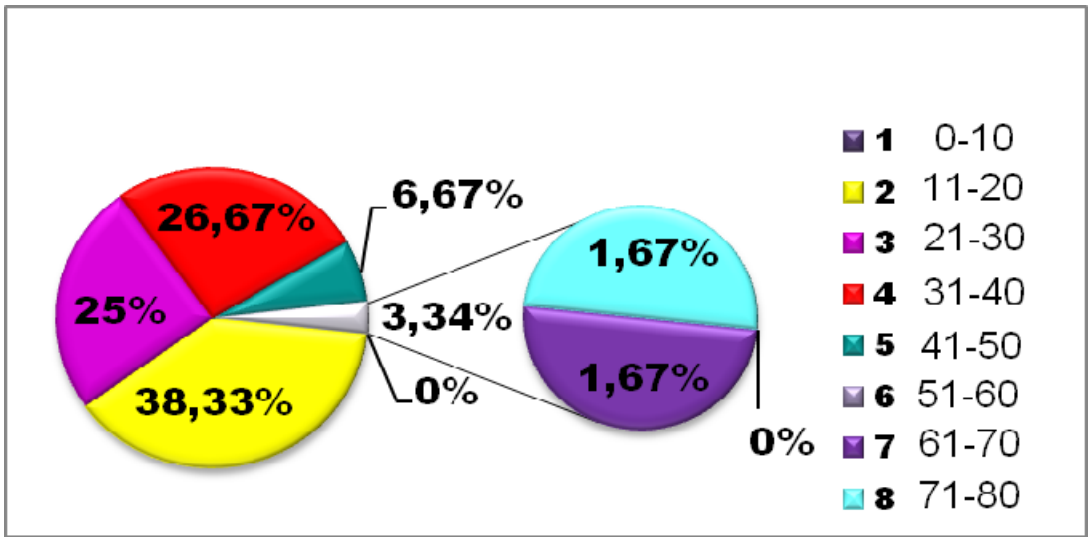
tiempo que se han dedicado los profesionales de la salud laborando en la institución estudiada. Aspectos fundamentales para esta investigación por cuanto permite a las autoras recabar información de fuentes contundentes. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a estos aspectos.

Gráfico Nº 07: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al tiempo habitando en el área de acción del mismo. Cumaná 2012.



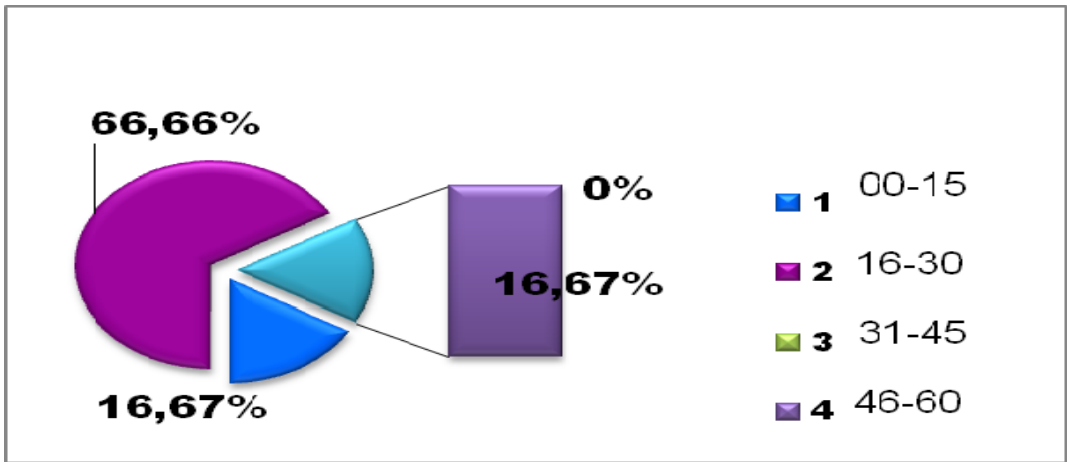
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Grafico Nº 08: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al tiempo habitando en el área de acción del mismo. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Grafico Nº 09: Distribución porcentual de los profesionales que laboran en el C.D.I “Fe y Alegría” en relación al tiempo prestando sus servicios en la institución. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los años que tienen habitando en el área de influencia las tres poblaciones estudiadas se pudo verificar que: En los pacientes sus años oscilan en su mayoría entre 11 y 20 años. Referente a los familiares de los pacientes se encuentran ubicados entre 11 y 15 años, en el caso de los profesionales que prestan sus servicios en este Centro Diagnostico Integral “Fe y Alegría” oscilan entre 16 y 30 años laborando en la institución estudiada.

Evidentemente según los resultados arrojados, las poblaciones atendidas al igual que el personal médico (a) y promotoras sociales calificadas que facilitan sus servicios en este Centro de Salud, son personas autóctonas del área de influencia que poseen un amplio sentido de pertenecía, cultura, valores y sobre todo son participes de los conocimientos concernientes al funcionamiento del mismo. Aspecto positivo que además debe considerarse en esta investigación, ya que pacientes familiares y profesionales conocen las fortalezas y debilidades que atraviesa determinada institución.

4.1 OPINIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE EL TIPO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA.

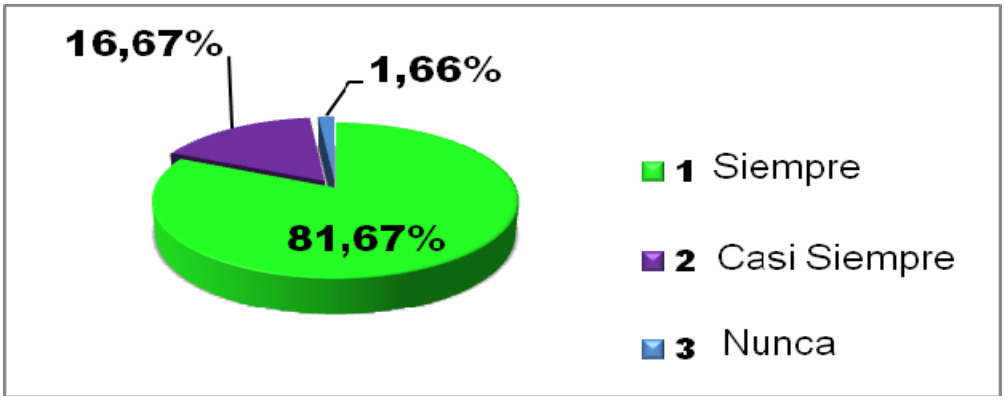
4.1.1 Tipo de relación médico-paciente-familia.

a) Derecho a la salud y la relación médico-paciente-familia.

Según Tamames (2012:1), documento en línea, “el derecho a la salud es un atributo inalienable de cada individuo.” Este indicador permite a las autoras observar si este derecho se está cumpliendo en la relación médico-

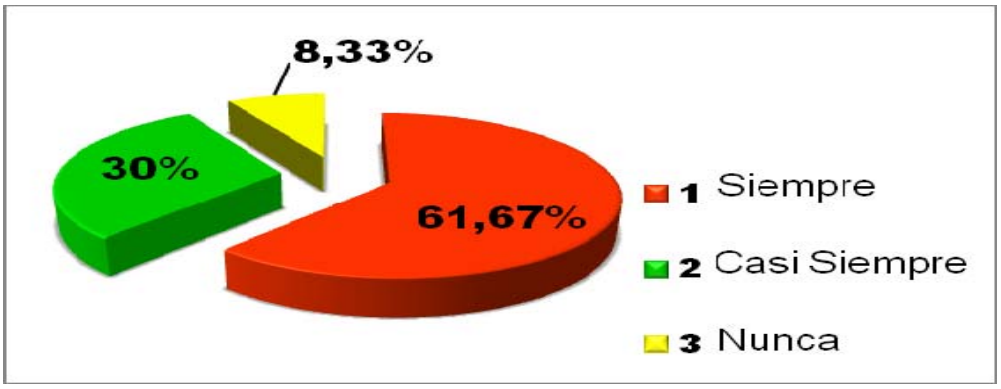
paciente–familia establecida en este centro asistencial.A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a estos aspectos.

Gráfico Nº 10: Distribución porcentual de los paciente del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación su opinión acerca del respeto a la salud, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 11: Distribución porcentual de los familiares del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación su opinión acerca del respeto a la salud, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Al observar los resultados obtenidos se puede apreciar que tanto

pacientes y familiares entrevistados opinan que en el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría” “siempre” se respeta el derecho a la salud, obteniéndose en esta opción un porcentaje alto que oscila entre 61,67% de familiares y 81,67% de parientes. Un porcentaje menor y también importante que oscila entre 16,67% de parientes y 30% de familiares opinan que “Casi siempre” en la relación médico-paciente-familia, se le respeta el derecho a la salud. Otro porcentaje que se encuentra por debajo del menor y de igual modo importante señala que “nunca les respetan el derecho a la salud cuando acuden a determinada institución en busca de ayuda médica; obtenido como resultado 1,66% de paciente y 8,33% de los consanguíneos de esos pacientes.

Todos los resultados señalados son importantes analizarlos debido a que en la institución estudiada existe una práctica de la salud como derecho, aspecto positivo que debe resaltarse en este tema de estudio, por cuanto, lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Ley orgánica de salud, Ley del Ejercicio de la Medicina, entre otras se está cumpliendo satisfactoriamente en parte de las poblaciones estudiadas ,lo que repercute positivamente en la relación médico-paciente-familia.

Respecto a los porcentajes menores y de interés, los cuales plantearon que “casi siempre” y “nunca” ser respeta el derecho a la salud. Es una situación que debe ser tomada en cuenta por las autoridades pertinentes de este centro asistencial, en función de revisar algunas debilidades en la relación médico-paciente-familia, que se pudieran estar presentando y que no permite que él o los usuario (as) estén satisfecho completamente con los servicios prestados.

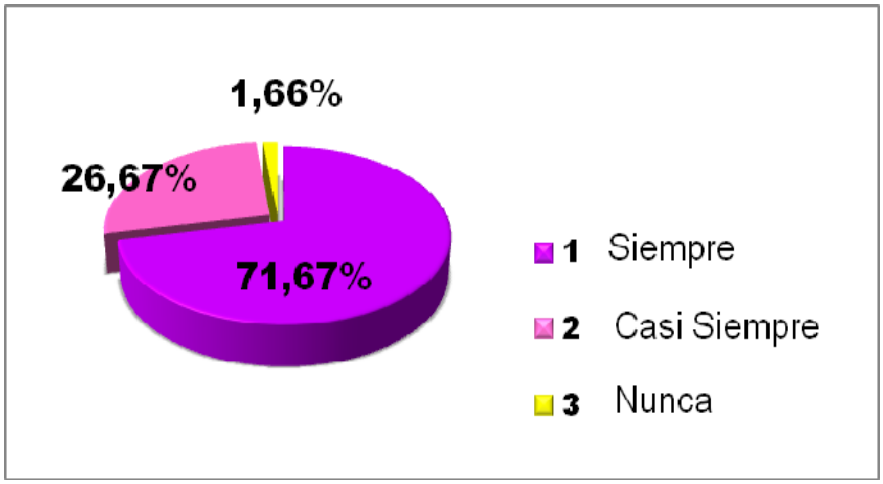
b) Bienestar en la relación médico-paciente-familia.

b.1 Atención adecuada y la relación médico-paciente-familia. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

Atención en el área de salud según la perspectiva del paciente y su emparentado: Se refiere a la amabilidad del galeno y del equipo de salud en prestar sus servicios de manera óptima, donde los usuarios que accedan a sus servicios se sientan satisfecho al recibir atención adecuado como lo establecen los documentos legales a nivel mundial.

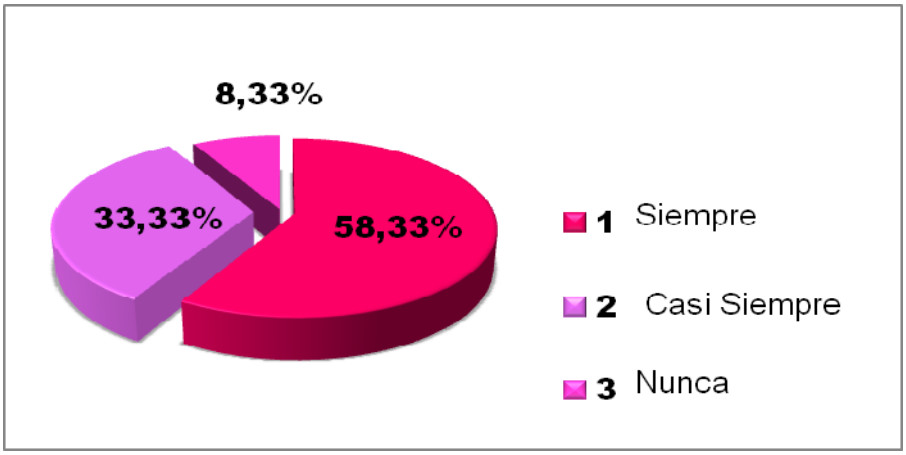
Cabe considerar este indicador en la investigación, debido que la atención forma parte fundamental en la relación médico–paciente–familia y a la vez permite a las autoras precisar las fortalezas y debilidades más latentes en este estudio.A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 12: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la perspectiva sobre la atención recibida por el médico, en ése centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 13: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la perspectiva sobre la atención recibida por el médico, en ése centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a las poblaciones estudiados, tanto pacientes y familiares según la perspectiva sobre la relación establecida por el médico(a) en este centro sanitario se puede captar que: “siempre” han recibido atención adecuada por el profesional de la salud. Obteniendo esta opción con porcentaje mayoritario que oscila entre 58,33% de los familiares y 71,67% de los pacientes. Un porcentaje menor y significativo opina “casi siempre” reciben una adecuada atención, obteniendo como resultado 26,67% de los pacientes y 33, 33% de los familiares. Otra parte importante de ambas poblaciones afirman que “nunca” la relación médico-paciente-familia que se establece en este centro hospitalario es adecuada, arrojando como resultado 1,66% de pacientes y 8,33% de los familiares.

Cabe destacar que en todo caso los resultados anteriores son preponderantes para esta investigación, debido a que como se ha señalado un alto porcentaje de pacientes y familiares alegan que en este centro de salud la práctica médica se cumple a cabalidad y los profesionales tienen como prioridad prestar servicios adecuados a los usuarios (as). Aspecto positivo, ya que toda persona tiene derecho a gozar de una adecuada relación médico-paciente-familia así como lo contempla la Carta Magna y la Ley del Ejercicio de la Medicina, entre otros documentos legales.

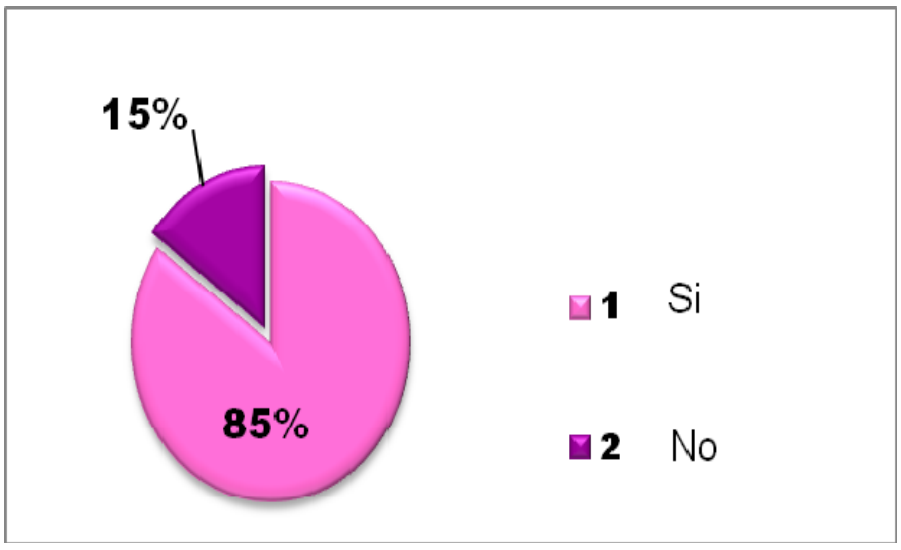
Concerniente a los porcentajes menores que afirma “casi siempre y nunca” recibir atención adecuada pertinente a la relación médico-paciente-familia es un tema que debe ser indagado por las autoridades de dicha institución donde tomen iniciativa de diálogo con los profesionales y de pronto ubicar en una matriz FODA, las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para llegar acuerdos y de luego suprimir los aspectos negativos que, posiblemente se están presentando, lo que pudiera repercutir en la

satisfacción de la población.

b.2 Satisfacción por el tratamiento y la relación médico-paciente-familia. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

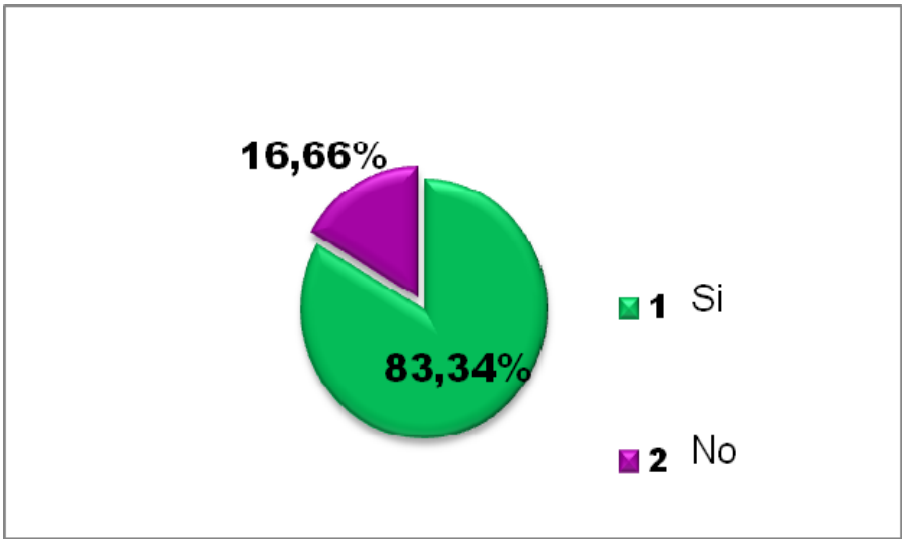
Badia (2005:01), documento en línea, define “la satisfacción con el tratamiento como la evaluación del proceso de la toma del tratamiento y sus resultados asociados”. Este punto es muy importante por cuanto permite a las autoras observar minuciosamente si a pacientes y familiares, el tratamiento recomendado por el médico (a) les ayuda satisfactoriamente con su enfermedad.A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 14: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según el agrado con el tratamiento recomendado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 15: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según el agrado con el tratamiento recomendado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los resultados obtenidos se puede apreciar que las poblaciones de pacientes y familiares entrevistados opinan que “si” están satisfechos por el tratamiento que le recomienda el médico (a) obteniendo esta opción el mayor porcentaje que oscila entre 83,34% de familiares y 85% de pacientes. Un porcentaje menor y además considerable manifiestan que “no” le ayuda satisfactoriamente el tratamiento que el galeno (a) del C.D.I. “Fe y Alegría” le recomienda, obteniendo como resultado 15% de los pacientes y 16,66% de los familiares.

Siendo las cosas así, resulta claro que la opción con porcentaje más elevado fue “si”. Aspecto positivo que debe considerarse en este estudio debido a que, los usuarios (a) del área de influencia C.D.I. ven en el médico

(a) un profesional integro, capaz de prestar sus servicios de manera satisfactoria en la atención y cuidados de salud, tal como lo establecen las leyes, lo que pudiera repercutir en una eficaz relación médico-paciente-familia. Logrando en las poblaciones que acceden al centro de salud confianza, participación en la evolución del proceso de la toma del tratamiento y sus resultados asociados.

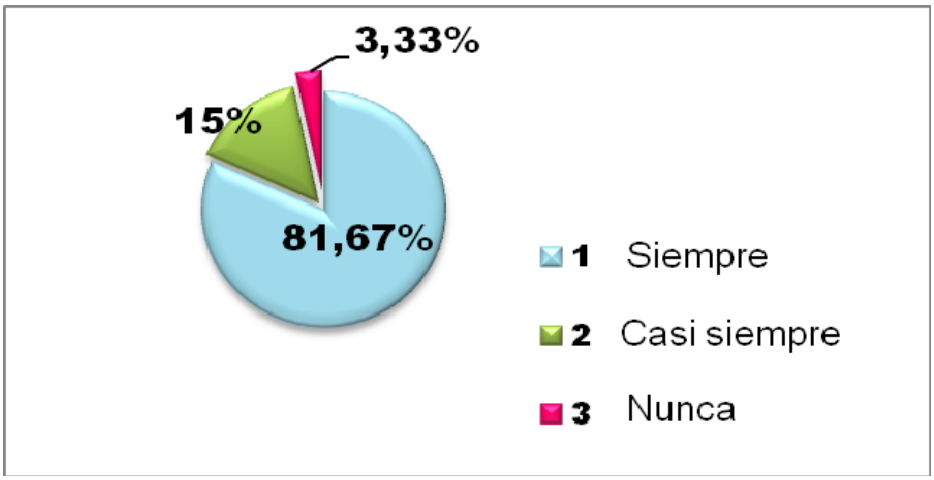
Sin embargo unos porcentajes menores y significativos, de ambas poblaciones estudiadas señalan “no” estar satisfechos con el tratamiento por cuanto pareciera que el profesional de la salud valorara menos sus opiniones en las tomas de decisiones como demandantes de los servicios sanitarios. En resumidas cuentas este punto debe ser considerado por las autoridades del centro de salud, a fin de establecer pautas en este posible problema que se está presentando el porqué y que repercute desfavorablemente en la relación médico-paciente-familia. Y sin duda en la salud humana.

b.3 Retroalimentación entre el médico, el paciente y la familia. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

La retroalimentación no es más que un proceso de respuestas que obtienen los pacientes y sus familiares del médico durante la consulta, las cuales sirven como juicio para evaluar si se entendió lo que se quiso decir, para llegar a un acuerdo o si el profesional está dispuesto a brindarles apoyo conveniente a su estado de salud.

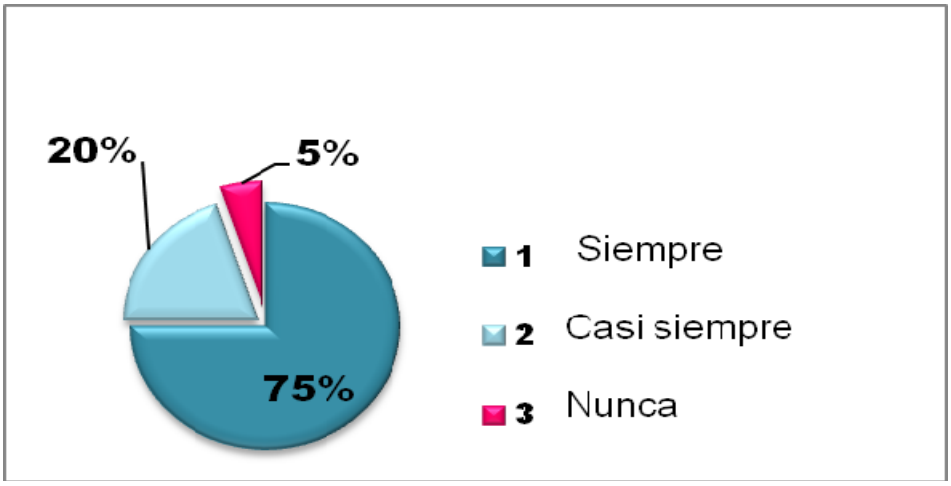
Cabe resaltar que este aspecto es de suma importancia en toda relación debido a que, forma parte del proceso de socialización en la vida de los seres humanos y más aun cuando está de por medio la salud.A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 16: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la retroalimentación que espera recibir del médico, en ése centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 17: Distribución porcentual de los familiares del C.D.I. “Fe y Alegría” según la retroalimentación que espera recibir del médico, en ése centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Al observar los resultados obtenidos se muestran que pacientes y familiares entrevistados en este centro de diagnóstico integral “Fe y Alegría” opinan que: “siempre” el médico cuando establece contacto con ellos les permiten que expresen sus preocupaciones y crean ambiente de confianza, obteniendo esta opción el mayor porcentaje que oscila entre 75% de los familiares y 81,67% de los pacientes. Unos `porcentajes menores alegan que “casi siempre” hay retroalimentación durante la atención médica obteniendo como resultado entre 15% de los pacientes y 20% de los familiares y otros manifiestan que “nunca” hay reciprocidad entre ellos y el médico, obteniendo un porcentaje que oscila entre 3,33% de los pacientes y 5% de los familiares.

De acuerdo a los argumentos señalados se puede captar que la opción mayoritaria fue “si”, es decir que el médico o la (a) cuando establece contacto con los pacientes y familiares les muestran afecto y generan ambiente de confianza durante el proceso de atención logrando satisfacción en la relación. Aspecto positivo para esta investigación debido a que lo pautado en los documentos legales tales como Ley Orgánica de Salud, Ley del Ejercicio de la Medicina, Declaración Universal de los Derechos Humanos entre otros, se está cumpliendo satisfactoriamente en gran parte de la población que accede a los servicios médicos del C.D.I. “Fe y Alegría”.

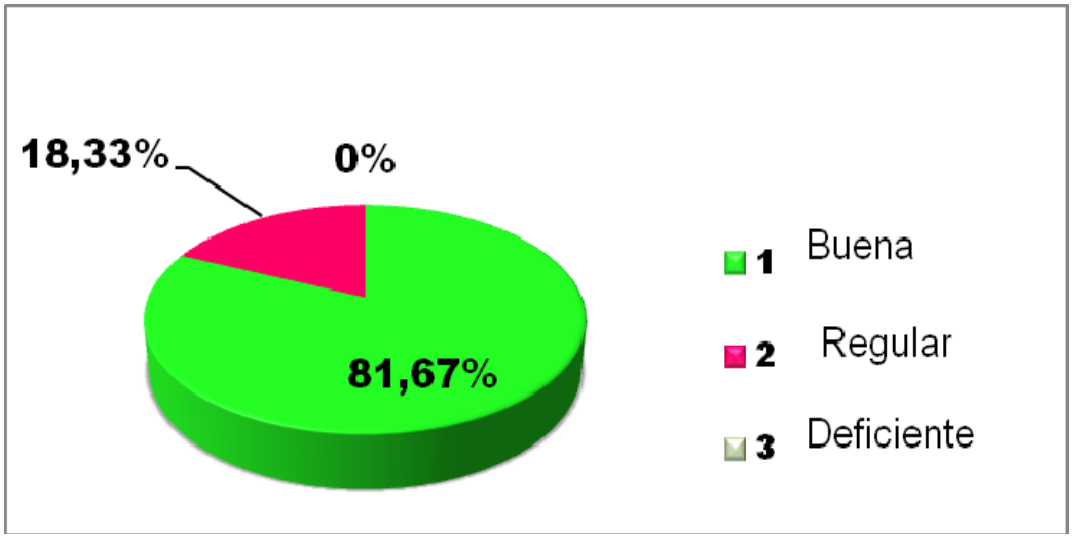
En relación a los porcentajes menores y considerables señalan personas preocupadas por la relación médico-paciente-familia que se está presentando en el C.D.I., donde está en juego la salud como valor fundamental ya que ,“casi siempre y en ciertos casos nunca” pacientes y familiares conocen de la reciprocidad del médico (a) en el momento de acudir a sus servicios, aspecto negativo que debe ser atendido por las autoridades correspondientes a la institución estudiada donde puedan precisar las

debilidades que pudieran estar imposibilitando el fortalecimiento de la relación.

b.4 Relaciones Interpersonales y la relación médico-paciente-familia. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

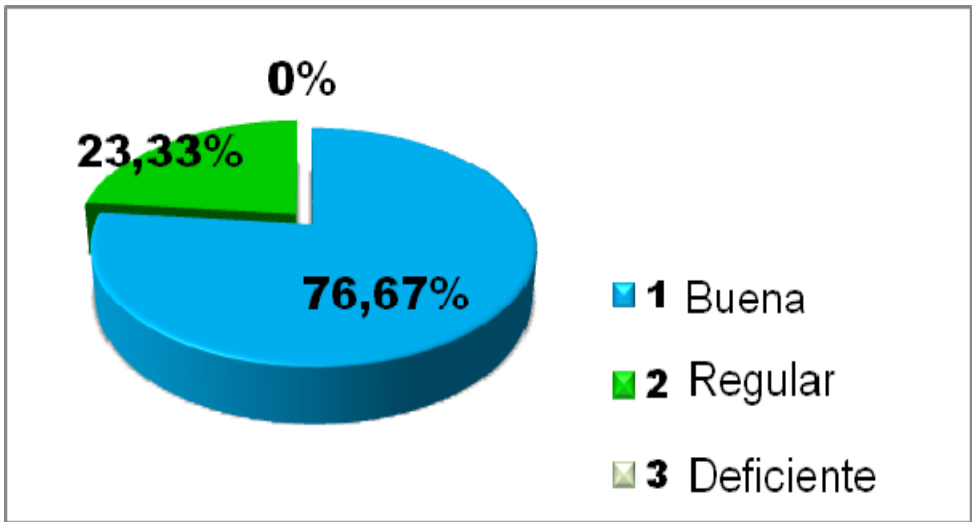
Según Rivera (2010:08), documento en línea, "las relaciones interpersonales son aquellas que nos permiten intercambiar formas de sentir y de ver la vida, también necesidades, intereses y afectos". Cabe destacar que este indicador juega un papel fundamental en esta investigación por cuanto la relación entre el médico-paciente-familia está vinculada a las relación interpersonales.A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 18: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. "Fe y Alegría" según la interacción establecida con el médico, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 19: Distribución porcentual de los familiares del .C.D.I. Fe y Alegría según la interacción establecida con el médico, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Al observar los porcentajes arrojados, concernientes a las poblaciones de pacientes y familiares, referentes a como han sido las relaciones interpersonales entre ellos y el galeno durante la consulta en este centro asistencial se puede captar que un porcentaje mayoritario opina mantener una “buena” relación interpersonal con el profesional de la salud. Obteniendo 76,67% de los familiares y 81,67% de los pacientes. No obstante unos porcentajes menores y también importantes alegan que las relaciones en la triada son “regulares” obteniendo porcentajes que oscilan entre 18,33% de los pacientes y 23,33% de los familiares.

Ambos resultados son importantes analizarlos debido a que como se ha señalado un porcentaje mayoritario opina que en este centro hospitalario las

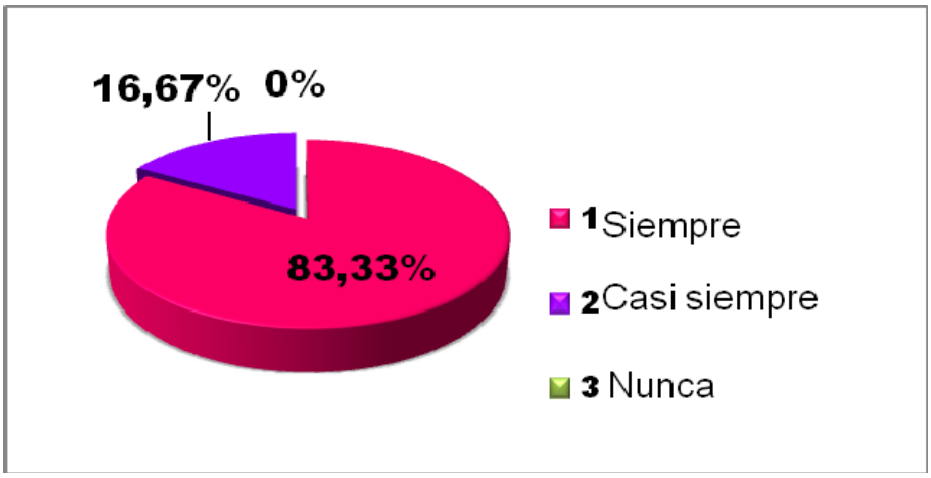
relaciones interpersonales son “buenas” definiéndolas como el motor fundamental en la relación entre el médico-paciente-familia, porque a través de ella los usuarios (as) intercambian forma de sentir y de ver la vida en cuanto a su condición de salud. Aspecto positivo e importante en esta investigación por cuanto lo establecido en la Ley del Ejercicio la Medicina, Ley Orgánica de Salud, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Pacto San Salvador, entre otras se está cumpliendo. De igual forma repercute positivamente en todos los habitantes que acuden a las instalaciones de este centro de salud.

En torno a los porcentajes menores y también de interés opinan que las relaciones interpersonales son “regulares” ya que al parecer se le ha restado importancia a este tema. Situación preocupante para los miembros que acuden a esta institución estudiada , las cuales ameritan que sean las autoridades quienes atiendan la gravedad del asunto y tomen las medidas preventivas antes de lamentar consecuencias que puedan generar esas posibles debilidades que se están presentando imposibilitando la satisfacción de la relación médico–paciente–familia.

b.5 Respeto entre médico, paciente y la familia. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

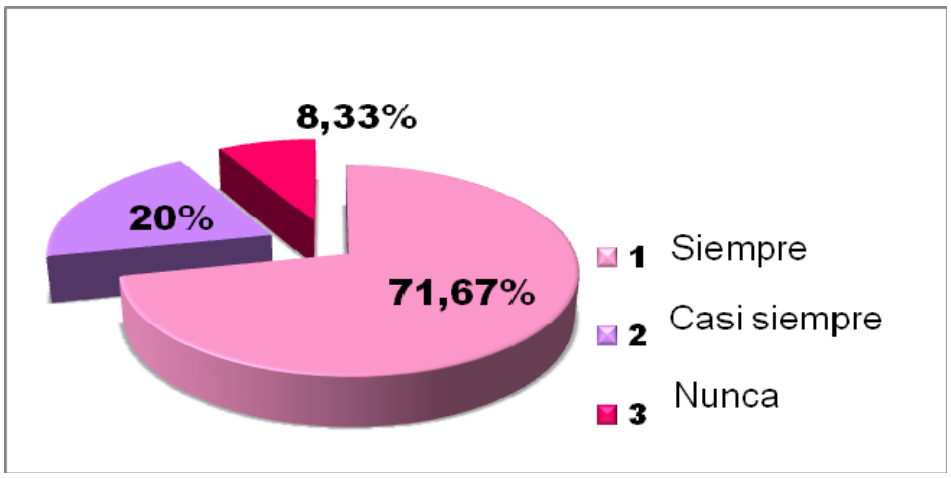
Se refiere al valor fundamental que debe persistir en las relaciones interpersonales para una mejor comunicación entre el médico (a) pacientes y familiares. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 20: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción del respeto recibido por el personal, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 21: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. Fe y Alegría según la percepción del respeto recibido por el personal, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En la relación los porcentajes obtenidos se puede apreciar que la población de pacientes y consanguíneos entrevistados opinan que en este centro hospitalario “siempre” existe respeto en la relación equipo de salud-paciente–familia. Obteniendo esta opción entre 71,67% de los familiares y 83,33% de los pacientes, un porcentaje menor y considerable que oscila entre 16,67% de los pacientes y 20% de los familiares manifiestan que “casi siempre” exige respeto por el médico cuando acude a su servicio. De igual modo el 8,33% de los familiares alegan que “nunca” se han sentido respetados por el profesional de la salud.

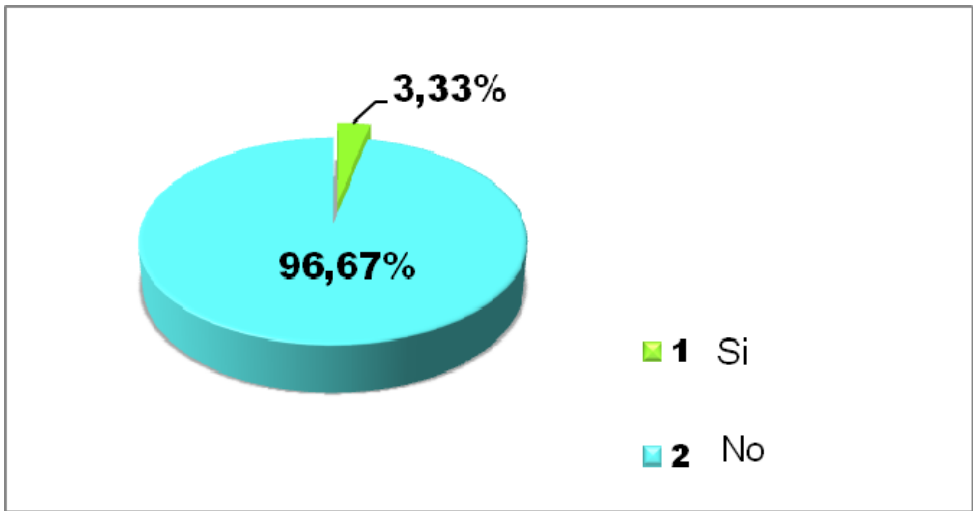
Lo planteado señala que un considerable porcentaje opina sentirse “siempre” respetado por el personal médico cuando acuden a sus servicios, indican que el respeto es la esencia de las relaciones humanas, aspecto positivo que debe considerarse en esta investigación ,debido a que lo establecido en la Ley Orgánica de Salud, La Constitución de la República de Venezuela, entre otra leyes se está cumpliendo exitosamente, generando en los habitantes credibilidad y confianza cuando acuden a los servicios de dicha institución.

Por otra parte, es necesario mencionar que, cierto número de habitantes exigen un trato amable y cortes, además que el médico (a) genere confianza, y seguridad al momento de la consulta, debido que pacientes y familiares expresan que: “casi siempre” y en peores casos hasta “nunca” sienten respetados por parte del galeno (a), aspecto negativo que debe ser abordado por las autoridades de la institución estudiada las cuales se encarguen de llevar a cabo técnicas y estrategias que vayan en pro del bienestar físico y social, a fin de evitar rupturas en la relación médico-paciente-familia.

b.6 Trato recibido por el personal del servicio y la relación médico paciente-familia. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

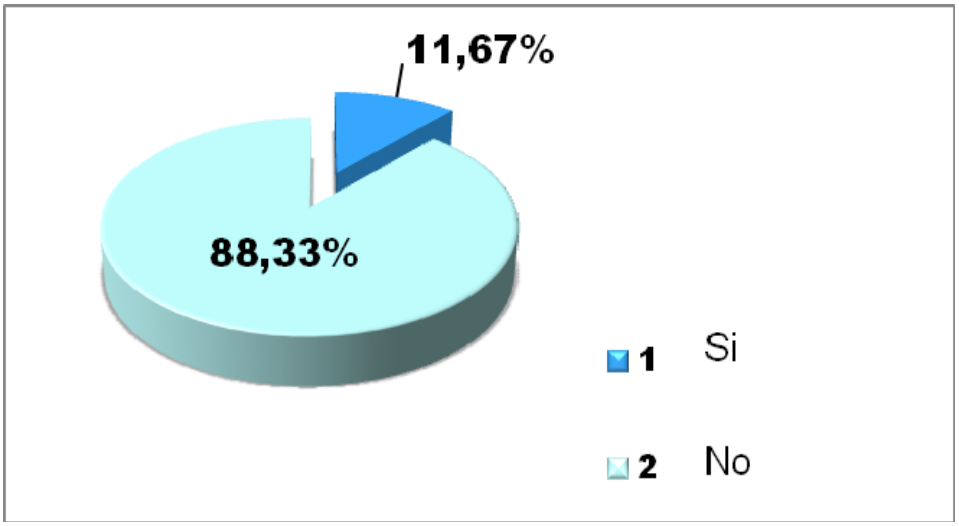
Se refiera a la acción de como los pacientes y familiares se sienten al interactuar o recibir servicios por parte de los profesionales que laboran en la institución estudiada. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 22: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. Fe y Alegría según la percepción del trato recibido por el personal del servicio, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 23: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. Fe y Alegría según la percepción del trato recibido por el personal del servicio, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los resultados obtenidos referente a las dos poblaciones estudiadas, tanto de pacientes y familiares se puede captar un porcentajes mayoritarios plantean que: “no” han tenido conflictos o problemas con el médico (a) durante su consulta, obteniendo esta opción 88,33% de los familiares y 96,67% de los pacientes. Mientras un porcentaje menor y de igual modo importante mantienen que “si” han tenido problemas con el profesional de la salud cuando acceden a sus servicios, obteniendo esta opción porcentajes que oscilan entre 3,33% de pacientes y 11,67% de los familiares.

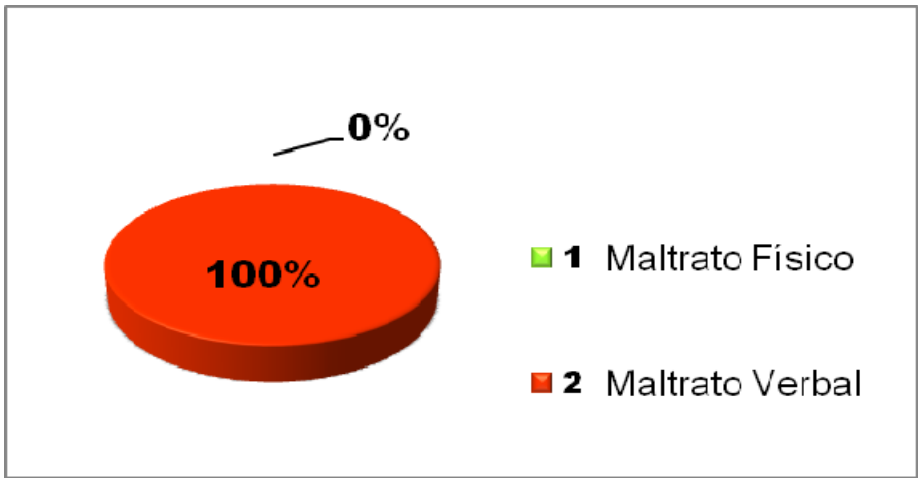
Ambos resultados son necesarios interpretarlos y considerarlos en esta investigación, debido a que como se ha señalado porcentajes evaluados de pacientes y familiares que manifiestan “no” tener problemas con el personal

médico (a) que labora en este centro asistencial. Aspecto positivo por cuanto el profesional cumple sus funciones permitiendo que los usuarios (a) se sientan complacidos durante y después de la consulta es decir que en su mayoría los habitantes allegados al área de influencia C.D.I. “Fe y Alegría” muestran satisfacción por la relación que establecen entre el médico (a), pacientes y familiares, tal como lo estipula la Ley Orgánica de Salud, Ley del Ejercicio de la Medicina, Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, entre otros.

En cuanto a los porcentajes de las poblaciones que afirman “si” haber tenido conflictos con el médico (a) cuando acuden a sus servicios, es una debilidad que pudieran deberse a la exclusión, discriminación por parte del profesional de la salud y el equipo multidisciplinario hacia los pacientes y familiares. Situación que genera inconformidad en los usuarios (as) ,quienes pueden verse obligados a exponer sus vidas al trasladarse a otro centro de salud donde se sientan mejor atendidos, lo que repercute negativamente en la satisfacción de la relación médico-paciente-familia. Y por su puesto en el bienestar saludable de todos aquellos que han tenido indiferencias en el trato durante los servicios sanitarios del C.D.I. “Fe y Alegría”.

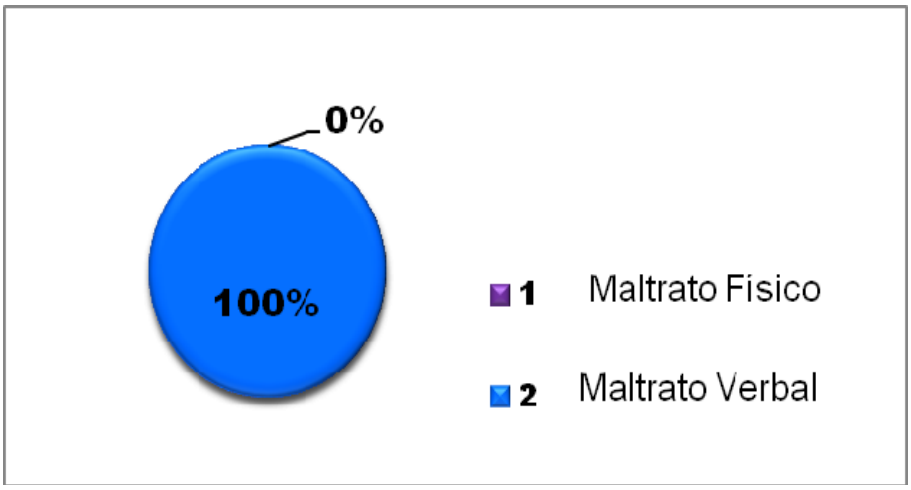
Tema para las autoridades correspondiente de dicha institución donde puedan propiciar estrategias dirigidas a la sensibilización y fortalecimiento de esas debilidades pudieran estar violentando lo planteado en los documentos legales referente a una eficaz y productiva relación médico–paciente–familia para todos los seres sociales sin exclusión.

Gráfico Nº 24: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I.“Fe y Alegría” según la percepción del trato recibido por el personal del servicio, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

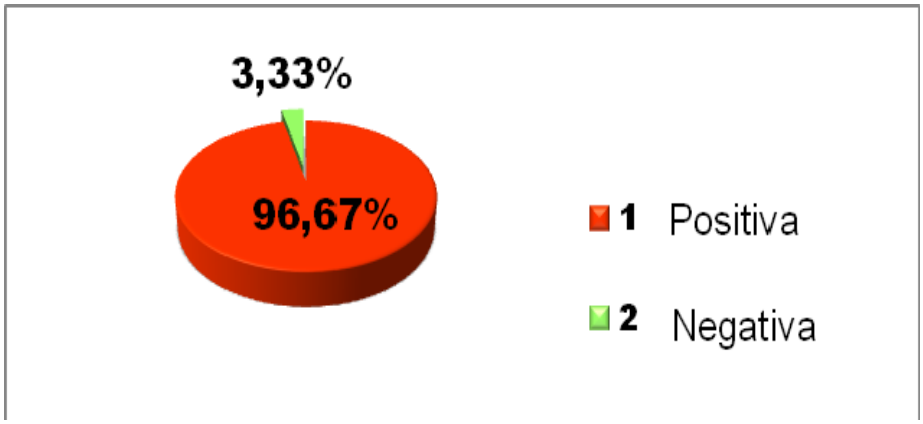
Gráfico Nº 25: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. Fe y Alegría según la percepción del trato recibido por el personal del servicio, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

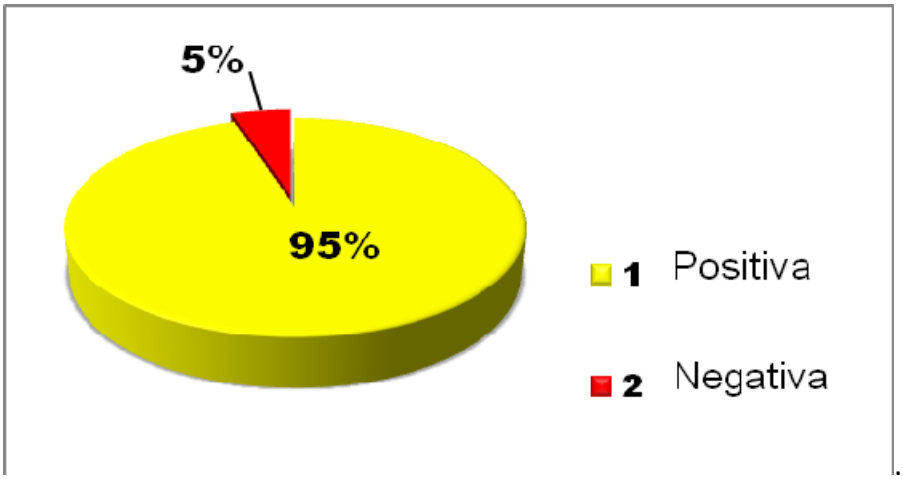
Al observar los porcentajes arrojados se puede apreciar que tanto pacientes y emparentados opinan que el tipo de trato recibido por el personal de servicios sanitarios de este centro, no es el más óptimo, debido a que el "maltrato verbal" es la opción con más alto porcentaje obteniendo como resultado 100% en ambas poblaciones. Si bien es cierto, esta información es una debilidad que debe ser abordada por las autoridades de dicha institución, por cuanto se está presentando conflictos con el médico durante su consulta, además de existir irregularidades en el cumplimiento de las directrices como profesionales, tal como lo establece La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Situación alarmante para los habitantes que acceden a la institución estudiada donde los afectados no son más que ellos por cuanto exponen su salud al abandonar la consulta por factores pocos satisfactorio en la relación médico-paciente-familia, tema de interés para el común de las personas. Sin embargo, de acuerdos a ciertos aspectos considerados anteriormente lo planteado suele ser contradictorio. Véase gráficas Nº 22 y 24 las cuales hacen referencia a si han tenido conflicto o problemas los pacientes y familiares con el médico (a) durante su consulta.

Gráfico Nº 26: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. "Fe y Alegría" según la opinión sobre el trato recibido en el servicio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 27: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del .D.I. “Fe y Alegría” según la opinión sobre el trato recibido en el servicio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

De acuerdo a los porcentajes recopilados, es evidente que la población de pacientes y familiares opinan recibir un trato “positivo” cuando acuden a los servicios de este centro de salud, obteniendo esta opción entre 95% familia y 96,67% paciente un porcentaje menor que oscila entre 3,33% paciente y 5% familia alegan recibir trato negativo. Situación contradictoria tomando en cuenta los aspectos señalados en los análisis anteriormente.

Lo expuesto, según el porcentaje mayoritario, pudiera ser una fortaleza pero de acuerdo a ciertos aspectos señalados anteriormente es una contradicción. Véase gráficas 23 y 25, referente a qué tipo de situación han presentado los pacientes y familiares con el galeno.

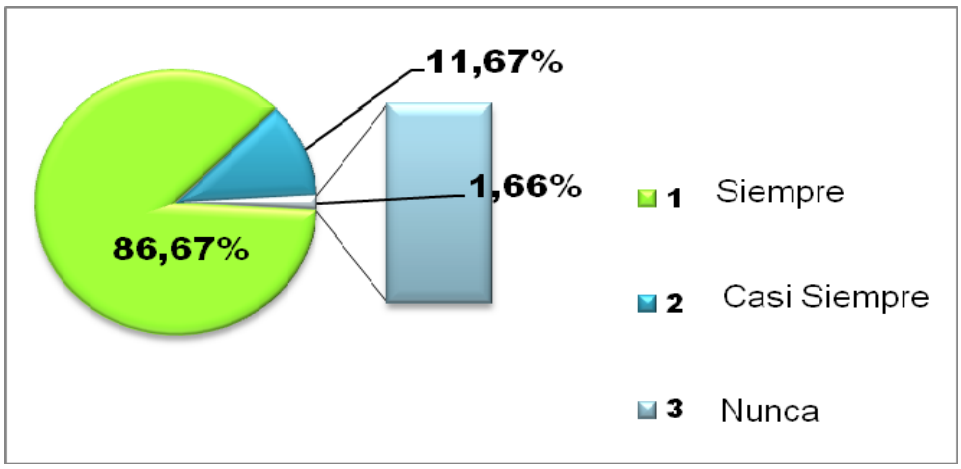
Con respecto a los porcentajes menores y también importantes, alegan recibir trato “negativo” por el galeno durante la consulta. Tema de interés para

las autoridades de dicho Centro de Salud, por cuanto todas las personas que acuden a los servicios de salud deben sentirse dignamente tratada en cualquier circunstancia como lo establecen las leyes. Además, de una satisfactoria relación médico–paciente–familia como inspiración para solventar cualquier problema de salud.

b.7 Motivación y relación médico–paciente–familia. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

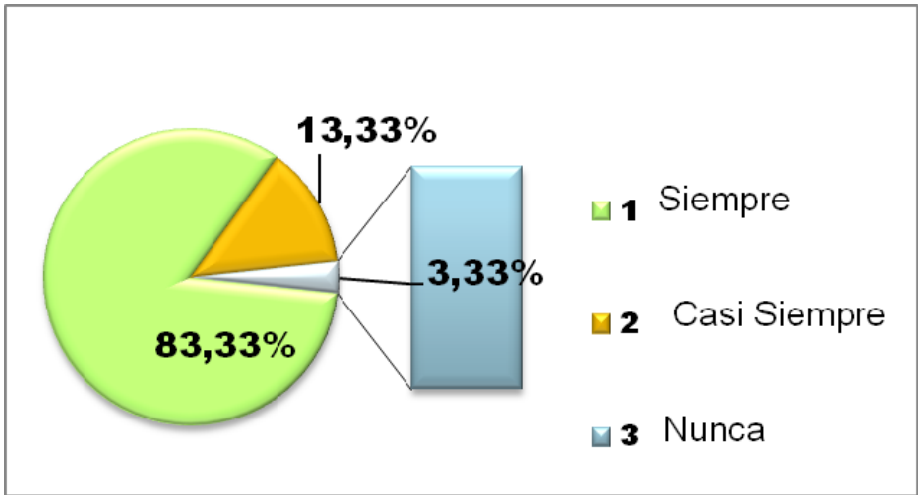
La motivación para Montaño (2009:06), documentos en línea," la motivación es un impulso que poseen los humanos para lograr un objetivo con el propósito de lograr saciar sus necesidades". A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 28: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. "Fe y Alegría" según la percepción de la motivación recibida por el equipo médico durante la consulta, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 29: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción de la motivación recibida por el equipo médico durante la consulta, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

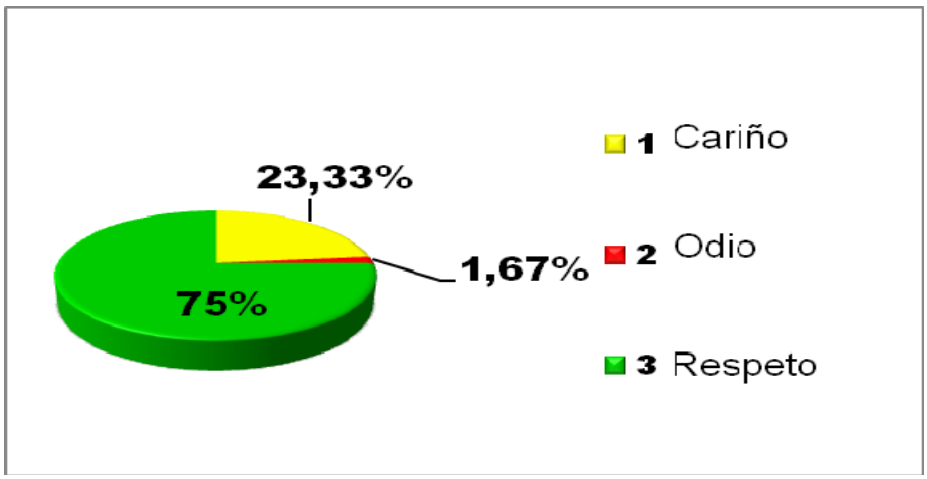
En relación a los resultados obtenidos se puede captar que pacientes y familiares del C.D.I. “Fe y Alegría” opinan que “siempre” se sienten motivados por el galeno durante la consulta, señalando esta opción con el más alto porcentaje 83,33% de los familiares y 86,67% de los pacientes. Un porcentaje menor que oscila entre 11,67% de los pacientes y 13,33% familiares alegan que “casi siempre” son motivados. Mientras que el 1,66% de los pacientes y 3,33% de los familiares afirma que “nunca” el profesional le ha inspirado motivación.

De igual forma el análisis de los resultados es valioso para esta investigación debido a que como se ha mencionado que un porcentaje considerable opina que en este centro hospitalario los profesionales levan a cabo la práctica médica como lo establecen las leyes pertinentes a la salud capaz de motivar a los pacientes y familiares en relación a la enfermedad

que padecen tal como lo han aprendido durante su formación profesional, aspecto positivo que sin duda repercute satisfactoriamente en la relación médico–paciente–familia, cabe considerar que los porcentajes menores y además importantes opinan que “casi siempre” y siendo más grave “nunca” el médico o (a) los motivan en función a su problema de salud. Situación poco agradable para los usuarios, aspecto negativo que debe ser tratado por las autoridades del C.D.I.; debido a que; estas debilidades influyen desfavorablemente en la relación médico–paciente–familia y por supuesto en el bienestar social.

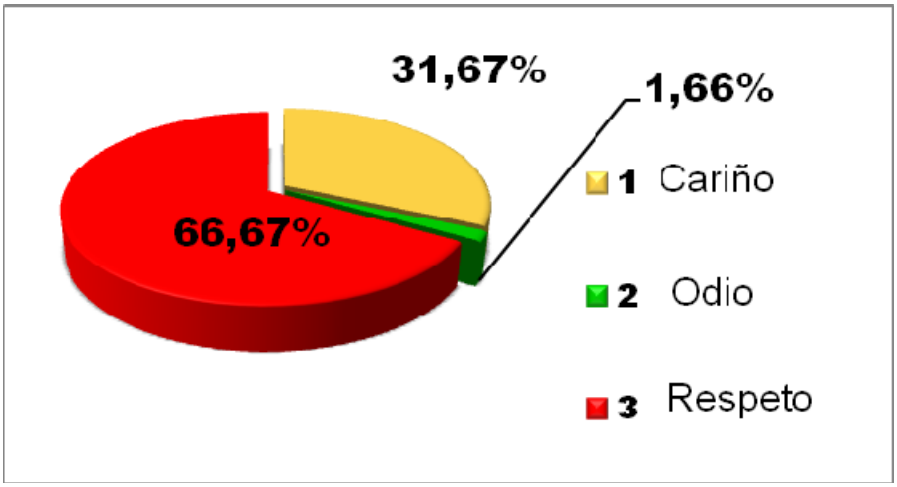
b.8 Sentimientos generados en la relación médico-paciente-familia. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

Gráfico Nº 30: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según los sentimientos generados hacia el médico por el trato recibido, en el consultorio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 31: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según los sentimientos generados hacia el médico por el trato recibido, en el consultorio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Al observar los resultados obtenidos se captar que tanto pacientes y familiares entrevistados opinan que en este centro de salud el personal médico le inspira “respeto” como valor fundamental para hacer posible las relaciones de convivencia y comunicación, obteniendo esta opción con un porcentaje mayor entre 66,67% familia y 75% pacientes, seguidamente un porcentaje menor y de interés que oscila entre 23,33% de los pacientes y 31,67% de los familiares opina que el sentimiento generado hacia el médico (a) es el “cariño”, no obstante, otro porcentaje alega sentir “odio” por el profesional de la salud, debido a que este se muestra arrogante y prepotente cuando presta sus servicios; obteniendo como resultado 1,66% de los familiares y 1,67% de los pacientes. Dentro de esta perspectiva, los resultados son importantes interpretarlos; debido a que, como se ha señalado un alto porcentaje manifiesta que este centro hospitalario los pacientes y consanguíneos generan afecto de respeto y cariño hacia el galeno(a), además de ubicarlo como profesional capacitado que ejecuta su

trabajo con disciplina y responsabilidad en la relación médico-paciente-familia, tal como lo plantea la Ley del Ejercicio de la Medicina, aspecto positivo y a considerarse en esta investigación y que por supuesto repercute satisfactoriamente en la relación de estos habitantes del are de influencia C.D.I. “Fe y Alegría” y los galenos (a) del servicio.

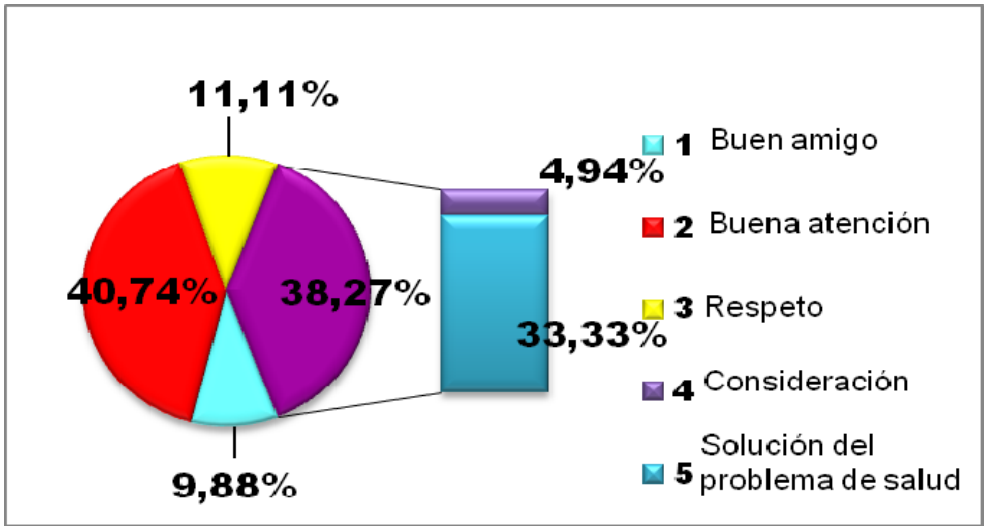
En relación al porcentaje menor que opina sentir “odio” por el médico (a) es un punto que debe ser evaluado por las autoridades competentes de la institución estudiada por cuanto existe un descontento de parte de algunos usuarios (a) que acuden a los servicios, ya que, al parecer se están presentando debilidades que ponen en riesgo la relación médico–paciente–familia debido a la insatisfacción en relación a los sentimientos generados

b.9 Expectativas sobre el trato que esperan los pacientes y familiares recibir del profesional de la salud. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

Este punto hace referencia a ese afecto que esperan los pacientes y familiares en el momento de acudir al” C.D.I. “Fe y Alegría” en busca de mejorar sus problema de salud, ya que el trato forma parte importante en la relación médico-paciente-familia.A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

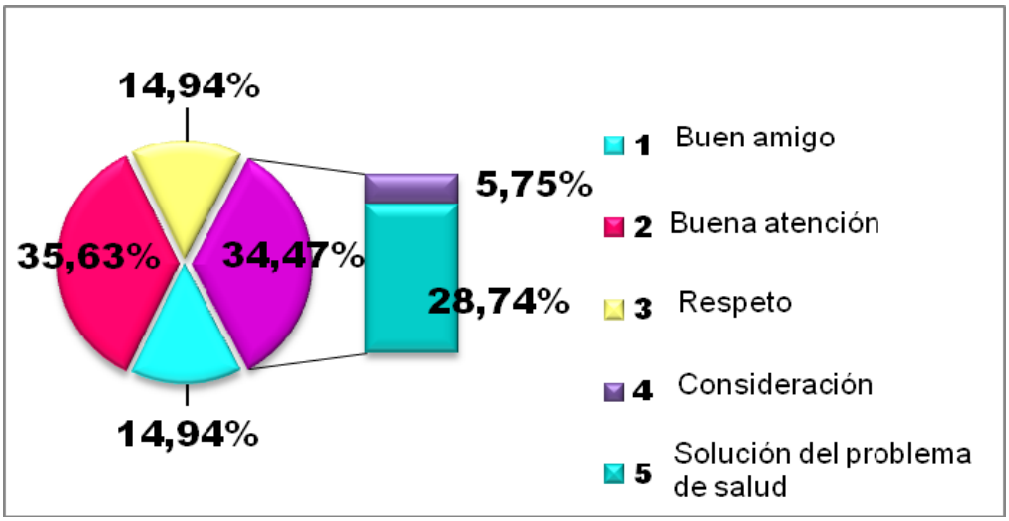
Gráfico Nº 32: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y

Alegría” según las expectativas sobre trato que espera recibir del médico, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 33: Distribución porcentual de los familiares del C.D.I. Fe y Alegría según las expectativas sobre trato que espera recibir del médico, en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los resultados obtenidos se puede captar que las

poblaciones de pacientes y familiares entrevistados esperan de profesional de la salud del C.D.I. “Fe y Alegría” “buena atención” durante la consulta obteniendo esta opción el máximo de los porcentajes que oscila entre 35,63% de los familiares y 40,74% de los pacientes. Unos porcentajes menores y también porcentajes esperan “solución de problemas de salud” que con un porcentaje que oscila entre 28,74% de los familiares y 33,33% de los pacientes.

Seguidamente ubican la opción “respeto” con un porcentaje que oscila entre 11,11% de los pacientes y 14,94% de los familiares posteriormente destacan esperar “hacer amistad”. Obteniendo esta opción 9,88% de los pacientes y 14,94% de los familiares y por ultimo esperan “consideración” de parte del médico, obteniendo un porcentaje que oscila entre 4,94% de los pacientes y 5,75% de los familiares.

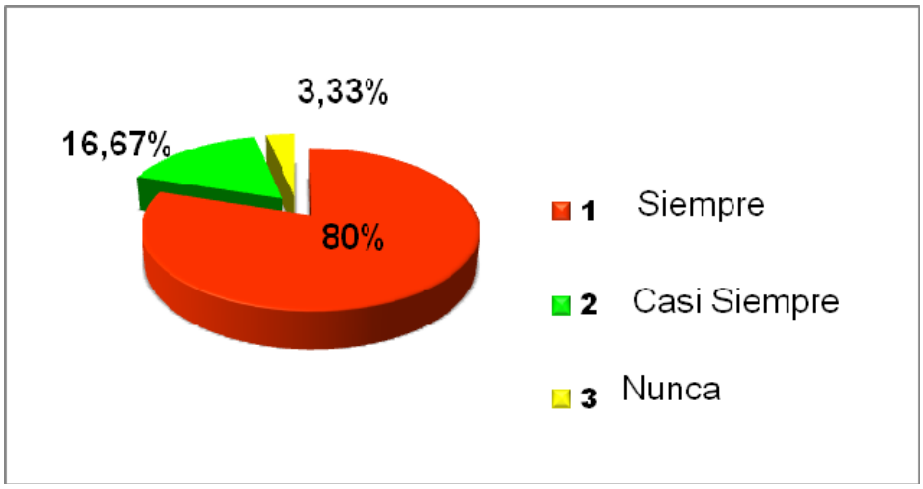
Lo planteado es una fortaleza que debe ser considerada en esta investigación debido a que las poblaciones de pacientes y familiares entrevistados muestran actitud positiva en relación al personal que presta servicios médicos en este centro hospitalario y esperan de ellos no solo sus servicios como profesionales sino como persona.

Donde la relación médico-paciente-familia funcione satisfactoriamente y por ende los habitantes se sienten favorecidos por la capacidad del servicio prestado por el médico y al mismo tiempo obtener una mejor calidad de vida y bienestar social.

c) Comunicación y la relación médico-paciente-familia.

La comunicación es el tema principal de esta investigación, dicho proceso permite a que todos los seres sociales sean capaces de expresar sus ideas, sentimientos y porque no inquietudes y necesidades, a fin de recibir respuestas o criticas. De acuerdo a lo planteado, González (2008:81-82) la comunicación es: "uno de los procesos más importantes que el ser humano emprende, puesto que con ello logra transmitir lo que desee y ser entendido". A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

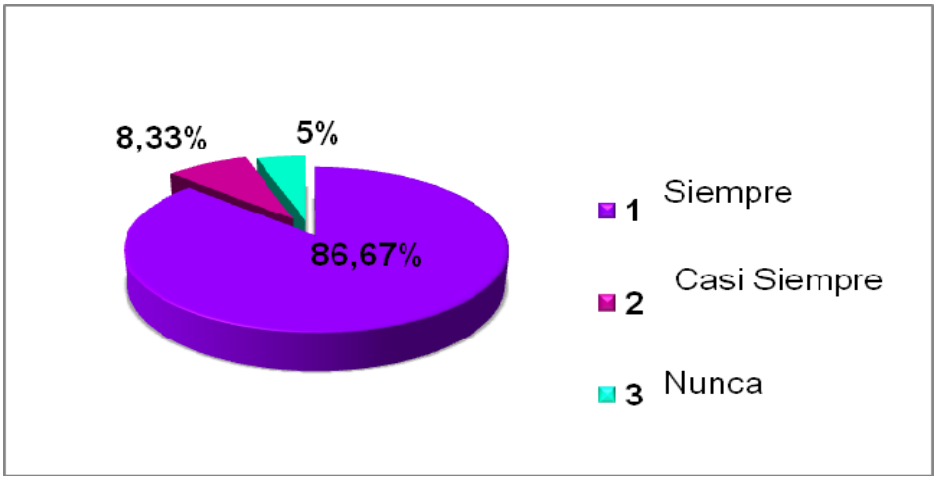
Gráfico Nº 34: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. "Fe y Alegría" según la percepción sobre la claridad de la comunicación establecida con el médico, en el consultorio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 35: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. "Fe y Alegría" según la percepción sobre la claridad de comunicación

establecida con el médico, en el consultorio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En virtud a los resultados obtenidos se puede observar que pacientes y familiares estudiados expresan, que en el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría” el médico(a) “siempre” es claro al comunicarse obteniendo esta opción con un porcentaje que oscila entre 80% de los pacientes y 86,67% de los familiares, unos porcentajes menores y también significativos que oscilan entre 8,33% de los familiares y 16,67% de los pacientes, indican que “casi siempre” la comunicación es productiva, mientras que 3,33% de los pacientes y 5% de los familiares, señalan que “nunca” el galeno se comunica con claridad.

Estas evidencias son fundamentales analizarlas debido a que como se ha señalado un alto porcentaje afirma que en este centro hospitalario el galeno lleva a la práctica la comunicación como proceso importante para la salud, además de expresarse con claridad y permitir a los usuarios (a) que sean participes en la toma de decisiones, es decir, en la relación médico-paciente-familia que se desarrolla en el centro de salud estudiado, aspecto positivo que debe considerarse en esta investigación por cuanto lo

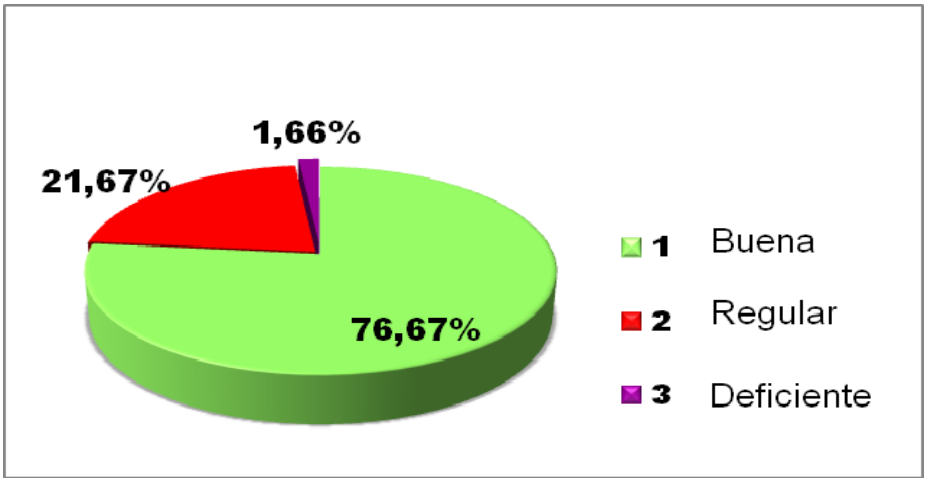
establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y Ley del Ejercicio de la Medicina, entre otras leyes se está cumpliendo favorablemente ,sin embargo existe el descontento de unos porcentajes menores pero importante, opinan “casi siempre” y “nunca” recibir comunicación clara cuando acuden a los servicios que presta el médico, es decir que existen debilidades en la relación médico-paciente-familia las cuales puedan deberse a la poca empatía y espontaneidad por parte del médico (a), Aspecto negativo que debe ser abordado por las autoridades de la institución para que den posibles respuestas a la demanda de habitantes que se sienten excluidos por los profesionales durante la consulta.

c.1 Opinión sobre la comunicación establecida entre paciente-médico-familiares. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

Se refiere a las respuestas o criticas que expresan los pacientes y familiares en relación al proceso comunicativo con el profesional de la salud dentro del C.D.I. “Fe y Alegría”. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

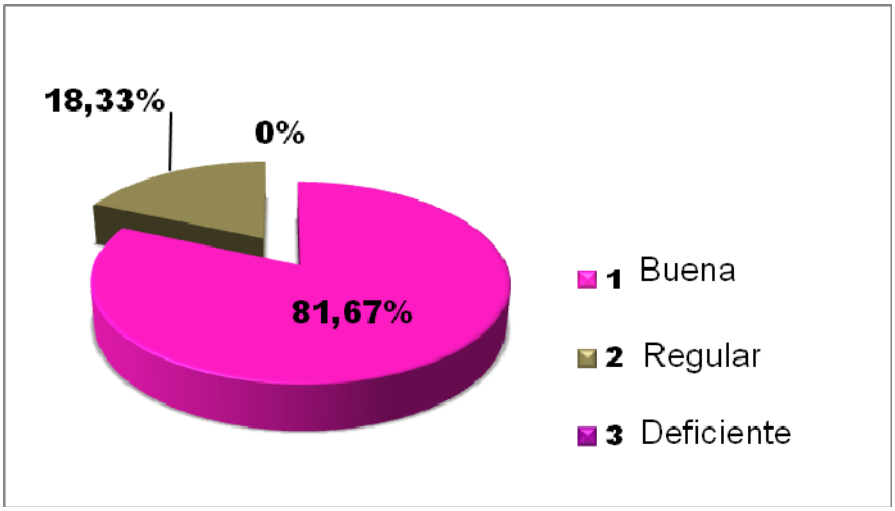
Gráfico Nº 36: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción sobre la comunicación establecida con el

médico, en el consultorio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 37: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción sobre la comunicación establecida con el médico, en el consultorio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los resultados obtenidos se puede captar que tanto pacientes y familiares entrevistados opinan que en el centro diagnóstico

integral “Fe y alegría” la comunicación que establecen con el galeno durante la consulta es “bueno”, obteniendo esta opción entre 76,67% de los pacientes y 81,67% de los familiares, mientras otros porcentajes menores y también considerables que oscilan entre 18,33% de los familiares y 21,67% de los pacientes señalan que es “regular”, no obstante el 1,66% de los pacientes expresan que es “deficiente” la comunicación en el servicio.

La información recibida es importante analizarla debido a que como se ha señalado un porcentaje mayoritario opina que en dicho centro de salud la comunicación es “buena” por cuanto está destinada a facilitar orientación y medir el proceso terapéutico, además de sensibilizar a los usuarios en relación a su estado de salud, ya que la comunicación forma parte del éxito en toda relación y por su puesto en el proceso de curación y prevención de cualquier patología.

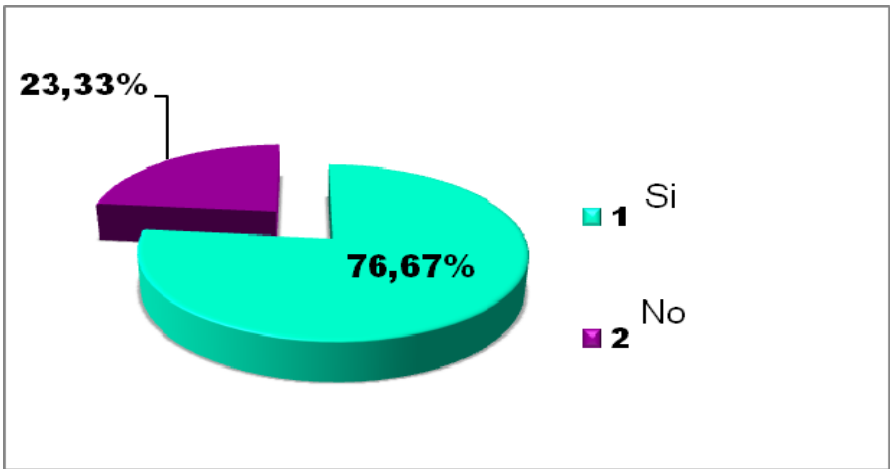
Aspecto positivo que debe resaltar en esta investigación debido a que lo establecido en la Carta Magna se está cumpliendo satisfactoriamente. Lo que repercute en una excelente relación médico-paciente-familia.

Sin embargo se observan porcentajes menores y de interés. Expresan que la destreza comunicacional es herramienta “regular y deficiente” en la relación médico-paciente-familia que se efectúa en este centro se salud, por cuanto las autoridades deben hacer frente a los posibles problemas que pudieran estar presentándose. Lo que ocasiona irregularidades en la relación entre médico-paciente-familia.

c.2. El lenguaje en la relación médico-paciente- familia. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

Consiste en el vocabulario que utiliza el profesional de la salud cuando se refiere a los pacientes y familiares que acuden a la institución estudiada. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

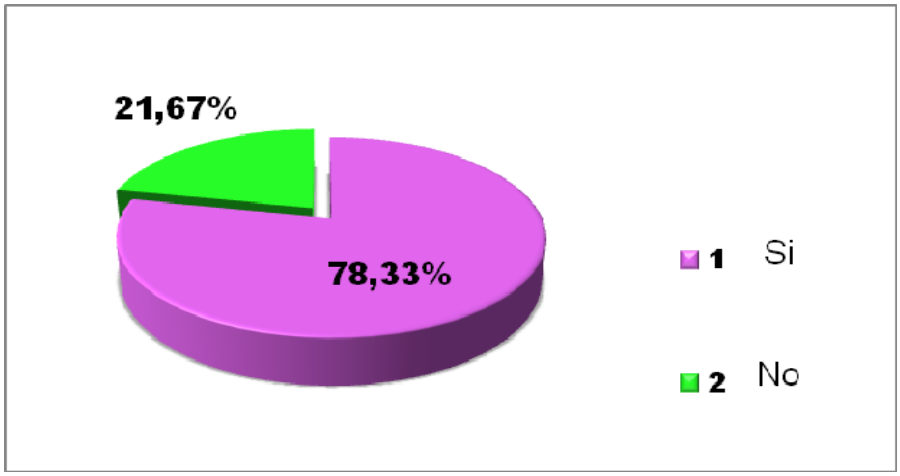
Gráfico Nº 38: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción sobre el lenguaje utilizado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 39: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción sobre el lenguaje utilizado por el

médico durante la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Al observar los resultados obtenidos por pacientes y familiares entrevistados se puede captar C.D.I. “Fe y Alegría” el profesional de la salud ofrece interacción por medio de un lenguaje adecuado, logrando que la población a la cual le presta servicios “si” comprenda las terminologías que utiliza durante la consulta. Obteniendo esta opción con un porcentaje mayoritario entre 76,67% de los pacientes y 78,33% de los familiares referente al porcentaje menor y también importante que oscila entre 21,67% de los familiares y 23,33% de los pacientes, opinan “no” comprender en absoluto las terminologías que usa el médico.

Cabe mencionar que ambos resultados son importantes considerarlos en esta investigación, debido a que como se ha nombrad un alto porcentaje que “si” comprende las terminologías que emite el galeno durante la consulta aspecto positivo, debido a que el profesional garantiza a los usuarios que acuden al área de influencia C.D.I. excelente relación médico-paciente-familia como lo establece la ley del ejercicio médico. Dejando claro que a través de un lenguaje sencillo y congruente la conservación suele ser más

productiva y a la vez beneficiosa por cuanto la persona conoce más de la enfermedad y aprende como tener una vida más saludable y en el caso de los familiares como convivir con el paciente, sirviéndole de apoyo durante su problema de salud.

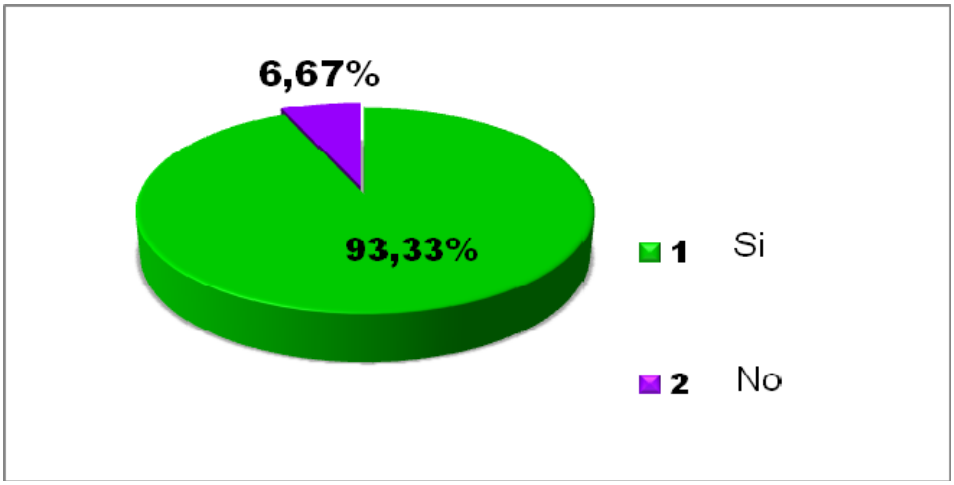
Aunado a lo anterior se muestran porcentajes menores que asumen "no" entender con claridad al médico cuando se expresa, debido a que utiliza términos científicos, que imposibilitan la comunicación asertiva entre ellos. Situación preocupante para la población que accede a los servicios del centro diagnóstico integral "Fe y Alegría" donde las autoridades se encarguen de esclarecer ciertas debilidades que pudieran estar presentándose y que sin duda podrían deteriorar la relación médico-paciente-familia, influyendo en la insatisfacción con el servicio prestado.

c.3 Conocimiento de la enfermedad impartido por los profesionales de la salud a los pacientes y familiares, que acceden a los servicios que prestan en el C.D.I. "Fe Y Alegría. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

Se refiere a la información que les facilita el galeno(a) del centro sanitario estudiado a los usuarios(a), concerniente al problema de su enfermedad. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

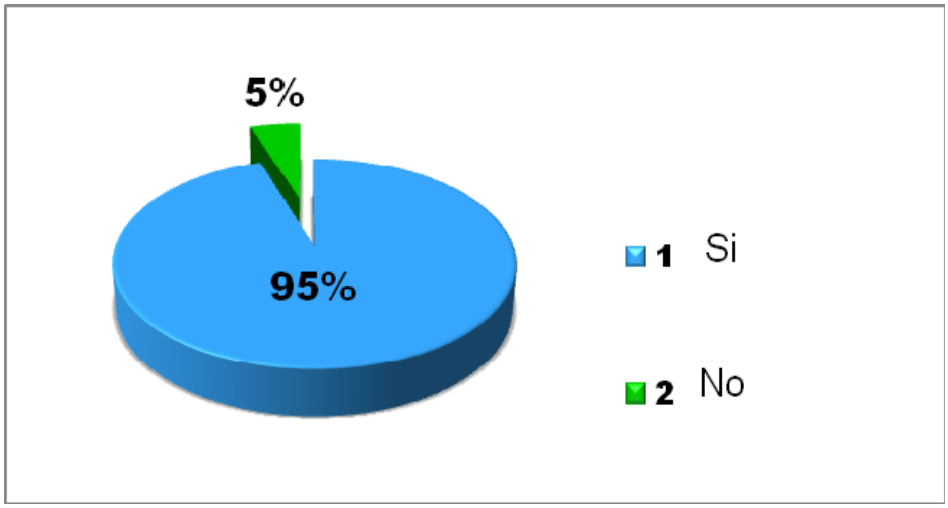
Gráfico Nº 40: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. "Fe y Alegría" según el conocimiento de la enfermedad facilitado por el médico

durante la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 41: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según el conocimiento de la enfermedad facilitado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En función a los resultados obtenidos se puede captar que las poblaciones de pacientes y familiares entrevistadas alegan que el médico (a)

del área de influencia C.D.I. “Fe y Alegría” “si”, facilita información concerniente al conocimiento de la enfermedad, durante la consulta. Obteniendo esta opción con un porcentaje predominante que oscila entre 93,33% de los pacientes y 95% de los familiares, un porcentaje menor que oscila entre 5% de los familiares y 6,67% de los pacientes, opinan que el profesional de la salud “no” le imparte información referente al conocimiento de la enfermedad que padecen los usuarios (as).

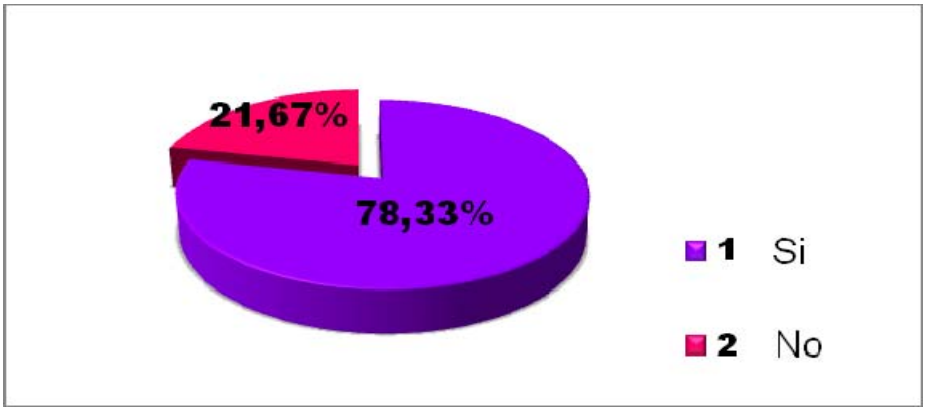
De acuerdo a lo planteado, el porcentaje mayoritario de pacientes y familiares alegan que la comunicación que mantienen con el médico(a) durante la consulta, le es de utilidad para aclarar dudas con respecto a su estado de salud. Aspecto positivo, que debe considerarse en este trabajo de investigación, ya que lo estipulado en los documentos legales se esté cumpliendo satisfactoriamente, por cuanto paciente y emparentados señalan una comunicación asertiva y productiva con el médico. No obstante, porcentaje menor de ambas poblaciones sienten inconformidad por que el proceso comunicacional no fluye satisfactoriamente en la triada, esto pudiera deberse a la falta de empatía, humanismo y solidaridad, lo que repercute desfavorablemente en dicha relación. Situación que debe ser revisada por las autoridades competentes las cuales darán respuestas contundentes en función al bienestar físico de la población

c.4 Origen de la enfermedad y la relación médico–paciente–familia. Desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

Este aspecto hace referencia si los profesionales se dedican a explicarle a los pacientes y familiares el origen de la enfermedad que paseen, siendo esta una buena razón para prevenir factores secundarios que puedan entorpecer la salud de estos. A continuación se muestran resultados

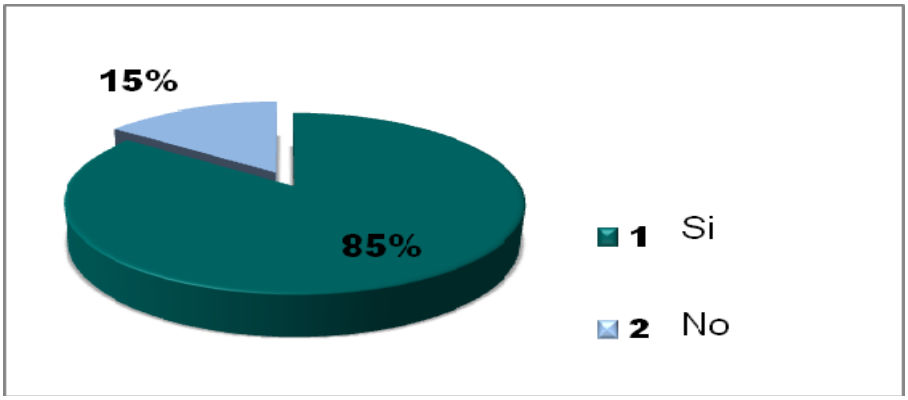
obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 42: Distribución porcentual de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según el conocimiento del origen de la enfermedad facilitado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 43: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes del C.D.I. “Fe y Alegría” según el conocimiento del origen de la enfermedad facilitado por el médico durante la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los resultados obtenidos de las dos poblaciones estudiadas tanto de pacientes como familiares se puede captar un porcentaje

mayoritario opinan que al momento de recibir el diagnóstico por parte del médico (a) este “si” le informa sobre el origen de la enfermedad, obteniendo como porcentajes 78,33% de los pacientes y 85% de los familiares. Sin embargo ciertas partes de las poblaciones, plantean con porcentaje menor pero importante que “no” reciben información por parte del galeno concerniente al origen de la enfermedad, obteniendo esta acción 15% de los familiares y 21,67% de los pacientes. Ambos resultados merecen ser analizados y considerados en esta investigación para posiblemente dar certeza de las fortalezas y debilidades encontradas.

De acuerdo al porcentaje mayoritario opinan que “si” reciben información, es un aspecto positivo debido a que los médicos de este centro diagnóstico integral “Fe y Alegría” cumplen su rol y se lo hacen saber a los habitantes que acuden a su servicios, donde estos sean participe de las acciones y decisiones tomadas. Lo que repercute el éxito de la relación médico-paciente-familia.

Por su parte los porcentajes menores y significativos de algunos pacientes y familiares, manifiestan su descontento en la relación médico-paciente-familia ya que, “no” reciben información sobre el origen de la enfermedad que padecen generando temor y desconfianza lo que pudiera perjudicar la calidad de vida por desconocer de las previsiones. Situación que debe ser atendida por las autoridades de dicho centro de salud las cuales darán respuestas óptimas a las debilidades que pudieran estar presentándose, lo que ocasiona una relación médico-paciente-familia negativa, es decir poco productiva, nutritiva y satisfactoria.

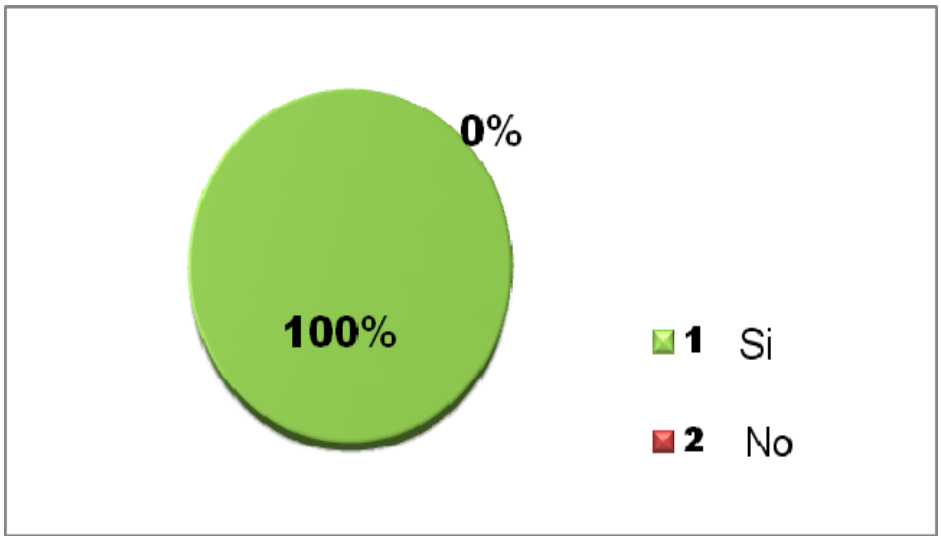
4.2 OPINIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE EL TIPO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA.

4.2.1 **Tipo de relación Médico-Paciente-Familia**.

a) Derecho a la salud y la relación médico-paciente-familia. Desde la óptica del médico(a).

Hace referencia a la actitud que ejerce el médico concerniente al respeto de este derecho fundamental en la vida del ser humano. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 44: Distribución porcentual de los profesionales que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación su opinión acerca del respeto a la salud, en la Institución. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los resultados obtenidos mediante informaciones arrojadas por los médicos respecto, consideran que se le respeta el derecho a la salud de los pacientes en la relación médico-paciente-familia que ofrecen dentro del C.D.I. “Fe y Alegría”, 100% señala que “si” se le respeta el derecho

a la salud a todos los ciudadanos(as) sin ningún tipo de discriminación ni exclusión.

Lo planteado es una fortaleza, por cuanto el profesional de la Salud se rige por leyes tales como: la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la Declaración de los Derechos Humanos, entre otros; para el mejor funcionamiento en el triangulo terapéutico y así ofrecer atención adecuada con diplomacia, formación y experiencia laboral. Aspecto positivo que debe considerarse en esta investigación por cuanto los profesionales del estudiado centro hospitalario cumplen su rol con satisfacción, repercutiendo de manera favorable en los habitantes que acceden a sus servicios, respetando su anatomía como personas valiosas y aceptando la posición de cada uno como persona valiosa, con potencialidades y debilidades.

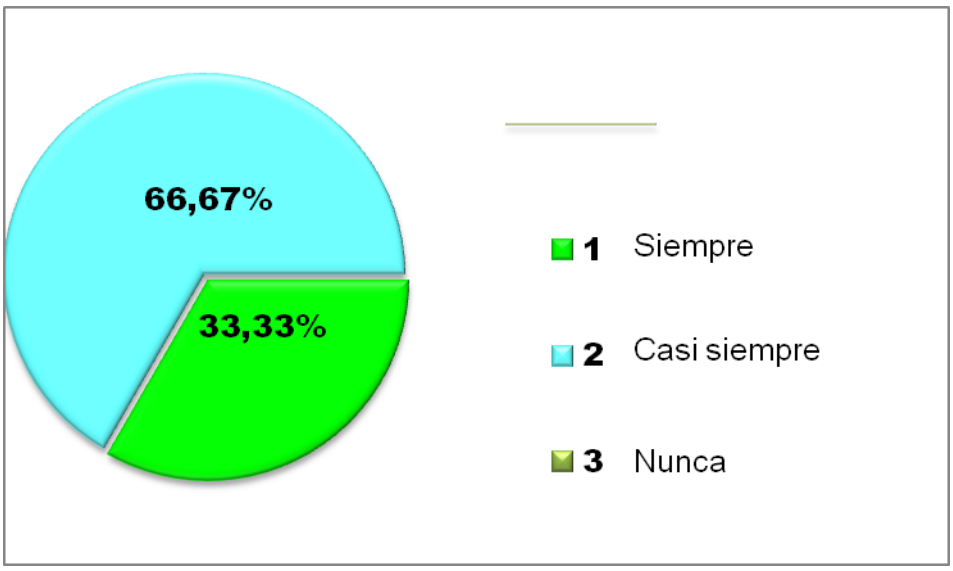
b) Bienestar en la relación médico-paciente-familia.

b.1 Atención adecuada y la relación médico-paciente-familia. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Se refiere a la capacidad que tiene el médico al atender eficientemente a los usuarios (as) que acuden a sus servicios.A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 45: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la perspectiva de la atención brindada a los pacientes y familiares, en

la Institución. Cumaná 2012.



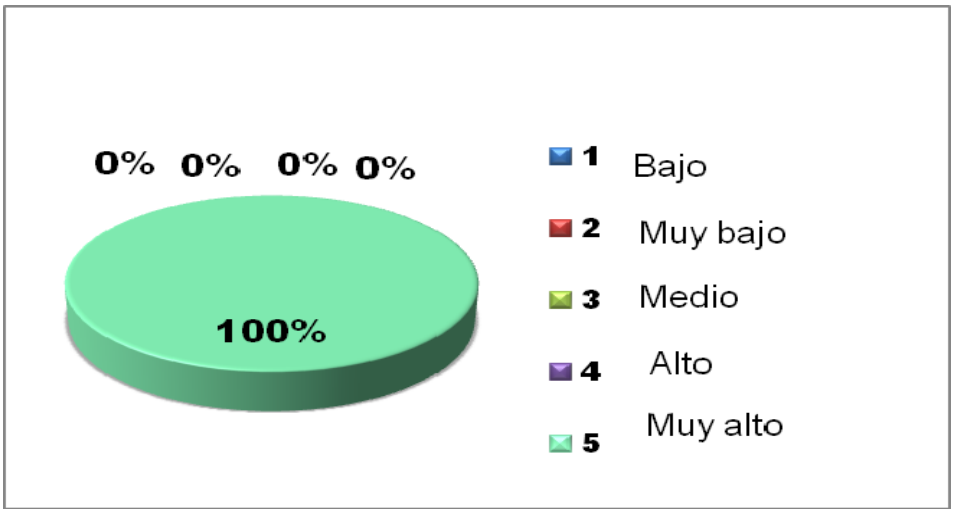
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Al observar los resultados obtenidos se puede captar que los profesionales galenos entrevistados opinan que “casi siempre” le brindan la atención adecuada a los pacientes cuando accede a los servicios del C.D.I. “Fe y Alegría”, debido a que, el tratamiento recomendado por él ha solventado el problema de salud que éstos presentaban. Sin olvidar la atención de calidad y la eficiencia en el proceso. Obteniendo esta opción con porcentaje mayoritario de 66,67% y un porcentaje menor alega que “siempre” atiende adecuadamente, obteniendo como resultado 33,33% de los profesionales entrevistados al parecer están cumpliendo sus funciones tal como lo plantea las leyes, aspecto positivo a considerar en esta investigación por cuanto repercute satisfactoriamente en una relación sana y saludable entre médicos, pacientes y familiares.

b.2 Relaciones Interpersonales y la relación médico-paciente-familia. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Son aquellas relaciones que el médico establece con sus pacientes y los emparentados de estos en pro de satisfacer sus necesidades. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 46: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la participación facilitada a los pacientes en el tratamiento prescrito ése centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los porcentajes obtenidos mediante informaciones apartadas por los médicos entrevistados en el C.D.I. “Fe y Alegría”, se puede captar que la opción con más alto porcentaje concerniente al nivel de participación que les brinda a los pacientes y familiares que acceden a sus servicios, opinan ofrecerles a todos los habitantes un nivel de participación “muy alto” en relación al tratamiento prescrito con el propósito de que estos conozcan la situación problema que padecen. Situación contradictoria de acuerdo a aspectos señalados anteriormente. Véase gráfica Nº 45, donde los profesionales de la salud de este mismo Centro asistencial afirman que la

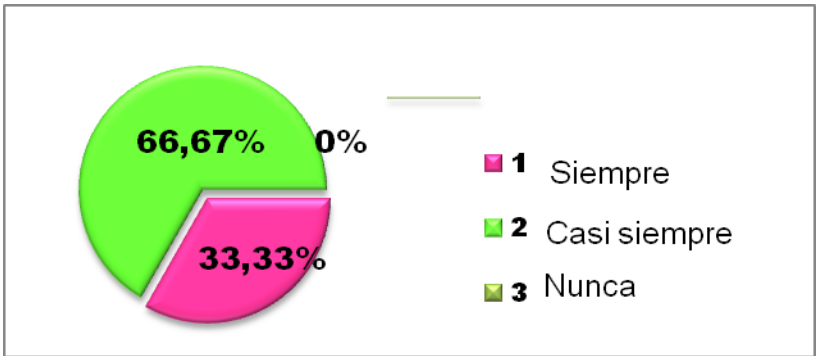
relación médico-paciente-familia que se establece en dicha institución “Casi Siempre” es adecuada.

Siendo las cosas así resulta contradictorio lo planteado. Debido a lo acontecido en este punto, debe ser abordado por las autoridades de la misma institución para que puedan esclarecer la situación presentada lo que repercute desfavorablemente en la relación médico-paciente-familia.

b.3 Retroalimentación y la relación médico-paciente-familia. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Se refiere a ese conjunto de respuestas o reacciones que puede lograr el médico durante el proceso de interacción con los habitantes que acceden a sus servicios. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 47: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la retroalimentación que mantiene con los pacientes durante la consulta, en ése centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Al observar los resultados obtenidos se puede captar que el profesional médico (a) entrevistado señaló que “casi siempre” toman en cuenta la opinión

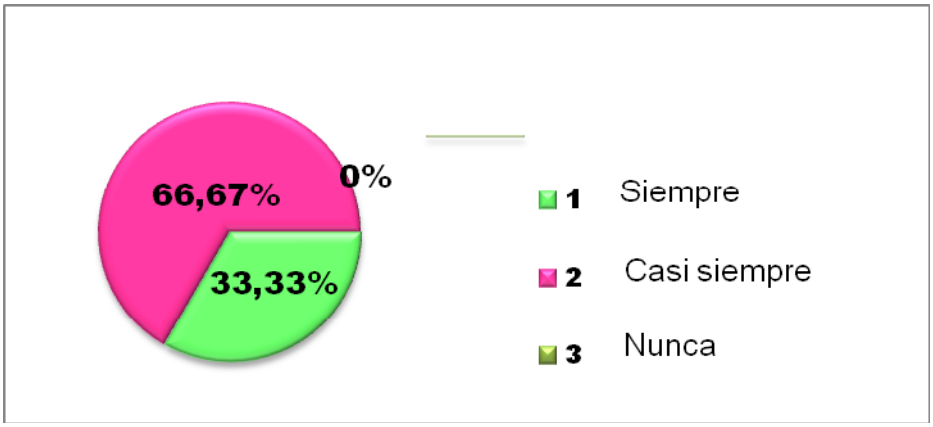
de los pacientes y familiares durante la consulta médica, con respecto a su estado de salud; obteniendo esta opción con un porcentaje mayoritario 66,67%. Un porcentaje menor e importante alega “siempre” tomar en consideración la opinión de las personas que acuden a sus servicios en relación a su estado de salud, obteniendo como porcentaje 33,33%.

Situación contradictoria, debido a que lo planteado puede explicarse en función a que: el médico por su formación asume que él es el responsable del acto de atención y el paciente debe seguir las indicaciones, situación que en este caso el médico en ejercicio debe de pensar; ya que, la nueva tendencia es que el paciente tenga más participación y de su opinión durante su consulta y ésta sea respetada. Sin embargo, se ha señalado que un alto porcentaje de profesionales de la salud aseveran que “casi-siempre” toman en cuenta la opinión de pacientes y familiares, en relación a su problema de salud. Realidad que debe ser atendida por las autoridades las cuales deben encarguen de suprimir esos factores que dificultan el fortalecimiento de la relación médico-paciente-familia. Véase gráfica Nº 46. Donde los profesionales aseguran brindarles a los habitantes del área de influencia C.D.I. “Fe y Alegría”, un nivel de participación “muy alto” logrando el bienestar de todos(as) y cada uno de los ciudadanos(as) sin exclusión.

b.4 El contacto en la relación médico -paciente -familia. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Consiste en el afecto óptimo que puede consolidar el galeno (a) durante la consulta. Con el fin último de satisfacer las necesidades de las personas que van en busca de sus servicios. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 48: Distribución porcentual de los familiares del C.D.I. Fe y Alegría según la interacción establecida con el médico, en ese centro asistencial. Cumana 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los resultados obtenidos de la población de los galenos entrevistados se puede captar, un porcentaje mayoritario opina que, los pacientes y sus familiares “casi siempre” les permiten crear un ambiente armónico, cuando establecen contactos obteniendo esta opción 66,67%. Un porcentaje menor y también importante manifiesta “siempre” establecer durante la consulta prestada a pacientes y familiares, un ambiente agradable. Obteniendo como porcentaje 33,33%.

Es evidente que la opción con mayor porcentaje referente a la interacción que establece con los pacientes y familiares es “casi siempre”. Esto pudiera deberse a que el médico (a) trata a los paciente y familiares sólo desde una perspectiva profesional estableciendo una distancia para no involucrarse en lo personal. Situación que debe ser abordada por las autoridades de la misma institución donde posiblemente se están presentando debilidades que pudieran que generan temor y desconfianza en los habitantes que acceden a los servicios donde también se ve afectada su

relación con los profesionales de la salud y por su puesto su condición de salud.

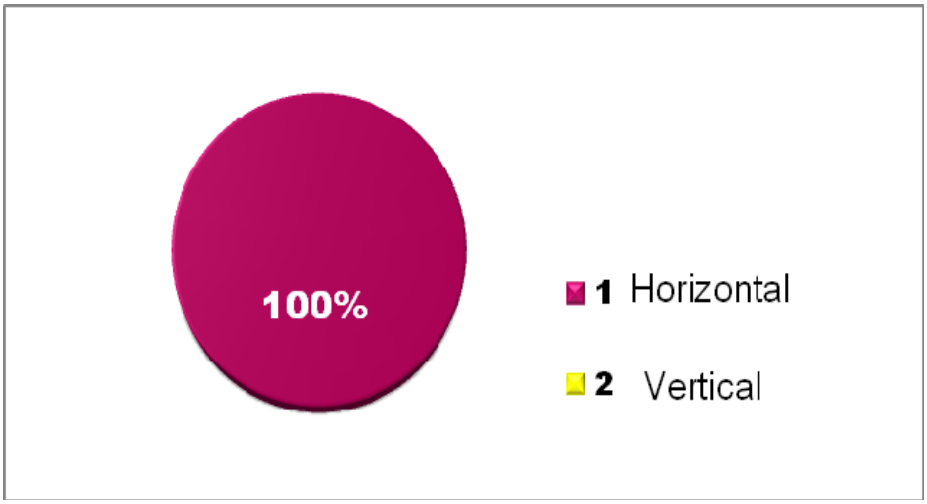
No obstante un porcentaje menor y importante, opina que “siempre” cuando establecen contacto con los pacientes y familiares de estos generan confianza hasta lograr un ambiente armónico, debido a que consideran el contacto verbal necesario para el éxito de la relación médico-paciente-familia, donde todos sin discriminación de género y raza sean satisfechos, así como lo establece la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), entre otras leyes.

b.5 Tipo de relación entre médico-paciente-familia, desde el punto de vista del profesional.Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Consiste en la forma de como el galeno(a) lleva a cabo la práctica médica con los habitantes que acceden a sus servicios .A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 49: Distribución porcentual de médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según el tipo de relación establecida con los pacientes y sus familiares en la

consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

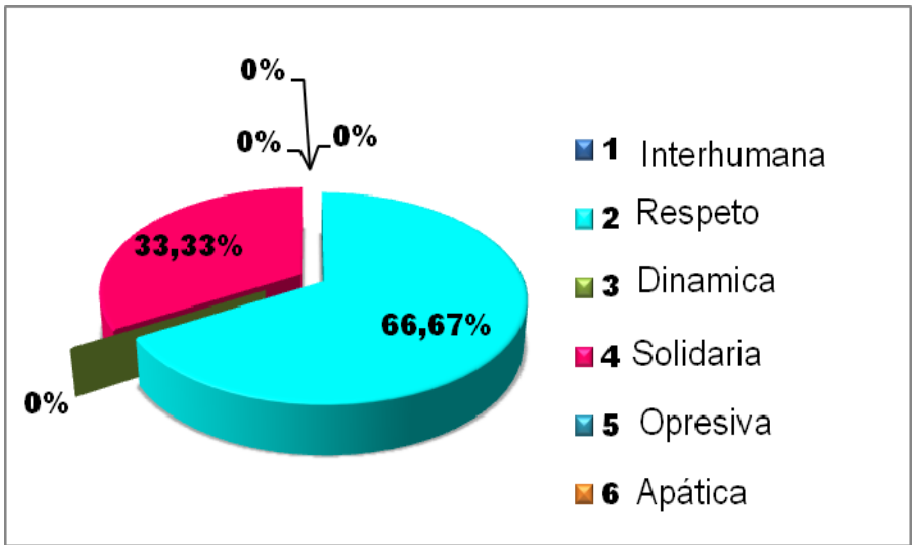
Al observar los resultados obtenidos se puede captar que los médicos entrevistados en el C.D.I. “Fe y Alegría” señalan con 100%, que ellos ofrecen a las poblaciones de pacientes y familiares una relación “horizontal”. Recalcando que una de las directrices aprendidas en el curso de su formación como profesionales es la de comunicarse continuamente en lo posible con sinceridad y transparencia con las personas que acceden a sus servicios. Situación contradictoria, tomando en cuenta aspectos señalados anteriormente. Véase las gráficas Nº 45, 47, 48. Donde porcentajes mayoritarios de profesionales señalan que “casi siempre” la relación médico-paciente-familia es adecuada. “casi siempre” toman en consideración la opinión de pacientes y familiares durante la consulta con respecto a su estado de salud, casi siempre” cuando establecen contacto con los pacientes y consanguíneos estos les permiten crear ambiente de confianza. Viendo estas debilidades suele ser contradictorio que la relación entre ellos, pacientes y familiares sea “horizontal”. Por esta razón, las autoridades de dicha institución deben escudriñar el porqué se están presentando estas

irregularidades que pudieran violentar la relación médico-paciente-familia ocasionando consecuencias irreparables.

b.6 Características de los galenos en la relación médico-paciente familia. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Se refiere a las cualidades morales que el profesional siente por los pacientes y familiares cuando les facilita servicios. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 50: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. "Fe y Alegría" según las características que asume su relación con los pacientes en el servicio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En torno a los porcentajes obtenidos se puede captar que los médicos entrevistados en el C.D.I. "Fe y Alegría" asumen una relación con característica de "respeto", obteniendo esta opción con un porcentaje

mayoritario de 66,67%. Un porcentaje menor y también de interés asumen como “Solidaria” la relación con los pacientes y familiares, obteniendo 33,33%.

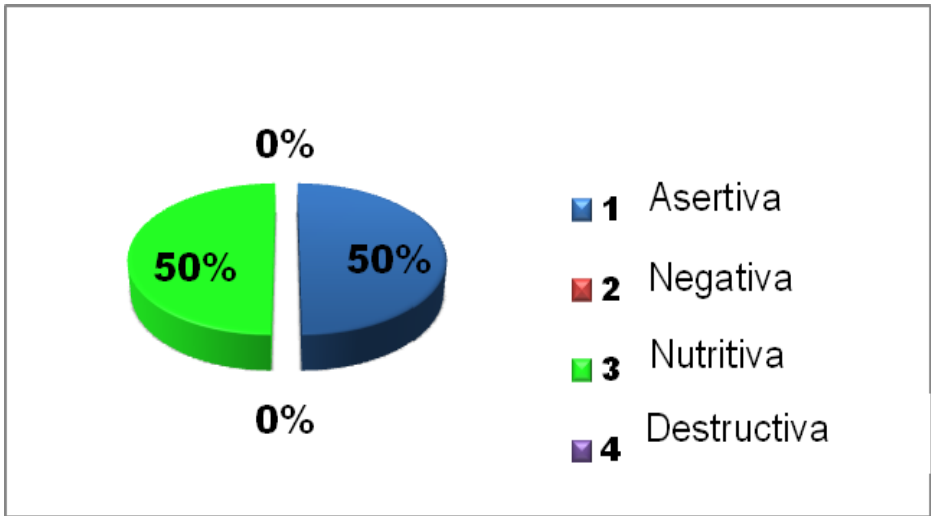
Lo planteado es una fortaleza que debe ser considerada en esta investigación ya que, los profesionales de la salud de este centro muestran valorar a sus pacientes y emparentados, siendo esta una forma amable para mantener afecto y productividad en la triada médico-paciente-familia y por su puesto en una mejor calidad de vida tal como lo estipula la Ley de Ejercicio Médico, Ley Orgánica de Salud, entre otras.

b.7 Percepción de los profesionales galenos (as) sobre su relación con los pacientes y sus familiares en el servicio.

Se refiere a como el médico(a) define su relación con los pacientes y familiares. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 51: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción que asume su relación con los pacientes y sus familiares

en el servicio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

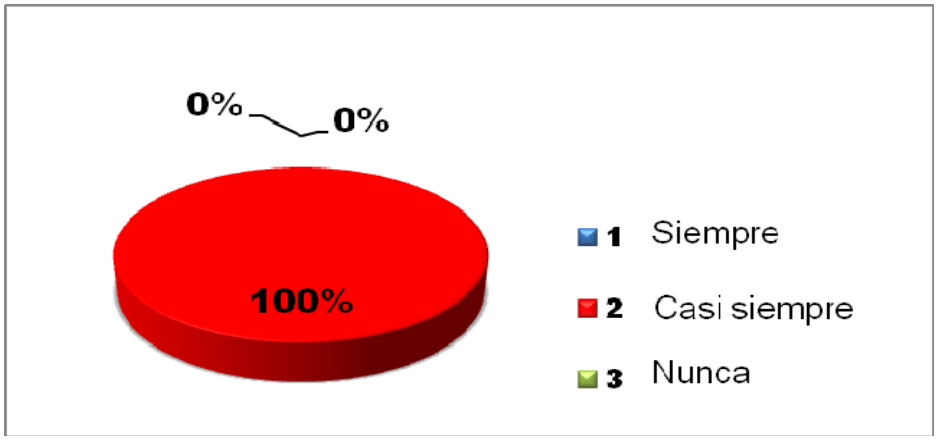
En relación a los resultados obtenidos de los galenos (a) entrevistados en el C.D.I. “Fe y Alegría” concerniente a la como califican su relación médico-paciente-familia. Se puede captar que alegan una relación “asertiva” con los pacientes y familiares durante la consulta, obteniendo esta opción 50% y “nutritiva” con 50% también. Aspecto positivo que debe resaltar en esta investigación pero, cabe señalar que esta fortaleza, suele ser contradictoria de acuerdo aspectos señalados anteriormente donde galenas aseveran en las gráficas Nº 45,4748 que “casi siempre” toman en consideración la opinión de los pacientes y familiares, para así lograr mantener una relación “asertiva y nutritiva”. Situación problema que debe ser indagada por las autoridades de la misma institución estudiada para que observe paulatinamente las fallas que pudieran estar presentándose y lo que imposibilita la satisfacción en la relación médico-paciente-familia.

b.8 Percepción de la interrelación que asume el galeno (a) en función a la relación médico-paciente familia. Desde la óptica de los profesionales médico

(a).

Este aspecto contempla la opinión del profesional de la salud en relación a la reciprocidad que mantiene al atender a los pacientes y familiares que visitan la institución estudiada. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 52: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción de la interrelación que asume su relación con los pacientes y sus familiares en el servicio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Al observar los resultados arrojados por los médicos (a) en cuanto la opinión de la interrelación con los pacientes y familiares, se puede captar que esta población entrevistada alegan que “casi siempre” el profesional establece contactos favorables para la relación obteniendo esta opción con 100%.

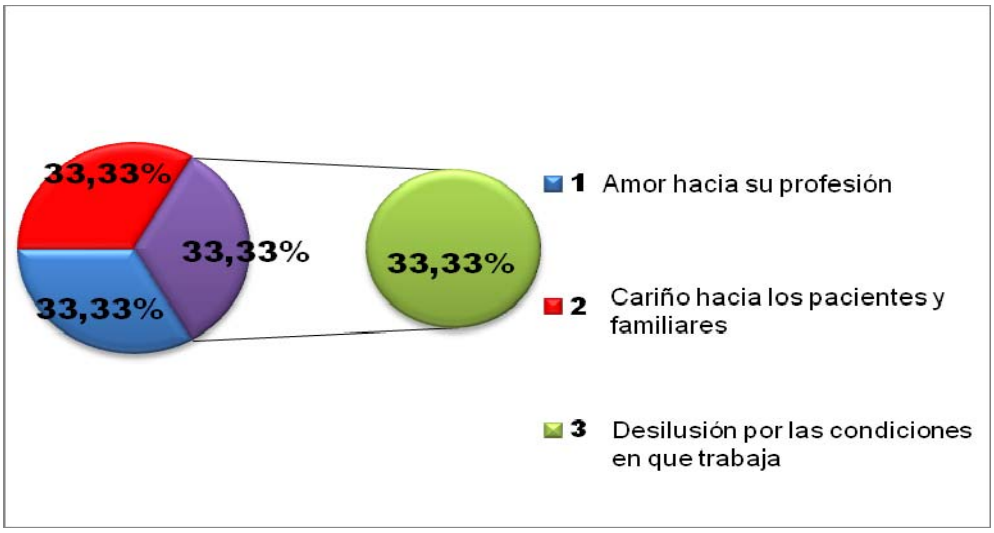
Cabe destacar que, los médicos plantean la forma de ellos hablar con los usuarios que acuden a sus servicios “casi siempre” les permiten una óptima relación, esto pudiera deberse a la gran demanda de pacientes y

familiares que acceden al servicio donde los médicos aunque estén dispuestos a ofrecer afecto para fortalecer una relación médico-paciente-familia fructífera, no son suficientes en relación a la demanda de la población, debido al cansancio y agotamiento. Aspecto negativo, debido a que lo planteado en los documentos legales no se están cumpliendo completamente y a la vez repercute negativamente en la relación médico-paciente-familia ocasionando por un lado en pacientes y familiares discriminación por no ser atendidos satisfactoriamente, y por el otro profesionales amenazados por irregularidades que tal vez se le escapan de las manos. Por estas razones las autoridades de dicho Centro asistencial deberían revisar las debilidades que pudieran estar presentándose, y así evitar la calidad del servicio en dicho centro de diagnóstico integral.

b.9 Sentimientos generados en la relación médico-paciente-familia. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Se refiere al afecto que surge de parte de los profesionales hacia los pacientes y familiares.A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 53: Distribución porcentual de los médicos del CDI “Fe y Alegría” según los sentimientos surgidos por la interrelación con los pacientes y sus familiares en el servicio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación con los resultados obtenidos se puede apreciar que los profesionales de la salud entrevistados opinan que en el C.D.I. “Fe y Alegría” el trato con pacientes y familiares le generan sentimientos de “amor hacia su profesión” “cariño hacia los pacientes y familiares” “desilusión” por las condiciones en que trabaja obteniendo cada una de las opciones 33,33%.

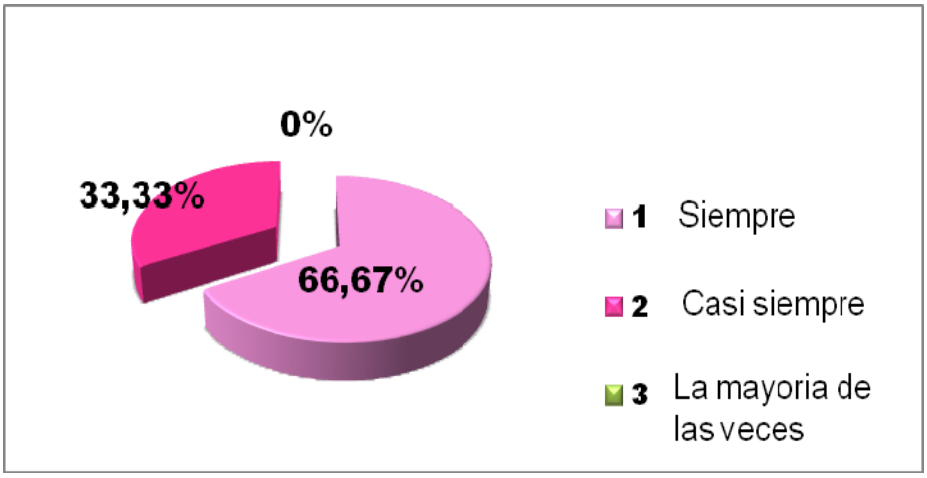
Los resultados son importantes interpretarlos debido a que como se ha señalado los profesionales parecen sentir identificación por su desempeño laboral, tratando en lo posible facilitar sus servicios con calidad, demostrando lo importante que son sus pacientes y los familiares, aspecto positivo por cuanto el galeno se ocupa por lo que hacen y como lo hacen, alegando que es la mejor manera de obtener una relación satisfactoria en su consultorio, tal cual lo establecen los documentos legales de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica de Salud, entre otras.

Con respecto a la opción “desilusión” por las condiciones en las que trabajan es un punto para las autoridades las cuales deberán inspeccionar el porqué de esa posibles debilidades que pudieran estar afectando la relación médico-paciente-familia en institución estudiada.

b.10 Satisfacción en los pacientes por el tratamiento recomendado. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Consiste en que tan eficiente, son los tratamientos recomendados por el profesional y que grado de productividad ocasiona en los pacientes y familiares. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto

Gráfico Nº 54: Distribución porcentual de los médicos del C.D.I. “Fe y Alegría” según la percepción del tratamiento recomendado a los pacientes durante la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Al observar los resultados obtenidos se puede captar que los profesionales entrevistados opinan que en Centro Diagnóstico Integral “Fe y

Alegría" "siempre" los tratamientos recomendados les ayudan satisfactoriamente a los pacientes obteniendo esta opción 66,67%. Un porcentaje menor opina que "casi siempre" funciona el tratamiento, obteniendo como resultado de 33,33%.

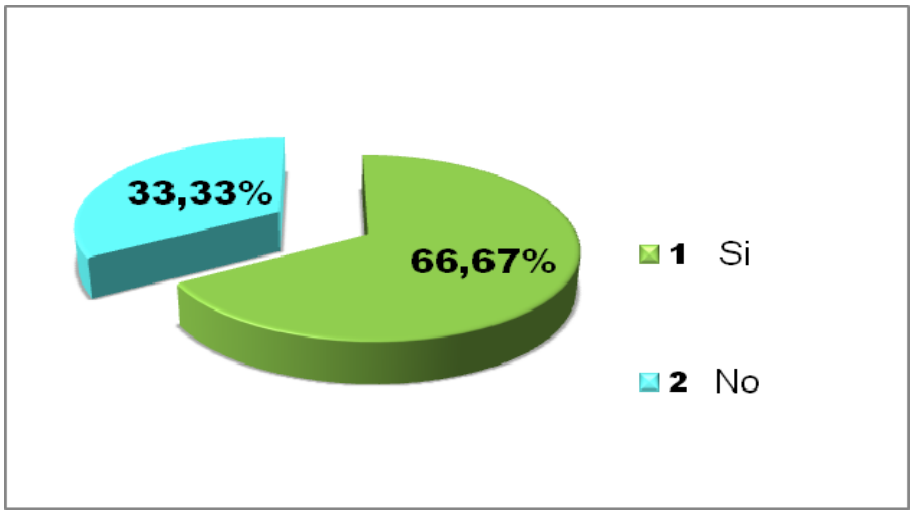
Ambos resultados son importantes analizarlos debido a que como se ha señalado un alto porcentaje opina que en este centro de salud la práctica médica vela por la satisfacción de los pacientes en cuanto al tratamiento recomendado, aspecto positivo que debe resaltar en esta investigación por cuanto los establecido en la Ley del Ejercicio Médico, se está cumpliendo y a la vez repercute en la población de manera favorable.

En relación al porcentaje menor y también de interés mantienen que "casi siempre" el tratamiento recomendado ayuda satisfactoriamente, debe ser un punto para las autoridades de dicha institución, explorar sobre ciertos aspectos negativos que pudieran estar presentándose y que no permiten satisfacción en la población que accede en busca de ayuda médica.

b.11 Trato que reciben los profesionales en la relación médico-paciente-familia. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Este punto se refiere al afecto que el médico (a) espera recibir de sus pacientes y los familiares. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 55: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a sí sean sentido amenazados por los pacientes y familiares durante el proceso de consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los resultados obtenidos se puede captar que los profesionales señalan que “si” se han sentido amenazados por pacientes y familiares, obteniendo esta opción 66,67%. Un porcentaje menor que alega “no” tener ningún tipo de problemas con sus pacientes y emparentados cuando acuden a sus servicios, obteniendo como porcentaje 33,33%.

Ambos resultados son importantes interpretar, debido a que como se ha señalado, un alto porcentaje alega haber recibido trato inadecuado de parte de los pacientes y familiares que acuden a determinado Centro Asistencial. Aspecto negativo, que pudiera deberse a la insatisfacción con el servicio por las carencias en cuanto a insumos materiales y poco personal médico para la gran población que acude al área de influencia C.D.I., así como también a la impaciencia de los usuarios al esperar su turno. Tema que debe ser abordado por las autoridades competentes de la institución donde pudieran

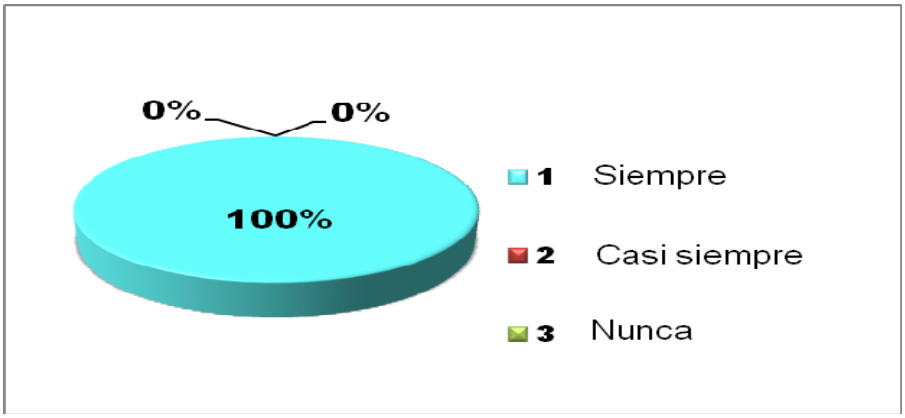
estar presentando debilidades que afectan la relación médico-paciente-familia.

En cuanto al porcentaje menor también de interés alegan “no” recibir amenazas por los pacientes y familiares quienes les prestan sus servicios. Corroboran que cumplen con participar a los usuarios el proceso de su servicio, las carencias presentadas en el momento y de crear un ambiente de confianza para ganar y ofrecer respeto y así mantener una buena relación médico-paciente-familia. Aspecto positivo que debe resaltar en esta investigación debido a que los profesionales ejecutan su rol como lo establece la Constitución y la Ley del Ejercicio Médico. Repercutiendo satisfactoriamente en la interrelación con los usuarios logrando que la relación funcione sin ninguna incidencia desfavorable.

b.12 El respeto a pacientes y familiares por parte del profesional. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Consiste en el valor integro que asume el galeno(a) para con sus pacientes y los familiares al momento de brindarles servicios.A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 56: Distribución según la apreciación del respeto brindado a los pacientes y familiares porcentual de los médicos que laboran en el CDI “Fe y Alegría” en la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

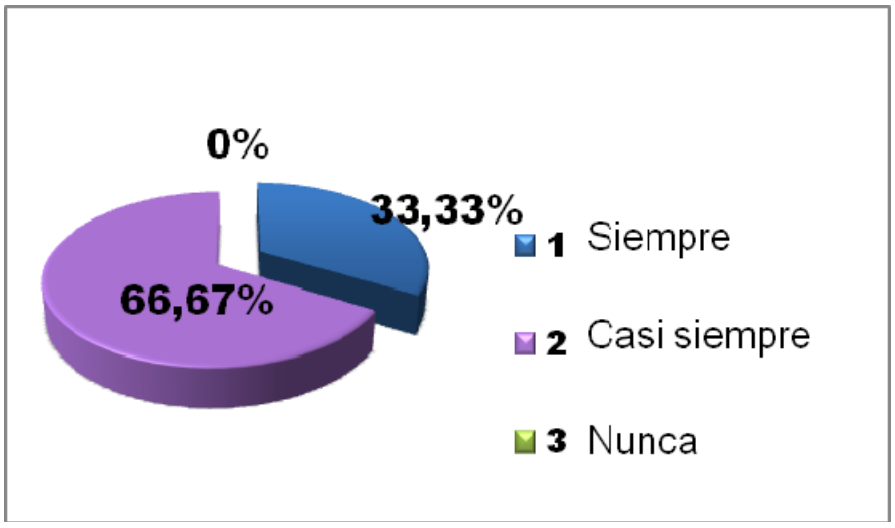
Al observar los resultados obtenidos por los médicos entrevistados en el C.D.I. “Fe y Alegría”, se puede captar que consideran “siempre” respetar a los pacientes y familiares durante su consulta médica, obteniendo como resultado 100%

Lo expuesto, es una fortaleza que debe considerarse en esta investigación, pero de acuerdo a ciertos aspectos señalados anteriormente suele ser contradictorio, véase las gráficas Nº 45,47, 48. Donde los profesionales de la salud especifican que su relación con sus pacientes y los familiares es poco adecuada lo que pudiera deberse a las vicisitudes presentadas en los análisis anteriores las cuales podrían ocasionar graves consecuencias en el bienestar de los habitantes que padecen la enfermedad.

b.13 El respeto al médico en la relación en la relación médico-paciente-familia. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Se refiere a la apreciación del afecto que recibe el profesional por de parte de sus pacientes y los familiares, en el transcurso del servicio. A continuación se muestran resultados obtenidos referentes a este aspecto.

Gráfico Nº 57: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. "Fe y Alegría" según la apreciación del respeto recibido por pacientes y familiares en la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Según los resultados presenciado referentes al respecto al médico por los pacientes y familiares durante la consulta del C.D.I. "Fe y Alegría", se puede observar un porcentaje mayor opinan "casi siempre" recibir respeto durante sus servicios, obteniendo esta opción 66,67%. Un porcentaje menor afirma que "siempre" se siente respetado por las personas que atienden en su consultorio obteniendo esta opción 33,33%.

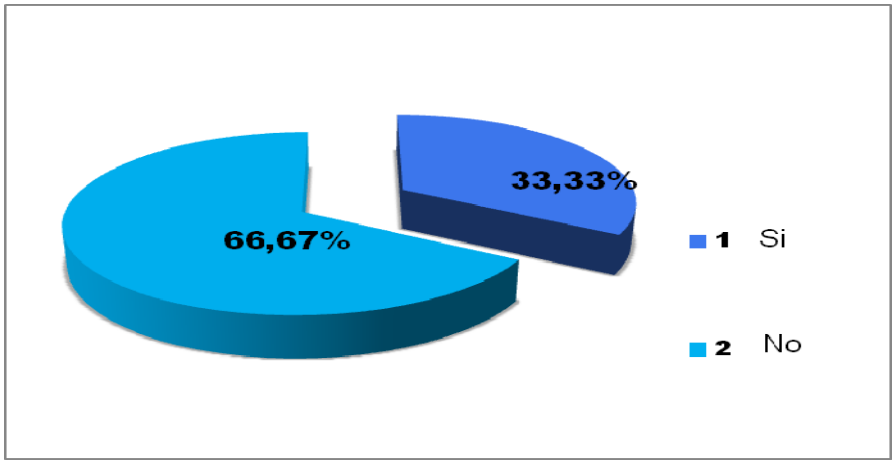
Evidentemente los resultados obtenidos muestran su importancia para este tema de estudio debido a que como se ha señalado un alto porcentaje de médicos entrevistados opinan que “casi siempre” reciben respeto por pacientes y familiares. Esto pudiera deberse a ciertas amenazas que se han estado presentando en este centro de salud donde los profesionales se han visto involucrados. Aspecto negativo por cuanto lo establecido legalmente no se está cumpliendo completamente, punto que debe ser tratado por las autoridades competentes ,las cuales darán respuestas a la situación presentada donde la población de profesionales al parecer se están viendo afectadas y por lo general la relación en la triada también puede ser debilitada.

De acuerdo al porcentaje menor alegan “siempre” recibir respeto debido a que cuando prestan sus servicios muestran a los pacientes y familiares sinceridad al interactuar y afecto como elemento fundamental en la relación médico-paciente-familia. Aspecto positivo por cuanto se está cumpliendo en ciertas partes de la población lo establecido en los documentos legales generando satisfacción al profesional y a los pacientes y consanguíneos.

b.14 La tolerancia y la relación médico paciente familia. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Se refiera a la capacidad que poseen los profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” para atender a las poblaciones demandantes violentar sus derechos. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 58: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” según la apreciación de la tolerancia establecida con pacientes y familiares en la consulta. Cumaná 2012.



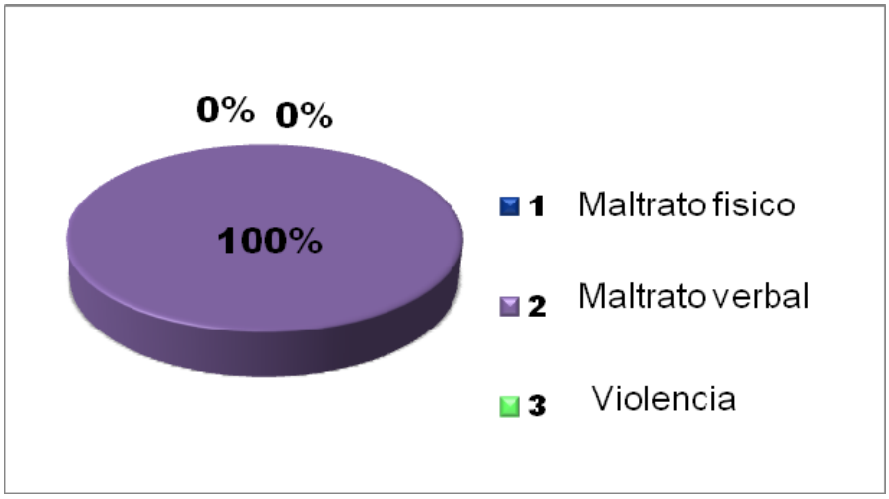
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En la relación a los resultados obtenidos mediante informaciones arrojadas por los profesionales de la salud, se puede captar un porcentaje de los entrevistados opina que durante sus servicios “no” han tenido conflictos o problemas con pacientes y familiares, obteniendo esta opción 66,67%. Un porcentaje menor y también significativo señalan “si” haber tenido conflictos con pacientes o familiares, obteniendo como resultado 33,33%. Situación contradictoria tomando en cuenta los aspectos señalados anteriormente, véase gráfica Nº 55, la cual ubica que los profesionales de la salud “Si” se han sentido amenazados verbalmente por los pacientes y familiares, lo que representa insatisfacción en la relación médico-paciente-familia. Punto que debe ser tratado por las autoridades de la misma institución, las cuales se encargaran de dar respuestas a estas debilidades que dificultan esta relación importantísima en el área de la salud.

b.15 Contingencias en la relación médico-paciente–familia. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Se refieren a los problemas o vicisitudes que han presenciado los profesionales en sus pacientes y familiares. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 59: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. "Fe y Alegría" según contingencias surgidas con pacientes y familiares en la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

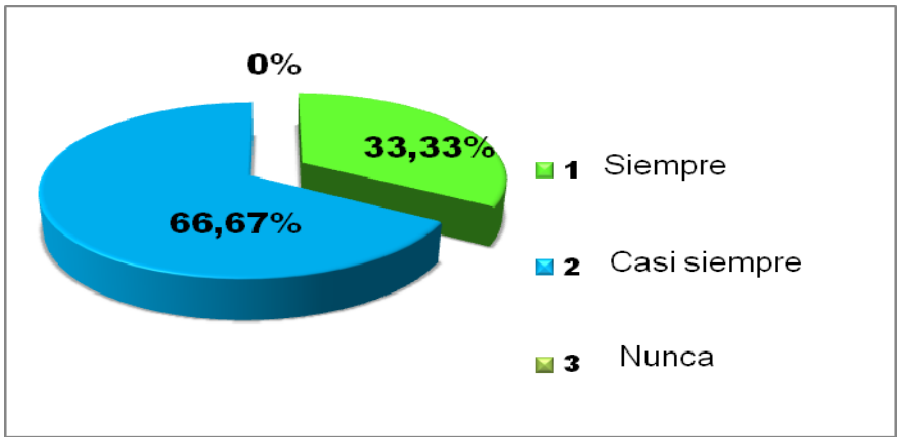
Al observar los resultados obtenidos mediante información recabadas por los médicos del C.D.I. "Fe y Alegría", se puede captar un porcentaje mayoritario coinciden con la misma opción de presentar "maltrato verbal" cuando prestan sus servicios a pacientes y familiares, obteniendo esta opción 100%. Situación contradictoria de acuerdo a los aspectos señalados anteriormente.

Lo planteado es una debilidad ya que, todos los profesionales de la salud de este Centro de Diagnóstico Integral “Fe y Alegría” opinan haber sido “maltratados verbalmente”, fenómeno que al parecer los preocupa por las posibles rupturas que pudieran estar presentándose en la relación entre la triada médico-paciente-familia, donde la población de algunos usuarios y consanguíneos se encargan de cuestionar su trabajo sin tener idea del porque ciertas fallas o carencias. Aspecto negativo que debe ser considerado por las autoridades competentes de la misma institución, revisar el porqué se están presentando posibles vicisitudes que imposibilitan la satisfacción en dicho centro de salud.

b.16 Motivación en los profesionales para continuar atendiendo a sus pacientes y los familiares. Desde la óptica de los profesionales médico (a).

Consiste en el impulso que mantiene el profesional para estimular a sus pacientes y familiares durante el servicio prestado en la institución estudiada. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 60: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría “según la apreciación de la motivación brindada a los pacientes en relación a la salud, en ése centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

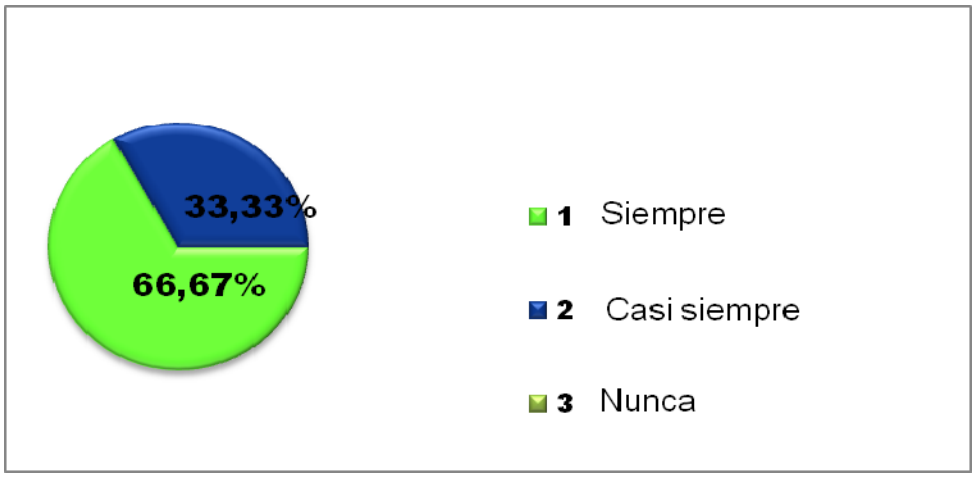
En la relación a los resultados obtenidos se puede captar que los galenos entrevistados en el C.D.I. “Fe y Alegría” opinan con un porcentaje y mayoritario motivan “casi siempre” durante la consulta a sus pacientes y familiares en relación al problema de salud. Obteniendo esta opción 66,67%. Un porcentaje menor e importante alega que durante su consulta “siempre” motiva a las personas que acceden a sus servicios obteniendo como resultado 33,33%.

Ambos resultados son importantes analizarlos debido a que como se ha señalado un alto porcentaje opina que la demanda de pacientes y familiares en este centro hospitalario es tan elevada que “casi siempre” los profesionales los motivan en relación a su estado de salud. Esto pudiera deberse a que el tiempo le es corto para dedicarles afectos a todos por igual. Aspecto negativo porque los establecido legalmente no se está cumpliendo

completamente y a la vez repercute desfavorablemente en la población área de influencia C.D.I. “Fe y Alegría”, agravando la relación. Situación que debe ser revisada por las autoridades donde puedan dar respuestas a las posibles irregularidades presentadas en el momento y que entorpecen de igual forma tal satisfacción en la relación.

No obstante un porcentaje menor y además significativo alegan que durante sus consultas motivan “Siempre” a los que padecen la enfermedad y emparentados en relación a su problema de salud. Aspecto positivo ya que, la motivación es fundamental para lograr o alcanzar fortalecer la relación médico-paciente-familia, y más cuando está de por medio la salud.

Gráfico Nº 61: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría “según la estimulo surgido por los pacientes y familiares, en ése centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los porcentajes obtenidos por la población de galenos estudiada que presta servicios en el C.D.I. “Fe y Alegría” se puede captar un porcentaje mayoritario opina “siempre” los pacientes y familiares les inspira

continuar atendiéndolos aunque hayan tenido indiferencias en la consulta. Obteniendo esta opción 66,67%. Un porcentaje menor e importante plantea que “Casi Siempre” les motivan continuar atendiéndolos, obteniendo 33,33%.

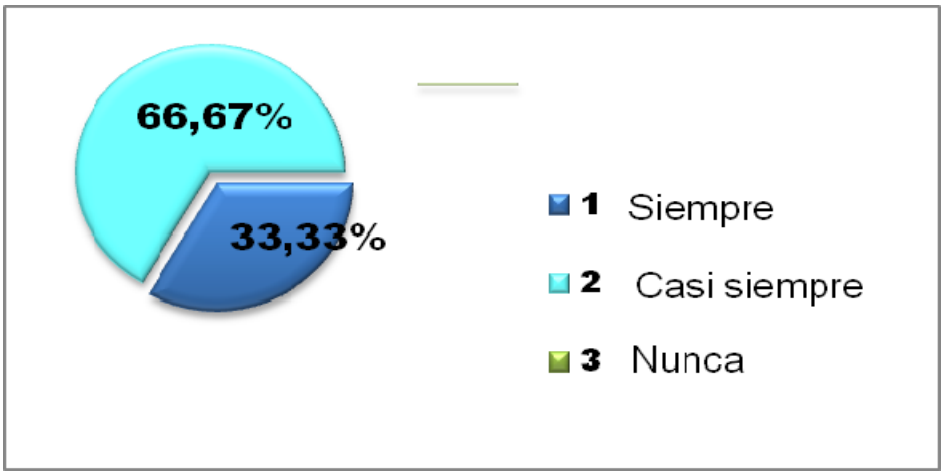
Ambos resultados son importantes analizarlos debido a que como se ha señalado un elevado porcentaje opina que a pesar de las vicisitudes presentadas con los pacientes, estos los inspira continuar atendiéndolos pensando que es la mejor estrategia para ayudar a condicionar ese comportamiento y lograr satisfacer sus necesidades en la relación médico-paciente-familia.

Aspecto positivo, debido a que lo establecido en los documentos legales tales como: la Carta Magna, Ley del Ejercicio Médico, Ley Orgánica de Salud, entre otras. Se está cumpliendo satisfactoriamente en gran parte de la población área de influencia C.D.I. “Fe y Alegría”.

De acuerdo al porcentaje menor y significativo consideran “casi siempre” sentirse motivados para continuar atendiéndolos. Esto pudiera deberse al orgullo como profesionales o temor que los pacientes y familiares atienden violentamente contra ellos. Situación que debe ser abordada por las autoridades correspondientes del C.D.I. para que puedan dar respuestas a esas posibles debilidades presentadas en la institución estudiada y donde también se ve afectada la relación médico-paciente-familia.

b.17 Expectativas de los profesionales médicos sobre la relación médico-paciente–familia.

Gráfico Nº 62: Distribución porcentual de los profesionales en medicina adscriptos al C.D.I. “Fe y Alegría” según su opinión sobre si la relación médico-paciente-familia que se establece en la institución es adecuada. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Laín citado por Broga (2012:01), documento en línea, plantea que la relación médico-paciente-familia es “el acto central de la actividad clínica”; por tanto implica una interacción entre sujetos que necesitan ser entendidos desde el ámbito en el cual se da la interrelación. Hecho por el cual, el escenario es fundamental y condiciona la forma en que se desarrolla la triada y la percepción que se le dé a la misma.

En tal sentido, en el C.D.I. “Fe y Alegría” del 100% del equipo médico entrevistado y que presta sus labores allí el 66,67% manifestó que la relación médico-paciente-familia desarrollada en la institución“casi siempre” es apropiada; en cambio, un 33,33% expreso que “siempre” es adecuada, por lo cual procuran mantener en armonía la relación que establecen con sus pacientes y familiares durante la atención en el consultorio. Sin embargo, el

mayor porcentaje referido, vislumbra fallas dentro de la relación de estudio establecida en ése centro médico, lo cual representa un aspecto a potencializar entre el equipo galeno del C.D.I.

Situación reflejada en la tabla N° 01, donde el 100% de los profesionales declaro que se debe fortalecer el capital humano de la institución, éste representa un indicador sobre las debilidades que presenta la triada establecida dentro de la institución, cuestión que tiene mucho impacto en la percepción y predisposición que expresaron algunos pacientes y familiares (2012), a las investigadoras de manera informal, sobre la interrelación que han establecido con los médicos, sobre todo de nacionalidad Cubana, que laboran allí.

Además, tal debilidad es una necesidad que debería ser regularizada por el departamento de Trabajo Social del C.D.I; pero, como se puede apreciar en el gráfico N° 66, el 66,67% del quipo de tal área no lo hace. Cuestión que llama mucho la atención; debido a que, se le está restando importancia a lo vital que representa para la institución tener un servicio de calidad y canalizar eficientemente las necesidades de salud de las personas que acuden allí en busca de mejorar su condición de salud.

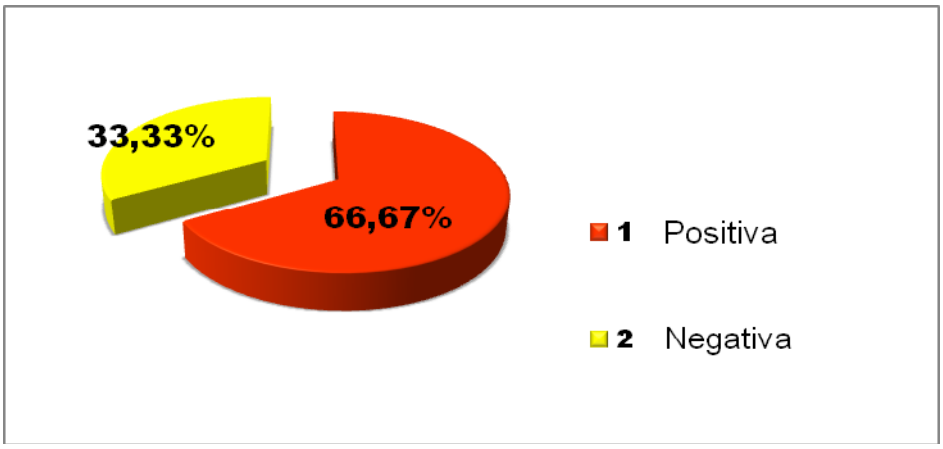
Cabe resaltar que, de no ser canalizado eficazmente éste aspecto, ello repercutirá negativamente sobre la salud de los pacientes que frecuentan el servicio; ya que, se estaría creando una barrera dentro de la relación de estudio, al estar predispuestos éstos en acudir al consultorio. Lo cual generaría que los pacientes decidan acudir a otro centro asistencial menos accesible.

Se hace notorio que tal situación, se debe atender y mejorar la

interacción dentro de la relación de estudio en la institución para que sean empáticos y se canalice asertivamente la situación de salud que presenta los pacientes que frecuentan la institución, además de facilitar al usuario y la comunidad una atención médica como la estipulada por la Organización Mundial de la Salud.

b.18 Apreciación que dan los profesionales médicos al trato recibido por los pacientes y familiares durante la consulta.

Gráfico Nº 63: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. "Fe y Alegría" en relación a la apreciación que dan al trato recibido por los pacientes y familiares durante la consulta. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) citada por Rondell (2012:15) relata que la atención médica representa "el conjuntos de acciones directas y específicas destinadas a poner al alcance del mayor número posible de individuos, su familia y la comunidad los recursos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud". Dentro de ésta se encuentra implícito el trato que el equipo médico de la institución de salud

debe brindar y recibir de los pacientes o usuarios del servicio, entendiendo que para Definición.net (2012:01), documento en línea, el trato es “relacionarse con un individuo. Por ello, dentro de la relación médico-paciente-familia, ésta sociabilidad debe hacerse de una manera adecuada, en donde se respeten los derechos y deberes de ambas partes.

En virtud de ello, en el gráfico N° 63,el 66,67% de los médico de C.D.I entrevistados expresaron que su opinión sobre el trato recibido por los pacientes y familiares durante la consulta es “positiva”; sin embargo, un 33,37% declaro que la misma es “negativa”, debido a inconvenientes presentados con algunos pacientes que acudieron en busca de atención médica bajo el efecto de sustancias psicotrópicas y por su condición violentaron las normas de comunicación, dejando manifestar su incomprensión con la dinámica propia del proceso de la atención ofrecida por los profesionales en consulta y egoísmo, incomprensión e inconsciencia hacia los demás pacientes en espera al querer ser atendidos de inmediato habiendo pacientes antes que éste con igual o mayor urgencia de recibir atención médica.

Es importante destacar que, en general la atención e interacción entre la relación médico-paciente-familia es nutritiva y armónica, según la información recopilada por las autoras (2012) con la entrevista; ya que los galenos de la Institución propician que así lo sea, al poner en práctica las estrategias obtenidas de su formación profesional para relacionarse asertivamente con los pacientes y familiares de los mismos. Aunque en ocasiones ocurren sucesos que escapan de sus manos y por tanto no pueden controlar.

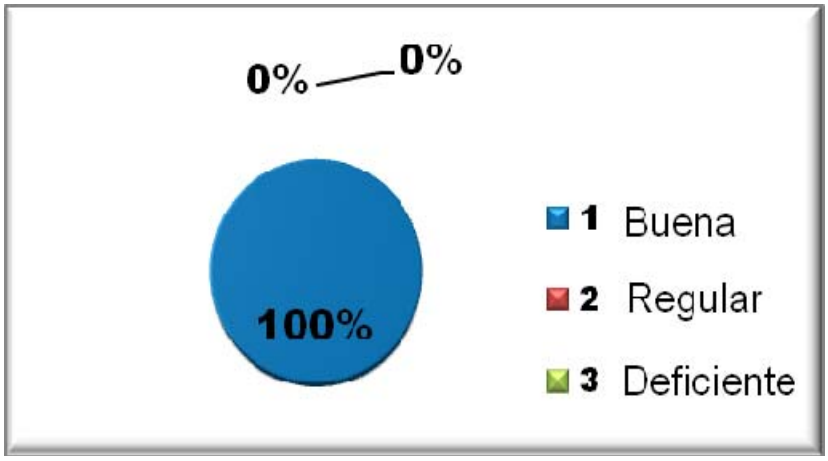
Por otro lado, se debe destacar que el porcentaje de profesionales que

contesto haciendo referencia a lo negativo, es un elemento importante de prestar atención; ya que debe ser canalizado en procura de fortalecer la triada y el servicio dispensado por la institución. Además, dentro de la investigación es una de los aspectos a ser canalizado por las Trabajadoras Sociales del C.D.I., a fin de sensibilizar a los pacientes y familiares que acuden al servicio sobre sus deberes y derechos durante la consulta. Sin olvidar, fortalecer las normas de la comunicación humana.

c) Comunicación y la relación médico-paciente-familia.

La comunicación es el proceso mediante el cual las personas intercambian información de manera dinámica; por ello, para Satir (2003:30) "resulta el factor más importante que determina el tipo de relaciones que vaya a tener con los demás y lo que suceda en el mundo que lo rodea". A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 64: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. "Fe y Alegría" en relación a cómo definen la comunicación que mantienen en la relación que establecen con el paciente y sus familiares. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En el gráfico Nº 64, el 100% de los galenos entrevistados, por las investigadoras, expresaron definir la comunicación que mantiene en la relación con el paciente y sus familiares como buena. Éste hecho evidencia, ver anexos Nº 02 y 17, el interés del personal médico de la institución en aplicar técnicas y estrategias que le posibiliten comunicarse eficientemente con los usuarios, como se puede notar en los gráficos Nº 36 y 37 donde los mayores porcentajes de los pacientes y familiares utilizados en la investigación manifestaron considerar como buena la comunicación que el médico establece con ellos en el servicio.

Además demuestran que el personal, de las consultas, procura mantener una fluida reciprocidad en la relación de estudio, buscando mantener bien informado a los pacientes y familiares sobre el estado de salud detectado al usuario y las recomendaciones e indicaciones a seguir para mantener en equilibrio la salud de los mismos. También expresan que los profesionales en medicina ajustan los conocimientos que posee de acuerdo al nivel educativo y socio-cultural de los usuarios, como se puede notar en el anexo Nº 01, aplicando terminologías que éstos puedan comprender para así mejorar la comunicación con estos durante la consulta.

Cabe agregar que, éste aspecto es de mucha importancia para la investigación para fortalecer la relación de estudio; debido a que, a través de una comunicación asertiva se puede manifestar y canalizar eficientemente inquietudes, necesidades y reducir los niveles de ansiedad y preocupación que genera el padecer una enfermedad. En cambio, de ocurrir lo contario ello repercutirá negativamente en la salud de los usuarios, en la calidad y demanda al servicio de la institución. Sin olvidar que, la comunicación es un mecanismo indispensable para el ser humano mediante el cual se pueden

transmitir juicios, sentimientos y padecimientos, que al ser manifiestos se pueden encaminar por el receptor de acuerdo a sus capacidades y conocimientos.

En síntesis éste indicador es vital para la investigación por cuanto posibilita ubicar debilidades en la relación médico-paciente-familia al presentar de forma verbal o no las inquietudes y sintomatologías de los pacientes y familiares en procura de mejora y recuperar el estado de salud de los mismos.

En el caso referente a la comunicación, en el gráfico Nº 64, el 100% de los médicos entrevistados indicó que la interacción que mantiene en la relación con el paciente y sus familiares es buena, un 0% manifestó regular y el 0% opino que era mala. De ésta información se desprende el interés que posee el personal médico de la Institución por mantener una fluida reciprocidad en la relación de estudio, como se puede observar en el anexo Nº 02, así como bien informado y a los pacientes y sus familiares sobre el estado de salud detectado al usuario del servicio y las recomendaciones e indicaciones a seguir para mantenerse en equilibrio; ya que las mismas tiene una influencia importante en la mejoría de la salud del mismo.

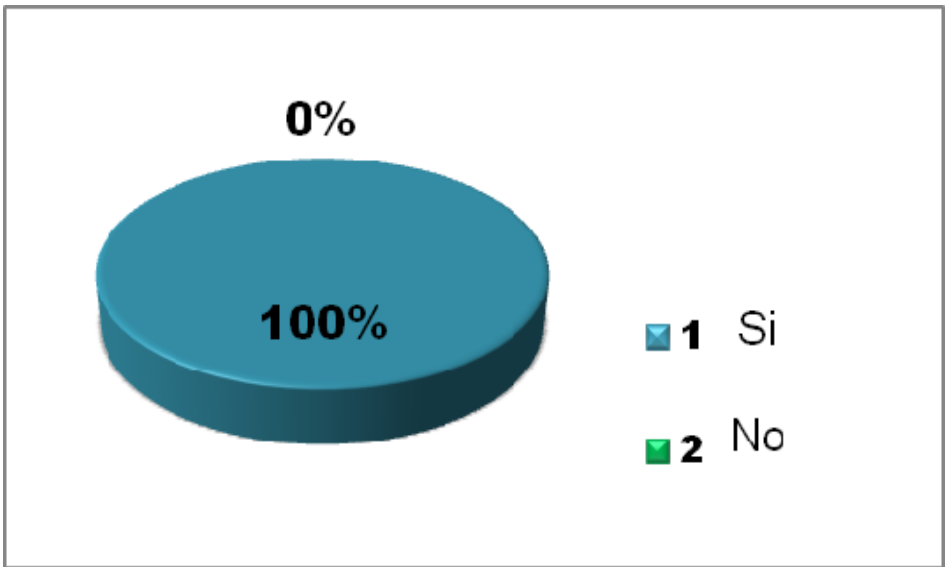
De igual forma, en el anexo Nº 01, se evidencia que el 100% del equipo médico al conversar con el paciente y sus familiares utiliza terminologías que éstos puedan comprender para que de esta forma puedan manejar su condición de vida y las anomalías detectadas. Además, si los pacientes y familiares llegan a manejar los términos expresados por el galeno, esto reduce los niveles de ansiedad que genera presentar una enfermedad.

4.3 FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA.

a) Participación en actividades de prevención en salud y la relación médico-paciente-familia.

Las autoras consideran que las actividades de prevención en salud van dirigidas a fortalecer el estado de salud de los ciudadanos y ciudadanas, y a facilitarles éstos mecanismos y herramientas para evitar contraer enfermedades que pongan en riesgo sus vidas. A continuación se muestran resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Gráfico Nº 65: Distribución porcentual de los Promotoras y Trabajadora Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si participa en actividades de prevención en salud desarrolladas por la comunidad. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En éste marco de consideraciones, en el grafico Nº 65, el 100% de las Promotoras y Trabajadora Social del C.D.I. de estudio manifiestan participar en tales actividades desarrolladas por la comunidad “Fe y Alegría”. Tal situación expresa el interés del Departamento de Bienestar Social y de la institución en colaborar en pro de potencializar la salud de las personas que allí conviven, procurando la sensibilización de estas para minimizar los factores de riesgo sobre la salud de los sujetos.

De esta forma, como se puede visualizar en el anexo Nº 03, persiguen evitar la propagación y contagio de dengue, cólera, infecciones de transmisión sexual, AH1N y hepatitis. De igual forma, educan sobre planificación familiar a los y las adolescentes para que éstos organicen, cuando decidan formar y establecer una unión nuclear propia, utilizar responsablemente métodos anticonceptivos al tomento de tomar la dedición de tener encuentros sexuales; sin olvidar orientar sobre la patología de diabetes y la hipertensión arterial y los efectos de todas las enfermedades sobre la salud.

Como se puede notar, la institución a través del departamento de Bienestar Social coadyuva en la prevención de las situaciones de salud más recurrentes canalizadas por el personal galeno que allí labora. Ésta situación revela la dedicación del C.D.I. de estudio en no solo atender las anomalías presentadas por los usuarios del servicio, sino brindar los mecanismos a los ciudadanos y ciudadanas para que estos erradiquen en lo posible los factores que estén incidiendo sobre tales situaciones. Por otro lado, desde el punto de vista administrativo es más factible prevenir enfermedades que atenderlas.

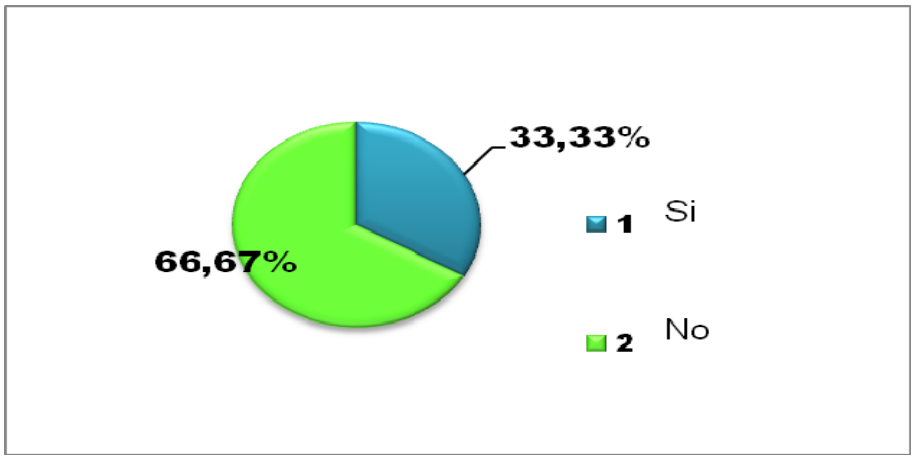
En otro orden de ideas, las actividades ya mencionadas son una de las funciones que desempeña el equipo social de la institución de investigación y dentro de la relación médico-paciente-familia siendo un elemento colaborador para fortalecer la relación estudiada, sirviendo de enlace y multiplicador de la información sobre salud que tiene el médico de su formación profesional y experiencia laboral.

b) Actividades dirigidas a mejorar la relación médico-paciente-familia.

La relación médico-paciente-familia no es más que la inter-relación establecida entre el galeno con el paciente y los familiares, por considerarse a éstos parte importante en el cumplimiento del tratamiento a seguir. De igual manera, Rodríguez (2006:02) define la relación estudiada como “una relación interpersonal (…) que sirve de base a la gestión de salud”. Tal situación refiere que la comunicación inter triángulo es de donde parte, por ser el primer paso, el proceso de canalización de situaciones de salud o enfermedades en el sistema de salud.

No obstante, ésta relación ha cambiado con el devenir de la ciencia, la tecnología y el transcurrir de los tiempos, con la serie de transformaciones que implica consigo, por la misma dinámica de la sociedad. Por tanto, se hace necesario investigar sobre el tema. Con ésta finalidad las investigadoras indagaron en el C.D.I., en relación a la ejecución de acciones dirigidas a fortalecer La relación ya mencionada.A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Gráfico N° 66: Distribución porcentual de las Promotores Sociales y Trabajadora Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si ejecutan actividades dirigidas a mejorar la relación médico-paciente-familia, en la institución. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

El 66,67 % de la nuestra negó aplicar tales actividades, en cambio, el 33,33 % afirmó hacerlo, como se puede notar en el gráfico N° 66. Estas evidencias demuestran la poca importancia que el personal del Departamento de Bienestar Social de la institución le da a fortalecer la relación médico-paciente-familia y canalizar eficientemente las situaciones negativas que se están presentando dentro del C.D.I., específicamente en el área de Emergencia, según información recopilada por las investigadoras (2012) a fuentes vivas de los usuarios frecuentes a los servicios de las instalaciones, restándole vigor al impacto que tiene ésta relación en la recuperación de los pacientes y en mantener un estado óptimo de la salud de las personas que habitan en las zonas aledañas a éste centro de atención medica.

Sin embargo, las profesionales del departamento ya señalado,

manifestaron unánimemente definir como “buena” su interrelación con el médico, el paciente y la familia, ver anexo N° 04, lo cual representa una oportunidad valiosa para éste equipo, en función de potencializar el triángulo terapéutico. Por tanto se debería aprovechar al máximo, para mejorar el servicio que se brinda gratuitamente las 24 horas del día y los 365 días del año el C.D.I. Convirtiéndose así, en un elemento colaborador para lograr bienestar social a los sujetos que así lo requieran y necesiten.

Cabe mencionar que, esta situación debe ser tomada en consideración por la institución y prestarle toda la seriedad que merece, sobre todo por el equipo de Promotoras Sociales y Trabajadora Social que allí hacen vida y pueden sentir de cerca esta situación.

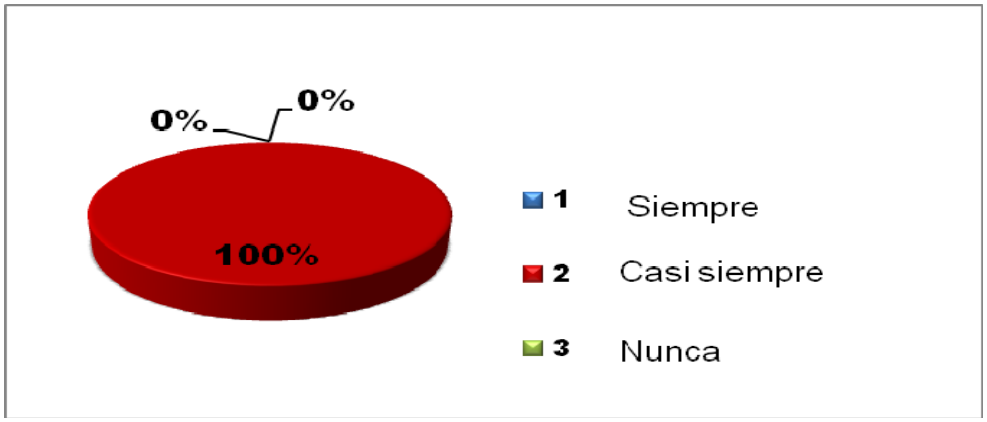
c) Actividades dirigidas a fortalecer la cohesión del equipo multidisciplinario y la relación médico-paciente-familia.

c.1 Planificación de actividades dirigidas a fortalecer la cohesión grupal y la relación médico-paciente-familia.

La cohesión dentro de los grupos va referida a la unión dentro de un equipo con fines comunes, en función de trabajar en armonía con miras a lograr los objetivos propuestos colectivamente con eficiencia y eficacia. En relación a éste aspecto, las investigadoras se plantearon indagar en relación a sí las profesionales del departamento de bienestar social de la institución planifican y ejecutan actividades en función de fortalecer la cohesión grupal del equipo multidisciplinario del C.D.I., por lo vital que resulta éste elemento para mantener en positivo las relaciones interpersonales y laborales, además de un grupo motivado por trabajar cooperativamente de forma eficiente y productiva.A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste

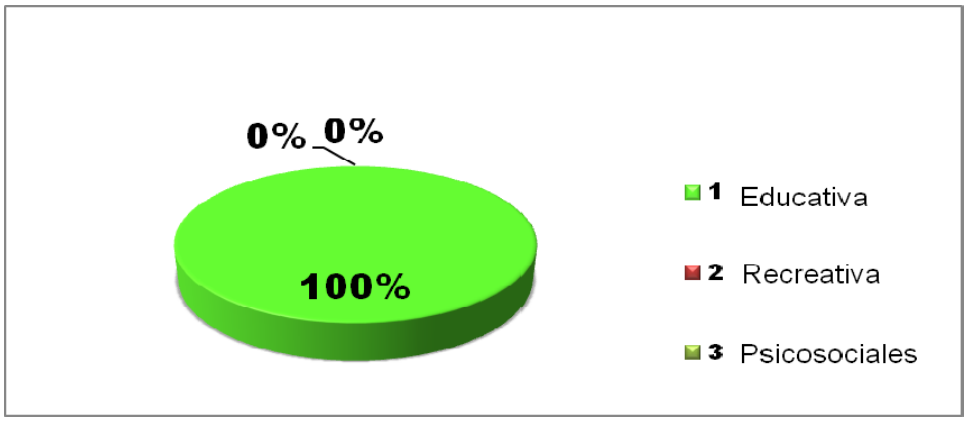
aspecto.

Gráfico Nº 67: Distribución porcentual de los Promotoras Sociales y Trabajadora Social que desempeñan labores en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si planifican actividades en función de fortalecer la cohesión del equipo multidisciplinario de la institución. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Gráfico Nº 68: Distribución porcentual de los Promotoras y Trabajadora Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al tipo de actividades que ejecutan en función de la cohesión grupal, en la institución. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Según el estudio, como se puede notar en las gráfica N° 67 y 68, el 100% de las entrevistadas expresaron “casi siempre” planificar éste tipo de actividades; además, las mismas son de tipo “educativas”, lo que representa un elemento a potencializar por el C.D.I., en virtud de fortalecer las relaciones laborales y con ello la calidad del servicio que imparten a tantas personas gratuitamente. Debido a que, trabajar organizada y cohesionadamente garantiza que el servicio brindado sea de calidad; por ello, se tomó en consideración para el estudio éste indicador, porque afecta la relación médico-paciente-familia.

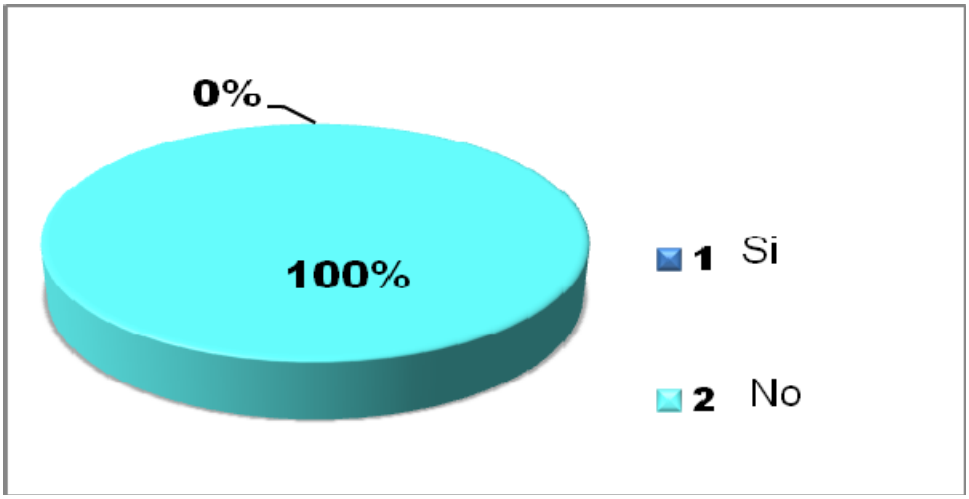
Sin embargo, llama la atención que se le tome un poco a la ligera, como lo demuestran los datos encontrados, ya que resulta tener mucho impacto en la forma de relacionarse interpersonalmente como equipo. Lo que también evidencia poca motivación y sentido de pertenencia dentro del equipo multidisciplinario; sin olvidar que, laboran de forma sectaria, dedicándose cada área y departamento a su lugar específico dentro de las instalaciones del C.D.I. obviando que forman parte de un sistema integral.

Además, trabajando unidos como un verdadero grupo pudieran lograr potencializar tanto el servicio que oferta la institución como la reputación del centro de salud, al eliminar las situaciones adversas que se puedan presentar e innovando estrategias eficientes de trabajo en equipo. Por todo lo antes expuesto, este elemento fue importante considerarlo en el estudio, en razón de detectar si el mismo está interfiriendo en la relación médico-paciente-familia negativamente, siendo una amenaza. Luego de una serie de reflexiones las investigadoras consideran que el indicador refleja las debilidades que las profesionales de Trabajo Social proyectan en la relación con los pacientes y familiares que acuden al C.D.I.

c.2 Capacitación del equipo galeno en comunicación asertiva y la relación médico-paciente-familia.

La comunicación humana es la relación mediante el cual un emisor y un receptor comparten información de manera dinámica, en un proceso infinito de intercambio de datos e ideas, a través de un canal, por medi9 del uso de códigos comunes. Cabe agregar que, ésta debe realizarse de forma asertiva, sin violentarse los derechos de ambas partes, para que la misma sea eficiente y no se establezcan barrearas dentro de las relaciones interpersonales que los individuos establecen constantemente. Expresando de esta forma, lo que se debe decir en el momento oportuno y de la manera más adecuada.A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Gráfico Nº 69: Distribución porcentual de las Promotoras y Trabajadora Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si brindan capacitación al equipo médico de la institución sobre comunicación asertiva. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En base a tales consideraciones y por lo vital que representa éste indicador dentro de las interrelaciones humanas, se considero pertinente medir el mismo en la investigación, encontrándose que, como se puede notar en el gráfico Nº 69, el 100 % de las promotoras y Trabajadoras Sociales de la institución “no” brindan al equipo galeno del C.D.I. capacitación sobre comunicación asertiva, alegando que éstos carecen de interés por ser adiestrados en el tema; ya que en el pasado éstas planificaron, organizaron y ejecutaron talleres sobre la materia y tuvieron como resultado que la inasistencia fue muy alto, desmotivando a las mismas a continuar realizando tales actividades.

Por tal razón, optaron por dedicar mayor tiempo, entusiasmo y energía en las comunidades adyacentes y en los pacientes que acuden a la institución diariamente, realizando actividades de prevención primaria, como se puede notar en los anexos Nº 06, 05 y 07, fomentándose así la salud de las personas, buscándose con ello disminuir los índices de las enfermedades más atendidas en la institución de estudio y canalizar problemáticas presentes en las comunidades área de influencia del C.D.I., en función de alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social; sin olvidar promover estilos de vida saludables para obtener la mayor suma de felicidad posible y además que, las personas aumenten el control sobre su salud. Porque la salud es de vital importancia mantenerla estabilizada por el impacto que tiene intrínsecamente en todas las áreas sociales y en el equilibrio bio-psico-social de los individuos.

Dentro de este orden de ideas la salud de los ciudadanos y ciudadanas es fundamental en los sectores de la vida humana, por ello se emplean mecanismos para protegerla por ser tan delicada. Además, desde el punto de vista administrativo y presupuestario, resulta más factible emplear estrategias

de prevención en salud que de atención y canalización de enfermedades; por lo costoso que resultan los medicamentos y equipos médicos tecnológicos que se desean emplear.

Sin embargo, no se debe restar importancia a la promoción de la comunicación asertiva dentro de la relación médico-paciente-familia ya que, una comunicación inadecuada afecta ésta relación; asimismo lo expresa Maglio (2010), documento en línea, al referirse a las debilidades de los galenos en comunicación. Por tanto se debe potencializar en los profesionales médicos y médicas la capacidad de expresarse adecuadamente con los pacientes y familiares para que éstos no se sientan agredidos durante la consulta médica, sobre todo en el área de Emergencia. Debido a que, las investigadoras recopilaron a viva voz en los pacientes y familiares (2012), ver gráfica Nº 58, 59, 64 y anexo Nº 01 descontento y malestar sobre la forma y comunicació9n de los médicos cubanos que atienden el área de Emergencia de la institución estudiada porque éstos los agreden verbalmente cuando acuden con un caso de emergencia médica. Éste elemento representa una debilidad que debe ser canalizada asertivamente por el Departamento de Bienestar Social y las autoridades competente, sensibilizando a éstos sobre la comunicación asertiva porque causa descontento en las comunidades área de influencia del C.D.I. “Fe y Alegría,” el cual acoge los familiares y pacientes que visitan frecuentemente la institución de estudio.

Cabe agregar que, de no ser atacada ésta realidad continuará disminuyendo (como pudieron notar las investigadoras por observaciones diaria durante una semana) la demanda al servicio originándose así congestión de otros centros asistenciales cercanos. Al no querer los pacientes que habitan en el área de estudio, arriesgarse a ser agredidos

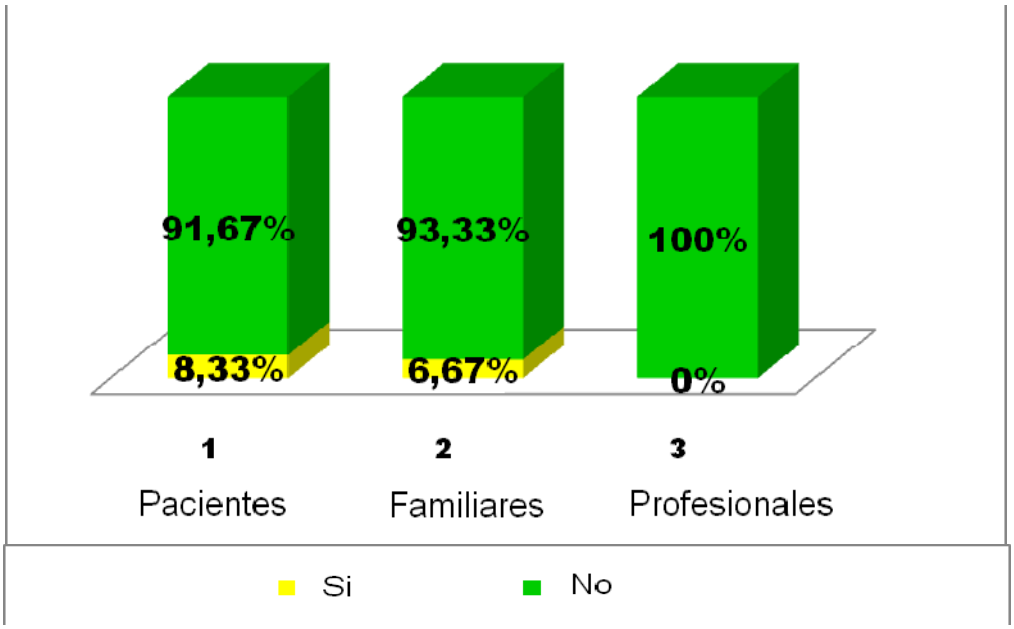
verbalmente por los profesionales de la salud de Emergencia. Tal situación es un hecho alármate, en el entendido que estos usuarios pudieran presentar un problema de extrema urgencia médica y se negarían a acudir al C.D.I. al encontrarse predispuestos sobre el trato de los galenos, lo que pudiera ocasionar defunciones al no ser atendidos oportunamente.

4.4 FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA.

a) El capital humano de la institución y relación médico-paciente-familia.

El capital humano se relaciona con las potencialidades, capacidades, destrezas y habilidades que posee cada persona, con las cuales puede llegar a desarrollar y crear nuevas ideas y formas de vida. Para Peggy y otros (2006:03), documento en línea, “se refiere al conocimiento práctico, las habilidades adquiridas y las capacidades aprendidas de un individuo que lo hacen potencialmente”. A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Tabla Nº 01: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si consideran fortalecer el capital humano de la institución. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En la tabla Nº 01, con respecto a los pacientes entrevistados en el C.D.I “Fe y Alegría alegan con un porcentaje de 91,67 % que debe fortalecerse el capital humano de la institución, de igual modo los familiares entrevistados aseguran lo mismo con un 93,33%, mientras los profesionales del Departamento de Bienestar Social que laboran en la institución estudiada señalan con 100% que el capital humano debe ser fortalecido para una satisfactoria relación médico-paciente-familia. En vista que, según sus opiniones presentan debilidades a la hora de brindar atención al público, ver anexos Nº 08, 09 y 10; así mismo expresan que se deben fortalecer en responsabilidad, ética profesional y relaciones interpersonales. Debido a que, fueron las opciones que predominaron con las mayores porcentuales de coincidencia de todos los datos recopilados.

Las afirmaciones anteriores reflejan la necesidad de la institución en relación a fortalecer el personal que presta sus labores allí, por situaciones perturbadoras presentadas dentro de las instalaciones con médicos, enfermeras y obreros en relación a los pacientes y familiares, al intentar violentarles sus derechos humanos; ya que los pacientes y familiares expresaron que han tenido algunos inconvenientes con el personal de allí porque: pierden mucho tiempo atendiendo a las personas en el consultorio, salen por tiempo indefinido de su sitio de trabajo a ver cuestiones personales sin notificar o explicar el motivo de ausencia, habiendo pacientes en espera, llegan de mal humor al trabajo y maltratan verbalmente a los pacientes (ver gráfico Nº 23 y 25) y se sienten superiores a las demás personas. Por ello, han tenido roces personales.

Como resultado, queda reflejado por pacientes, familiares y profesionales del C.D.I prioritario potencializar en la institución la atención al público brindada por el personal en general, el segundo elemento es la responsabilidad, seguido por la ética profesional. Continuado por las relaciones interpersonales y la solidaridad; quedando de último, pero no el menos importante, fortalecer la honestidad del personal, ver anexos Nº 08, 09 y 10.

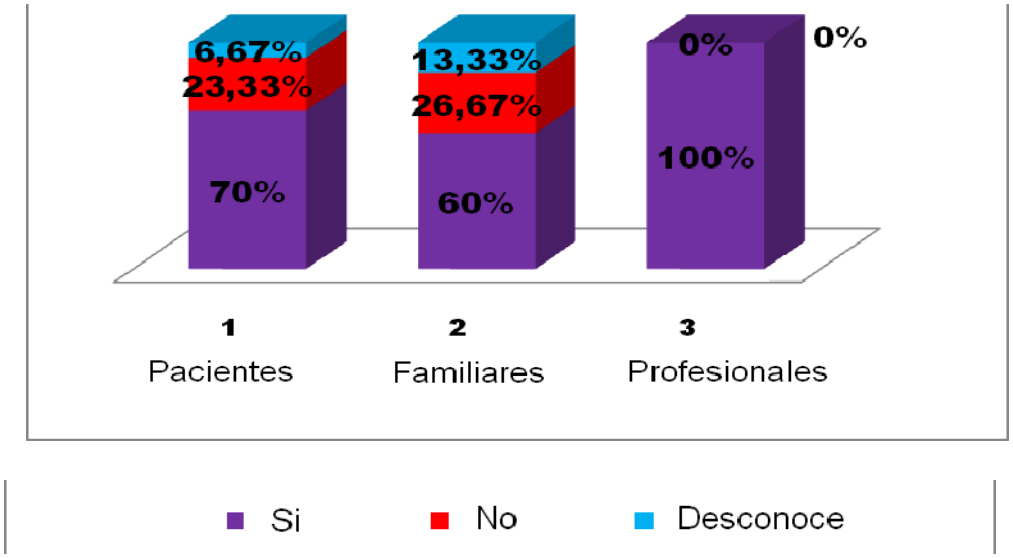
Tal situación es derivada porque perciben que la institución tiene su razón de ser en los usuarios, por ello el primer elemento a enaltecer debe ser la atención al público; sin embargo, la opinión de pacientes y familiares sobre el tema, con respecto al área de emergencia donde están adscritos los galenos Cubanos, dejan mucho que desear en su relación con los pacientes y familiares porque les violentan sus derechos; así no manifestaron a fuentes vivas los usuarios frecuentes de los servicios del C.D.I.

Por tanto, estas debilidades y situaciones están repercutiendo negativamente en la relación médico-paciente-familia al derivarse predisposición en los elementos que conforman la relación, al acudir a las consultas médicas, sobre todo en los pacientes y familiares, con una pre concepción del trato.

b) El equipo tecnológico de la institución y la relación médico-paciente-familia.

Los equipos tecnológicos son considerados, por las autoras, las técnicas y medios utilizados para optimizar procesos, tiempo y recursos humanos; agilizando así el trabajo y período de respuesta ante una necesidad. Éstos posibilitan, en el caso de estudio, diagnosticar situaciones de enfermedad no detectados a simple vista ni por la ausculturación del cuerpo .A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Tabla Nº 02: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si consideran que el equipo tecnológico de la institución es de calidad. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En lo concerniente a la percepción del equipo tecnológico del C.D.I. “Fe y Alegría”, los pacientes entrevistados dentro de la estructura de la institución, el 70% manifestó que el mismo cumple con sus expectativas de calidad; por su lado, el 23,33% consideró que “no” y un 6,67% expresó desconocer sobre la calidad de los mismos, como puede notarse en la tabla N° 02. Mientras que, el 60% de los familiares de los pacientes que acuden a las instalaciones del C.D.I. plasmaron ser de calidad el equipo tecnológico de la institución, por su parte el 26,67% manifestó que “no” es de calidad y el 13,33% considero desconocer sobre el tema. No obstante, el 100% de la muestra de profesionales, utilizada en la investigación, conformada por (06) seis personas, de los profesionales médicos que laboran en el centro de salud de estudio, mencionaron que el equipo tecnológico con que cuenta la institución ciertamente es de calidad.

Los porcentajes de las personas entrevistadas que hacen referencia a desconocer sobre la calidad de la tecnología que utiliza la institución son motivados porque hasta los momentos de la investigación no habían tenido contacto directo con la misma y por ello omitieron sobre el tema, por lo cual no pueden juzgarlo. En cambio, los porcentajes vinculados a las personas que respondieron que el equipo “no” es de calidad, es producto de la comparación que ellos hacían en relación con el equipo tecnológico de otros centro de salud públicos y privados de la ciudad y a inconvenientes que tuvieron cuando los requirieron y se encontraban dañados o sin funcionamiento.

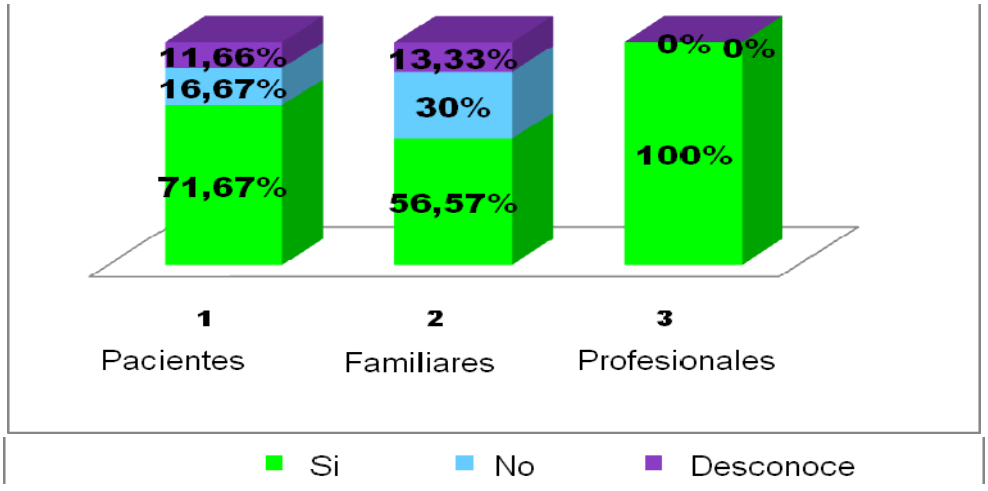
Sin embargo, los mayores porcentajes de los individuos utilizados en la muestra de la investigación dejaron ver que el equipo tecnológico que utiliza la institución es de calidad, ya que en las ocasiones que los han requerido se han encontrado funcionando correctamente y le han facilitado diagnosticar el estado de salud de los usuarios del servicio. Así mismo, expresaron que el mismo cuenta con tecnología de última generación, por ello consideran que son muy buenos los equipos tecnológicos. Por lo cual, se resume que es de calidad el equipo utilizado por la institución y representa una de sus fortalezas.

Cabe agregar que, éste elemento representa un aspecto que puede coadyuvar a fortalecer la relación médico-paciente-familia, en virtud de que posibilitan a los galenos y galenas realizar diagnósticos más acertados sobre la situación de salud que presentes los pacientes que acuden a la consulta, lo cual además incrementara la confianza de éstos en los profesionales.

c) El personal que labora en el C.D.I. y la relación médico-paciente-familia.

Dentro de cualquier tipo de institución, ya sea pública o privada, el personal o equipo de trabajo es de vital importancia para que esta cumpla satisfactoriamente la misión y razón de ser con la cual fue creada. Debido a que, éstos ejecutan, planifican, organizan, dirigen y supervisan, entre muchas funciones, todas las actividades y tareas que la misma debe poner en marcha diariamente para cubrir las necesidades que requiere canalizar de los usuarios de los servicios a impartir.A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Tabla Nº 03: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si la institución cuenta con personal calificado en las diferentes áreas. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En lo referente a la percepción sobre el personal de la institución

asignado a cada área, de los sesenta (60) pacientes entrevistados que acuden a las instalaciones del C.D.I. a diario el 71,67% afirmo que el centro médico de estudio cuenta con personal calificado en las diversas áreas del mismo; por su lado, el 16,67% menciono lo contrario; es decir, negó tal situación y el 11,66% reconoció desconocer sobre la formación académica de ellos. Para continuar, el 56,57% de la muestra de los familiares aceptó que el C.D.I. posee equipo humano bien capacitado en sus diversas secciones, el 30% expreso que el mismo presenta debilidades por tanto no está capacitado y el 13,33% dejo claro desconocer sobre la formación académica u profesional de tales individuos debido a no haber tenido contacto con el personal de las diferentes áreas del C.D.I. estudiado; por tanto prefirieron no evaluarlos. Por último, con respecto a los profesionales, el 100% de los entrevistados vislumbró que la institución contiene un grupo humano bien capacitado en el total de su infraestructura, sobre todo los galenos.

Luego de observarse los datos graficados se puede reconocer que la institución de salud estudiada cuenta con personal calificado en sus diversas secciones, ya que los mayores porcentajes de las poblaciones entrevistadas así lo manifestaron, alegando que son individuos bien formados académicamente para desempeñar los cargos que les fueron asignados. Pero es necesario señalar que, el 30% familiares y el 16,67% de los pacientes reconocen que dentro de los departamentos del C.D.I., estudiado, existen individuos signados a cargos y trabajos para lo cual no están capacitados o su formación profesional o académica está por debajo del nivel de exigencia para desempeñar tal labor o sus destrezas y habilidades no están en consonancia. Ésta situación se presenta, según información recopilada por las autoras (2012) de opiniones de los pacientes y familiares, porque han sido empleos obtenidos a través de vínculos personales y políticos. Tal situación debilita la calidad del servicio que pueda brindar la

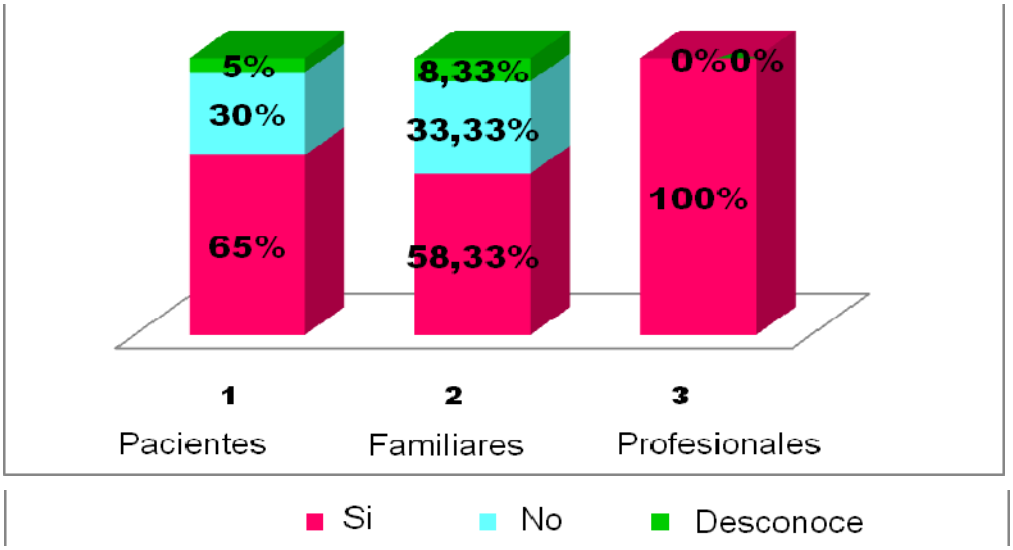
institución; ya que, estos individuos no están acordes con las habilidades y experiencia que requiere el cargo que están desempeñando y coadyuvan a debilitar la interacción en relación médico-paciente-familia al representar un elemento perturbador en el mismo.

Cabe destacar que, ésta debilidad debe ser atacada por las autoridades competentes, en miras de fortalecer el servicio que el C.D.I “Fe y Alegría” presta a cientos de personas de las comunidades adyacentes al mismo. Sin olvidar que, tal situación repercute negativamente en la relación de médico-paciente-familia al ser un elemento que interfiere en que la misma se dé satisfactoriamente, porque si el personal que está, presenta debilidades, el servicio también lo tendrá y los pacientes y familiares así lo notaran y ello pudiera afectar la confianza y calidad del servicio.

d) Recursos institucionales y la relación médico-paciente-familia.

Un recurso para Alegsa (2010:01), documento en línea, es un medio que permite satisfacer necesidades o alcanzar objetivos, en el caso de éste estudio, son todos los insumos materiales indispensables para que la institución funciones y pueda brindar sus servicios. A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Tabla Nº 04: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si los recursos asignados a la institución corresponden a las necesidades de los usuarios del servicio. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Los resultados de la percepción sobre los recursos asignados a la institución corresponden a las necesidades de los usuarios del servicio, en la tabla N° 04, el 65% de la población de pacientes utilizados para la investigación declaro que los recursos que el Ministerio de salud asigna a la institución son suficientes para cubrir las necesidades de los usuarios; en contraste el 30% de los usuarios refirió que son suficientes y el 5% confeso desconocer sobre el alcance de los recursos. Por su parte, el 33,33% de los familiares de pacientes afirmo que los recursos están en consonancia con las demandas de los pacientes, el 58,33% manifestó que los insumos materiales asignados al C.D.I. no están en proporción con las situaciones que canaliza la institución y el 8,33% de los parientes expreso carecer de información sobre la relación de tales insumos. Para finalizar quedo claramente plasmado que el 100% de los profesionales opinan que los materiales designados para

funcionar la infraestructura de salud, son equilibrados con las problemáticas que la misma canaliza, por ello son suficientes.

Como se puede notar existe discrepancia notorias entre la opinión de los pacientes y profesionales, en relación a la impresión de los familiares de los pacientes. Ésta situación refleja la subjetividad de quienes no utilizan directamente los servicios y aspiran que el C.D.I.de estudio cubra ampliamente las contingencias que se puedan presentar a los usuarios del servicio, cuando acuden en busca de atención médica; sobre todo en lo referente al uso del laboratorio, porque deben llevar los recolectores y jeringas para poder disfrutar del servicio.

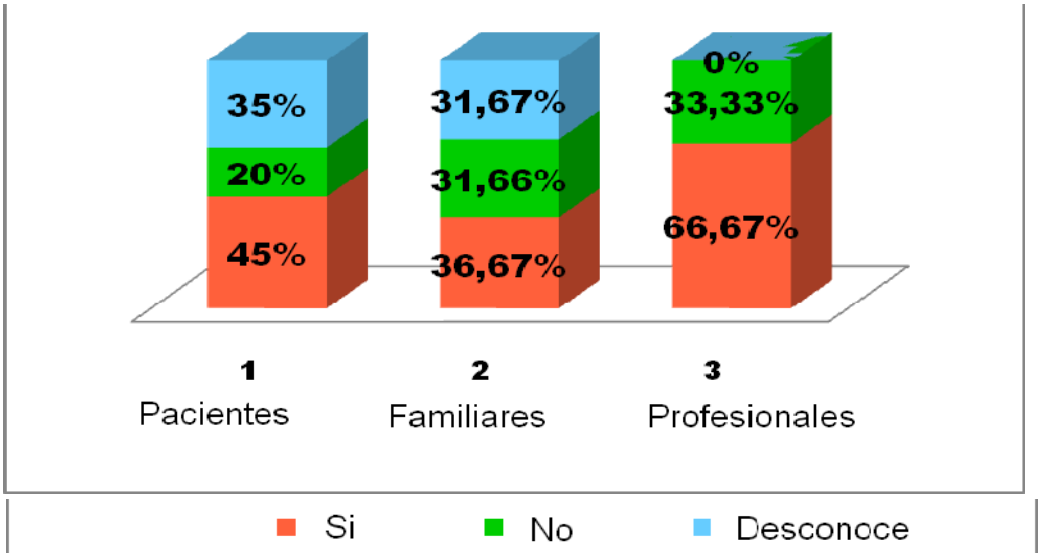
Tal situación repercute en la relación estudiada, por cuanto es un elemento que afecta las relaciones interpersonales y el bienestar de los usuarios de los servicio, más aun en las personas de menor condición socio-económicos cuando carecen de recursos para la compra de tales insumos y por tanto se les es privado el derecho a la salud.

d.1 La administración de los recursos y la relación médico-paciente-familia.

La administración de unos recursos va destinada al manejo eficiente y eficaz, por parte de la gerencia de una institución u organización, de todos los insumos materiales requeridos o destinados para una población en específico. Los mismos son limitados, por tanto deben ser utilizados con sabiduría y en consonancia con las necesidades más sentidas de los demandantes.A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Tabla N° 05: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los

pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si dentro de la institución es administrado eficientemente los recursos asignados a cada departamento. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Con respecto a la opinión sobre la administración de los recursos asignados a cada departamento dentro del C.D.I., el 45% los pacientes considera que la misma es eficiente, el 20% contrariamente delibero que existen fallas en la distribución de los mismos, y el 35% de la muestra notifico desconocer sobre el asunto. Ahora bien, el 36,67% de los familiares de los pacientes que allí se representan manifestaron su acuerdo con la forma en que son distribuidos los insumos materiales entre las áreas del recinto; en cambio, el 31,66% opinó que los recursos no son administrados bien entre los departamentos. Así mismo, el 31,67% notifico desconocer sobre la forma en que son utilizados los recursos dentro de cada departamento en el C.D.I. Sin embargo, el 66,67% de los profesionales que allí laboran dejaron claro que son utilizados eficientemente los materiales de trabajo entre cada una de las áreas y el 33,33% revelo lo contario.

Se observa de los datos graficados que mayormente dentro de cada uno de sus departamentos del C.D.I son administra eficiente y efectivamente los recursos materiales recibidos; debido a que, los mismos son muy limitados, por ende para poder funcionar procuran utilizarlos, lo más racional y funcional posible, Aunque de las poblaciones entrevistadas queda manifestado porcentajes importantes, más del 30%, de quienes consideran que los insumos no son administrados eficientemente, porque no cubre las expectativas y demandas de las áreas para brindar un servicio de calidad y una atención satisfactoria a los pacientes o usuarios.

Tal situación se presenta porque los materiales y equipos de oficina que reciben, según sus opiniones, son muy limitados y coartan sus capacidades y potencialidades para proporcionar un servicio de mayos calidad y colaborar en mejorar las situaciones que presenta los pacientes que acuden a las instalaciones del C.D.I. Por tal motivo, requieren que los mismos estén en consonancia a su desempeño laboral.

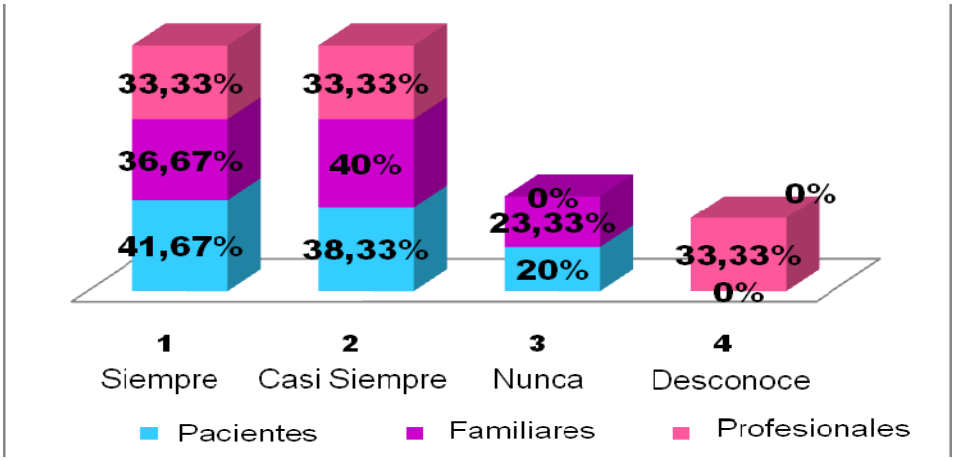
Ésta debilidad repercute desfavorablemente, en la población de estudio ya que los departamentos se ven colapsados por la gran demanda de pacientes y familiares necesitados de los servicios que presta la institución. Tal realidad debe ser canalizada por las autoridades a nivel nacional porque se limita el derecho consagrado en la carta magna a la salud de todos los ciudadanos y ciudadanas. Por otro lado, también afecta la confianza y de los pacientes y familiares en los galenos cuando éstos lleguen a sentir que el profesional no canaliza eficientemente sus necesidades de salud y por ello dejaran de acudir a tales consultas.

e) El cumplimiento del horario de atención del personal médico y de

su incidencia en la relación médico-paciente-familia.

El cumplimiento con el horario de trabajo, por parte de los empleados, es uno de los elementos preponderantes para que una institución, empresa u organización funcione eficientemente. En vista de que, al ser respetado éste elemento, sobre todo en instituciones de salud, todo dentro de la misma se ejecutará con normalidad y los beneficiarios del servicio se sentirán satisfechos con la labor realizada.A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Tabla N° 06: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a si en la institución el médico es puntual con el horario de entrada y salida de su trabajo. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Evidentemente en la tabla N° 06 los pacientes que acuden frecuentemente a las instalaciones del C.D.I. “Fe y Alegría”, y a los cuales se les aplico las entrevistas, opinaron sobre el cumplimiento del horario de salida y entrada a su trabajo de los médicos y medicas adscriptos a la

institución en un 41,67% que “siempre” lo cumplen, un 38,33% “casi siempre” y un 20% declaro que “nunca” lo cumplen. Por su lado, los familiares de los pacientes que acuden al C.D.I., dejaron plasmado en un 36,67% que “siempre” acatar el horario de trabajo, el 40% expreso “casi siempre” y el 23,33% considero “nunca” se respeta tal horario. En cambio, el equipo de profesionales asignados al departamento de Trabajo Social del C.D.I. manifestó, con un 33,33% que los galenos siguen reglamentariamente el horario de trabajo, un 33,33% declaro “casi siempre” lo hacen, un 0% “nunca” y un 33,33% informó “desconocer” sobre el tema en cuestión, debido a que sólo tiene información sobre su departamento específicamente.

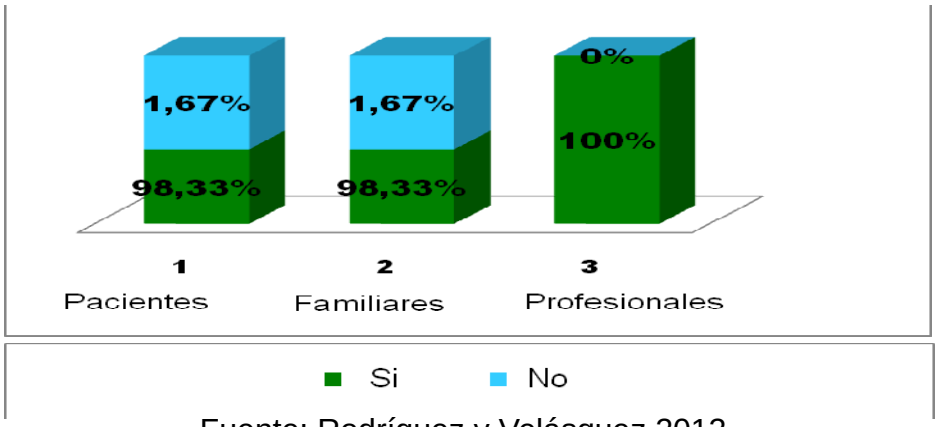
Luego de una serie de reflexiones, las investigadoras pueden inferir que dentro de la institución existen irregularidades en cuanto al seguimiento estricto del horario de entrada y salida de los galenos y galenas de su sitio de trabajo, por ende ésta situación afecta el fortalecimiento de la relación médico-paciente-familia el C.D.I. de estudio. Además, genera molestia e inconformidad en los usuarios del servicio, congestionamiento en el área de espera y agravamiento del estado de salud de los pacientes al recibir una atención tardía. Más aún, podría llegar a ocurrir fallecimientos por no canalizarse oportunamente una emergencia presentada por un paciente, mientras esté ausente el personal médico.

De lo que se deriva en desmejoramiento en la disposición del servicio brindado por la institución y colapso en otros centros de atención médica, por un lado; por otra parte, ésta situación, además, evidencia la ausencia y control de un sistema que regule el cumplimiento del horario de los trabajadores galenos. También afecta la satisfacción en la relación de estudio, según la Ley del ejercicio de la medicina.

f) La salud como valor y la relación médico-paciente-familia.

Los procesos de transformación del sector de la salud van destinados a la descentralización de los servicios, la creación de nuevos modelos y proyectos de salud. Estableciendo un trabajo de coordinaciones por programas o servicios con equipos multidisciplinarios, en miras a dar respuestas oportunas a la demanda de servicios que exige la población, con eficacia. En vista de ser tan frágil, se emplean mecanismos de protección por el valor que tiene intrínsecamente para las personas, además para Díaz (2012:03), documento en línea, “es un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”.A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Tabla N° 07: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría”en relación a si consideran la salud como un valor. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En lo que concierne a la percepción de la salud como un valor, la tabla N° 07, los pacientes que acuden a utilizar los servicios del C.D.I. de estudio frecuentemente en un 98,33% reconocieron la importancia que tiene para ellos la salud; en cambio, el 1,67% carece de tal sentido de pertenencia hacia

la salud. Tal es el caso de los familiares de los pacientes, que casualmente, repiten los resultados anteriores. Ahora bien, el 100% de los profesionales unánimemente declararon reconocer el valor que tiene para ellos la salud.

Según el estudio, sólo el 1,67% de las personas reconocieron restarle a la salud el valor implícito que tiene y merece, de lo que se infiere que tales personas carecen de una cultura de salud; por ello, se presume, descuidan la misma y no acuden en atención médica oportunamente cuando requieren y peor aún se auto medican, lo que puede llegar a producir empeoramiento en la condición de salud de los mismos y un problema de salud de mayor trascendencia. Además se infiere que estas personas desconfían del sistema público y privado de salud por considerar que existe un ser divino (Dios) que los mantiene sano según su voluntad, adoración y confianza en él.

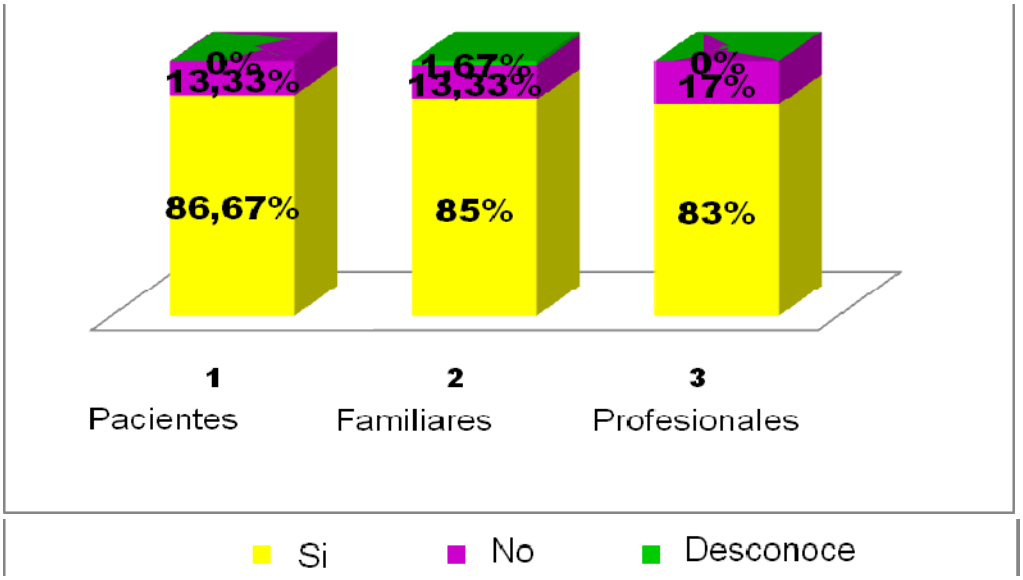
Hay sin embargo, casi en la totalidad de las opiniones recolectadas con la investigación evidencias de que las personas procuran cuidar y proteger su salud, éste hecho resalta el arraigo en ellos de cultura de salud porque le dan a la salud el valor que amerita. De lo que se presume que, estos individuos les inculcan a sus descendientes y familiares éste valor, coadyuvando a descongestionar las salas de emergencia, la consulta de los centros de atención médica de la ciudad y fortaleciendo la relación de estudio.

Éste aspecto es vital para la investigación por representar una oportunidad para propiciar el fortalecimiento de la relación médico-paciente-familia, las relaciones interpersonales que en ella se dan y la satisfacción en la atención recibida al acceder a los servicios.

g) Situación económica del país en relación a su incidencia, en los servicios prestados y en la relación médico-paciente-familia.

La situación económica de un país está relacionada con todos aquellos aspectos de tipo financiero que miden la realidad y el contexto social de una población determinada, contempla todos los mecanismos de sustento de una nación.A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Tabla Nº 08: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría”en relación a si la situación económica del país afecta directamente en los servicios que presta la institución. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En el caso especifico sobre la percepción de la situación económica del país en relación a su incidencia directa en los servicios que presta la institución, los pacientes que acuden a las instalaciones del C.D.I., dejaron representados en la tabla N° 08, en un 86,67% su acuerdo con que el servicio se ve influenciado por tal condición y un 13,33% opinó lo contrario.

En cambio, el 85% de los familiares de los pacientes expresaron, que los servicios del C.D.I. se ven afectados por el estado de la economía de la nación Venezolana; por su parte, el 13,33% coincidió en el grupo anterior al plantear que no tiene relación y un 1,67% declaro desconocer sobre tal incidencia. Por su lado, según las percepciones de los profesionales que laboran en la institución, dejan manifiesto en un 83% su afirmación con la situación plantead, en contraste el 17% confeso lo contrario.

Del tema tratado se desprende que, una minoría del total de individuos utilizados en la investigación considero que, la calidad del servicio que presta la institución “no” se ve afectado por la situación económica del país; debido a que, la comunidad se aboca, según sus opiniones, a través del consejo comunal a canalizar las crisis que se puedan presentar en la institución, colaborando en la dotación de insumos materiales que éstos puedan requerir en un momento determinado. Por tanto representa un elemento en pro de fortalecer la relación médico-paciente-familia al disminuir las situaciones de contingencias, en relación a insumos de trabajo, que puedan requerir los galenos y galenas para atender a los usuarios del servicio.

Sin embargo, los porcentajes mayores señalan que el contexto económico de la nación afecta, los servicios que la institución de investigación presta diariamente, por cuanto se ven influenciado directamente los servicios que brinda el C.D.I.; por ello, los pacientes consideraron, como se puede notar en el anexo N° 11, en un 27,34% que la dotación de insumos y materiales de mantenimiento se ve reducido por tal situación, un 23,74% mencionó el pago de sueldos y salarios, un 17,26% reconoció que la adquisición y mantenimiento de equipos tecnológicos resulta influenciado por ello, un 15,83% refirió que el presupuesto asignado a la institución y un 15,83% planteo la reducción del personal.

En lo que respecta a los familiares de los pacientes, ver anexos N° 12, hicieron referencia a que se ve perturbado por la situación económica del país la dotación de insumos y materiales de mantenimiento con un 27,32%, el pago de sueldos y salarios en un 21,86%; el 20,77% refirió a la adquisición y mantenimiento de equipos tecnológicos, el 16,39% al presupuesto asignado a la institución y 13,66% a la reducción del personal. Por último, los profesionales que prestan sus labores en el C.D.I. de estudio declararon con un 29% que la dotación de insumos y materiales de mantenimiento esta intrínsecamente relacionado con el contexto económico del país el pago de sueldos y salarios en un 24%; de igual modo resulta afectado en un 18% el presupuesto asignado a la institución y la adquisición y mantenimiento de equipos tecnológicos, sin olvidar el 12% que mencionó la reducción del personal, ver anexo N° 13.

Es preciso recalcar que, los seres humanos viven y conviven intrínsecamente rodeados y formando sistemas y al verse un elemento del mismo afectado, esto tiene incidencia y efecto en los demás elementos que lo componen. Lo mismo ocurre con la situación económica del país, por tanto, afecta en los servicios que presta en esta caso el C.D.I. “Fe y Alegría”.

De esta forma, el primer elemento que impacta la economía de la nación es la dotación de insumos y materiales de mantenimiento; porque, si ésta se encuentra en equilibrio o es buena, la institución obtendrá recursos materiales con los cuales funcionar eficientemente, de lo contrario no. Así mismo ocurre con el pago de sueldos y salarios y la adquisición y mantenimiento de equipos tecnológicos, sin olvidar los demás elementos medidos.

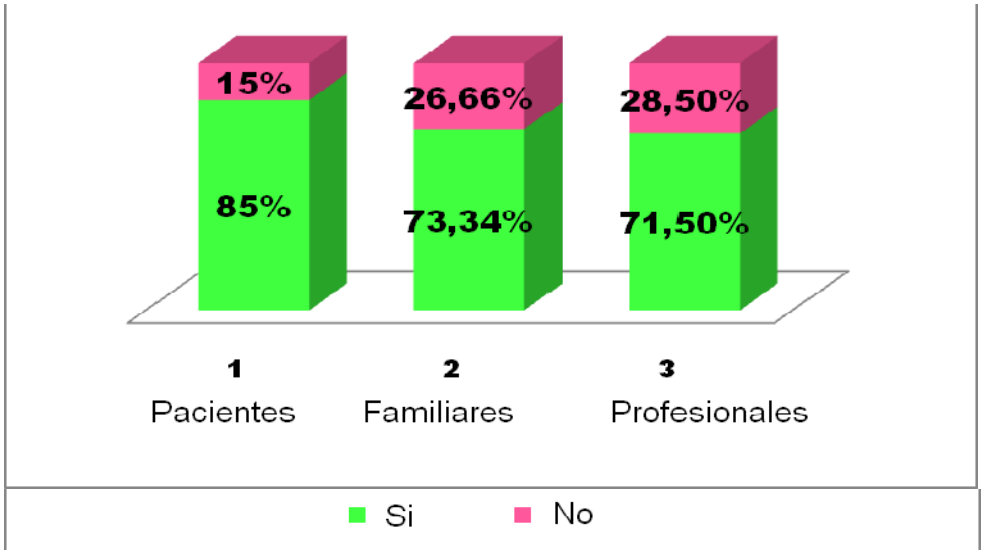
Cabe agregar que, todos estos indicadores influyen en las relaciones interpersonales dentro de la relación médico-paciente-familia, siendo un elemento de amenaza si presenta debilidades, o puede ser una oportunidad al estar equilibrados.

h) La calidad del servicio y la relación médico-paciente-familia.

La calidad del servicio de salud se mide de acuerdo con el nivel de las asistencias médicas para los individuos y poblaciones hacia las cuales van dirigidas las acciones, mejorando así la posibilidades de lograr equidad, efectividad, eficacia y eficiencia de las funciones y además que éstas sean congruentes con los conocimientos profesionales de vanguardia. A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Tabla Nº 09: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a la calidad del

servicio brindado por la institución. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Sobre el tema de la calidad de los servicios impartidos por el C.D.I., en la tabla N° 09 quedo representado las opiniones de los pacientes que acuden a las instalaciones del C.D.I. y el 85% percibió que “si” es de calidad el servicio y el 15% que “no”. Seguidamente, los familiares de los pacientes percibieron en un 73,34% que el servicio es bueno y el 26,66% opino lo contrario y los profesionales en un 71,50% expresaron su afirmación sobre la eficiencia del servicio y el 28,50% manifestó que “no” es de calidad el servicio.

Como se puede notar, la mayoría de los porcentajes de los individuos que conforman la muestra del estudio, contestaron positivamente sobre la percepción del servicio de la institución por considerar que el C.D.I. “Fe y Alegría” posee los recursos humanos y tecnológicos para canalizar las problemáticas de salud presentadas por los habitantes de las comunidades que allí se atienden. Además, las personas que han utilizado el servicio han

quedado satisfechas con el mismo y por ello lo mantienen como primero opción cuando requieren de atención médica.

Los caracteres enumerados se reflejan en los anexos N° 14, 15 y 16 sobre la percepción de los pacientes, el 44,44% de la muestra mencionó ser de calidad la atención integral a los usuarios, el 26,39% reconoció ser bueno para ellos el horario de trabajo de la institución, el 18,06% hizo hincapiés en el personal capacitado y el 11,11% al equipo tecnológico. De ésta forma, los familiares de los pacientes plantearon su opinión de la siguiente manera: el 37,50% al personal capacitado, el 33,75% a la atención integral a los usuarios, el 22,50% mencionó el horario de atención y el 6,25% nombro al equipo tecnológico. También las expresiones de los profesionales de la institución, quedaron representadas así: el 31% a la atención integral a los usuarios, el 25% al personal capacitado y al equipo tecnológico y el 18,75% declaro de calidad el horario de trabajo.

Como resultado, el elemento que resalta de eficiencia en el .C.D.I. “Fe y Alegría” es la atención integral a los usuarios que la misma proporciona a quienes acuden allí, porque tienen la potencialidad de canalizar eficientemente una serie de situaciones de salud dentro de la infraestructura a los pacientes sin que éstos tengan la necesidad de movilizarse a otros centros médicos; debido a que, proporciona servicios de emergencia 24 horas, laboratorio, rayos X, ecosonogramas, odontología, entre otros. Siendo de utilidad para todos los pacientes de las comunidades área de influencia. Seguidamente, vislumbra de calidad el personal capacitado, por considerárseles profesionales muy preparados que han sabido cubrir las expectativas de la atención de los pacientes y los han hecho sentir en confianza, siendo empáticos y humanistas con ellos. Tal fortaleza va en beneficio de la relación médico-paciente-familia, ya que representa una

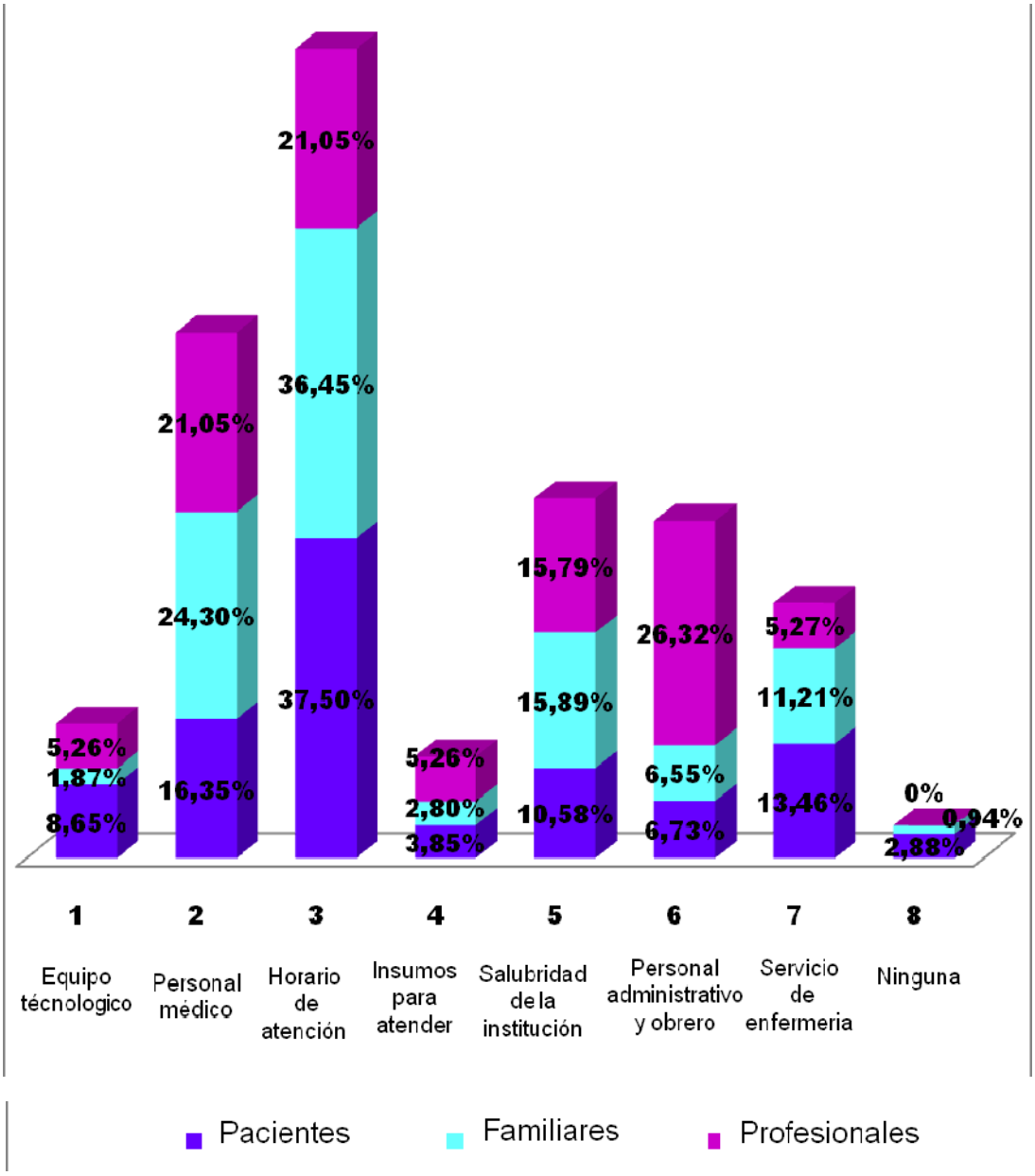
oportunidad para que estas se den satisfactoriamente, lográndose así bienestar social de los usuarios frecuentes de los servicios que allí se imparten a diario.

i) Fortalezas de la institución que pudieran contribuir a potencializar la relación médico-paciente-familia.

Las fortalezas son todas aquellas potencialidades que contienen las persona, empresa, institución u organización y las cuales las proyectan con un alto grado desconfianza, en un área específica, estimadas a satisfacer las necesidades, logrando bienestar y calidad en todas las acciones a ejecutar con miras a realizarse eficaz y eficientemente todo lo planificado .A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Tabla Nº 10: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a las fortalezas

que éstos le reconocen a la institución. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En torno a las fortalezas reconocidas a la institución las percepciones de los pacientes, señalan el horario de atención en un 37,50%, el personal médico capacitado en un 16,35%, el servicio de enfermería en 13,46%, la

salubridad de la institución en un 10,58%, el equipo tecnológico con que cuenta el C.D.I. surge en un 8,65%, el personal administrativo y obrero eficiente en un 6,73%, los insumos ajustados a las demandas de los usuarios en un 3,85%, y un 2,88% de los entrevistados declaro que la institución carece de fortalezas.

Continuando, los familiares de los pacientes nombraron a los insumos ajustados a las demandas de los usuarios en un 36,45%, el personal médico capacitado en un 24,30%, en un 15,89% la salubridad de la institución, en un 11,21% el servicio de enfermería, la eficiencia del personal administrativo y obrero en un 6,54%, los insumos para atender en un 2,80%, en un 1,87% como potencialidad del CDI el equipo tecnológico de vanguardia, y un 0,94% manifestó no ubicar fortalezas dentro de la institución.

Por último, los profesionales que laboran en dicha infraestructura de salud, evidencian el personal administrativo y obrero eficiente en 26,32%, el personal médico capacitado en un 21,05% al igual que el horario de atención 24 horas al día, la salubridad de la institución en 15,79%, en un 5,26% los insumos ajustados a las demandas de los pacientes, el servicio de enfermería y el equipo tecnológico de vanguardia como uno de los aspectos más positivos, y un 0% ninguna.

De los datos presentados, el aspecto que resalta como potencialidad primaria de la institución, según los pacientes y familiares entrevistados, es el horario de atención 24 horas al día, seguidos del personal médico. Lo que evidencia que la institución cuenta con un personal médico capacitado, en el área de consulta, que cubre las expectativas de atención de los pacientes y familiares que acuden al recinto en busca de los servicios médicos que allí se proporcionan. Sin olvidar que, el horario 24 horas es el aspecto que atrae

más a los usuarios, por ello la comunidad área de influencia lo mantiene como primera opción al requerir servicio médico de urgencia dentro de su grupo familiar, la mayoría de las veces, por ser el más cercano.

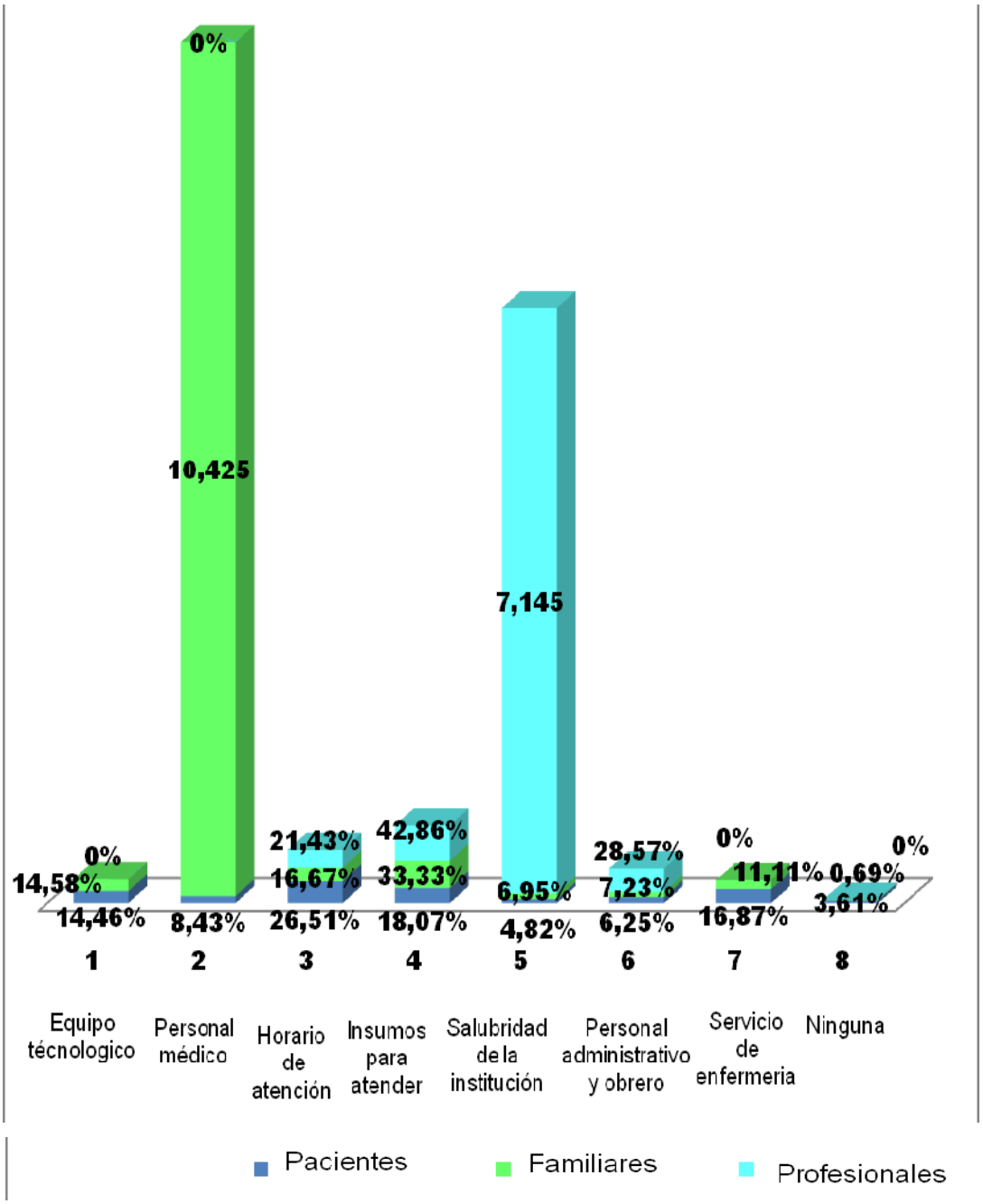
Sin embargo, la primera fortaleza que le reconocen a la institución los profesionales que allí laboran son: el personal administrativo y obrero, continuado por el personal médico y el horario de atención. En ése hecho, se señala el reconocimiento del equipo multidisciplinario del C.D.I. sobre la labor que desempeñan los obreros y el personal administrativo en las instalaciones. Sin duda, la institución integralmente cuenta con un equipo de trabajo, en el área de consultas, que ejecuta sus actividades y funciones con estándares de calidad, lo que proyecta y mantiene al C.D.I. como una institución de salud popular en las comunidades adyacentes a la misma.

Estas fortalezas benefician la relación médico-paciente-familia porque existe disposición para el trabajo; sin embargo, las autoridades competentes deben revisar éstos indicadores en el área de emergencia, ya que muchos pacientes y familiares se muestran inconforme con varios de éstos aspectos, lo cual ha retratados, los cuales han percutido en baja de la demanda a ésta área y malestar en las comunidades del área de influencia de la institución. Lo cual además, ha sido negativo para la relación del médico con sus pacientes y familiares.

j) Aspectos que debe fortalecer el C.D.I. y que pudieran afectar la relación médico-paciente-familia.

Una debilidad es un aspecto a mejorar que presenta un bajo grado de eficiencia; por tanto debe ser canalizado asertivamente, de la mejor manera posible, con miras a convertirse en un aspecto de fortaleza, en pro de brindar calidad, en éste caso en la atención que facilita la institución de estudio. A continuación se muestran resultados obtenido en relación a éste aspecto.

Tabla Nº 11: Distribución porcentual de los pacientes, familiares de los pacientes y profesionales del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a los aspectos a mejorar por la institución. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

En relación a los aspectos a mejorar y potencializar por el C.D.I. se puede notar, en los juicios de los pacientes un 26,51% mencionó al horario de atenciónde las consultas, el 18,07% a los insumos ajustados a las

demandas de los usuarios, el 16,87% al servicio de enfermería, el14,46% nombróal equipo tecnológico, el 8,43% al personal médico, en función de incrementar tal población, el 7,23% al personal administrativo y obrero, el 4,82 5 a la salubridad de la institución y 3,61% no ubico debilidad alguna dentro del C.D.I.

Posteriormente, los familiares de los pacientes opinaron de la siguiente manera: el 33,33% a los insumos ajustados a las demandas de los usuarios, el 16,67%, al horario de atención, el 14,58% refirió al equipo tecnológico, el 11,11% al servicio de enfermería, el 10,42% al personal médico, el 6,95% a la salubridad de la institución, el 6,25% al personal administrativo y obrero y el 0,69% declaro estar conforme con el CDI por tanto no ubico aspectos a mejorar.

Seguidamente, los profesionales expresaron se debe mejorar en un 42,86% los insumos materiales, el 28,57% al personal administrativo y obrero, el 21,43% hizo referencia al horario de atención de las consultas, el 7,14% a la salubridad de la institución y el 0%al servicio de enfermería, al equipo tecnológico, al igual que el personal médico y a ningún aspecto.

En relación con las implicaciones anteriores, las poblaciones estudiadas concuerdan en que los dos elementos a mejorar en primera instancia son el horario de atención de las consultas (en vista que existe dentro del personal médico personas que se trasladan a diario desde comunidades muy distante a la institución y llegan un poco atrasados) y los insumos para atender a los usuarios, seguido por el servicio de enfermería, el equipo tecnológico, el personal administrativo y obrero, estos últimos son mencionados como debilidades de la institución porque son escasos y la demanda de la institución requieren mayor cantidad de los mismos para fortalecer el servicio

brindado en forma gratuita.

De igual forma requiere que los insumos asignados por el ministerio a través de FUNDASALUD, sean mayores con el fin de incrementar la capacidad de atención y facilitar un mejor servicio. Con respecto al horario de atención los pacientes entrevistados, hicieron hincapiés sobre el cumplimiento del mismo; ya que, tiene debilidades al respecto porque mayormente lo incumplen, sobre todo con los médicos que habitan fuera de Cumaná y se trasladan a diario a la institución. Por tal motivo los pacientes duran un tiempo prolongado en la sala de espera, mientras llega el médico y comienza el proceso de atención.

Es necesario recalcar que las autoridades de la institución estudiada deben prestar atención a éstos aspectos a mejorar; ya que, repercuten negativamente en la relación médico-paciente-familia y en el bienestar de los ciudadanos y ciudadanas que acceden a los servicio del C.D.I. diariamente en busca de solventar su situación de salud. Violentándose, por una parte, los derechos a la salud consagrados en la legislación Venezolana.

CONCLUSIONES

En relación a la opinión de los pacientes y familiares sobre el tipo de relación médico-paciente-familia brindada por el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría”, se puede decir que los usuarios frecuentes de los servicios ofrecidos gratuitamente, manifiestan con un amplio porcentaje que, su relación con los galenos (venezolanos) en el área de medicina integral es asertiva .solidaria,empática,armonica y además cubre todas sus necesidades en cuanto a salud se trata. Mientras que la percepción de un porcentaje menor y significativo de pacientes y familiares que acuden al área de emergencia atendida por los profesionales (Cubanos),alegan la existencia de una gran diferencia concerniente a la relación estudiada debido a que, estos médicos solo se centra en la atención de la sintomatología es decir, que el profesional no va más allá de la búsqueda de un tratamiento especifico, le resta interés al valor moral y profesional, por estas debilidades en las habilidades como médicos la calidad de vida de los habitantes que acuden a dicha consulta se está viendo afectada por cuanto, al descuido en la atención y servicio poco satisfactorio. Generándose entre ellos una barrera comunicacional y en las relaciones interpersonales.

En resumidas cuentas este punto debe ser considerado por las autoridades del centro de salud, a fin de establecer pautas en este posible problema que se está presentando el porqué y que repercute desfavorablemente en la relación médico-paciente-familia. Y sin duda en la salud humana.

Es importante señalar que, los profesionales de la salud deben evaluar y fortalecer en la medida de lo posible el aspecto humano a la hora de atender los pacientes en el consultorio, puesto que están tratando con

personas y vidas a las cuales deben inculcarle confianza en el sistema de salud para que éstos acudan oportunamente a los centros asistenciales cuando lo necesiten y sin ningún temor, garantizándoles así su derecho a la salud y a una calidad de vida equilibrada

Con respecto a la opinión de los médicos (as) sobre el tipo de relación establecida con el paciente y la familia en el C.D.I., un número mayoritario de profesionales de la salud garantizan que su relacionan con estos usuarios es asertiva y eficiente, lo que repercute positivamente en la relación médico-paciente-familia.

Por otro lado, un número menor de profesionales de la salud señalo que son escasos los galenos de la institución que toleran las conductas y comportamientos negativos de los pacientes y familiares que acuden a la consulta, sobre todo cuando acceden bajo el efecto de sustancias psicotrópicas, y en tales casos proceden a prolongar el tiempo de espera para su atención, violentándose así el derecho de éstos ciudadanos.

En cuanto a la diversidad de factores asociados al trabajo social en la relación médico-paciente-familia, se puede decir que éste profesional de la rama social se ve afectado por la dinámica de trabajo del sitio en el que se encuentre inserto; ya que en las instalaciones del centro de salud investigado, se pudo evidenciar la restricción de su acción a laborar en mayor dedicación con las comunidades del área de influencia del C.D.I. “Fe y Alegría”, con prevención en salud, dejando de ser integral y holístico, al perder la perspectiva del sistema donde se desenvuelve, restándole importancia a fortalecer el servicio que en ésa institución se brinda y por su puesto potencializar a el equipo multidisciplinario que hace vida allí, por tanto, en el rol que desempeña la trabajadora social, se evidencia que no

realiza sus funciones como evaluadora continua de las políticas públicas de salud ejecutadas por el centro asistencial; es decir, que 0bvian llevar a cabo la acción de promoción. De igual manera, ignoran trabajar con el sector de recuperación y rehabilitación planteado por Kisnernan, citado por Guzmán y Martínez (2006), limitándose a dar respuestas óptimas a las demandas de los habitantes que acceden en busca de servicios de calidad.

Cabe destacar que, referente a las fortalezas y debilidades en la relación médico-paciente-familia en el tema de estudio, se vislumbra como principal elemento a mejorar el capital humano, en virtud que presenta muchas fallas, en general, en el área de emergencia del C.D.I.

Debido a que se está violentando lo estipulado en las legislaciones del país en lo que concierne a la salud.

En relación a las mayores potencialidades y oportunidades que posee la relación médico-paciente-familia en este centro sanitario es el modelo de respuestas abiertas y fluidas que garantizan los profesionales venezolanos para el común de la población así como también resaltan el nivel según el objetivo de la relación y el modelo de alianza para brindarles la felicidad a todos los ciudadanos y (as) que necesitan de sus servicios en pro de una vida saludable.

RECOMENDACIONES

Luego de analizar las informaciones obtenidas de la investigación realizada y de haber llegado a las conclusiones pertinentes, las autoras consideran oportuno proponer a los pacientes y familiares que acceden frecuentemente a los servicios que ofrece el Centro Diagnostico Integral “Fe y alegría” continuar haciendo valer su derecho a la Salud consagrado en la legislación venezolana y a su vez participar en la evaluación del proceso durante la intervención médica para que conozcan con detalles los factores de riesgos concernientes a su problema de salud y por su puesto como prevenir aspectos secundarios o consecuencias negativas que pudiesen ocasionarles las enfermedad presentadas.

De igual manera se recomienda mantener en armonía las relaciones interpersonales y una comunicación asertiva con el médico (a) que los atiende en pro de conocer más sobre el diagnóstico detectado y del génesis de la enfermedad que padece, respetando así sus derechos y deberes sin violentar los del otro, además se les sugiere implementar una unidad de asesoramiento que sirva de apoyo en sus condiciones en la relación médico-paciente-familia. Del mismo modo solicitar orientación y ayuda en los especialistas para superar los factores que limitan su satisfacción en esa relación, sin olvidar sensibilizar y ofrecer apoyo moral y psicológico necesario que amerite el paciente en relación a su condición de salud.

En relación a los profesionales médicos que laboran en el Centro de Diagnóstico Integral “Fe y Alegría” se les recomienda mantener como prioridad prestar servicios con ética y de calidad humana adecuados a los usuarios (as) que acuden a sus servicios respetando sus derechos y deberes y así, continuar brindándoles participación, afecto, apoyo y confianza a los

pacientes y familiares en la toma del tratamiento, y por supuesto seguir promoviendo relaciones interpersonales y comunicación asertiva. Sin obviar el apoyo al equipo del departamento de bienestar social en lo que concierne a la sensibilización de sus colegas cubanos, en pro de fortalecer la relación con los pacientes y familiares que atienden, en vista de ciertas debilidades que presentan a diferencia de los médicos venezolanos.

Por otra parte, se recomienda al equipo de bienestar social (trabajadora social y promotoras sociales) de la institución estudiada, sensibilizar este espacio de encuentro médico- paciente –familia que necesita ir más allá de la búsqueda de un tratamiento especifico, además de internalizar que la relación estudiada no es tema ajeno a su formación como científico social, al contrario debe estar capacitado para mejorar y dinamizar las relaciones interpersonales con y de los grupo facilitando constantemente apoyo y asesoramiento necesario a los pacientes y familiares que presentan conflictos o problemas en la relación médico-paciente-familia. Así como también canalizar las situaciones perturbadoras que se manifiestan con los galenos (as) cubanos (as) al prestar sus servicios. También se les sugiere involucrarse más en la aplicación de estrategias socio-educativas que fortalezcan la relación médico-paciente-familia en procura de mejorar la calidad de asistencia médica y de los servicios brindados en las instalaciones del C.D.I.” Fe y Alegría”, además de diversificar los sectores de actuación dentro de la misma institución.

Por último y no menos importante, se les propone a las autoridades correspondientes del reconocido centro sanitario, prestar atención a las debilidades detectadas durante el proceso de atención que ejecutan los médico (as) y enfermeros (as) cubanos (as), ya que, los mismos son elementos que afectan negativamente la relación médico-paciente-familia al

violentar en los usuarios (as) sus derechos fundamentales así como lo plantea la constitución de la República Bolivariana De Venezuela y la ley del Ejercicio de la Medicina. Sin dejar a un lado prestar atención a las factores que imposibilitan la satisfacción en la relación estudiada como es el caso de esos aspectos negativos donde se encuentran vinculados el personal que labora en el mismo centro de salud los cuales no realizan sus funciones con eficiencia y eficacia de acuerdo a los resultados arrojados por los pacientes y familiares entrevistados donde alegan no recibir atención de calidad por medio de estos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

Arias, F. (2006). El proyecto de investigación (5ta Edic).Caracas: Episteme.

Ander-Egg, E. (1995). Diccionario de Trabajo Social (5ta Edic). Buenos Aires: Lumen.

Doherty y Baird (1996). Terapia familiar y medicina familiar. Cumaná: Universidad De Oriente.

Eroles, C. (2001). Familia y Trabajo Social. (2da Edic). Buenos Aires: Espacio.

Fernández, F. (2005). Breve Historia de la humanidad. Barcelona: Ediciones B, S.A.

Malaspina, E. (2009). Historia de la medicina. Venezuela: A.C. Guárico.

Mejía, E. (2005). Técnicas e instrumentos de investigación. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Mikkelsen, C.(2012). El mundo indígena. WGIA: Perú

Satir, V. (2003). Las nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax.

Revistas:

Girón, M.; Beviá, B.; Medina, E. y Palero, M. (2002). Calidad de la relación médico

paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante. Revista Española de Salud Pública, 76 (5), 561-575. España.

Gorrita, R. (2008). La relación médico paciente en la sociedad actual: autonomía, integridad y consentimiento informado. Revista de Ciencias Médicas La Habana, 14(1), 1-3. Cuba.

Hernández I.; Fernández, M.; Irigoyen, A. y Hernández, M. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Revista Medicina Familiar, 8 (2), 137-143. México.

Méndez, A. (2008). Origen, desarrollo, crisis y reforma de la seguridad social en Venezuela. Venezuela: Instituto Latinoamericano De Investigaciones Sociales.

Mejía, M.; Díaz, V. y Paulo, M. (2005). El Médico ante el dolor humano. Revista Fermentun Mérida – Venezuela, 15 (42), 88-103. Venezuela.

Mínguez, J. (2009). Relaciones difíciles: Médico de Familia. Revista de Salud Mental Semergen, 35 (1), 3-16. España

Rincón, M. y Rodríguez, I. (2004). Consideraciones Generales sobre la Política y Gestión de la Salud en Venezuela (1900-2003). Revista Fermentun Mérida – Venezuela, 14 (41) -503-532. Venezuela.

Rodríguez, H. (2006). La relación médico-paciente. Revista Cubana de Salud Pública, 32 (4), 2-6. Cuba.

Suarez, M. (2006). El médico familiar y la atención a la familia. Revista Paceña

Medicina Familiar; 3(4): 95-100. Bolivia.

Artículos:

Perancho, I. (2001, Noviembre 17). El poder curativo de una buena relación médico paciente. El Mundo, X. (455), p.8. Colombia.

Trabajos de Grado:

Aguilar, L.; Arce, H. y Madrigal, L. (1998.). Red familiar y participación comunal. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Agüero, M.; Bolaños, K.; Chinchilla, A.; Murrillo, H.; Segura, L.; Acosta. Dilemas y posibilidades de la participación social en salud. San Pedro de Montes de Oca. Seminario de graduación (licenciatura en trabajo social). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

García, M. (1996). Intervención del Trabajo Social en el Programa de medicina familiar desarrollado en el sector I de los Aceiticos II ciudad Bolívar. Trabajo de grado modalidad tesis. Universidad De Oriente, Ciudad Bolívar.

González, M. (2008). Incidencia de la relación medico paciente en el servicio que se ofrece en la sala de hospitalización del hospital tipo I. “Dr. Armando Mata Sánchez”. Punta de Piedras. Municipio Tubores. Estado Nueva Esparta. Trabajo de grado modalidad tesis. Universidad De Oriente, Cumaná.

Guzmán, .y Martínez. (2006). El Trabajador Social y sus funciones a nivel preventivo en la política integral de salud en el Estado Sucre. Trabajo de grado modalidad tesis. Universidad De Oriente, Cumaná.

Naranjo, H. y Porras, I. (2008). La intervención de Trabajo Social en la atención de personas adultas en condición de abandono, en el Hospital San Juan de Dios. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Pérez, R. (1996). Medicina familiar como una alternativa de interacción para el Trabajador Social. Comunidad “Las Campiñas”, sector la Sabanita. Trabajo de grado modalidad tesis. Universidad De Oriente, Ciudad Bolívar.

Sequeira, S. (2010). Análisis de la vinculación entre Equipos de Apoyo (EA) y los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) adscritos al Programa de Atención Integral de Salud (PAIS) para brindar una Atención Integral a la Población de Montes de Oca y Concepción, San Diego, San Juan. Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Informes Técnicos:

Organización Panamericana de la Salud. (2006). Informe: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas.

Documentos Legales:

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial de la

República Bolivariana de Venezuela Nº 5.453 (Extraordinario), Marzo 24, 2000.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (2006). Entrada en vigor el 7 de abril, 1948.

Código de Deontología Médica. (2003) Aprobada durante la CXL reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Cumana, 24-26 de Octubre de 2004.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948) Adoptada y proclamada por la Asamblea General Resolución 217 A (III), Diciembre 10, 194

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Aprobada en la novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia, 1948.

Ley Orgánica de Salud. (1998). Gaceta Oficial de la República de Venezuela Nº 36.579, Noviembre 11, 1998.

Ley del Ejercicio de la Medicina. (1982). Gaceta Oficial de la República de Venezuela Nº 3002 (Extraordinaria).

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1976). Adoptado por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, el 16.12.1966. Entró en vigor el 23.03.76.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966). Adoptado por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, el 16.12.1966. Entró en vigor el 23.03.76.

Páginas Web:

Alegsa, M. (2010). [On-line]. Disponible en: http://www.alegsa.com.ar/Diccionario/C/8152.php. Consultado el día 28 de Enero de 2013.

Antolinez, A. (2008). [On-line]. Disponible en: http://aileen-funcionesdeuntrabajadorsocial.blogspot.com/2008/09/es-una-mujer-de-perfil-con-una-piel-de.html. Consultado el día 07 de Noviembre de 2011.

Badia, X. (2005). La satisfacción con el tratamiento. [On-line]. Disponible en: www.satisfacción.trat. Consultado el día 08 de Septiembre de 2012.

Braga, M. (2009). [On-line]. Disponible en: http://www.hcvsinfronteras.org.ar/relacin-mdico-paciente-familia-en-la-institucin-de-salud/. Consultado el día 15 de Noviembre de 2012.

Boeree, J. (1998). Teorías de la personalidad. [On-line]. Disponible en: http: //www.psicología-online.com/ebooks/personalidad/personalidad.htm. Consultado el día 08 de Noviembre de 2011.

Blog psicología medica. (2010). [On-line]. Modelos y tipos de RMP. Disponible en: http://medicinaunp2008.blogspot.com/. Consultado el día 08 de Noviembre de 2011.

Díaz, Y. (2012). [On-line]. Disponible en: http://prof.usb.ve/yusdiaz/salud.pdf.Consultado el día 28 de Enero de 2013.

Diccionario de la Real Academia española. (2011). [On-line]. Disponible en:

http://buscon.rae.es/draeI/. Consultado el día 21 de Julio de 2011.

Definición.net (2012). [On-line]. Disponible en:http://definicion.de/trato/. Consultado el día 28 de Enero de 2013.

Foucault, M. (2011). [On-line]. Disponible en: www. Fcs.uner. edu.ar. Consultado el día 28 de Julio de 2011.

Grupo Asegurador Pacific Salud. (2011). [On-line]. Disponible en: www.seps.gob.pe/.../D2_09%20La%20relacion%20medico%20paciente%20%20Pacifico.pd. Consultado el día 28 de Junio de 2011.

Hospital Asepeyo Coslada. (2010). [On-line]. Disponible en: http: //www.asepeyo.es/Homease.nsf/SP/COS_InformacionUsuario/Principal/TrabajoSocial_SP.htm. Consultado el día 10 de Octubre de 2011.

Ituarte, A (2001). Trabajo Social. [On-line]. Disponible en: www.cgtrabajosocial.es/alicante/.../09_Amaya_Ituarte_Tellaeche.pdf. Consultado el 29 de Julio de 2o11.

Joomla, A. (2011). Medicina basada en los pacientes [On-line]. Disponible en: www.spcv.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id. Consultado el día 09 de Noviembre de 2011.

Paullier, J. (2011). Venezuela: la medicina comunitaria divide a los doctores [On-line]. Disponible en:http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/03/110318_venezuela_salud_medicina_integral_comunitaria_jp.shtml. Consultado el día 30 de Mayo de 2012.

Peggy y Otros (2006). Capital humano. [On-line]. Disponible en: www. monografis.com/trabajos6/gepo/gepo.shtml. Consultado el día 25 de E4nero de 2013.

Rivera, R. (2010). [On-line]. Disponible en: http://www.slideshave.net/wiriche/relaciones. Consultado el día 13de Octubre de 2012.

Maglio, F. (2009). Entrevista con el Dr. Francisco Maglio [On-line]. Disponible en: http://www.Revista lanación.com. Consultado el día 29 de Julio de 2011.

Maglio, F. (2010).Aspectos socioculturales de la relación médico paciente [On-line] disponible en: /media/cdrom0/Tesis mia/Documentos PDF/relacion_medico-paciente_aspectos_eticos_y_antropologicos.pdf. Consultado el día 29 de Julio de 2011.

Marañon, G. (2011). El paciente.[On-line]. Disponible en: http://gregoriomaranon.enarte.es/pacientes.htm. Consultado el día 10 de Julio de 2011.

Medina, J. (2012). [On-line].Disponible en: www.Medi.serh. Consultado el día 26 de Septiembre de 2012.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. [On-line]. Disponible en: http://maiquiflores.over-blog.es/article-31209141.html. Consultado el día 07 de Noviembre de 2011.

Mora, J. (2011). Administración de la salud en Venezuela [On-line]. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos34/salud-venezuela/salud-

venezuela.shtml. Consultado el día 20 de Mayo de 2011.

Montaño, L. (2009). [On-line]. Disponible en: www. suite101.net. Consultado el día 10 de Octubre de 2010.

Tamame, E. (2012). [On-line]. Disponible en: consumoteca.com.htm. Consultado el día 14 de Octubre de 2012.

Organización Mundial de la Salud (OMS). [On-line]. Disponible en: www.who.int/es/. Consultado el día 20 de Mayo de 2011.

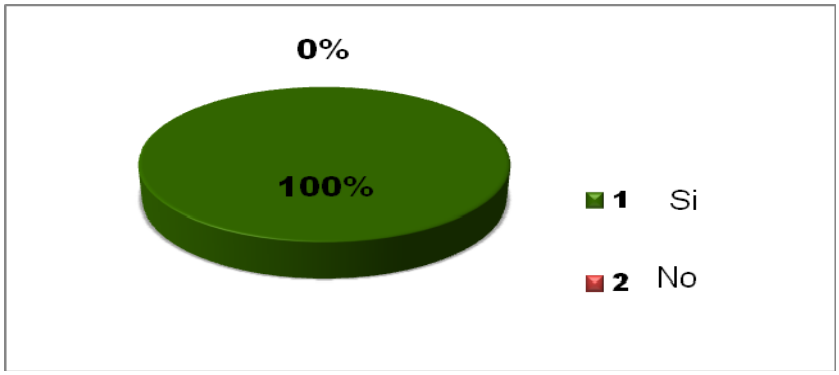
Wikipedia (2012). Medicina familiar y comunitaria. [On-line]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_Familiar_y_Comunitaria. Consultado el día 30 de Mayo de 2012.

Entrevista:

Centro Diagnostico Integral Fe y Alegría (CDI). Departamento de Orientación (2011).

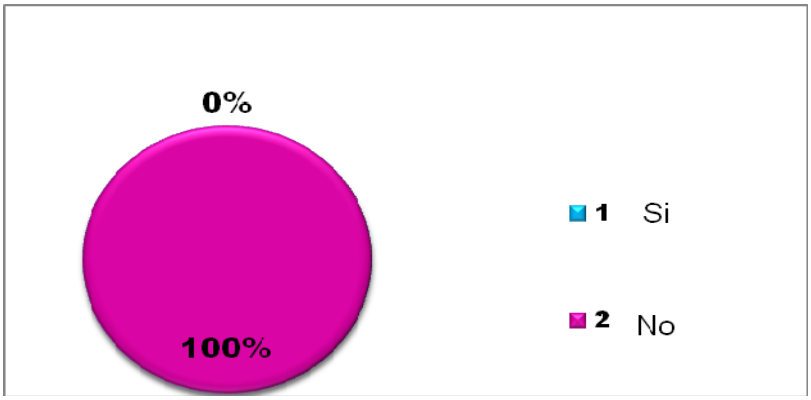
ANEXOS

Anexo Nº 01: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” según en relación a si al conversar con el pacientes y sus familiares utiliza terminologías que éstos puedan comprender. Cumaná 2012.



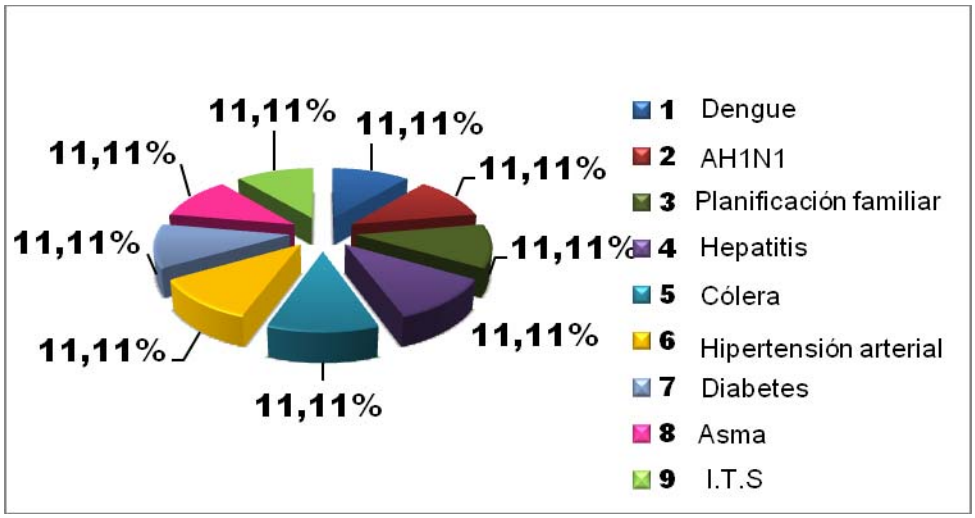
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 02: Distribución porcentual de los médicos que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” según a si la interacción que mantiene con los pacientes y familiares le es de utilidad para aclarar dudas con respecto a su estado de salud. Cumaná 2012.



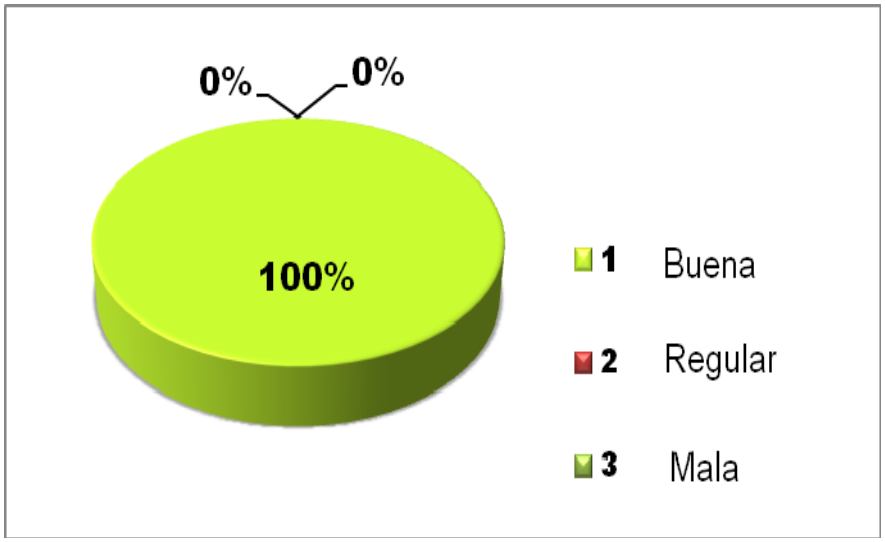
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 03: Distribución porcentual de los Promotoras y Trabajadora Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a las actividades de prevención en salud en las cuales participan. Cumaná 2012.



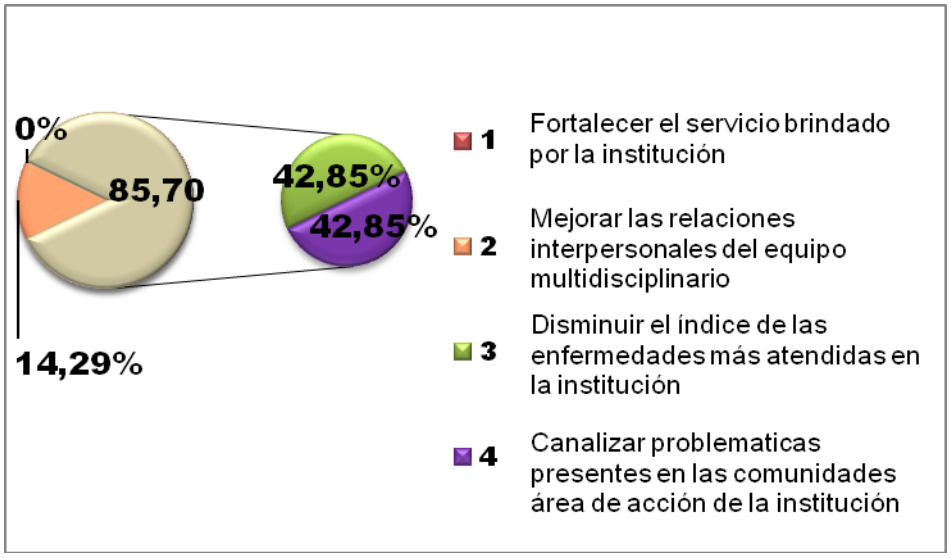
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 04: Distribución porcentual de los Promotoras y Trabajadora Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación la definición que le dan a su interrelación con el médico, el paciente y la familia. Cumaná 2012.



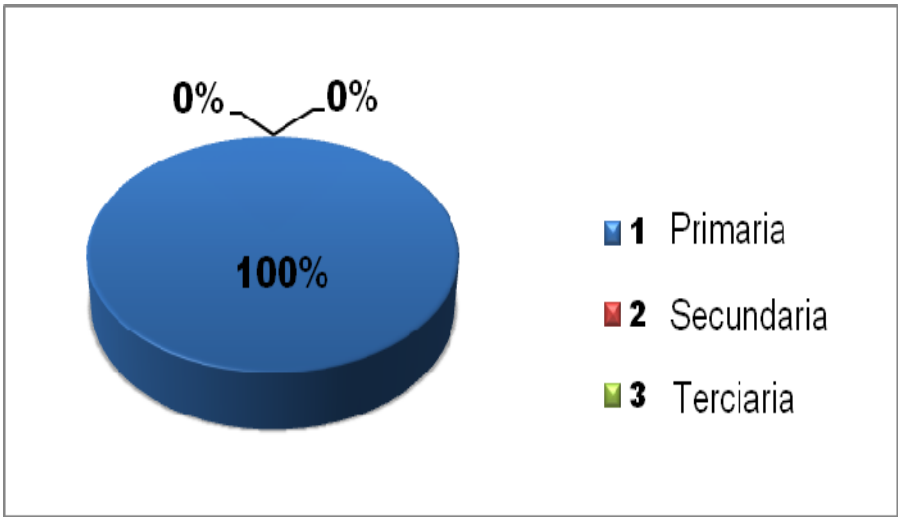
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 05: Distribución porcentual de los Promotores y Trabajador Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al objetivo de las actividades desarrolladas en la institución. Cumaná 2012.



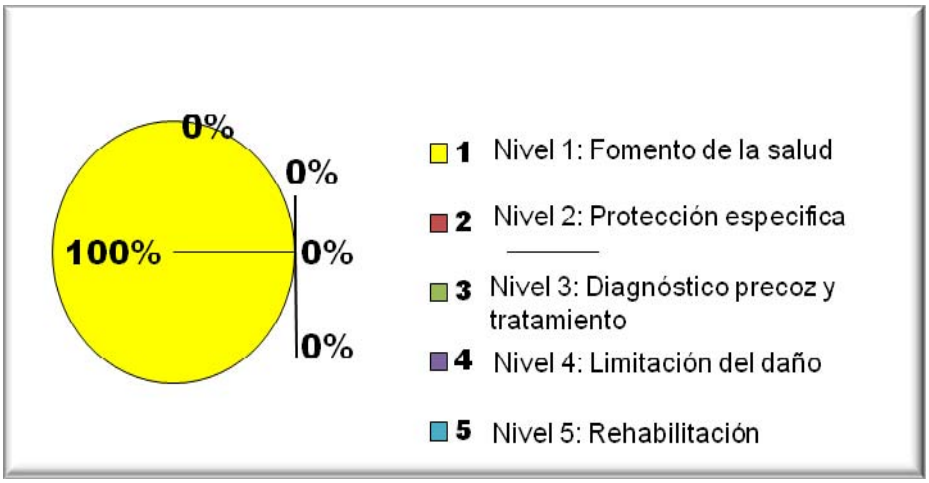
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 06: Distribución porcentual de los Promotores y Trabajador Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al tipo de prevención que desarrollan, en la institución. Cumaná 2012.



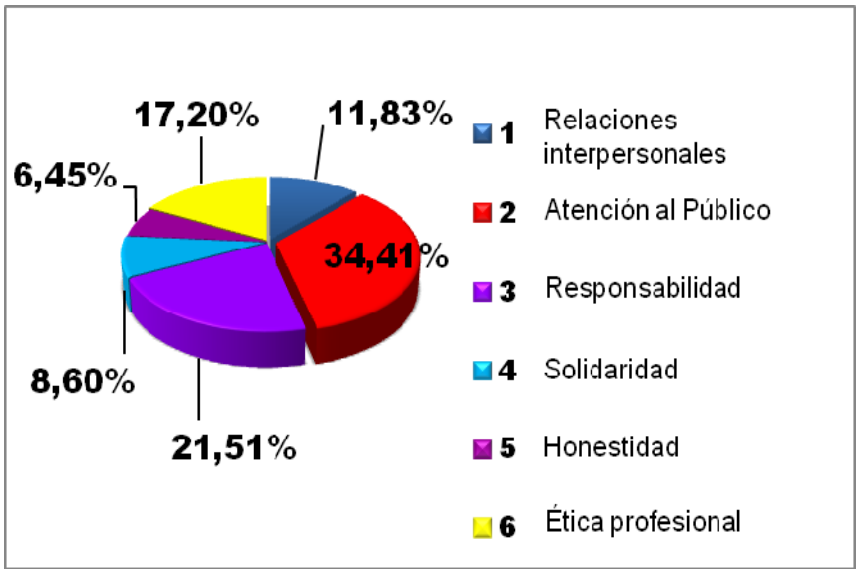
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 07: Distribución porcentual de los Promotores y Trabajador Social que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación al nivel de prevención que desarrollan, en la institución. Cumaná 2012.



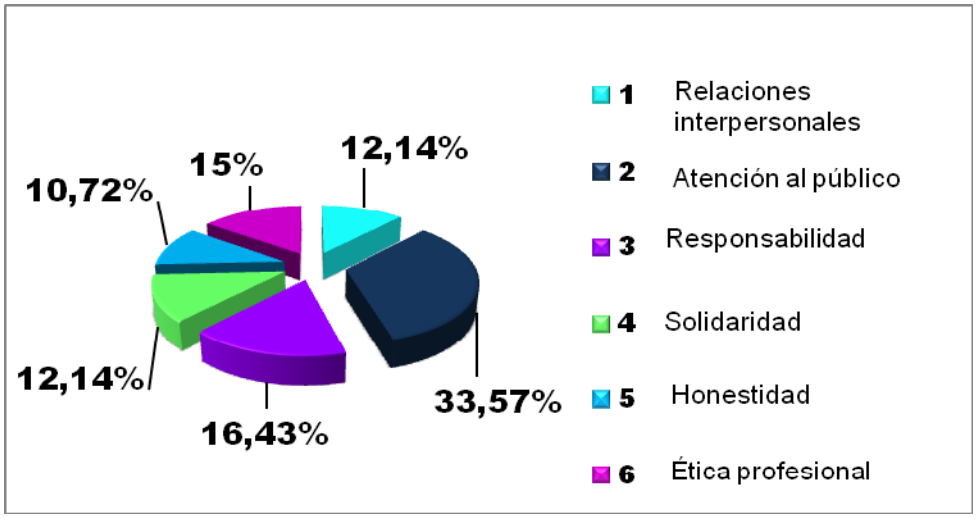
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 08: Distribución porcentual de los pacientes que acuden al C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a la percepción de los elementos a potencializar del capital humano de la institución. Cumaná 2012.



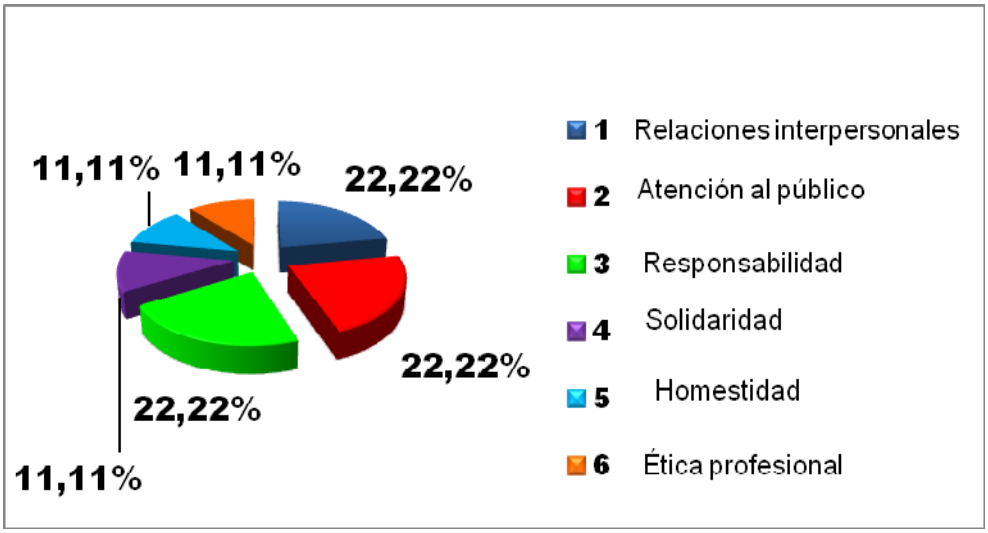
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 09: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes que acuden al C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a la percepción de los elementos a potencializar del capital humano de la Institución. Cumana 2012



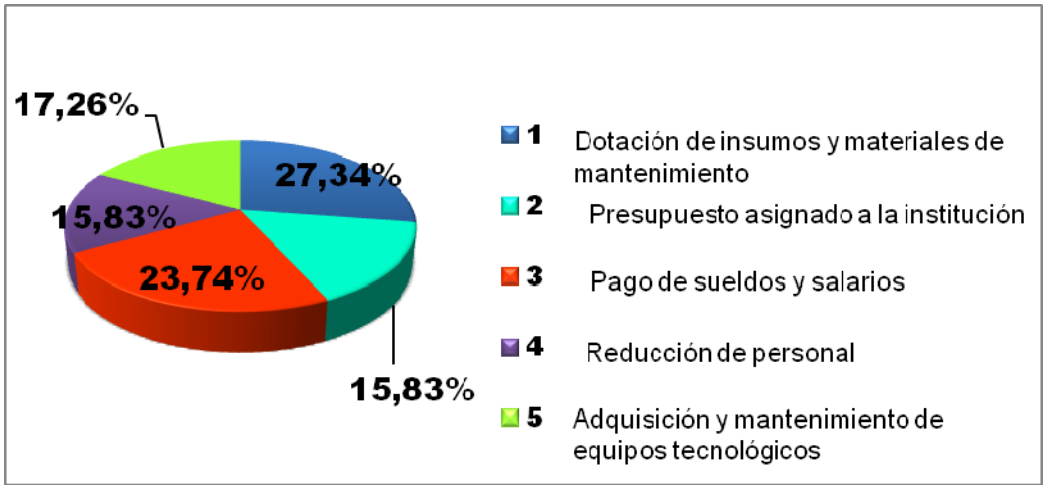
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 10: Distribución porcentual de los profesionales que laboran en el C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a la percepción de los elementos a potencializar del capital humano de la institución. Cumaná 2012.



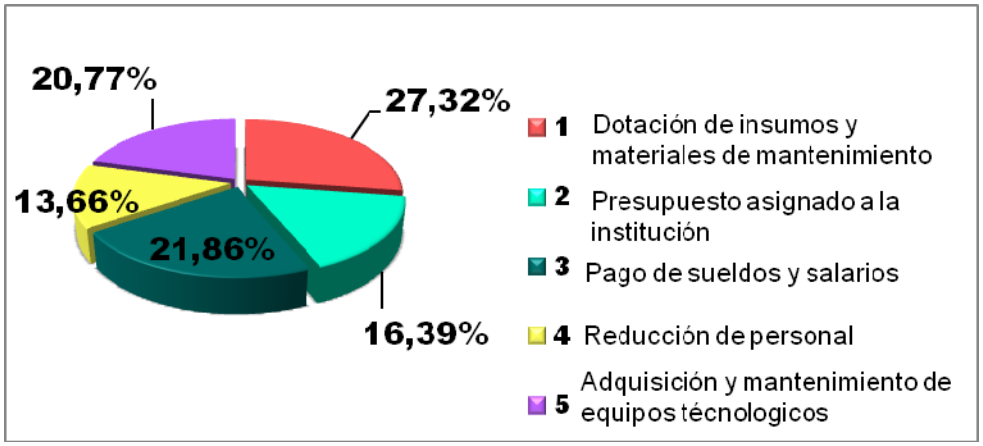
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 11: Distribución porcentual de los pacientes que acuden a las instalaciones del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a su percepción sobre los aspectos de la institución afectados por la situación económica del país. Cumaná 2012.



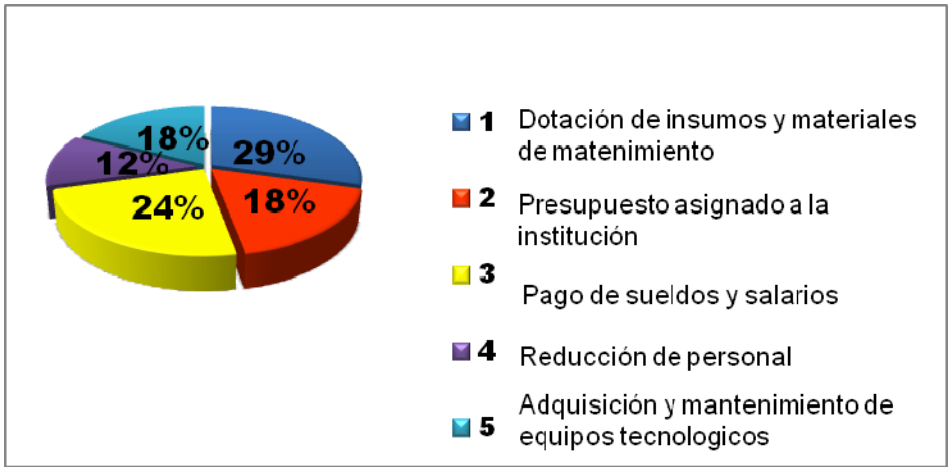
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 12: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes que acuden a las instalaciones del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a su percepción sobre los aspectos de la institución afectados por la situación económica del país. Cumaná 2012.



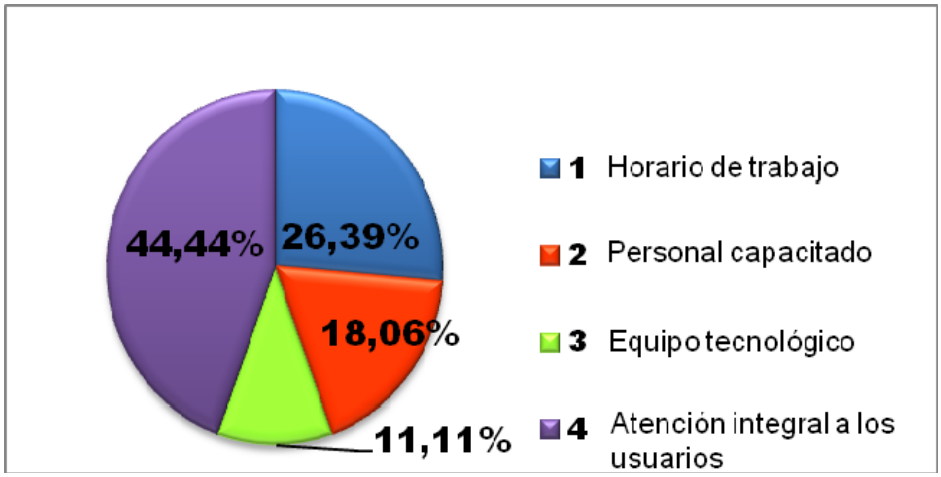
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 13: Distribución porcentual de los profesionales que laboran en las instalaciones del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a su percepción sobre los aspectos de la institución afectados por la situación económica del país. Cumaná 2012.



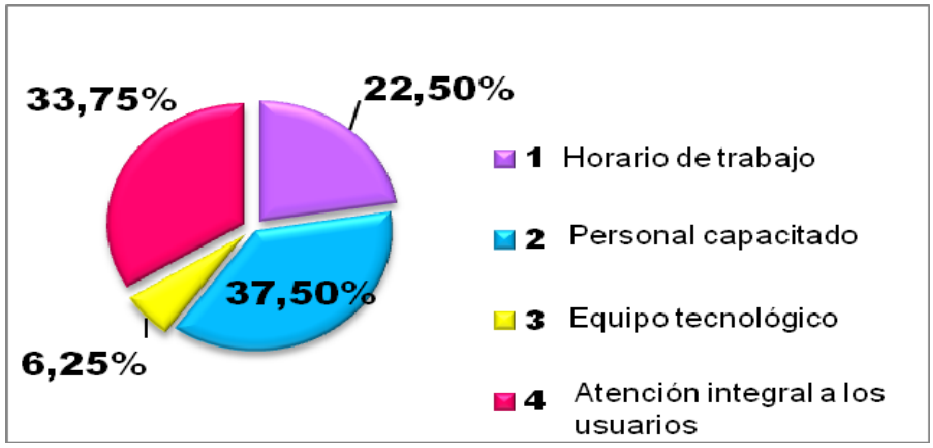
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 14: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes que acuden a las instalaciones del C.D.I.“Fe y Alegría” en relación a su percepción sobre los aspectos de calidad del servicio brindado por la institución. Cumaná 2012.



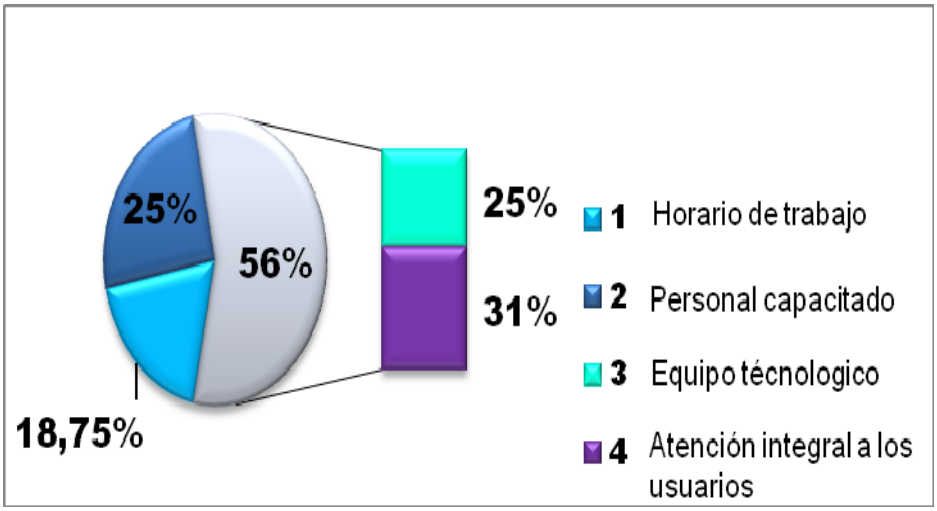
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 15: Distribución porcentual de los familiares de los pacientes que acuden a las instalaciones del C.D.I. “Fe y Alegría” en relación a su percepción sobre los aspectos de calidad del servicio brindado por la institución. Cumaná 2012.



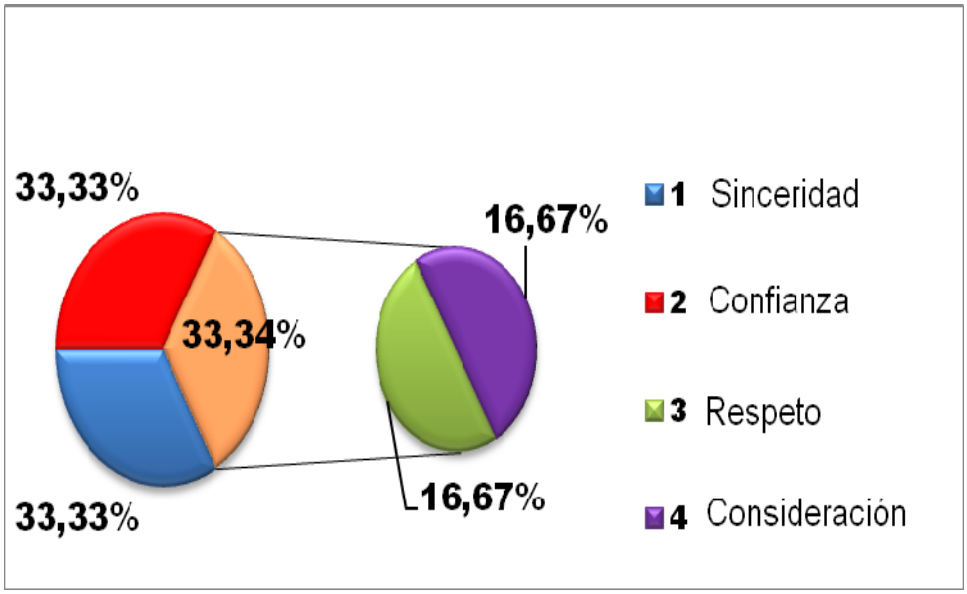
Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 16: Distribución porcentual de los profesionales que laboran en las instalaciones del C.D.I.“Fe y Alegría” en relación a su percepción sobre los aspectos de calidad del servicio brindado por la institución. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

Anexo Nº 17: Distribución porcentual de los profesionales que laboran en las instalaciones del C.D.I.“Fe y Alegría” en relación a las expectativas sobre trato que espera recibir de los pacientes y familiares durante la consulta en ese centro asistencial. Cumaná 2012.



Fuente: Rodríguez y Velásquez 2013.

GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS

Agente de cambio

Persona que intenta influir en los comportamientos, actitudes, ideas y decisiones de otras personas, grupos, sectores o clases, en una dirección cuyo cambio considera deseable. (Ander-Egg, Ezequiel: 1995:27).

Bienestar

Estado a que llega y experimenta un individuo al satisfacer sus necesidades, de un modo compatible con la dignidad humana. (Ander-Egg, Ezequiel: 1995:53).

Centro de salud

Organismo sanitario con funciones de promoción y protección de la salud de la población de una determinada zona. (Ander-Egg, Ezequiel: 1995:76).

Centro Diagnóstico Integral

Es una institución de salud de moderna y efectiva tecnología médica, donde se garantiza los medicamentos e insumos requeridos de forma gratuita y con un personal de trabajo formado por médicos, enfermeros y técnicos que de manera integral brinda la calidad de la salud (documento en línea).

Comunicación

Relación entre individuos encaminadas a la transformación de significados mediante el empleo del lenguaje, la mímica, los ademanes, las actitudes, etc. En esta interacción una parte actúa como fuente emisora del mensaje y la otra como receptora. (Ander-Egg, Ezequiel: 1995:87).

Comunidad

Conjunto de relaciones sociales, unidad social cuyos miembros participan en algún rasgo, interés, elemento o función común con conciencia de pertenencia y sentido de solidaridad y significación, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto. (Ander-Egg, Ezequiel: 1995:86).

Confianza.

Esperanza firme que se tiene de alguien o algo. Seguridad que alguien tiene en sí mismo. (Real Academia Española 2010, documento en línea).

Ética profesional

Conjunto de normas morales que rigen la conducta humana. (Real Academia Española 2010, documento en línea).

Familia.

Grupo primario donde sus integrantes se interrelacionan por vínculos afectivos y de participación que favorecen a su vez su crecimiento armónico, desarrollo y maduración. (Eroles, Carlos: 2001:139).

Humanismo.

Doctrina o actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos. (Real Academia Española 2010, documento en línea).

Institución

Designa un conjunto de normas, roles y pautas de comportamiento, aceptadas por una determinada sociedad o parte de ella, que tiene por finalidad la satisfacción de alguna necesidad básica de grupo. (Ander-Egg,

Ezequiel: 1995:205)

Medicina

Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano. (Real Academia Española 2010, documento en línea).

Médico, ca.

Persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina. (Real Academia Española 2010, documento en línea).

Opinión

Asentimiento, pronunciamiento o parecer que se tiene acerca de una cosa con la conciencia de que tal juicio carece de fundamento suficiente (Ander-Egg, Ezequiel: 1995:267).

Paciente.

Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. Persona que es o va a ser reconocida médicamente. (Real Academia Española 2010, documento en línea).

Pariente

Respecto a una persona, dícese de cada uno de las ascendientes, descendientes o colaterales de una misma familia, vinculados por consanguinidad o afinidad. (Ander-Egg, Ezequiel 1995:274)

Población

Conjunto de personas que comparten un pueblo o una nación, es decir, el conjunto de habitantes de un cierto territorio. (Ander-Egg, Ezequiel 1995:289).

Promoción social

Acción para elevar a un conjunto de personas o a grupos sociales, a una situación más elevada o a una dignidad mayor. (Ander-Egg, Ezequiel 1995:305)

Relación

Toda conexión o vínculo entre dos o más personas o grupo, que surge de la interacción que se producen ente ellos (Ander-Egg, Ezequiel 1995: 323)

Responsabilidad.

Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente. (Real Academia Española 2010, documento en línea).

Salud.

Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado. (Real Academia Española 2010, documento en línea).

Sociedad

Agrupación natural o pactada de personas, que constituyen unidad distinta de cada uno de sus individuos, con el fin de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o alguno de los fines de la vida. (Real Academia Española 2010, documento en línea).

Valor

Grado de utilidad o aptitud de las cosas, para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar o deleite. Alcance de la significación o importancia de una cosa, acción, palabra o frase (Real Academia Española

2010, documento en línea).

Variable

Es un adjetivo proveniente del léxico matemático y de la física teórica; cualquier característica, rasgo o cualidad de un fenómeno social que cambia de magnitud según cada caso individual. (Ander-Egg, Ezequiel. 1995:398).

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	El Trabajador Social en la Relación Médico-Paciente-Familia en el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría”. Cumaná 2012
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	**Código CVLAC / e-mail**	
Yusdelys Rodríguez.	**CVLAC**	17212277
	e-mail	yusdelisudo@hotmail.com
	e-mail	
Alba Velásquez.	**CVLAC**	16996168
	e-mail	albalokvelas@homail.com
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

relaciones interpersonales, comunicación, retroalimentación, satisfacción y bienestar

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias Sociales	Sociología

Resumen (abstract):

Actualmente el quehacer profesional del trabador social tiene un campo de acción muy amplio y diversificado. En el área de salud, éste participa en acciones dirigidas a la salud integral de los individuos grupos y comunidades, desempeñando un papel muy importante en la atención brindada a los pacientes y familiares. Cabe mencionar que, además de investigar de manera exhaustiva aspectos socio-familiares, procura calmar la angustia a la población que accede a los servicios médicos en caso de recibir diagnósticos delicados concernientes a su problema de salud; de la misma forma apoyan a las autoridades competentes del centro de salud al cual este adscrito a fin de que las relaciones entre diversos departamentos sean armónicas en beneficio de la atención que deben recibir los usuarios. En base a tales consideraciones se realizó éste estudio con el propósito de analizar el rol del trabajador social en la relación médico-paciente-familia en el Centro Diagnóstico Integral “Fe y Alegría” Cumaná 2012. Ésta investigación permitió detectar las fortalezas y debilidades de la intervención que realiza el profesional en la relación ya mencionada, generándose de esta manera recomendaciones para fortalecer la relación del médico con sus pacientes y la familia. Por ello, el estudio tuvo un diseño de campo con un nivel explicativo; encontrándose que, en la realidad estudiada, el trabajador social se dedica más al trabajo con las comunidades área de acción del C.D.I., desarrollando la prevención en salud, restando importancia a potencializar el servicio que imparte ése centro sanitario

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Dra Guevara Carmen	**ROL**	**CA** [ ] **AS** [x] **TU** [ ] **JU** [ ]
	CVLAC	**6633124**
	e-mail	
	e-mail	
Mago Evelin	**ROL**	**CA** [ ] **AS** [ ] **TU** [ ] **JU** [ ]
	CVLAC	**9978432**
	e-mail	
	e-mail	
Oyoque Olga	**ROL**	**CA** [ ] **AS** [ ] **TU** [ ] **JU** [ ]
	CVLAC	**6600929**
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	día
2013	**10**	**07**

Lenguaje: **SPA**

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Tesis-rodriguezvelasquez.doc	**Aplication/word**

Alcance:

Espacial: _____ **(Opcional)**

Temporal: **(Opcional)**

Título o Grado asociado con el trabajo: Licenciadas en trabajo Social

Nivel Asociado con el Trabajo: licenciadas

Área de Estudio: Trabajo social

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU Nº 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda ***"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC Nº 696/2009".***

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR
FECHA 5/8/09 HORA 5:30

Cordialmente,

JUAN A. BOLAÑOS CURVELO
Secretario

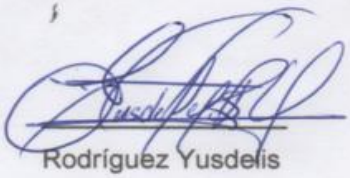
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA * UNIVERSIDAD DE ORIENTE * SECRETARÍA CONSEJO UNIVERSITARIO

C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

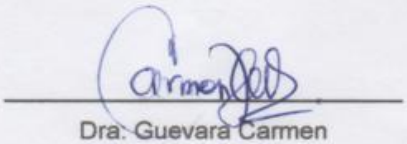
Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : "los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización".



Rodríguez Yusdelis
Autor

Velásquez Alba
Autor



Dra. Guevara Carmen
Asesora