



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América
Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Ciencias Sociales
Unidad de Posgrado

Los derechos de los pacientes: una visión de los usuarios de un hospital y la percepción de los mismos de acuerdo a la posición de médicos enfermeras y obstetrices

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Política Social con
mención en Salud y Seguridad Social

AUTOR

Santa Dolores TORRES ÁLVAREZ

ASESOR

Dr. Walter Nelson VIDAL LA TORRE

Lima, Perú

2005



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Torres, S. (2005). *Los derechos de los pacientes: una visión de los usuarios de un hospital y la percepción de los mismos de acuerdo a la posición de médicos enfermeras y obstetrices*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

**Agradezco a todos los Pacientes,
Médicos, Enfermeras y Obstetricas
que generosamente participaron
en este estudio .**

INDICE

	Pág.
Índice	iv
Índice de Cuadros y Gráficos	vi
Presentación	viii
Resumen	x
Capítulo I : El Problema. Los Derechos de los Pacientes: percepción de los Usuarios y Profesionales de la salud en un medio hospitalario.	
1. Planteamiento del Problema	1
1.1 Formulación del Problema	3
1.2 Justificación	4
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo general	4
2.2 Objetivos Específicos	4
3. Marco Teórico	5
3.1 Antecedentes del estudio	5
■ Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente	5
■ Derechos de los pacientes en Uruguay: percepción de los usuarios de hospitales	6
■ Derechos del paciente hospitalizado: responsabilidad en la práctica de enfermería	9
3.2 Bases Teóricas	10
3.2.1. Los cambios en la relación Médico-Paciente	10
3.2.2. Derechos	12

3.2.3. Los Derechos de los Pacientes	13
A. Declaración de Lisboa	14
B. La Ley General de Salud	19
C. Declaración de los Derechos de los Pacientes de la Asociación Nacional de Médicos del MINSA	20
D. Propuesta y Lineamientos de Política Sectorial MINSA	21
3.2.4. Los Principios de la Bioética	22
4. Hipótesis	30
Capítulo II : Material y Métodos	
1. Diseño del Estudio	31
2. Lugar del estudio	31
3. Población y Muestra	32
4. Variables	35
5. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	36
6. Procedimientos	38
7. Estrategias de Análisis	39
Capítulo III : Resultados y Discusión	42
Capitulo IV : Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones	
1. Conclusiones	86
2. Recomendaciones	89
3. Limitaciones	89
Referencias Bibliográficas	90
Bibliografía	93
ANEXOS	95

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

N°	Pág.
1. Reconocimiento de los Derechos del Paciente según los Pacientes y Profesionales de la salud, de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo-Abril 2004	47
2. Percepción sobre el derecho a la Calidad de la Atención según los pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	49
3. Percepción sobre el derecho a la Libre Elección según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo-Abril 2004	52
4. Percepción sobre el derecho a Autorizar la ejecución de los Procedimientos y Tratamientos según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo-Abril 2004	56
5. Percepción sobre el derecho a Negarse a Procedimientos o Tratamientos contra la voluntad según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo-Abril 2004	59
6. Percepción sobre el derecho a la Información de los Procedimientos y Tratamientos según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo-Abril 2004	63
7. Percepción sobre el derecho a la Información de la Enfermedad según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo-Abril 2004	66

	Pág.
8. Percepción sobre el derecho a la Confidencialidad según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo-Abril 2004	70
9. Percepción sobre el derecho a la Educación de la Salud según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo-Abril 2004	74
10. Percepción sobre el derecho a la Dignidad e Intimidad según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo- Abril 2004	78
11. Percepción sobre el derecho a la Asistencia Religiosa según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo-Abril 2004	82

PRESENTACIÓN

La salud no es solo un proceso biológico, es sobre todo un proceso social. La práctica médica constituye un subconjunto de la práctica social, como tal experimenta las influencias de todo proceso histórico. Estas influencias incluyen el desarrollo social representado por el grado de participación y de conciencia de los actores sociales, acerca de sus derechos y responsabilidades dentro del marco de la relación profesional de la salud-paciente.

Por muchos años esta relación se ha sustentado en decisiones basadas en la conceptualización médica de lo que es mejor para el paciente. Este enfoque considera que el paciente no tiene la capacidad para decidir lo que le es más conveniente. En los últimos tiempos la situación ha sufrido cierto cambio, desde el momento en que ha surgido el paciente como protagonista del proceso de atención médica y se le concede la capacidad de autodeterminación. El reconocimiento de los derechos del paciente, constituye una guía para el desempeño profesional en salud.

Los derechos de los enfermos, tanto aquellos que emanan de los derechos humanos en su respeto a la dignidad de las personas, como los que surgen de la normatividad vigente en el país, constituyen obligaciones éticas que deben regir el actuar de los integrantes del equipo de salud.

Sin embargo, en la práctica asistencial existe una preocupación actual por los derechos de los enfermos, en tanto las bases éticas de la relación del profesional de la salud con el paciente se han debilitado, probablemente porque la atención médica y de la salud se ha hecho masiva, más compleja y especializada, la relación entre las instituciones sanitarias y las personas, así

como entre los profesionales de la salud y los enfermos se ha despersonalizado. La atención médica se ha transformado en una relación entre proveedores y clientes, similar a la de la prestación de cualquier otro bien o servicio. Predominaría así un tipo de interacción que podría establecer una incipiente asociación entre el ejercicio y respeto de estos derechos, de parte de los profesionales y de los usuarios de los servicios de salud.

En este sentido, es oportuno examinar las perspectivas desde las que se miran los derechos del paciente en la práctica asistencial. Para este efecto se realizó el presente estudio de investigación titulado “LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES: UNA VISIÓN DE LOS USUARIOS DE UN HOSPITAL Y LA PERCEPCIÓN DE LOS MISMOS DE ACUERDO A LA POSICIÓN DE MÉDICOS, ENFERMERAS Y OBSTETRICES”, teniendo como objetivo principal, determinar la percepción de las personas hospitalizadas acerca de sus derechos como pacientes, así como la percepción de estos derechos por parte de Médicos, Enfermeras y Obstetrices.

Este estudio está estructurado de la siguiente manera: en el Capítulo I El Problema, donde se considera el planteamiento y formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación, así como las bases teóricas que a su vez comprende antecedentes del estudio, bases conceptuales e hipótesis. Capítulo II referente a Material y Métodos donde se expone la metodología, diseño de la investigación, descripción de la población y muestra a estudiar, operacionalización de variables, y la técnica e instrumentos para la recolección, procesamiento y análisis de datos. Capítulo III Resultados y Discusión. Capítulo IV Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones, y finalmente se incluye Referencias Bibliográficas, Bibliografía y los Anexos.

RESUMEN

Considerando que los derechos del paciente deben ser reconocidos y respetados dentro del marco de toda relación usuario – profesional de la salud, se desarrolló este estudio descriptivo exploratorio, a fin de determinar la percepción que tienen las personas hospitalizadas acerca de sus derechos, así como la percepción sobre estos derechos por parte de los Médicos, Enfermeras y Obstetrices .

El trabajo fue realizado en los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, mediante una cédula de entrevista dirigida a los pacientes hospitalizados y, un cuestionario aplicado a los Médicos, Enfermeras y Obstetrices de estos servicios. Se estudio una muestra aleatoria estratificada de 208 pacientes, y una muestra por conveniencia compuesta por 236 profesionales.

Los resultados han sido tratados estadísticamente y demuestran que existen diferencias significativas entre las percepciones de los pacientes y profesionales de la salud respecto a los derechos de, calidad de la atención, libre elección, negarse a procedimientos contra la voluntad, información, confidencialidad, educación de la salud, dignidad-intimidad y asistencia religiosa.

Asimismo, el estudio sugiere un grado de percepción intermedia de parte de los pacientes hacia la mayoría de sus derechos y, un grado de alta percepción hacia la mayoría de los derechos del paciente de parte de los profesionales de la salud.

Palabras clave. Derechos del paciente. Percepciones. Persona hospitalizada. Médicos, Enfermeras y Obstetrices.

SUMMARY

Taking in consideration that the patients rights must be acknowledged and respected in any doctor-patient relationship setting, a descriptive exploratory study was developed. It's purpose was to evaluate the perception level of the inpatients in a hospital about their rights and the perception of these rights on the part of their doctors, nurses and obstetricians.

To accomplish this goal, the study was made at the 2 de Mayo hospital. The chosen departments were surgery, gynecology, obstetrics and medicine. The method employed was made in two ways, an intake form completed by the inpatients and a questionnaire completed by the doctors, nurses, and obstetricians assigned to these departments.

A random sample strata of 208 inpatients and a convenience sample made up of 236 health professional was analyzed. The results were statistically revised. They showed a significant difference between the perception of the inpatients and the health professionals. They include the rights over quality of service, freedom of choice, to refuse any treatment against his will, information, confidentiality, health education, intimacy-dignity, and religious assistance.

The study results also suggests a medium level of perception by the inpatients about the majority of their rights and a high level of perception about the patients rights by the health professionals.

Key words. Patients Rights. Perceptions. Inpatients. Doctors, Nurses, Obstetricians.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Derechos Humanos son integrales, interdependientes e indivisibles, es decir engloban atribuciones significativas tanto para la existencia política, como para la económica, social y cultural de las personas. La plena vigencia de unos reclama, la vigencia de los demás.

La definición más simple de "derecho" lo equipara con un "dominio" que el titular del derecho posee. En este caso se trata de "dominios" que no derivan ni de un contrato, ni de una concesión. Los derechos humanos son aquellos "dominios" que derivan directamente de la condición humana.

La salud esta dentro de la categoría de los derechos individuales y comunitarios. En tal concepto, deviene ético e incluso legal, darles la debida

satisfacción y cobertura. La asistencia sanitaria mirada como un acto de solidaridad representa un valor moral susceptible de ser caracterizado en el orden los principios bioéticos, porque cada acción de salud debe corresponder a lo más indicado, a lo mejor efectuado, en concordancia con las opciones y aspiraciones del destinatario, su mejor información y resguardo de sus prerrogativas e intereses "Ayer la medicina fue don gratuito del proveedor, hoy por una saludable y asertiva evolución, es demanda legítima (ó derecho) del beneficiado ..." (1)

La atención de salud de los individuos y comunidades producto de la medicina como saber práctico, constituye un servicio cuyo objetivo es proveer un bien esencial. Su ejercicio debiera estar exento de provocar cualquier perjuicio, así tanto beneficios como efectos indeseables pueden ser ponderados por diversas evidencias y su constatación representa exigencias que contribuyen, manifiestamente, al nivel de calidad de los actos.

Los procesos de Modernización, al afectar a la situación de los individuos en la sociedad, han traído consigo cambios profundos en la cultura de la salud, como pone especialmente de manifiesto el comportamiento de la gente en relación con las Instituciones sanitarias.

Entre las tendencias perfiladas cabe citar un aumento de la difusión en la concepción de "derechos de los pacientes" como consumidores de la atención de salud.

En nuestra sociedad cada vez con mayor frecuencia, se insta a los consumidores a asumir mayor responsabilidad por la atención de salud que reciben. Se los está estimulando a adoptar estilos de vida saludable que les ayuden a prevenir las enfermedades. Se les esta pidiendo también que asuman una mayor proporción de los costos directos en la atención de salud, muchas

veces pagando tarifas por servicios que anteriormente eran cubiertos con fondos gubernamentales.

Junto con esta mayor responsabilidad, debe haber también una mayor conciencia de los derechos de los consumidores de atención de salud, en la perspectiva de desarrollar una relación más equilibrada entre los proveedores de servicios de salud - médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud - y los usuarios de estos servicios - los ciudadanos, los consumidores, los pacientes.

Asimismo, la inmensa mayoría de los peruanos se reconoce como poseedores de derechos, sin embargo tienen significativas dificultades para señalar en que consisten tales derechos. No es difícil afirmar que los derechos en primera persona son más difíciles de reconocer en tercera persona, particularmente cuando los "otros" están marcados por algún estigma. De este modo, es quizá la población enferma el grupo de consumidores más desprotegidos de nuestra moderna sociedad de libre oferta y demanda, donde la sofisticación de nuevas tecnologías impone brechas enormes entre el consumidor lego y los especialistas.

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

Frente a esta situación, surge el interés por conocer a través de este trabajo de Investigación ¿Cuál es la percepción de las personas hospitalizadas en los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Dos de Mayo, acerca de sus derechos como pacientes, así como cual es la percepción de estos derechos por parte de los médicos, enfermeras y obstetricas de estos servicios?

1.2 JUSTIFICACION

Este tema de investigación responde a la preocupación de propiciar la reflexión del personal de salud sobre los aspectos éticos del ejercicio profesional, enfatizando la vinculación que tienen los mismos , con el reconocimiento y ejercicio de los derechos del paciente durante la práctica asistencial.

Solo en la medida en que estos derechos adquieran discurso y práctica en los servicios de salud, la relación prestador – usuario, se sustentará sobre las bases de obligaciones – derechos recíprocos, ejes principales de toda construcción de ciudadanía.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar la percepción de las personas hospitalizadas que reciben atención en los servicios de Medicina, Cirugía y Gineco - Obstetricia del Hospital Dos de Mayo, acerca de sus derechos como pacientes, así como la percepción sobre estos derechos por parte de los médicos, enfermeras y obstétrices de estos servicios.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la percepción de los pacientes sobre su derecho a asistencia medica **de buena calidad**, así como la percepción de los médicos, enfermeras y obstétrices al respecto.
- Determinar la percepción de los pacientes sobre su derecho a la **libre elección**, así como la percepción de los médicos, enfermeras y obstétrices al respecto.

- Determinar la percepción de los pacientes sobre su derecho **a negarse a procedimientos en contra de su voluntad**, así como la percepción de los médicos, enfermeras y obstetrices al respecto.
- Determinar la percepción de los pacientes sobre su derecho **a la información**, así como la percepción de los médicos, enfermeras y obstetrices al respecto.
- Determinar la percepción de los pacientes sobre su derecho **a la confidencialidad**, así como la percepción de los médicos, enfermeras y obstetrices al respecto.
- Determinar la percepción de los pacientes sobre su derecho **a la educación de la salud**, así como la percepción de los médicos, enfermeras y obstetrices al respecto.
- Determinar la percepción de los pacientes sobre su derecho **a la Dignidad**, así como la percepción de los médicos, enfermeras y obstetrices al respecto.
- Determinar la percepción de los pacientes sobre su derecho **a la Asistencia Religiosa**, así como la percepción de los médicos, enfermeras y obstetrices al respecto.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

De la revisión efectuada en la literatura en relación a los antecedentes del problema planteado, se ha ubicado el informe de una investigación titulada: Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente, llevada a cabo en un Hospital general de zona urbano IMSS en Aguascalientes, México, en 1994. El objetivo del mismo era conocer la actitud médica hacia algunos derechos del paciente y algunos conocimientos legales que rigen la profesión médica.

El diseño fue prospectivo, transversal, no aleatorio mediante un cuestionario de opción múltiple, dirigido a 75 médicos que inician Residencia médica de especialidad, en el que se explora cuatro áreas: respeto a la decisión del paciente, la actitud de beneficio hacia el paciente, el reconocimiento a su capacidad de decidir, y algunos aspectos legales.

Los resultados establecen que, respetan el derecho a decidir del paciente el 34% de los médicos, 34% no lo hicieron y 32% subrogaron la decisión a un tercero. El 26% tuvo una actitud de beneficio al paciente; un 69% no y un 5% la subrogó a otro. El 73% reconoció la capacidad de decidir del paciente y no lo hizo el restante 27%. Cuarenta por ciento de los médicos acertaron en conocimientos legales.

En las conclusiones el estudio sugiere un desconocimiento importante hacia algunos derechos del paciente y sobre aspectos legales que norman la profesión en el grupo estudiado. (2)

Otra investigación hallada es la titulada “Derechos de los pacientes en Uruguay: percepción de los usuarios de hospitales”, realizada en 1991 en tres hospitales montevideanos: Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de la Facultad de Medicina (542 encuestados), y del Ministerio de Salud Pública, Maciel (103 personas) Pasteur (135 encuestados) y en el interior del país en el Hospital de Maldonado (62 personas). El propósito y objetivos de la investigación fue evaluar el conocimiento que las personas concurrentes a hospitales tienen de sus derechos como pacientes; haciendo teorización sobre la axiología cultural de la sociedad uruguaya.

El trabajo fue realizado mediante encuesta evaluada con métodos de medicina social y antropología médica. El diseño de la encuesta fue realizado para investigar grandes temas de la bioética o de la ética médica moderna: derechos en general, confidencialidad, consentimiento en urgencia, para

tratamientos quirúrgicos, para tratamientos médicos, derechos en asistencia ambulatoria, derechos en internación, derecho a la información.

Respecto a los resultados se mencionan aquellos referidos a la comparación entre derechos ambulatorios y en internación encontrándose que, cuatro de cada diez encuestados destacaron que les importaba la cortesía y la amabilidad en el trato, con un porcentaje levemente más alto en la consulta ambulatoria (374 menciones versus 333). El respeto a la intimidad y al pudor (65 /69 alusiones) y el cuidado de la privacidad y confidencialidad de los actos médicos (54 / 54 alusiones) tienen igual popularidad en ambos casos. La libre elección de los técnicos aparece levemente mayor en los derechos en consultores (36 /17 menciones).

Sobre el consentimiento en la urgencia en esta investigación se comprobó gran sincronía entre los valores éticos culturales de la sociedad uruguaya y los principios éticos profesionales. La mayoría es abrumadora, entendiendo que el médico debe actuar sin pedir autorización si corre riesgo la vida del enfermo. Este es un valor culturalmente aceptado por todos, independientemente de la edad, nivel educativo o la profesión.

Así mismo al indagar quien ejerce el derecho a consentir un tratamiento quirúrgico los encuestados fueron concluyentes en señalar que conocen y jerarquizan que las decisiones están en manos del paciente tras una conversación con su médico (excepto en situación de urgencia). Las diferentes opciones que otorgan participación protagónica al paciente estuvieron presentes entre tres cuartas partes de los encuestados. En forma inversa la opción de máximo poder paternalista al médico cirujano se dio tanto más marcada cuanto menos educado era el participante, con enormes diferencias entre el más bajo nivel educativo (26 – 27%) y el más alto (7.9%). La opinión de otorgarle poder exclusivo al médico es tanto más popular cuanto más bajo es el grado de educación del encuestado. Esto indica que las personas

con menor educación son proclives a favorecer un modelo de relación médico – paciente clásica más paternalista y más autoritaria.

También el estatus socio económico laboral tuvo influencia como factor notorio para el consentimiento quirúrgico, en las preferencias por “el paciente después de una conversación con su médico” ya que se dio en franjas : con muy alto apoyo (entre 67 y 100%) los que tienen por ocupación ser estudiantes, profesionales universitarios y empresarios, el apoyo medio se dio (51 a 58%) entre funcionarios públicos, empleados privados, labores del hogar y quienes ejercen un oficio, y apoyo menor a 46% en las ocupaciones menos calificadas y remuneradas (mendigos, desocupados, peones rurales, empleados domésticos, obreros urbanos).

El paciente, como único en ejercer el derecho a consentir, tuvo una preferencia baja pero permanente de 6 – 7%, llegando casi a 10% : entre las mujeres (9%) y las personas de edad mediana (9.8%). En general, todas las opciones que incluyen al paciente son más populares cuanto menos edad tiene el encuestado. En la opinión de los encuestados, el médico no perdió importancia en las decisiones a medida que la gente es más joven, lo que perdió es el poder de decisión exclusiva, sin la participación del paciente.

Sobre el derecho a la información los encuestados además de exigir información relevante para decidir su consentimiento a los tratamientos quirúrgicos o médicos expresaron la necesidad insatisfecha de conocer más sobre la propia salud y los cuidados que los profesionales brindan. La información del paciente fue considerada también como un derecho durante la internación. En los resultados se halla que solo 3 de cada 5 pacientes obtuvieron información suficiente o detallada, de buena calidad. Los otros 2, lamentablemente no lograron una buena comunicación con su médico, y la calidad de información fue muy escasa. Incluso ¡uno de cada diez pacientes internados no habían obtenido nada de información sobre su enfermedad!.

La calidad de la información recogida por el paciente es tanto mayor cuanto más joven es el paciente. Entre los mayores de 62 años uno de cada seis no obtuvo nada de información. Los participantes con buen nivel educativo obtuvieron la mejor calidad de información de parte de su médico tratante.

Respecto al grado de urbanización la peor información fue obtenida por quienes han vivido mas de un año en ciudades del interior. Los que no han vivido en ninguna ciudad, tuvieron en general la media de la encuesta, dispersándose así los valores: poca información en los que han vivido en ciudades del interior y mayor información en quienes han vivido más de una año en Montevideo o en alguna otra ciudad.

En relación al derecho a la confidencialidad se halló que el hospital de Maldonado tuvo el porcentaje más alto de personas que respondieron no permitirían que su historia clínica fuese contada a otros (42.6%). (3)

Asimismo otra investigación relacionada la tema en estudio es la titulada “Derechos del paciente hospitalizado: responsabilidad en la práctica de enfermería” llevada a cabo en el hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI de México en el 2000. Su objetivo era identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre los derechos humanos del paciente hospitalizado y su relación con las satisfacción del usuario en la atención de enfermería. El diseño del estudio fue descriptivo transversal, se estudió una muestra, por conveniencia conformada por 50 enfermeras generales y 121 pacientes hospitalizados. Para las enfermeras se construyó una encuesta en escala dicotómica; y un cuestionario con 18 reactivos para evaluar las satisfacción de los pacientes en la atención de enfermería.

En los resultados se encontró que el 100% del personal encuestado tiene conocimiento sobre el derecho a la salud. Derechos, la verdad, la vida, la libertad, la autonomía y la confidencialidad son conocidos por más de la mitad

del personal encuestado. El 49% de los pacientes refiere no conocer el nombre de la enfermera que lo atiende en los diferentes turnos y en el 51% no se respeta su intimidad. En lo que concierne a la atención de enfermería más de la mitad de los pacientes, la refiere como buena, 28% excelente y 14% regular.

En sus conclusiones señala que la despersonalización es evidente cuando se analiza el derecho del paciente a un trato digno. Aunque 69 y 55% de las enfermeras conoce que los pacientes tienen derecho a la autonomía e intimidad, resulta incongruente que más del 70% de estos refiera que no es respetada su decisión e intimidad respecto a su persona, ofrecimientos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo más de la mitad de los pacientes encuestados refieren que la atención de enfermería que reciben es buena. (4)

3.2 BASES TEORICAS

3.2.1 Los cambios en la Relación Médico – Paciente

Desde los orígenes de la medicina occidental, la ética médica ha venido utilizando para discernir lo bueno de lo malo un criterio de carácter "naturalista"; tal criterio ha sólido identificar lo bueno con el "orden" natural y considerar lo malo su desorden.

Este orden abarcaba no solo a las cosas que solemos llamar naturales, sino también a los hombres, a la sociedad y a la historia. Esto llevo a pensar que la relación médico-enfermo, en tanto que relación social y humana, había de efectuarse también según orden. El deber del médico era "hacer el bien" al paciente, y el de éste aceptarlo. La moral de la relación médico - enfermo había de ser, pues, una típica "moral de beneficencia". Lo que el médico pretendía lograr era un bien "objetivo", la restitución del orden natural, razón por la que debía imponérselo al enfermo, aún en contra de la voluntad de éste.

Cierto que el enfermo podía considerar bueno aquello que el médico propugnaba como tal, pero ello se debía a un error "subjetivo" que, obviamente no podía tener los mismo derechos que la verdad objetiva. En consecuencia en la relación médico - enfermo el medico era no solo agente técnico sino también moral, y el enfermo un paciente necesitado a la vez de ayuda técnica y ética. El conoedor del orden natural, en el caso de la enfermedad, era el médico, que podía y debía proceder por ello aún en contra del parecer del paciente. En la relación medico – enfermo se ha venido considerando que este, el enfermo, no es solo un incompetente físico sino también moral y que por ellos debe ser conducido en ambos campos por su médico. La relación médico – enfermo ha sido tradicionalmente por ello paternalista y absolutista. (5)

El paternalismo aplicado a la relación médico – enfermo puede ser definido de la siguiente manera “el paternalismo médico es la tendencia a beneficiar o a evitar daños a un paciente atendiendo a los criterios y valores del médico antes que a los deseos u opciones del enfermo competente”. No considera necesario informar siempre al enfermo, y el consentimiento de este puede incluso ser pasado por alto si el caso lo requiere. (6)

La superación del paternalismo ha sido resultado de un largo proceso histórico que ha venido afectando desde la edad Moderna a todo tipo de relaciones humanas, incluyendo la relación médico - enfermo. “El pluralismo, la democracia y los derechos humanos, es decir la ética entendida ésta en sentido moderno, no han llegado a ella hasta los últimos años. Fue en la década de los sesenta, cuando los enfermos empezaron a tener conciencia plena de su condición de agentes morales autónomos, libres y responsables, que no quieren establecer con sus médicos relaciones de padres con sus hijos, sino como la de personas adultas que mutuamente se necesitan y se respetan”. (7)

Este movimiento pluralista, autonomista y democrático a inspirado a las sociedades occidentales desde hace varios siglos. Pero no había llegado a la

actividad médica hasta fechas muy recientes. El acceso de los enfermos al control de la información y la decisión es la vía por la que ha llegado esa mentalidad moderna a la medicina. Expresiones de esta mentalidad son la "Declaración de los Derechos de los Enfermos" y en particular la doctrina del "Consentimiento Informado" (8)

Por tanto la relación médico - paciente ha comenzado a experimentar transformaciones, ahora el enfermo espera que se respetan sus derechos y su autonomía para decidir.

3.2.2 Derechos

Distintiva de nuestra época resulta la tendencia a reclamar derechos que han sido presuntamente conculcados o inadvertidos por el avance de la civilización, por la sociedad misma o los individuos respecto, indistintamente de las personas, grupos humanos específicos o el medio ambiente. Es de notar que los derechos y deberes no surgen por lo tanto, espontánea o automáticamente en la sociedad sino que presionados por motivaciones externas a quienes se reclaman los deberes o de quienes exigen sus derechos.

Variadas categorías de derechos han sido reivindicados antes y luego que, en la cúspide de las organizaciones Internacionales, se decretara la salvaguardia de los derechos humanos. Desde luego que los más señeros han, solamente, ratificado conceptos ancestrales, supuestamente inscritos en la moral de los pueblos, y aceptados con esa característica por la generalidad del mundo occidental, aunque no por ello libres de ser avasallados o despreciados, cada vez que su sentido se pierde o degenera en un tráfigo de pretensiones irracionales.

De este tipo son por ejemplo, el derecho a la vida, el derecho a la libertad, el derecho a la individualidad, cuyas correspondientes vigencias dependen fundamentalmente del consenso social.

Otros han devenido de la incorporación de nuevos valores o conquistas para el bienestar o las mejores relaciones entre personas o colectividades y su proposición obedece a la necesidad de cautelar mejor su vigencia y su respeto. El derecho a la educación, a la atención de la salud, a la vivienda digna, pudieran ser considerados dentro de esta categoría y, es evidente que, su accesibilidad depende, además de que sean aceptados socialmente, de que se den las condiciones económicas y de organización que los hagan factibles y no solo declamativos.

Finalmente, han aparecido aquellos derechos que no son básicos de la existencia humana ni de las posibilidades de convivencia, pero son indispensables para que ambas sean gratificantes y se alcancen, aunque medianamente, los objetivos terminales. Por lo tanto, son legitimados como esenciales para satisfacer los requerimientos de justicia y equidad a que aspira todo ser humano. A este tipo de derechos obedecen, sin duda, los que se han dado en proclamar como derechos de los pacientes, en el ejercicio del de atención de salud para cautelar el de la vida.. (9)

3.2.3 Los Derechos de los Pacientes

La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad han sufrido recientemente cambios significantes. Mientras el médico debe actuar siempre según su conciencia y siempre según el interés del paciente, debe también hacer esfuerzos para garantizar la justicia y autonomía del paciente. La declaración siguiente representa algunos derechos principales del paciente que la profesión médica suscribe y promueve.

Médicos y otras personas y entidades implicadas en cuidar la salud tienen una responsabilidad compartida para reconocer y garantizar estos derechos.

A. Declaración de Lisboa

Principios:

1. El derecho a asistencia médica de buena calidad

- a) Cada persona tiene derecho al cuidado médico apropiado sin discriminación.
- b) Cada paciente tiene derecho a ser asistido por un médico que sabe que está libre para tomar decisiones clínicas y éticas sin interferencia externa.
- c) El paciente debe ser tratado de acuerdo a sus intereses. El tratamiento aplicado debe de estar de acuerdo a los principios médicos generalmente aceptados.
- d) La seguridad de la calidad debe ser parte del cuidado médico. Los médicos en particular son responsables de la calidad de los servicios médicos.
- e) En las circunstancias donde, por ser limitada la posibilidad de asistencia hay que elegir entre los pacientes que necesiten este tratamiento, todos los pacientes deben ser admitidos para la elección del tratamiento. Esta elección debe estar basada en criterios médicos y sin discriminación.
- f) El paciente tiene derecho a la continuidad del tratamiento. El médico tiene la obligación de colaborar en la coordinación del tratamiento médico indicado junto con otras personas implicadas en el tratamiento de los pacientes. El médico no debe discontinuar el tratamiento, si más tratamiento está indicado, sin darle al paciente una asistencia razonable y sin darle la oportunidad con otras alternativas de tratamiento.

2. El Derecho a la libre elección

- a) El paciente tiene el derecho a elegir libremente y a cambiar su médico y hospital o entidad de servicios médicos, independientemente si pertenecen al sector privado o público.
- b) El paciente tiene derecho a pedir la opinión de otro médico en cualquier momento.

3. El Derecho a la autodeterminación

- a) El paciente tiene derecho a la autodeterminación, para tomar decisiones libres acerca de si mismo. El médico informará al paciente de las consecuencias de sus decisiones.
- b) Un adulto mentalmente competente tiene el derecho a dar permiso o denegar el mismo para cualquier procedimiento de diagnóstico o terapia. El paciente tiene el derecho a conocer toda la información necesaria para tomar esas decisiones. El paciente debe entender claramente la finalidad del procedimiento o tratamiento, lo que significan los resultados y qué son las consecuencias si no lo permite.
- c) El paciente tiene derecho a no participar en la investigación o la enseñanza de la medicina.

4. El Paciente inconsciente

- a) Si el paciente esta inconsciente o de otra manera no puede expresar su voluntad, hay que tratar de obtener permiso como sea, si es posible, de un representante legal cuando este permiso fuera relevante.
- b) Si no hay un representante legal, pero se necesita una intervención médica urgente, se puede presumir el permiso del paciente, si no es obvio y fuera de todas dudas, basado en expresiones o convicciones

previas del paciente, que negaría el permiso para esta intervención en ésta situación.

- c) No obstante, el médico debe de tratar de salvar siempre la vida del paciente inconsciente debido a un intento de suicidio

5. El Paciente legalmente incompetente

- a) Si el paciente es un menor de edad o de otra manera legalmente incompetente, es necesario el permiso de un representante legal, cuando es relevante. No obstante hay que implicar al paciente en la decisión haciendo un esfuerzo de explicárselo de acuerdo con su capacidad mental.
- b) Si el paciente legalmente incompetente es capaz de tomar decisiones racionales, hay que respetar sus decisiones, y él tiene derecho a prohibir las informaciones a su representante legal.
- c) Si el representante legal u otra persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que según el médico es el interés del paciente, el médico puede desafiar esta decisión a través de una institución relevante. En caso de emergencia, el médico debe de actuar de acuerdo con el interés del paciente.

6. Procedimientos en contra de la voluntad del paciente

- a) Solo en casos excepcionales se pueden llevar a cabo procedimientos de diagnóstico o tratamientos en contra de la voluntad del paciente, si esto está específicamente permitido por la ley y siguiendo los principios de la ética médica.

7. El derecho a la información

- a) El paciente tiene derecho a recibir información acerca de él mismo apuntada en su historial médico para estar completamente informado sobre sus estado de salud incluidos los datos médicos acerca de su condición. No obstante, la información confidencial en esa historia acerca de terceras personas no debe ser dada al paciente sin el consentimiento de esas terceras personas.
- b) Excepcionalmente se puede negar información al paciente si hay una buena razón para creer, que esa información produciría un peligro serio para su salud o su vida.
- c) Hay que dar la información de una manera apropiada según la cultura local y de tal manera que el paciente la pueda comprender.
- d) El paciente tiene derecho a no ser informado, si esta información necesariamente ha de proteger la vida de otras personas.
- e) El paciente tiene el derecho a elegir la persona que debe ser informada sobre él.

8. El derecho a la confidencialidad

- a) Toda la información específica sobre la salud del paciente, su condición médica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento y toda la información personal debe ser confidencial, incluso después de la muerte. Excepcionalmente, descendientes tienen derecho de acceso a esta información si ésta les informa acerca de riesgos para su salud.
- b) Solo se puede facilitar información confidencial si el paciente da explícitamente su permiso o si la ley lo exige expresamente. Se puede dar información a otros profesionales de la salud sólo si está basado en la necesidad de saberla, aun sin que el paciente diese explícitamente su permiso.

- c) Se deben proteger todos los datos personales e identificables. La protección de los datos debe ser apropiada y adecuada a la manera de almacenarlos. Sustancias humanas de las cuales se puede derivar datos personales identificables han de protegerse también.

9. El Derecho a la educación de la salud

- a) Cada persona tiene derecho a la educación de la salud, que le asistirá para tomar decisiones fundadas acerca de su salud personal y acerca de los servicios médicos presentes. Esta educación debe incluir directrices para vivir sano y métodos para prevenir y detectar enfermedades. Hay que insistir en que cada uno es responsable de su salud. Los médicos tienen la obligación de participar en los esfuerzos educativos.

10. El Derecho a la dignidad

- a) La dignidad y el derecho a la intimidad deber ser respetados siempre durante el tratamiento médico y durante la enseñanza, al igual que la cultura y los valores de la persona.
- b) El paciente tiene derecho al alivio de su sufrimiento según los conocimientos médicos actuales.
- c) El paciente tiene derecho al cuidado terminal humano y a recibir toda la asistencia posible para morir lo más dignamente y menos dolorosamente posible.

11. El derecho a la asistencia Religiosa

El paciente tiene derecho a recibir o negar la ayuda espiritual y moral incluso la de un ministro de la religión que elija. (10)

B. La Ley General de Salud (N° 26842)

En su Título I De los Derechos, Deberes y Responsabilidades concernientes a la salud individual en su Artículo 15° señala que toda persona usuaria de los servicios de salud tiene derecho:

- a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad:
- b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la Ley establece:
- c) A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes:
- d) A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de estos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere, o si estuviere impedida de hacerlo:
- e) A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare:
- f) A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio:
- g) A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren:
- h) A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste:
- i) A que se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia en el establecimiento de salud y, si lo solicita, copia de la epicrisis y de su historia clínica. (11)

C. Declaración de Los Derechos de Los Pacientes de La Asociación Nacional de Médicos del Ministerio de Salud

1. Los pacientes tiene derecho a la atención integral de su salud, debiendo el Estado garantizar el acceso universal a atención de calidad mediante servicios públicos, privados o mixtos.
2. A no sufrir discriminación en la atención de su salud por su condición económica, social, política, legal, de raza o sexo. A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare.
3. A un tratamiento humanitario, con respeto y afecto, en reconocimiento de su dignidad.
4. A la información más completa sobre su estado de salud y las posibilidades de manejo diagnóstico y terapéutico para su restablecimiento.
5. A la confidencialidad sobre su salud. Al manejo reservado de su Historia Clínica, garantizándosele el pleno acceso a la misma.
6. A decidir - aceptando o rehusando sobre los medios diagnósticos y terapéuticos que le sugiera su médico tratante.
7. A elegir el establecimiento de salud de su preferencia, a su médico y al servicio de su confianza.
8. Al acceso a medicamentos de calidad racionalmente utilizado.
9. A participar en todo lo concerniente a la protección y promoción de su salud, de su familia y de la comunidad, debiendo recibir la información necesaria de los funcionarios y responsables de los servicios de salud. A participar individual y colectivamente en la aprobación y seguimiento de la Política de salud en el país.
10. A denunciar el irrespeto de sus derechos. (12)

D. Ministerio de Salud del Perú. Propuesta y Lineamientos de Política Sectorial

El Ministerio de Salud especifica que existe un conjunto de problemas que afectan al sector salud, pudiendo identificarse entre uno de los más importantes:

Escaso conocimiento y mecanismos para el ejercicio de derechos ciudadanos en salud

El sector salud no cuenta con planes y estrategias para difundir el conocimiento de los derechos ciudadanos en salud, ni con mecanismos administrativos para procesar las quejas y reclamos de los usuarios de los servicios públicos, ni para proteger el derecho a resarcimiento en caso de mala práctica. No existe una cultura de exigencia y promoción de derechos entre los proveedores, tomadores de decisión y en la sociedad en general. Los avances legislativos se han visto restringidos por la ausencia de reglamentos. La temática de derechos humanos y la salud tienen un escaso desarrollo en la curricula de formación de pregrado en las universidades, y es todavía incipiente en los sistemas de capacitación para profesionales y trabajadores de salud. (13)

Declaración de Principios

Los principios orientadores de la política de salud para enfrentar los problemas del sector, que son expresión de respeto a la persona para los próximos 10 años son entre otros:

La calidad de la atención es un derecho ciudadano. La política de salud promueve servicios donde la atención tenga como eje la satisfacción de los usuarios y la protección de la dignidad personal, en tanto persona con derechos fundamentales e inalienables. Se busca desarrollar un

trato solidario con la población que ponga el conocimiento y la tecnología al servicio de la salud integral y la satisfacción del usuario. Se mejorara la normatividad y la capacidades del personal de salud para el trato adecuado a las diferencias culturales propias de nuestro país, con respeto y responsabilidad. Se dará impulso al tratamiento eficaz que toma en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana y las necesidades reales de quien demanda el servicio, garantizando el respeto a su dignidad y derechos fundamentales.(14)

Ciudadanía y derecho a la salud. Asumimos a la salud como un derecho de la ciudadanía para ejercer su libertad y vivir en sociedad. La forma de viabilizar este derecho puede variar pero no el compromiso del estado, la sociedad civil y la comunidad internacional. Colocamos al ciudadano/a y a la comunidad en el centro de las preocupaciones de las instituciones del sector, lo que implica el empoderamiento de la ciudadanía, la promoción y respeto de los derechos de las personas en salud.(15)

3.2.4 Los principios de la Bioética

Cuando se trata del cuidado de los pacientes, debemos tener presente el ambiente cargado de valores en que se realiza la intervención médica. La intervención medica no se puede basar únicamente en datos científicos, por la compleja naturaleza de la explicación médica, por la incertidumbre inherente al diagnóstico y al pronóstico, y porque el ethos de la medicina es tratar al paciente como un todo y no los síntomas ó enfermedades aislados. Especialmente en esta era de alta tecnología en el campo de la medicina, la historia de la ciencia médica avala la exigencia de una nueva apreciación de los valores tradicionales humanista y éticos que solían ser parte del "arte y ciencia de curar": en el buen ejercicio de la medicina el "axiograma" del paciente tiene tanta importancia como su hemograma.

La bioética es pues el complemento necesario de la biociencia, mientras esta se basa en los principios de las ciencias naturales y la evaluación de los riesgos, la bioética descansa en los principios morales formulados durante el curso de la historia de la ética general y profesional, y en su aplicación tradicional.

La sociedad moderna se ha llamado pluralista porque emancipa al ciudadano instruido de las antiguas fuerzas ideacionales dominantes que a menudo tenían carácter de adoctrinamiento. Los ciudadanos instruidos, clientes y proveedores de servicios, tienen que entablar un diálogo sobre los riesgos y beneficios que proporcionan ciertos servicios, porque en una sociedad pluralista las personas instruidas pueden diferir en su evaluación cultural y moral de los riesgos. (16)

Esta nueva situación social con su abundancia de opciones de diversos valores exige concentrarse en los principios morales intermedios tradicionales en la ética médica, tales como beneficencia, justicia y respeto por las personas.

A. Principio de Beneficencia

Este se refiere a la obligación ética de tratar de obtener los máximos beneficios con los mínimos daños y errores. Proscribe infligir daño a las personas en forma deliberada (no maleficencia).

Desde la época de Hipócrates hasta el siglo pasado, la eficacia de la medicina era bastante marginal y el médico definía lo que era bueno para el paciente. Hoy en día la definición de - beneficencia, hacer el bien al paciente - no puede ser formulada exclusivamente por el médico, por dos razones. La primera radica en que la multiplicidad de opciones que tiene el facultativo exige determinar el propósito de su intervención. La segunda es que diferentes

personas tienen distintos conceptos de lo que desean de la vida y de lo que están dispuestos a sacrificar para obtenerlo.(17)

La condición moralmente óptima es aquella en la cual la decisión proviene del médico y el paciente. Por su parte, el médico debe tomar la decisión "por y con el paciente" "por" no significa "en lugar del paciente", sino "por sus intereses". Esta formulación preserva el derecho legal a la intimidad, el derecho moral a la autonomía y el derecho moral más profundo a la integridad de las personas.(18)

B. El Principio de Justicia

Este principio es considerado principio moral rector de la sociedad, que mira por el bien común. Así en el contexto de la atención de la salud se ha entendido como justicia distributiva (distribución de beneficios y cargas en la sociedad) es decir la distribución equitativa de bienes.

Justicia significa dar a quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario. Si bien el mayor énfasis sobre este principio se hace a nivel de la sociedad y de las instituciones, ello no exime la responsabilidad de los profesionales de la salud en la aplicación del mismo en su relación cotidiana con el paciente.

“Una persona es tratada de acuerdo con el principio de justicia, si se le ofrece un trato justo, debido o merecido. Cualquier negativa de ofrecer un bien, un servicio o información a quien tiene derecho a ello sería algo injusto. De la misma forma sería injusto imponer una carga u obligación indebida a una persona o exigirle más de lo requerido por la ley.”(19)

C. El Principio de respeto por las personas o autonomía

Que incorpora dos convicciones éticas:

- Que los individuos deben ser tratados como seres autónomos.
- Que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección.

“Autonomía es la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades evaluadas en función de sus propios sistemas de valores..... es una capacidad que emana de la capacidad de los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno”. (20)

“En la enfermedad, la vulnerabilidad del cuerpo, la psique y los valores del paciente genera la obligación de restaurar y mejora la capacidad autónoma del paciente para tomar decisiones. Por tanto, en última instancia la autonomía se basa en la integridad de la persona. Usurpar la capacidad humana de autogobierno del paciente es violar esa integridad. Ignorar, menospreciar, repudiar o ridiculizar los valores del paciente es agredir su propia humanidad”.(21)

Asimismo se reconocen dos elementos incluidos dentro del principio de respeto por las personas:

- Los elementos concernientes a la información
- Los elementos relativos al consentimiento.

El Consentimiento Informado

En el centro del derecho a la autonomía, se sitúa el consentimiento informado que es un término que implica un concepto y un contenido legal.

El consentimiento informado es la aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico le haya informado la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios.

El consentimiento informado es el elemento central de la relación médico - paciente, en el nuevo modelo autonomista de asistencia médica. El consentimiento solo se logra como resultado del proceso de diálogo y de colaboración en el que se intenta tener en cuenta la voluntad y los valores del paciente.

Claro está que para asumir este consentimiento el paciente debe reunir ciertas condiciones como:

a) Disponer de una información suficiente

La información necesaria se limita a que pueda ser necesaria por tomar una decisión concreta. No es necesario que el paciente conozca los fundamentos científicos ni las razones técnicas de la intervención en cuestión. Necesita sobre todo, poder efectuar un balance entre las cargas y beneficios que la intervención tiene para él.

b) Comprender la información

No solo es necesario que la información sea suficiente en cantidad y es preciso que esa información sea adecuada a la capacidad de comprensión del paciente. Existe una dificultad de comprensión "objetiva" que el médico debe solucionar evitando los tecnicismos y utilizando un lenguaje asequible. Existe también una dificultad de comprensión "subjetiva" ligada a la mayor o menor capacidad de comprensión de cada paciente.

El objetivo es que el enfermo adquiera una impresión realista sobre su propio estado y una valoración adecuada de las alternativas que se le ofrecen.

c) Libertad para decidir según los propios valores

El consentimiento informado debe ser voluntario y estar libre de influencia indebidas. Se puede hablar de tres formas de influir en la decisión de las personas.

- La persuasión: el uso de argumentos razonables con la intención de inducir en otra persona la aceptación de una determinada opción. Es éticamente aceptable siempre que la argumentación sea leal y no este sesgado por intereses ajenos al paciente.
- La manipulación: incluye cada intento de modificar la decisión de las personas. Existe una manipulación informal que consiste en falsear, desfigurar u ocultar ciertos hechos. También puede existir manipulación psicológica de los procesos mentales indirectamente relacionados con los compromisos. Otra forma es la manipulación sobre las opciones disponible modificando selectivamente sus características o su atractivo. Toda manipulación es inaceptable.

- La coacción.- Es el uso de amenazas o daños para conseguir influir en alguien. Éticamente es inaceptable.

d) Ser competente para decidir

Existe capacidad para decidir cuando el paciente posee las siguientes aptitudes:

1. Aptitud para darse cuenta de la propia situación y de expectativas razonables.
2. Aptitud para comprender la información relevante.
3. Aptitud para deliberar sobre las opciones que se le ofrecen.
4. Capacidad para comunicarse verbalmente o no, con el profesional de la salud.

Los requisitos para declarar competente a alguien deben variar según el tipo de decisión a tomar y ser más exigentes cuanto mayor sea la gravedad de la decisión o el daño que pueda resultar de ella.

Limites del consentimiento informado

El consentimiento informado es un derecho del enfermo, pero no es un derecho ilimitado, y no significa que los pacientes puedan imponer al médico cualquier cosa que deseen. Los médicos no tienen obligación de realizar intervenciones dañinas para el enfermo o que sean médicamente inútiles y, lógicamente, tampoco tienen que informar acerca de las mismas.

Las normas de buena práctica médica también imponen ciertas restricciones. Las consideraciones puramente técnicas corresponden exclusivamente al médico y una vez que el paciente acepta una intervención, la "lexartis" establece como tendrá que realizarse esta.

Obligatoriedad del Consentimiento informado

En principio el consentimiento informado es necesario siempre. Pero la obligación ética y legal de obtenerlo explícitamente puede ser mayor o menor dependiendo las circunstancias del caso. De modo que un consentimiento informado explícito será tanto más aconsejable cuanto mayores sean los riesgos de la intervención y cuanto menor, o más dudosa, sea la proporción entre el beneficio y el riesgo.

Existen ciertas situaciones en las que se puede prescindir de la obtención del consentimiento informado:

1. Urgencia: que obliga a actuar sin tiempo para obtenerlo.
2. Privilegio Terapéutico del médico: aquellos casos en los que a juicio del médico, la mera información puede resultar seriamente perjudicial para el curso de la enfermedad. Tradicionalmente este privilegio abarcaba a la inmensa mayoría de los enfermos, pero la frecuencia con la que un médico invoca este privilegio depende de su propio grado de paternalismo. Este privilegio no debe ser utilizado sistemáticamente y solo puede ser invocado en cada caso con una justificación particular.
3. Pacientes Incompetentes: Los cuales no pueden otorgar un consentimiento válido. Es importante señalar que la competencia para decidir admite grados. Un mismo paciente puede ser competente para decidir ciertas cosas y no serlo para otras. Cuanto más trascendente o delicada sea una decisión, mayor debe ser el nivel de competencia exigible.
4. Renuncia expresa del paciente: el paciente puede, si quiere, renunciar a la información y dejar voluntariamente que otros decidan por él. Debe existir algún familiar o sustituto legal dispuesto a asumir la responsabilidad de las decisiones. El paciente podría designar para ello al propio médico.
5. Tratamientos exigidos por la ley: En casos que presenten un peligro para la salud pública. Se justifica la obligatoriedad de ciertas pruebas diagnósticas, vacunaciones y tratamientos forzados.

6. Posibilidad de corregir una alteración inesperada en el seno de otra intervención programada: por ejemplo, un tumor o una malformación que se encuentra en el curso de una Laparotomía que había sido indicada por otras razones.

Funciones del Consentimiento Informado

El derecho al consentimiento se deriva del derecho que tiene todo ciudadano a la libre autodeterminación. Ejerce las siguientes funciones primarias:

- a) Promover la autonomía de los individuos
- b) Fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas (lo cual se consigue gracias a la necesidad de hacer explícita la justificación de las decisiones).
- c) Proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación.
- d) Evitar el fraude y la coacción.
- e) Alentar la auto evaluación y el auto examen en los profesionales de la medicina.
- f) Disminuir recelos y aliviar temores.
- g) Introducir en la medicina una mentalidad más probabilista y capaz de hacer frente a la incertidumbre. (22)

4. HIPOTESIS

- a. Las personas hospitalizadas, así como los médicos, enfermeras y obstetrices del Hospital Dos de Mayo tienen por lo general, una baja percepción de los derechos de los pacientes.
- b. La relación usuario-profesional podría mejorarse si las personas hospitalizadas, los médicos, enfermeras y obstetrices mejoran la percepción de los derechos de los pacientes.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio de investigación es de tipo Descriptivo-Exploratorio, porque permite describir los hechos relacionados a la percepción de los derechos del paciente, y debido al poco conocimiento sobre las variables a estudiar, lo cual sugiere una exploración al respecto.

2. LUGAR DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo, y se determinó trabajar con los profesionales de la salud y los pacientes que corresponden a los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia; en tanto porque concentran al mayor número de personal asistencial y pacientes hospitalizados y porque su quehacer está más conectado a la asistencia directa a los pacientes.

Los servicios de hospitalización de medicina dependen del Departamento de Medicina, y son ocho incluidos en esta investigación, en ellos se brinda atención médica integral y especializada de salud a pacientes de sexo femenino (Santa Ana, San Andrés, San Antonio) y de sexo masculino (Santo Toribio, San Pedro-San Vicente, Julián Arce, Santa Rosa III o Servicio de Neumología), y pacientes de sexo femenino y masculino (Santa Rosa II o Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales)

Los servicios de hospitalización de cirugía dependen del Departamento de Cirugía, incluidos en esta investigación son seis, y están encargados de brindar atención quirúrgica integral y especializada a los pacientes. Estos servicios incluyen a pacientes de ambos sexos y son: I- 1 (Urología), I-3 (Cirugía general y especialidades de cirugía de cabeza y cuello y otorrinolaringología), I-4 (Cirugía general y especialidades de cirugía de tórax y cardiovascular y otorrinolaringología), H-3 y H-4 (Cirugía general y especialidad de neurocirugía) y El Carmen (especialidad de traumatología y cirugía plástica).

El servicio de Ginecología atiende a la mujer con patología del sistema reproductivo y mamas, incluye las especialidades de ginecología, oncología ginecológica y reproducción humana.

El servicio de Obstetricia (H-2), atiende a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como toda complicación médica o quirúrgica del embarazo.

3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por el total de pacientes dados de alta en un mes (1188 aproximadamente*) de los servicios de Medicina,

* Fuente Estadística Hospital Dos de Mayo-Segundo trimestre 2003

Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Dos de Mayo, entendiéndose que se encontraban en condición de hospitalizados.

La población de los profesionales de la salud la constituyeron 381** Médicos, 197** Enfermeras y 33** Obstetrickes, entre nombrados, contratados y servicios no personales.

Pacientes

La muestra estuvo constituida por 208 pacientes (nivel de confianza 95%-precisión 5%-prevalencia del 80%) mayores de 18 años y de ambos sexos. La forma de selección de la muestra fue de tipo aleatorio estratificado, se seleccionaron once pacientes del total de las altas del día, tomados de Lunes a Sábado, durante 36 días, entre Marzo y Abril del 2004.

La distribución de la muestra se realizó de acuerdo a la proporción de altas en los servicios a estudiar y se llegó a obtener 67 pacientes en los servicios de Medicina (32.0%), 69 pacientes en los servicios de Cirugía (33.0%) y 72 pacientes entre los servicios de Ginecología y Obstetricia (35.0%). (Ver Anexo A)

Profesionales de la Salud

Estuvo constituida por 236 profesionales, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo por conveniencia, incluyendo únicamente a los que realizaban practica asistencial, los cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

- Médicos: correspondieron al total de profesionales que realizan labor asistencial (161) en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia.
- Enfermeras : la conformaron el total de profesionales que llevan a cabo labor asistencial (70) en los servicios de Medicina, Cirugía y Ginecología.

** Fuente Estadística Hospital Dos de Mayo-Segundo trimestre 2003

- Obstetricas : fueron 5 profesionales que desarrollan labor asistencial en le servicio de hospitalización de Obstetricia.

3.1 Criterios de Selección

Inclusión

- Pacientes en Aparente Buen Estado General
- Pacientes de todos los estratos socioeconómicos
- Pacientes con todos los grados de instrucción
- Paciente de alta hospitalaria
- Médicos, Enfermeras y Obstetricas contratados, nombrados y con servicios no personales.

Exclusión

- Pacientes que se encuentran en el servicio de Emergencia, UCI, Recuperación post-anestésica, Pediatría, Neonatología, Sala de Operaciones, Centro Obstetrico, Servicio de Clínica y Cirugía de Día.
- Pacientes que presenten alterado el estado de conciencia, comprensión o alteración psicomotriz.
- Pacientes emocionalmente alterados en el momento de la encuesta.
- Pacientes con alta retenida
- Médicos y Enfermeras que laboren exclusivamente en los servicios de Emergencia, UCI, Pediatría, Neonatología, Sala de Operaciones, servicios de Recuperación post-anestésica, Central de Esterilización, Servicio de Cirugía de día y Clínica.
- Obstetricas que laboren en los servicios de Emergencia y Centro Obstétrico.
- Médicos, Enfermeras y Obstetricas que realicen exclusivamente atención en Programas de Salud y Consultorios externos.

- Médicos Anestesiólogos, Pediatras, Neonatólogos, Psiquiatras, Patólogos Clínicos y Anatómicos Patólogos, Radiólogos y Oftalmólogos.
- Médicos y Enfermeras con actividad exclusivamente administrativa.

Definición

Persona Hospitalizada:

Para el presente estudio, se considero a toda persona que sufre de un problema de salud, de causa diversa y gravedad variable, por lo cual se encuentra hospitalizada en un establecimiento de salud para recibir asistencia medica.

4. VARIABLES

Persona Hospitalizada

- Percepción de sus derechos como pacientes
- Características del paciente
- Estrato Socioeconómico

Médicos, Enfermeras y Obstetrices

- Percepción de los derechos de los pacientes
- Características del profesional
- Características de la Condición Laboral

4.1 Operacionalización de Variables

Variable	Tipo	Instrumento	Indicador	Escala
Percepción de sus derechos como pacientes	Cualitativa	Cedula de entrevista	Grado de derecho percibido (según promedio)	Ordinal
Características del Paciente	Cuantitativa		Edad (Número de años cumplidos)	Razón
	Cualitativa		Sexo	Nominal
	Cualitativa		Grado de Instrucción alcanzado	Ordinal
Estrato Socioeconómico	Cualitativa		Calificación del Hospital	Ordinal
	Cualitativa		Ocupación (tipo de actividad a la que se dedica)	Nominal
Variable	Tipo	Instrumento	Indicador	Escala
Percepción de los derechos de los pacientes	Cualitativa	Cuestionario	Grado de derecho percibido (según promedio)	Ordinal
Características del Profesional	Cuantitativa		Edad (Número de años cumplidos)	Razón
	Cualitativa		Sexo	Nominal
	Cualitativa		Especialidad alcanzada	Ordinal
Características de la Actividad Laboral	Cualitativa		Servicio	Ordinal
	Cualitativa		Tiempo de actividad (años)	Nominal
	Cualitativa		Tipo de relación laboral con el Hospital	Nominal

5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista y como instrumentos, una cédula de entrevista y un cuestionario.

- **Cedula de Entrevista en personas hospitalizadas:** Luego de la aplicación de tres pruebas pilotos, donde se constato la dificultad por parte de los entrevistados, debido a sus características personales,

especialmente su grado de instrucción, se eligió a la Cedula de Entrevista como la más adecuada. Esta consta de título, presentación, instrucciones, datos generales del paciente y contenido, el cual incluye 16 preguntas referidas a los derechos del paciente. Para la construcción de dicho instrumento se utilizó los reactivos propuestos por la escala de Lickerts, de preguntas cerradas, considerando un número máximo de hasta tres posibilidades, debido a las características antes mencionadas de los pacientes (Ver Anexo B).

- **Cuestionario para Profesionales:** al igual que el caso anterior, se aplicaron tres pruebas pilotos, luego de las cuales se reformularon algunas preguntas, que no fueron muy claras. Este instrumento consta de título, presentación, datos generales del profesional y contenido el cual incluye 18 preguntas acerca de los derechos del paciente. Se utilizaron preguntas cerradas, hasta un máximo de cinco opciones a elegir, también según la escala de Lickerts. (Ver Anexo C)

5.1 Confiabilidad y Validez

La Confiabilidad se midió mediante su Estabilidad, aplicando dos veces el instrumento a los individuos, utilizando la prueba de Mac Nemar (Ver Anexo D), no observándose diferencias estadísticamente significativas en ellas. Los instrumentos presentan Validez de Contenido adecuada, debido a que se incluyó la totalidad de Derechos de Pacientes establecido por la Declaración de Lisboa (Pág.14), a excepción de los derechos cuarto y quinto que consideran los casos de Pacientes Inconscientes y Legalmente Incompetente.

Con relación a la Validez de Construcción, presentan preguntas con adecuada secuencia, claras y explícitas. Así mismo la opinión de un experto en Bioética, y un experto en Estadística, avalaron estos instrumentos (Ver Anexo E).

6. PROCEDIMIENTOS

Previo a la recolección de datos se llevó a cabo los trámites administrativos en el Hospital Dos de Mayo, para la aprobación del estudio por el Comité Hospitalario de Investigación, el Comité de Bioética y las Jefaturas de Departamentos y Servicios donde la investigación se realizaría, obteniéndose finalmente la autorización por la Dirección del Hospital.

La recolección de datos se realizó desde el 4 de Marzo al 17 de Abril del 2004. Los instrumentos fueron aplicados a los participantes por un encuestador previamente entrenado. El investigador les explicó en que consistía la investigación, garantizándoles privacidad y confidencialidad en su participación, asimismo se les precisó que estaban en libertad de no participar en el estudio, sin ningún perjuicio en la atención médica que requiera en caso del paciente, o de su actividad laboral para el personal de salud.

Luego de la aceptación verbal del Consentimiento Informado por los pacientes, el investigador leyó la Cedula de Entrevista, la cual indaga sobre la percepción de los derechos de los pacientes , explicándole que responda todas las preguntas considerando la mejor respuesta que ella o el crea y en el caso que tuviera alguna duda consulte al investigador.

En el caso de los Médicos, Enfermeras y Obstetricas, el investigador les entregó el cuestionario luego de su aceptación verbal del Consentimiento Informado.

6.1 Momento de Aplicación de los Instrumentos

A las personas hospitalizadas, se les aplicó una Cedula de Entrevista en el momento que salían de alta, con la finalidad que su opinión no se vea

influenciada, al no requerir otro servicio del hospital. La entrevista duró aproximadamente 20 a 25 minutos.

En el caso de los Médicos, Enfermeras y Obstetrices, se les aplicó el Cuestionario a la salida de sus turnos de trabajo diurno. Se evitó realizar la encuesta al culminar sus guardias, debido a que el cansancio pudiera influir en sus respuestas. Responder el cuestionario tomó un promedio de 15 a 20 minutos.

7. ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS

Los resultados fueron tabulados para establecer la proporción de percepción de derechos de pacientes. Los datos fueron ingresados en el programa de Excel y SPSS 9.0 for Windows, aplicando la prueba de Chi-Cuadrado.

7.1 Criterios de calificación

Calificación Socioeconómica

Respecto a la calificación socioeconómica de los pacientes hospitalizados, esta responde al estudio social y calificación de acuerdo a un puntaje que determina una “Claves “ establecidas por Servicio Social y manejadas en el Hospital; a través de las cuales se determina la capacidad económica del paciente para costear su atención, y son las siguientes:

De 0 – 30	=	Exonerado (riesgo social)	:	CLAVE Z
De 31 - 50	=	Paga 25%	:	CLAVE D
De 51 - 70	=	Paga 50%	:	CLAVE C
De 71 - 90	=	Paga 70-80%	:	CLAVE B
De 91 - 100	=	Paga 100 %	:	CLAVE A

Para efectos de este estudio de investigación se ha considerado pertinente incluir a los pacientes beneficiarios del Seguro Integral de Salud (SIS), dentro de la Clave Z, por recibir atención gratuita de salud y estar catalogados dentro del grupo de usuarios en situación de extrema pobreza y pobreza.

Los pacientes calificados como SOAT (Seguro Obligatorio contra Accidentes de Transito), fueron hallados durante el proceso de recolección de información, los cuales a pesar de no realizar pago por la atención, no fueron incluidos en la Clave Z, debido a que su condición no necesariamente es la de un paciente indigente y por lo tanto su percepción sería diferente a ese grupo. De allí su ubicación particular.

7.2 Plan de análisis para la comparación entre informantes

Con el fin de poder contrastar las opiniones de los profesionales y los pacientes sobre un determinado derecho, y tomando en cuenta que los primeros tenían cinco posibilidades de respuesta para cada derecho y los segundos solo tres posibilidades; las respuestas de los profesionales se ajustaron a tres posibilidades similares a la de los pacientes según se observa en la siguiente tabla:

PROFESIONALES	PACIENTES
Muy Buena - Buena	Buena
Definitivamente si - Probablemente si Siempre - Frecuentemente	Si
Ni Buena, Ni Mala Indeciso A veces	Regular No Sabe A veces
Mala - Muy Mala Definitivamente no - Probablemente no Rara vez - Nunca	Mala No

Grado de Percepción

Para establecer la calificación de la percepción hacia los derechos de los pacientes, se siguió el siguiente procedimiento:

En primer lugar se categorizó las respuestas halladas en valores numéricos, como se aprecian a continuación:

Categorización	Calificativo
1	No ó Mala
2	Regular, No sabe, A veces
3	Buena ó Si

Posteriormente se obtuvo el rango, restando el valor máximo (3) menos el valor mínimo (1), siendo el rango obtenido de 2. Para obtener la percepción general de los encuestados se dividió este rango (2) entre tres (correspondiente a los tres niveles de percepción), obteniendo los siguientes intervalos :

- Baja percepción: 1 a 1.66
- Intermedia percepción: 1.67 a 2.32
- Alta percepción : 2.33 a 3

Finalmente para establecer el grado de percepción sobre el derecho, se halló el promedio alcanzado por la totalidad de entrevistados, considerando el grado de percepción de acuerdo al intervalo donde correspondía dicho promedio.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Presentamos a continuación los resultados de los datos procesados en cuadros y gráficos estadísticos que permiten realizar el respectivo análisis e interpretación.

3.1 Datos Generales

Características de los Pacientes Entrevistados

Del grupo de 208 pacientes entrevistados, en lo que respecta a la edad, los adolescentes (menores de 20 años) constituyen una escasa minoría (4.3%). El adulto joven, edad más próxima al adolescente que a otros adultos, se encuentran entre 20 a 24 años (18.3%). Asimismo las tres cuartas partes de los entrevistados se encuentran entre los 25 y 54 años(66.4%) que corresponde a la edad del adulto intermedio. Finalmente el adulto pre mayor y el adulto mayor considerados entre 55 a 64 años y de 65 a más , constituyen una proporción menor (11.1%). (Ver Anexo F)

En cuanto al sexo, el femenino (61.5%) casi dobla en proporción al sexo masculino (38.5%), esto se explica al relacionar las variables sexo/

servicio, así en los servicios de Medicina y Cirugía los entrevistados del sexo masculino representan un porcentaje mayor (58.2% y 59.4%) respectivamente; correspondiendo un porcentaje menor al sexo femenino (41.8% y 40.6% en ambos servicios), el mismo que se ve incrementado por las entrevistadas en los servicios de Ginecología y Obstetricia (100%) de sexo femenino. (Ver Anexo G).

En relación al nivel educativo, los analfabetos son pocos (3.4%), el 21.2% tienen estudios primarios y el 55.8% educación secundaria, constituyendo ambos las tres cuartas partes de los entrevistados; quedando en menor proporción aquellos con estudios técnicos(7.2%) y estudios superiores (12.5%).

Al relacionar las variables grado de instrucción/servicios, se aprecia que en el servicio de Obstetricia es mayor la incidencia de entrevistadas con educación secundaria (73.0%). (Ver Anexo H)

Respecto a la ocupación, se hallan en minoría los obreros (3.4%), desempleado (4.3%), estudiante (4.8%), jubilado (0.5%), campesino y empleado en condición similar (6.3%). Con porcentaje más elevado se encuentra el informal (11.1%), trabajador eventual (12.5%), trabajador independiente (16.8%), finalmente la ocupación su casa es mayor (34.1%).

Al relacionar las variables ocupación/servicios, se aprecia que la ocupación su casa (60.3%) es mayor en el servicio de Obstetricia en relación a los servicios de Medicina, Cirugía y Ginecología. (Ver Anexo I).

En relación a la calificación socioeconómica de los entrevistados, la calificación según claves A, B, y SOAT constituyen una minoría (1.0% y 1.4%), en mayor porcentaje se encuentran los calificados con clave C (32.7%), clave D (30.8%) y clave Z (28.4%) que incluye a los exonerados por SIS. Las claves D y Z expresan la condición de pobreza económica de

los pacientes y ambos grupos constituyen más de la mitad de los entrevistados. Finalmente hay un grupo de pacientes (4.8%) sin calificación que corresponden al servicio de Obstetricia

Al relacionar las variables calificación socioeconómica /servicios, se observa que la calificación socioeconómica de los pacientes en las claves C y D tienen porcentajes representativos en los servicios de Medicina (38.8% y 55.2%), Cirugía (52.2% y 34.8%) y Ginecología (66.7% y 33.3%); y la clave Z con menor incidencia en los servicios de Medicina (6.0%) y Cirugía (2.9%), y con alta representatividad en Obstetricia (84.1%), esto se explica por que el SIS cubre a la mujer durante el periodo gestacional (Ver Anexo J).

En lo referente a la relación entre las variables tiempo de hospitalización de los entrevistados por servicios, el mayor promedio de estancia hospitalaria es de 1 a 2 días (38.1%) y de 3 a 5 días (44.4%) en el servicio de Obstetricia; para el servicio de Ginecología es de 6 a 10 días (44.4%) y de 11 a 20 días (33.3%), en los servicios de medicina es de 6 a 10 días (34.3%) y de 11 a 20 días (38.8%), y en los servicios de Cirugía de 3 a 5 días (26.1%) y de 6 a 10 días (30.4%). La estancia hospitalaria de 21 a más días es casi similar en los servicios de Medicina (19.4%) y de Cirugía (17.4%). Esto evidencia que el mayor tiempo de permanencia hospitalaria la tienen los pacientes en los servicios de Medicina, Cirugía y Ginecología. (Ver Anexo K)

En relación a la procedencia de los entrevistados, los procedentes de Lima constituyen la mayoría (75%) y los de provincias (Transito) son el porcentaje menor (25%). Al examinar su distribución en los servicios se encuentra que los pacientes de provincias utilizan algo más los servicios de Cirugía (37.7%) y de Medicina (28.4%), esto se relacionaría con la poca accesibilidad a estos servicios en provincias, lo cual ocasiona la elevada demanda de estas especialidades. (Ver Anexo L)

Características de los Profesionales de la Salud

De los 236 profesionales encuestados, en orden de representatividad los médicos asistentes constituyen el 45.8%, le sigue los enfermeros (29.7%), los médicos residentes (22.5%) y las obstetrices (2.1%). (Ver Anexo LL).

Estos profesionales laboran en los diferentes servicios de hospitalización; así se tiene que en los servicios de Cirugía se encuestaron al 48.3% (médicos asistentes, residentes y enfermeros), en los servicios de Medicina se encuestó al 40.3% (médicos asistentes, residentes y enfermeros), en el servicio de Ginecología se encuestó al 5.9% (médicos asistentes, residentes y enfermera), y en el servicio de Obstetricia se encuestó al 5.5% (médicos asistentes, residentes y obstetrices). (Ver Anexo M).

En lo referente a la variable sexo se tiene que, el sexo masculino (63.1%) casi duplica al sexo femenino (36.9%), esta característica se modifica al relacionar sexo con ocupación; así la proporción del sexo femenino es mayor en los enfermeros y obstetrices con similar porcentaje (80%); a diferencia de la mayor proporción del sexo masculino en médicos asistentes (89.8%) y médicos residentes (69.8%). (Ver Anexo N)

En cuanto a la edad y su relación con la ocupación, la mayoría de los enfermeros tiene entre 24 a 30 años (48.6%) y entre 31 a 40 años (30%); en los médicos residentes la mayoría tiene entre 31 a 40 años (63.3%), en los médicos asistentes el mayor porcentaje tiene entre 31 a 40 años (27.8%) y entre 41 a 50 años (44.4%) , finalmente en su mayoría las obstetrices tienen entre 41 a 50 años (40%). Un sector minoritario es mayor de 51 años en todos los profesionales. (Ver Anexo Ñ)

En relación al tiempo de ejercicio profesional, el mayor número de profesionales tiene más de 10 años de servicios (40.7%), le siguen los que tienen menos de 5 años de servicios (38.6%) y finalmente están aquellos profesionales entre 5 a 10 años de servicios (20.8%). (Ver Anexo O)

Respecto a la condición laboral y la ocupación; las obstetrices (100%) y los médicos asistentes (80.6%) tienen la condición de nombrados, a diferencia de los enfermeros en condición de nombrados (18.6%). Los residentes en su mayoría (77.4%) son contratados. Por otro lado la condición laboral de Servicios No Personales (57.1%) y de contratado (24.3%) es mucho mayor en el grupo de enfermeros.(Ver Anexo P)

En cuanto a la especialidad según ocupación, el 100% de los médicos asistentes tienen alguna especialidad, al igual que el 100% de médicos residentes quienes están en proceso de formación de alguna especialidad, y finalmente las enfermeras y obstetrices sin ninguna especialidad. (Ver Anexo Q)

3.2 Datos Específicos

Para abordar en esta investigación el tema de los derechos de los pacientes, se consideró pertinente partir de dos premisas fundamentales, primero establecer el nivel de reconocimiento que los pacientes y profesionales de la salud tienen acerca de estos derechos, y segundo el nivel de respeto que consideran los profesionales de la salud se otorga a estos derechos de acuerdo a su experiencia asistencial diaria en el hospital.

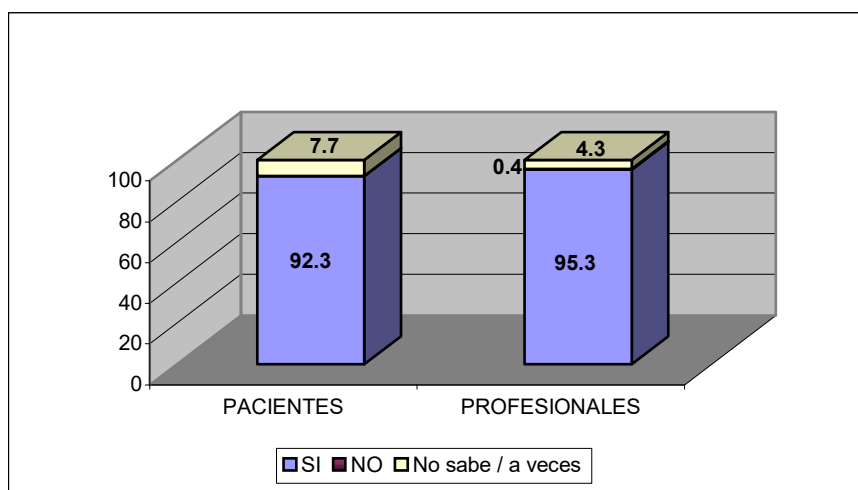
Reconocimiento y respeto a los derechos del paciente

Respecto a el nivel de reconocimiento que conceden los pacientes (n = 208) y profesionales (n = 234) hacia los derechos de los pacientes hospitalizados, se encontró que un elevado porcentaje de pacientes (92.3%)

y profesionales (95.3%), reconocen que el paciente tiene derechos, quedando en escasos porcentajes los pacientes que indican desconocer tener derechos (7.7%), y aquellos profesionales que estiman que a veces los pacientes tienen derechos (4.3%), y que no tienen derechos (0.4%). (Ver Gráfico N° 1)

GRÁFICO N° 1

**Reconocimiento a los derechos del Paciente, según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los Servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**



Hasta aquí, estos datos revelan que existe una gran simetría entre las percepciones de ambos grupos hacia el reconocimiento de que los pacientes son poseedores de derechos.

Aspecto que se corrobora al no existir diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$)

Sin embargo, al indagar sobre el respeto hacia los mismos, sólo las tres cuartas partes de los profesionales respondieron que estos se respetan

(75.3%), seguidos del 17.7% quienes señalaron que no se respetan; y finalmente un 6.9% de ellos se mantuvo indeciso.

De acuerdo al grupo ocupacional, son las obstetrices (50%), los médicos asistentes (21%), los médicos residentes (20.8%) y las enfermeras (8.7%), quienes asumen la opinión de que no se respetan.

Evaluando todo este contexto, al parecer, no habría una absoluta correlación entre el reconocimiento y el respeto hacia los derechos de los pacientes durante la práctica asistencial por el personal profesional, y ello tendría implicancias para el ejercicio de estos derechos por los pacientes.

Percepciones sobre los derechos del paciente. Comparaciones entre las respuestas de los pacientes y los profesionales de la salud.

Para explorar las percepciones de las personas hospitalizadas acerca de sus derechos como pacientes, se recogieron las opiniones de estos frente a la forma como fueron tratados sus derechos a partir de su experiencia al interactuar y recibir la atención del personal de salud en determinado servicio.

De igual modo, se indagaron las percepciones de los profesionales de la salud, sobre los derechos de los pacientes. Las opiniones recogidas expresan el grado de reconocimiento que otorga el profesional hacia estos derechos.

Se entrevistó a 208 pacientes y encuestó a 236 profesionales, quienes aceptaron colaborar respondiendo a preguntas del tipo opción múltiple. A través de las pregunta, se evaluó en ambos grupos el grado de conocimiento, respeto y cumplimiento de ocho derechos de los pacientes.

Las opiniones recogidas de ambos grupos de informantes, expresan de modo general sus reacciones cognitivas y emocionales acerca del ejercicio de cada derecho. En tal sentido presentamos a continuación información referida a la percepción de estos derechos en función a los objetivos de la investigación.

1. Percepción sobre el derecho a la calidad de atención

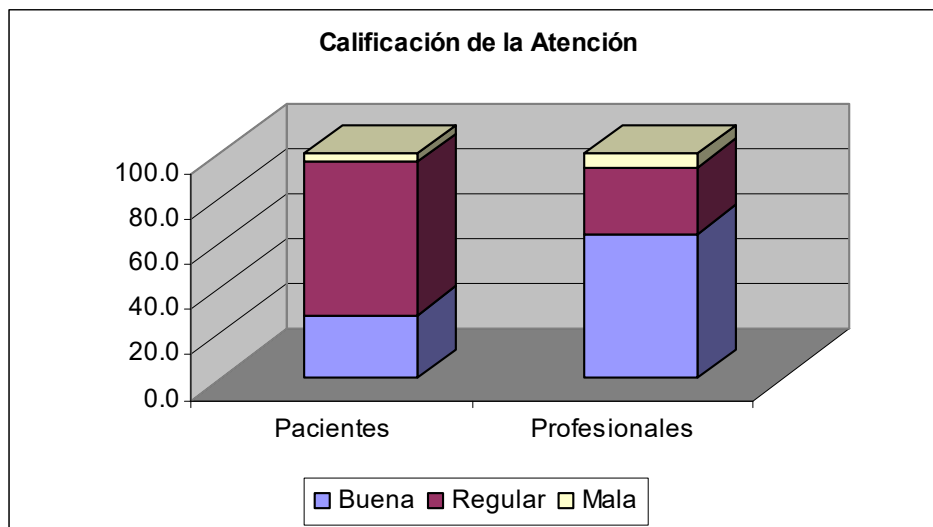
Sobre el derecho a la calidad de la atención según los pacientes y profesionales de la salud en los servicios de hospitalización, los hallazgos evidencian diferencias significativas; mientras los pacientes (n = 208) lo clasifican mayoritariamente de regular (67.8%), buena (28.4%) y mala (3.8%), mientras que los profesionales de la salud (n = 236) consideran en su mayoría que es buena (64.1%), regular (29.9%) y mala (6.0%). (Ver Cuadro y Gráfico N° 2).

CUADRO Y GRÁFICO N° 2

**Percepción sobre el derecho a la calidad de la atención según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Informante / Servicio	Buena	Regular	Mala	Total
Pacientes	28.4	67.8	3.8	100.0
Medicina	28.4	64.2	7.5	100.0
Cirugía	27.5	71.0	1.4	100.0
Ginecología	22.2	77.8		100.0
Obstetricia	30.2	66.7	3.2	100.0
Profesionales	64.1	29.9	6.0	100.0
Medicina	55.8	40.0	4.2	100.0
Cirugía	65.2	26.8	8.0	100.0
Ginecología	85.7	7.1	7.1	100.0
Obstetricia	92.3	7.7	0.0	100.0

* Pregunta 7(C. Entrevista Pacientes) y 9 (Cuestionario Profesionales)



Con relación a los pacientes, se observó que a mayor grado de instrucción aumentó el calificativo de buena, es así que aquellos con grado de instrucción superior calificaron como buena la atención recibida (46.2%). Por el contrario, los pacientes con niveles de instrucción más bajos, como analfabetos (14.3%), primaria (6.8%) y secundaria (3.4%), fueron los únicos que calificaron la atención recibida como mala.

En relación a la variable servicio, las pacientes de ginecología, sólo califican la atención recibida como regular (77.8%) ó como buena (22.2%), no existiendo la calificación mala, resaltando estos porcentajes como el más alto para la calificación regular y el más bajo para la calificación buena, en comparación con otros servicios.

Por otro lado, la percepción de buena calidad en la atención, tuvo preferencia más alta en la opinión del personal profesional de ginecología (85.7%) y obstetricia (92.3%).

Esta preferencia de opinión queda denotada también por grupo ocupacional; así el apoyo total para esta opción es en obstetricas (100%), a diferencia de los otros grupos ocupacionales. (Ver Anexo R)

El resultado de equiparar las opiniones de los profesionales/proveedores del servicio, con las opiniones de los pacientes/consumidores/ciudadanos, expresan una percepción desigual del derecho a la calidad de atención. La visión del paciente respecto a este derecho advierte de que no se estaría llenando plenamente las expectativas de los enfermos o usuarios de los servicios. Las variables de género, grado de instrucción y servicio en un grupo de pacientes estarían influyendo en esta visión. Se evidencia además cumplirse este derecho en un grupo menor de pacientes.

En los profesionales la percepción de brindar atención de buena calidad está mayormente influenciada por las variables de servicio y ocupación.

El resultado al aplicar la prueba de Chi cuadrado demuestra que existen diferencias entre las percepciones de los pacientes y profesionales respecto a este derecho. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0.01$).

Al contrastar las percepciones de ambos grupos de informantes utilizando la categorización en intervalos propuesta, los pacientes presentan un grado de percepción intermedia y los profesionales un grado de percepción alta hacia este derecho.

2. Percepción sobre el derecho a la libre elección

Cuando se preguntó a los pacientes y profesionales de la salud acerca del derecho del paciente a escoger/elegir al médico durante su hospitalización, las respuestas de ambos grupos de informantes expresan opiniones diferentes respecto al ejercicio de este derecho.

De todos los pacientes hospitalizados (n = 208), la mayor parte de ellos (93.8%) respondió no haber escogido/elegido al médico, y sólo una pequeña parte de ellos (5.3%) refiere haber realizado esta elección durante su hospitalización.

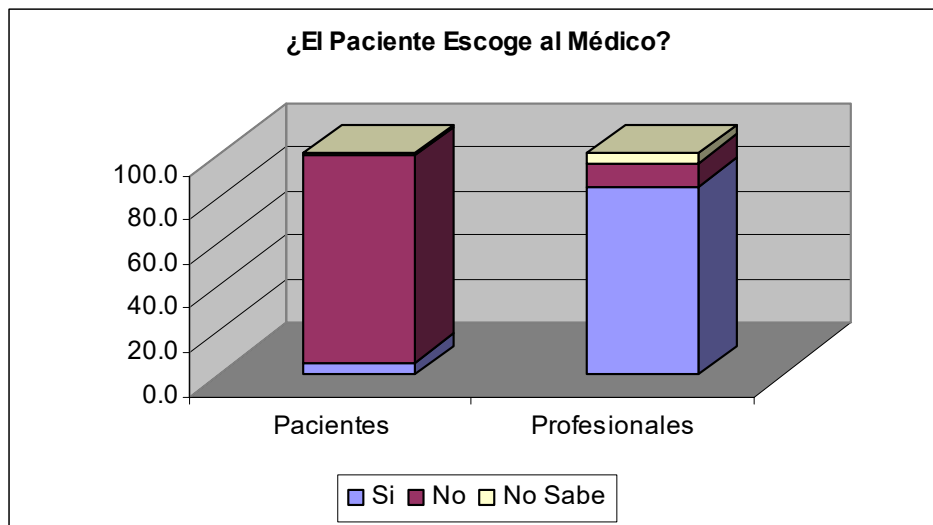
En el grupo profesional (n = 234), las respuestas que reconocen el ejercicio de éste derecho por el paciente, alcanzaron una alta aceptabilidad (85%), y una menor aceptabilidad (10.7%). Finalmente la posición de no sabe/indeciso, tanto en los pacientes (1.0%), y en los profesionales (4.3%) es escasa. (Ver Cuadro y Gráfico N° 3)

CUADRO Y GRÁFICO N° 3

**Percepción sobre el derecho a la libre elección según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo – Abril 2004**

Informante / Servicio	Si	No	No Sabe	Total
Pacientes	5.3	93.8	1.0	100.0
Medicina	1.5	98.5		100.0
Cirugía	13.0	85.5	1.4	100.0
Ginecología	11.1	77.8	11.1	100.0
Obstetricia		100.0		100.0
Profesionales	85.0	10.7	4.3	100.0
Medicina	88.4	7.4	4.2	100.0
Cirugía	83.0	12.5	4.5	100.0
Ginecología	78.6	21.4	0.0	100.0
Obstetricia	84.6	7.7	7.7	100.0

* Pregunta 8(C. Entrevista Pacientes) y 10 (Cuestionario Profesionales)



En relación a la variable servicio encontramos que las pacientes de obstetricia en su totalidad (100%) no lograron ejercer este derecho durante su hospitalización.

De acuerdo al sexo, es mayor el porcentaje de profesionales mujeres (14%) quienes refieren no estar de acuerdo con la posibilidad de elección por los pacientes, casi duplicando la opinión de los varones (8.8%).

Respecto a la variable ocupación, en el grupo profesional encontramos que, el nivel de las respuestas de aceptación o reconocimiento al ejercicio de este derecho por los pacientes tiende a ser algo menor en obstetrices (60%) y enfermeras (78.3%), quedando sin reconocerlo en obstetrices (20%) y en enfermeras (14.5%); estos últimos datos apoyarían el porcentaje de la variable sexo antes mencionada.

La condición laboral de los profesionales, particularmente de los categorizados como SNP señalaron en 15.8%, que no están de acuerdo con

la elección del médico, esto reflejaría algún grado de inseguridad a dicho control social. (Ver Anexo S)

Las opiniones de ambos grupos de informantes nos revelan que mientras para los profesionales en su mayoría se tiene un alto porcentaje de reconocimiento de este derecho del paciente, lo que indicaría que su percepción es favorable hacia su ejercicio, en los pacientes existe una débil percepción del mismo lo que menoscaba su derecho a exigirlo.

Los hallazgos sugieren que la variable servicio podría guardar relación en la percepción del derecho a elegir en un grupo de usuarias (del servicio de obstetricia). En los profesionales la percepción de este derecho está levemente influenciada por la variable ocupación (enfermeras y obstetricas)

Además, cabe destacar que en la realidad institucional esta posibilidad de elección estaría influenciada por las características en los servicios, que cuentan con disposiciones establecidas, como la asignación de un número determinado de camas por médico.

Aquí las diferencias entre las percepciones de ambos grupos de informantes son ratificadas estadísticamente ($p < 0.01$)

El grado de percepción de este derecho, es bajo en pacientes y alto en profesionales.

3. Percepción sobre el derecho a decidir

Al indagar acerca del derecho a decidir por los pacientes sobre la ejecución de los procedimientos y tratamientos durante su hospitalización, se está explorando el respeto al derecho de autonomía, entendiéndose este como la capacidad de autodeterminación del paciente para tomar decisiones libres, aceptando o rechazando cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico; y contando para ello con toda la información necesaria que le permita tomar tales decisiones.

Para conocer las percepciones de los pacientes y profesionales de la salud sobre este tópico, se hicieron en ambos grupos preguntas relativas a conocer si el paciente autoriza la ejecución de los procedimientos y tratamientos, o si se hizo procedimientos o tratamientos contra su voluntad. A continuación presentamos los resultados.

3.1 Autorización en la ejecución de los procedimientos

El conjunto de respuestas de los pacientes (n = 208) y profesionales de la salud (n =234) de los diferentes servicios muestran tendencias similares

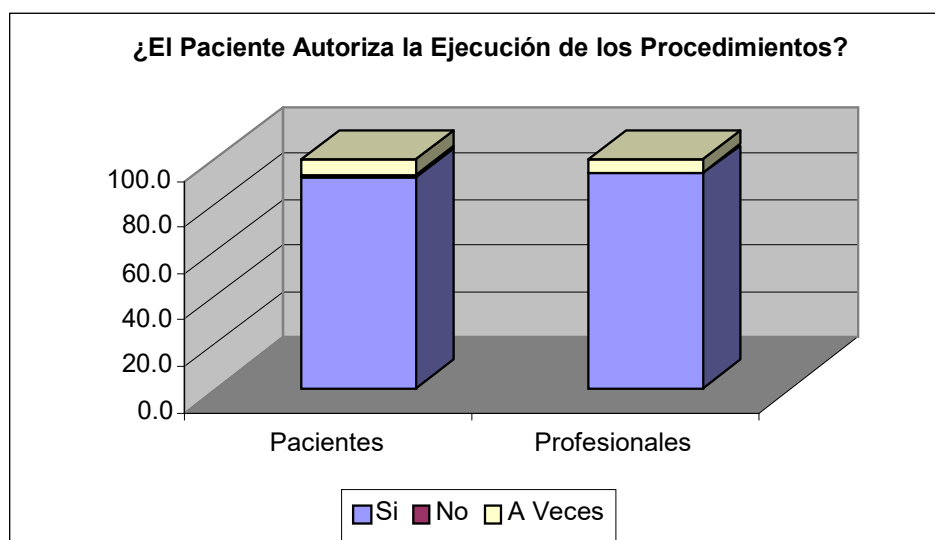
La opción de dar permiso para la ejecución de los procedimientos recibió más apoyo en los pacientes (91.8%) así como la de solicitar la autorización verbal o escrita del paciente para la ejecución de dichos procedimientos por los profesionales (93.6%). Un escaso apoyo alcanzaron las opciones de otorgar a veces el permiso(7.2%) en pacientes y solicitar a veces la autorización (6.0%) en profesionales. (Ver Cuadro y Gráfico N° 4)

CUADRO Y GRAFICO N° 4

**Percepción sobre el derecho a autorizar la ejecución de los Procedimientos y Tratamientos, según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Informante / Servicio	Si	No	A Veces	Total
Pacientes	91.8	1.0	7.2	100.0
Medicina	85.1	3.0	11.9	100.0
Cirugía	95.7		4.3	100.0
Ginecología	88.9		11.1	100.0
Obstetricia	95.2		4.8	100.0
Profesionales	93.6	0.4	6.0	100.0
Medicina	88.4	1.1	10.5	100.0
Cirugía	97.3	0.0	2.7	100.0
Ginecología	100.0	0.0	0.0	100.0
Obstetricia	92.3	0.0	7.7	100.0

* Preguntas 10(C. Entrevista Pacientes) y 12(Cuestionario Profesionales)



En relación a las variables estudiadas, de acuerdo al grado de instrucción destacan aunque en menor porcentaje las respuestas de los pacientes analfabetos referidas a no dar permiso para la ejecución de

procedimientos (14.3%) y a veces dar permiso (14.3%), a diferencia de los pacientes con otros niveles de instrucción. Al parecer, la ausencia de instrucción en el paciente genera en el profesional menor disposición para solicitar el permiso correspondiente.

Respecto a la variable servicio, las respuestas de los pacientes de medicina referidas a no dar permiso para la ejecución de procedimientos (3.0%), parecen coincidir con la de los profesionales del mismo servicio quienes opinan no solicitar tal autorización de los pacientes (1.1%), siendo este servicio el único que presentó este calificativo.

Asimismo, son los pacientes de los servicios de medicina (11.9%) y de ginecología (11.1%) quienes en mayor frecuencia señalan dar a veces autorización para los procedimientos.

En los profesionales, el grupo del servicio de ginecología en su totalidad (100%) refieren solicitar la autorización del paciente.

Por otro lado, en relación al grupo ocupacional, son las obstetras (20.0%) y las enfermeras (11.6%) quienes indican solicitar a veces la autorización de los pacientes para realizar procedimientos, siendo mayor en comparación con los médicos, probablemente debido al mayor contacto de estos profesionales con los pacientes. (Ver Anexo T).

Las opiniones recogidas de pacientes y profesionales coinciden en reconocer mayoritariamente el ejercicio de este derecho. En tanto los pacientes son consultados por los profesionales para autorizar estos procedimientos, se estaría respetando su derecho a decidir.

Estos resultados evidencian que existe una adecuada percepción de este derecho por ambos grupos de informantes. Asimismo sugiere la necesidad de mejorar el reconocimiento del mismo por un grupo menor de profesionales.

Se comprueba estadísticamente que no hay diferencias significativas entre las percepciones de pacientes y profesionales sobre este tema. ($p>0.05$)

Asimismo el grado de percepción hacia este derecho se determinó como alto en pacientes y profesionales.

3.2 Procedimientos o Tratamientos contra la voluntad del paciente

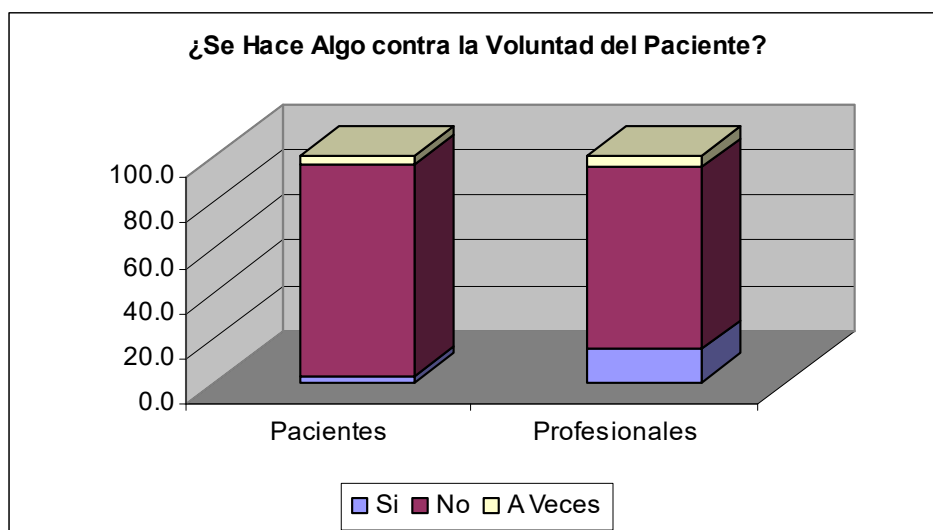
Al cruzar la información de pacientes ($n= 208$) y profesionales ($n= 234$) acerca de la realización de procedimientos o tratamientos contra la voluntad del paciente, se puede apreciar que las opiniones referidas a negar esta opción es mayor en los pacientes (93.8%) y ligeramente menor en los profesionales (80.3%); sin embargo, las opiniones que aceptan esta opción es mayor en profesionales (14.5%) y mínimo en pacientes (2.9%), quedando la opción a veces con escasa preferencia de profesionales (5.1%) y pacientes (3.4%). (Ver Cuadro y Gráfico N° 5).

CUADRO Y GRAFICO N° 5

**Percepción sobre el derecho a negarse a Procedimientos o Tratamientos contra la voluntad del Paciente, según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Informante / Servicio	Si	No	A Veces	Total
Pacientes	2.9	93.8	3.4	100.0
Medicina	1.5	92.5	6.0	100.0
Cirugía		100.0		100.0
Ginecología	22.2	77.8		100.0
Obstetricia	4.8	90.5	4.8	100.0
Profesionales	14.5	80.3	5.1	100.0
Medicina	14.9	75.5	9.6	100.0
Cirugía	15.0	83.2	1.8	100.0
Ginecología	14.3	85.7	0.0	100.0
Obstetricia	7.7	84.6	7.7	100.0

* Preguntas 11(C. Entrevista Pacientes) y 13(Cuestionario Profesionales)



Según la variable sexo, las respuestas afirmativas acerca de la realización de procedimientos contra la voluntad del paciente, fue tres veces más en pacientes mujeres (3.9%) que en varones (1.3%).

De otro lado, son las profesionales quienes responden que sí (24.4%) y a veces (7.0%) es justificable realizar procedimientos contra la voluntad del paciente, constituyendo ambas respuestas una tercera parte de la opinión de las profesionales de sexo femenino. Estos datos parecen tener relación con los grupos ocupacionales, encontrando que las respuestas afirmativas tienen cierta preferencia por enfermeras (20%), y las respuestas a veces, por enfermeras (12.9%) y obstétricas (20%). Con relación a las obstétricas no se observó ninguna respuesta afirmativa a realizar procedimientos contra la voluntad del paciente.

En relación al grado de instrucción se observa que a mayor nivel instruccional del paciente, la tendencia a afirmar que se hizo algo contra su voluntad se incrementa, siendo para los de educación secundaria (2.6%), para los de nivel técnico (6.7%), y para los de educación superior (7.7%).

Además, se encontró que los pacientes categorizados como desempleados (22.2%) señalaron que se hizo algo contra su voluntad.

De acuerdo a la variable servicio, es en cirugía donde todos los pacientes (100%) refieren que no se ejecuta ningún procedimiento contra su voluntad, mientras que en ginecología (22.2%) sí lo refiere; siendo en obstetricia igual la proporción de respuestas afirmativas y opción a veces (4.8%), correspondiendo a medicina (1.5%) de respuestas afirmativas y a veces (6.0%).

Planteo que posiblemente la respuesta de los pacientes de cirugía guarde relación con la autorización escrita (formato de

consentimiento informado) que todo enfermo firma frente a su intervención quirúrgica, requisito que se cubre muchas veces durante su ingreso.

Asimismo, de acuerdo a esta variable, a diferencia de obstetricia (7.7%), los profesionales de todos los servicios en similares porcentajes, cirugía (15%), medicina (14.9%) y ginecología (14.3%), opinan como justificable realizar procedimientos contra la voluntad del paciente.

Es importante señalar que en esta pregunta se excluyó a los casos de emergencia. (Ver Anexo U)

Estos datos indican que hay una mayor aproximación entre las percepciones de ambos grupos de informantes hacia negar la realización de procedimientos contra la voluntad del paciente. Sin embargo un pequeño sector de profesionales y pacientes perciben que si y a veces esto es factible, siendo el sexo femenino y el grupo ocupacional de enfermeras y obstetrices quienes al parecer se inclinan hacia esa opción.

Los resultados dan cuenta de que aún no esta presente en el conjunto de profesionales encuestados el reconocimiento de la importancia de la perspectiva de los pacientes en la concepción y práctica de su derecho a decidir, y asimismo advierte sobre la posibilidad que exista un rezago de beneficencia paternalista o maternalista en la relación usuario-proveedor.

Estas diferencias entre las percepciones de este derecho por pacientes y profesionales queda expresada en el resultado de la prueba estadística ($p < 0.01$)

Sin embargo la determinación del grado de percepción hacia este derecho se estimó como alto en pacientes y profesionales.

4. Percepción sobre el derecho a la información.

Este derecho reconoce que el enfermo debe recibir información que le permita conocer y comprender su enfermedad, así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para su recuperación. Por tanto la toma de sus decisiones se basan en un consentimiento informado de carácter libre, voluntario y responsable.

A fin de describir y analizar las percepciones de los pacientes y profesionales de la salud acerca de este derecho, se les pregunto sobre la información que se brinda a los pacientes, relativa a la ejecución de los procedimientos y relacionada con su enfermedad , durante la hospitalización del mismo. Seguidamente presentamos sus resultados.

4.1 Información sobre los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos

Según la opinión de los pacientes (n =208), el personal de salud le explica a veces los procedimientos a realizarle (48.1%), no le explica estos procedimientos (21.2%) y, si le explica dichos procedimientos (30.8%).

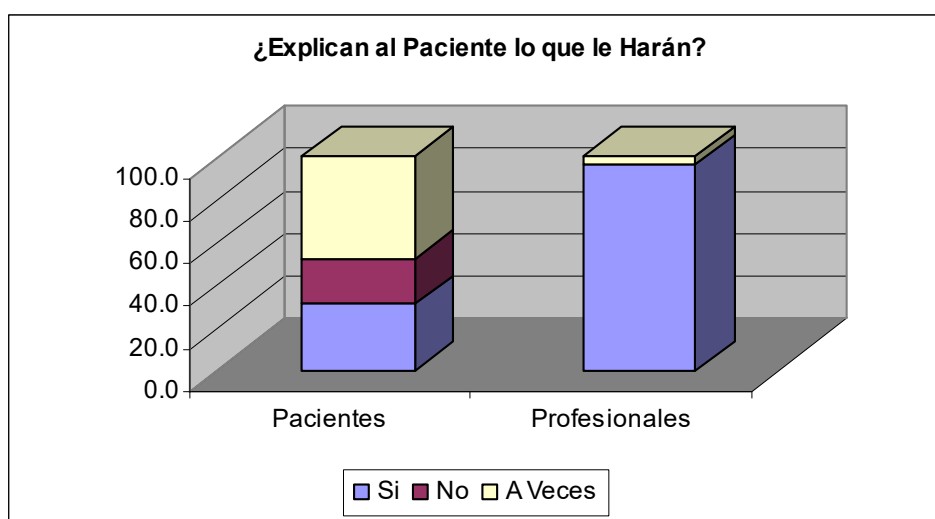
Al respecto los profesionales (n = 234) fueron concluyentes en señalar que si informan al paciente sobre todos los procedimientos a realizarle (96.6%) y a veces le informan sobre estos (3.4%). (Ver Cuadro y Gráfico N° 6)

CUADRO Y GRAFICO N° 6

Percepción sobre el derecho a la información acerca de los Procedimientos y Tratamientos según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004

Informante / Servicio	Si	No	A Veces	Total
Pacientes	30.8	21.2	48.1	100.0
Medicina	28.4	16.4	55.2	100.0
Cirugía	26.1	15.9	58.0	100.0
Ginecología	22.2	22.2	55.6	100.0
Obstetricia	39.7	31.7	28.6	100.0
Profesionales	96.6		3.4	100.0
Medicina	94.7		5.3	100.0
Cirugía	97.3		2.7	100.0
Ginecología	100.0			100.0
Obstetricia	100.0			100.0

* Preguntas 9 (C. Entrevista Pacientes) y 11 (Cuestionario Profesionales)



Respecto a la variable sexo, la cuarta parte de pacientes de sexo femenino (25.8%) indica no recibir explicación sobre los procedimientos, más de la tercera parte de ellas (43.0%) señala recibir a veces dicha explicación, y casi sólo una tercera parte (31.3%) precisa haber recibido dicha explicación.

En relación a otras variables, los pacientes analfabetos en su mayoría dicen recibir a veces explicación (71.4%), o no recibirla (28.6%).

Según los pacientes por servicios, en obstetricia algo más de un tercio de pacientes refiere recibir información sobre los procedimientos (39.7%), y otra tercera parte niega recibirla (31.7%).

Asimismo, el menor porcentaje de pacientes que refiere recibir información (22.2%) se encuentra en ginecología, y el mayor porcentaje de pacientes que dice recibir a veces dicha información esta en cirugía (58%), resaltando estos porcentajes en relación a los otros servicios.

En cuanto al tiempo de hospitalización, tal parece que a más días de hospitalización (21 a más) la tendencia se orienta a dar mayor explicación a los pacientes (44.0%), lo cual podría estar ligado a que a mayor tiempo de permanencia hospitalaria el paciente obtiene información por sus propios medios y se hace más conocedor de los procedimientos o tratamientos rutinarios en el servicio. (Ver Anexo V).

La revisión de los datos permite apreciar diferencias significativas entre las percepciones de los pacientes y profesionales respecto a este derecho. Mientras los profesionales mayoritariamente

perciben que dan información sobre todos los procedimientos a los pacientes, contrariamente estos últimos perciben que esta información es menor.

Estas diferencias también se pudieron apreciar estadísticamente ($p < 0.01$). Siendo la percepción hacia este derecho, de grado intermedio para los pacientes y alta para los profesionales.

Si contrastamos estos resultados con los hallazgos del derecho a decidir por los pacientes, surge la interrogante, si el paciente estará asumiendo realmente su autonomía, cuando autoriza la ejecución de procedimientos sobre los cuales esta reconociendo no recibir o recibir a veces explicación.

Asimismo, el hecho de que la mayor parte de pacientes mujeres y analfabetos perciban que reciben menor información puede dar indicios de que se estaría limitando este derecho en grupos de mayor vulnerabilidad social. En este sentido los resultados traducen que los pacientes perciben que tienen menoscabado su derecho a la información sobre los procedimientos. En todo caso esto no permite su ejercicio pleno del derecho al consentimiento informado.

4.2 Información sobre la enfermedad

Persisten aquí también las diferencias entre las opiniones de los encuestados sobre la información que se proporciona al paciente respecto a su enfermedad durante su hospitalización.

El porcentaje más alto de pacientes (46.6%) dice que a veces se le dio información, un porcentaje menor (38.9%) afirman se le dio

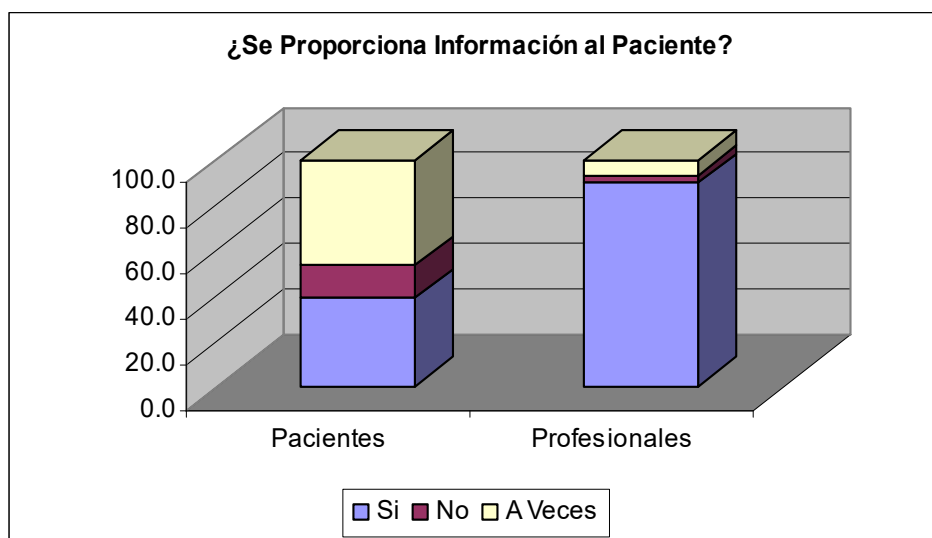
información, y un escaso porcentaje (14.4%) dijo que no se le dio información. Por otro lado un alto porcentaje de profesionales (89.8%) dice dar información, y en reducidos porcentajes dicen dar a veces información (7.2%), y no dar información (3.0%). (Ver Cuadro y Gráfico N° 7)

CUADRO Y GRAFICO N° 7

**Percepción sobre el derecho a la información de la enfermedad según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Informante / Servicio	Si	No	A Veces	Total
Pacientes	38.9	14.4	46.6	100.0
Medicina	28.4	10.4	61.2	100.0
Cirugía	34.8	20.3	44.9	100.0
Ginecología	33.3	22.2	44.4	100.0
Obstetricia	55.6	11.1	33.3	100.0
Profesionales	89.8	3.0	7.2	100.0
Medicina	85.3	5.3	9.5	100.0
Cirugía	91.2	1.8	7.0	100.0
Ginecología	100.0	0.0	0.0	100.0
Obstetricia	100.0	0.0	0.0	100.0

* Preguntas 13(C. Entrevista Pacientes) y 14(Cuestionario Profesionales)



Igual que para la información sobre los procedimientos, son los pacientes analfabetos quienes dicen sólo recibir información a veces (57.1%), o no recibir información (42.9%) sobre su enfermedad. También se observa que hay un mayor porcentaje de pacientes con algún nivel de educación primaria que refieren no recibir información (25%) y recibirla a veces (54.5%).

Según los servicios, mas de la mitad de pacientes de obstetricia (55.6%) refiere recibir información sobre su problema de salud, también mas de la mitad de pacientes de medicina (61.2%) señala a veces recibir esta información, encontrándose en ginecología la mayor parte de pacientes que indica no recibir información sobre este tema (22.2%).

En cuanto a los días de hospitalización, los datos sugieren que cuanto más corto es el tiempo de hospitalización (1-2 días) los pacientes perciben recibir más información sobre su problema de salud (60%). Contrariamente los pacientes manifiestan que a mayor tiempo de hospitalización la información se vuelve más eventual, lo cual se observa con el 56% que manifiesta ser informado a veces, cuando tenían más de 21 días.

De acuerdo a la variable sexo, el mayor porcentaje de profesionales de sexo masculino (95.3%) manifestaron que informaban al paciente sobre su enfermedad, mientras que profesionales del sexo femenino lo hacen en un porcentaje menor (80.5%).

Respecto a los profesionales por servicios, se observa que el total de profesionales de obstetricia y ginecología (100 %) aseguran

dar información a los pacientes sobre su estado de salud, a diferencia de los profesionales de otros servicios.

En relación a la ocupación, aunque en menor porcentaje son las enfermeras quienes exhiben una leve tendencia a disminuir la información al paciente, cuando refieren dar a veces la información (21.4%) y no darla (8.6%) a diferencia de otros grupos ocupacionales. (Ver Anexo W)

Si consideramos que las respuestas enunciadas como a veces cuentan con la preferencia de casi la mitad de los pacientes, estaríamos frente a sujetos medianamente informados sobre aspectos de su enfermedad, ello indicaría que los profesionales no están dando información suficiente para que los pacientes conociendo desempeñen un papel realmente activo en las decisiones.

Dado que el acto de informar forma parte de la relación profesional – usuario, el respeto al derecho a la información no sólo es un deber legal, sino también moral de aquel que realiza intervenciones médicas y cuidados de la salud.

Hasta aquí el cruce de la información recogida ratifica que los pacientes perciben tener dificultades para acceder a la información que los profesionales perciben dar.

Existe entonces un desfase informativo, que también podría dar indicios de que este derecho a la información no cumpliría el requisito de ser “comprensible” por los pacientes.

Estadísticamente no se halló ninguna asociación entre las percepciones de pacientes y profesionales sobre este derecho ($p < 0.01$).

El grado de percepción de este derecho es clasificado como intermedio en pacientes y alto en profesionales.

5. Percepción sobre el derecho a la confidencialidad

Al preguntar a los pacientes, la posibilidad de que el personal de salud pueda contar a otras personas datos de su enfermedad o vida personal, se buscaba identificar el grado de conocimiento y estimación hacia el derecho a la reserva de su información.

Del conjunto de pacientes entrevistados, cerca de la mitad (43.3%) refiere no saber si estos datos pueden ser contados por el personal de salud, lo que evidencia no tener una noción clara de este derecho; luego más de la tercera parte de ellos (39.4%) menciona que el personal de salud no puede contar estos datos, con lo que estarían estimando el valor de la reserva de la información y reconociendo que se respeta este derecho durante su hospitalización, finalmente una menor parte de ellos (17.3%) responde afirmativamente, con lo cual estarían admitiendo que el personal puede comentar estos datos o están identificando circunstancias donde no se reserva la información y por tanto no se respeta este derecho.

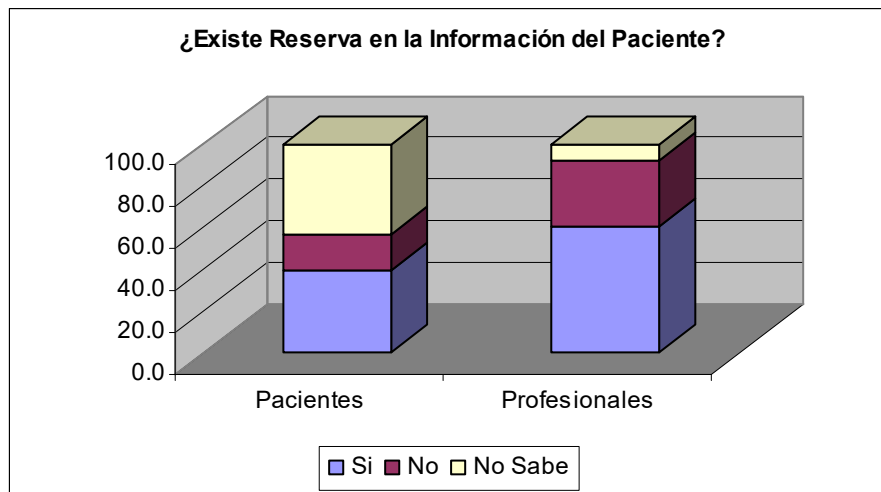
Preguntados los profesionales sobre el tema, se encontró que más de la mitad (60.4%) mencionan que la información facilitada por el paciente se maneja en forma confidencial, luego casi una tercera parte (31.5%) opina que no se maneja confidencialmente, y sólo una escasa parte de ellos (8.1%) se muestra indeciso con lo que acepta desconocer del tema. (Ver Cuadro y Gráfico N° 8)

CUADRO Y GRAFICO N° 8

**Percepción sobre el derecho a la confidencialidad según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Informante / Servicio	Si	No	No Sabe	Total
Pacientes	39.4	17.3	43.3	100.0
Medicina	55.2	9.0	35.8	100.0
Cirugía	30.4	21.7	47.8	100.0
Ginecología	44.4	33.3	22.2	100.0
Obstetricia	31.7	19.0	49.2	100.0
Profesionales	60.4	31.5	8.1	100.0
Medicina	60.0	33.7	6.3	100.0
Cirugía	63.2	27.2	9.6	100.0
Ginecología	42.9	42.9	14.3	100.0
Obstetricia	58.3	41.7	0.0	100.0

* Preguntas 14(C. Entrevista Pacientes) y 15(Cuestionario Profesionales)



En relación a las variables estudiadas, son los pacientes de sexo masculino quienes reconocen mucho más que hay reserva de la información (42.5%) y son mucho más las mujeres quienes responden desconocer si estos datos pueden ser divulgados y con ello denotar no tener una concepción clara de este derecho (46.1%). No obstante, es en el servicio de ginecología, donde hay mayor representatividad de las pacientes (33.3%) quienes estiman que no hay reserva de la información, coincidiendo con esta opinión un porcentaje significativo de los profesionales de este servicio (42.9%).

Respecto a la percepción de las pacientes de ginecología al parecer, el tipo de patología y su relación con la intimidad corporal, puede influir en la mayor sensibilidad de las pacientes hacia este derecho.

De otro lado, la mayor parte de los pacientes de servicios de medicina (55.2%), y los profesionales de los servicios de cirugía (63.2%) consideran que se guarda reserva en la información del paciente.

Según el grado de instrucción, en mayor porcentaje son los pacientes analfabetos (42.9%) quienes consideran que no hay reserva de la información, y de modo inverso son los pacientes con instrucción superior quienes consideran que si hay tal reserva (69.2%). Al respecto, es posible que el reconocimiento de este derecho por los pacientes con mayor nivel instruccional estaría relacionado a la mayor vigilancia y exigencia hacia el secreto profesional.

En cuanto al tiempo de hospitalización, al parecer a más días (21 a más) los pacientes estiman que hay menor reserva de la información (24%).

Asimismo, sobre este tema, las tres cuartas parte de profesionales del sexo femenino (76.7%) afirman que se maneja la información del paciente en forma confidencial, y son algo más de un tercio de profesionales de sexo masculino (39.6%) quienes admiten que no se maneja esta información confidencialmente, duplicando la apreciación de profesionales de sexo femenino (17.4%).

En relación a la condición laboral, destaca el porcentaje de profesionales nombrados (40.2%) quienes refieren que la información del paciente no se maneja confidencialmente. Además de acuerdo al grupo ocupacional, un alto porcentaje de enfermeras (82.9%) asumen que hay confidencialidad en el manejo de la información del paciente, lo cual parece sustentar la apreciación del sexo femenino. De modo inverso son las tres cuartas partes de obstétricas (75.0%) quienes aprecian que no hay tal confidencialidad. (Ver Anexo X)

Estos resultados muestran que hay diferencias entre las percepciones de pacientes y profesionales sobre este derecho. Así, siendo este un tema ético que implica una norma de conducta indispensable en toda relación terapéutica, se esperaba que el porcentaje de respuestas de los profesionales fuese más concluyente hacia reconocer que se preserva el derecho a la confidencialidad en la información del paciente. Sin embargo, los hallazgos indican que si bien son más de la mitad los profesionales que reconocen el valor de este derecho; también hay casi una tercera parte de ellos que admiten que el mismo no se cumple durante la asistencia al enfermo.

A esto se sumaría un escaso porcentaje de profesionales que al mantenerse indeciso, parece ignorar el cumplimiento de esta obligación. Este aspecto determinaría la existencia de un conflicto moral en el ejercicio profesional, pues se estaría violando el derecho a la intimidad y privacidad del paciente en algunas oportunidades.

Los pacientes adjudicatarios de este derecho, posiblemente aún no lo reconocen o valoran, dado que cerca de la mitad indica no saber si la información por ellos facilitada pueda ser divulgada. También hay un porcentaje menor pero significativo de pacientes quienes estarían percibiendo que la reserva de su información puede ser vulnerada.

En relación a este derecho, la prueba estadística denota tales diferencias entre las percepciones de ambos grupos de informantes ($p < 0.01$)

Estimándose la clasificación del grado de percepción intermedia hacia este derecho por pacientes y profesionales.

6. Percepción sobre el derecho a la educación de la salud

Los pacientes ($n = 208$) y los profesionales ($n = 235$) respondieron a dos preguntas que permitieron identificar sus percepciones hacia este derecho. Las respuestas de los pacientes que niegan recibir educación de la salud durante su hospitalización es ligeramente mayor (37.1%), le suceden las respuestas afirmativas (35.1%), y las respuestas que indican recibir a veces educación (27.9%).

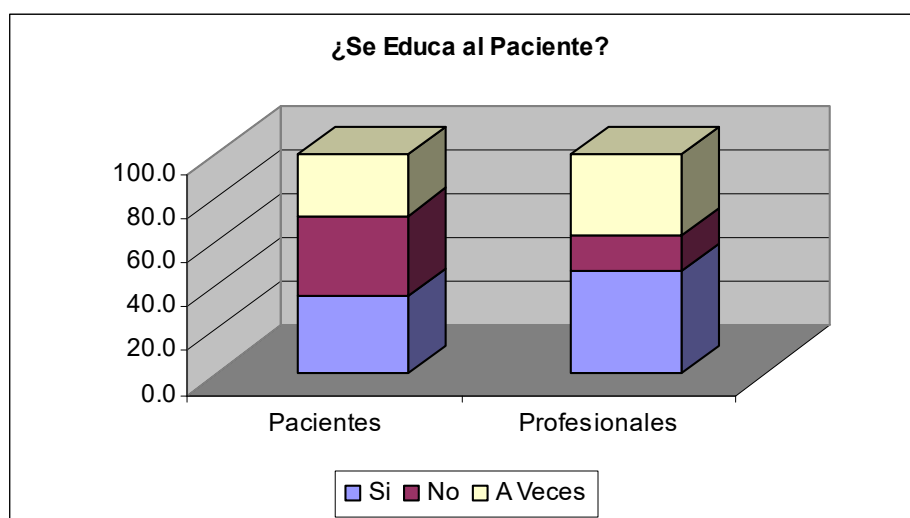
En los profesionales la tendencia de las respuestas son favorables hacia afirmar dar educación (46.8%), o darla a veces (37%), y en menor cuantía las respuestas negativas (16.2%). (Ver Cuadro y Gráfico N° 9)

CUADRO Y GRÁFICO N° 9

**Percepción sobre el derecho a la educación de la salud según los Pacientes
y Profesionales de la Salud de los servicios de Hospitalización de Medicina,
Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Informante / Servicio	Si	No	A Veces	Total
Pacientes	35.1	37.0	27.9	100.0
Medicina	26.9	29.9	43.3	100.0
Cirugía	23.2	46.4	30.4	100.0
Ginecología		88.9	11.1	100.0
Obstetricia	61.9	27.0	11.1	100.0
Profesionales	46.8	16.2	37.0	100.0
Medicina	46.8	16.0	37.2	100.0
Cirugía	44.7	19.3	36.0	100.0
Ginecología	50.0	7.1	42.9	100.0
Obstetricia	61.5	0.0	38.5	100.0

* Preguntas 15(C. Entrevista Pacientes) y 16(Cuestionario Profesionales)



Al analizar el tema a través de las variables estudiadas se encuentra que, de acuerdo al grado de instrucción son más de la mitad de pacientes analfabetos (57.1%) quienes responden no recibir educación o recibirla a veces (42.9%). Según la ocupación más de la mitad de los campesinos (53.8%) dicen recibir educación a veces.

En cuanto a los servicios, las respuestas de las pacientes de ginecología destacan con nitidez sólo en señalar, no recibir educación (88.9%), o recibirla a veces (11.1%), a diferencia de los otros servicios, donde las respuestas de los pacientes incluyen las tres opciones. Asimismo, en el servicio de obstetricia más de la mitad de las pacientes responde, recibir educación (61.9%) a diferencia de la cuarta parte de los pacientes de los servicios de cirugía (23.2%) y medicina (26.9%). Esto último tendría relación con el 40.6% de pacientes del sexo femenino, quienes manifiestan que si se les educa, a diferencia del 26.3% del sexo masculino.

El tiempo de hospitalización del paciente también parece tener relación con las respuestas, pues más de la mitad de pacientes con 1 o 2 días de hospitalización responden recibir educación (60%).

Cabe destacar que en el servicio de obstetricia la modalidad de alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido, demanda la asistencia compartida del personal del servicio de obstetricia y neonatología, ambos ejecutan programas educativos por tanto esta percepción de las pacientes, también puede apoyarse en la educación recibida por el personal de neonatología, no involucrados en esta investigación. Asimismo, la estancia hospitalaria de 1 a 2 días es mayor en pacientes obstétricas.

Por otro lado, más de la mitad de los profesionales del sexo femenino dicen que si educan (57.5%). Esta mayor incidencia de respuestas favorables parece tener relación con la ocupación, pues son la mitad de las enfermeras (51.4%) y más de las tres cuartas partes de las obstétricas (80%) quienes afirman dar educación, destacando las respuestas de este último grupo sólo a las opciones si y a veces dar educación.

De acuerdo a la variable servicio, más de la mitad de los profesionales de obstetricia (61.5%) afirman dar educación, coincidiendo con las respuestas de las pacientes.

Respecto a la condición laboral, casi la cuarta parte de profesionales nombrados (24.1%) admite que no se brinda educación a los pacientes, posiblemente su estabilidad laboral le da cierta libertad para expresar su apreciación crítica sobre el cumplimiento de este derecho del paciente. (Ver Anexo Y)

Las respuestas de los informantes nos revelan que las discrepancias entre las percepciones sobre este tema fueron menores. Sin embargo la prueba estadística demuestra que estas son reales ($p < 0.01$). Asimismo, se halló un grado de percepción intermedia hacia este derecho, tanto en pacientes como en profesionales.

Las percepciones de los pacientes respecto al acceso a recibir educación sobre aspectos de su enfermedad y específicamente los relativos a cuidados preventivo – promocionales, es menor. Esto también parece ser aceptado parcialmente por los profesionales, cuando sólo cerca de la mitad de ellos percibe brindarla y más de la tercera parte reconoce darla a veces.

Cabe recordar que en la relación paciente-profesional de la salud, este último conoce aspectos de la enfermedad del paciente, que el paciente desconoce, esto lo hace dueño de saberes que utiliza para asistir al enfermo, y que; durante la prestación de tal asistencia deberían ser traducidos en acciones educativas dirigidas a construir saberes que reduzcan la asimetría del conocimiento entre usuario-proveedor.

Los hallazgos indican que hay un sector de profesionales que perciben realizar una limitada transmisión de saberes a los usuarios, en este sentido estarían desconociendo el derecho de los mismos a ser protagonistas del cuidado de su salud. Por que los esfuerzos para cuidar y preservar la salud, a cargo del equipo de salud debe articularse con la responsabilidad-deber del usuario para que adopte conductas y comportamientos que favorezcan el mantenimiento y desarrollo de la salud. Sólo en esta dimensión de corresponsabilidad proveedor-usuario se irá creando una cultura de asistencia sanitaria basada en un compromiso ético y cívico.

7. Percepción sobre el derecho a la dignidad e intimidad

La dignidad humana alude al valor intrínseco que tienen los hombres por el sólo hecho de ser personas. Todas las personas son acreedoras del respeto a su dignidad. El enfermo es una persona poseedora de dignidad y por tanto merecedora de respeto.

La enfermedad agrede la integridad biosicosocial de la persona, esto demanda a quienes le asisten respetar su individualidad, proteger su intimidad y privacidad, así como su cultura y sus valores.

Las preguntas formuladas pretendieron estimar las percepciones de los encuestados sobre el respeto a la intimidad corporal, por considerarla un aspecto sensible, relacionado a la singularidad corporal del paciente, que cotidianamente es necesario explorar, visualizar y manipular durante la práctica asistencial.

Sobre este tema, los encuestados destacaron grandes diferencias entre sus opiniones, así los pacientes (n =208) perciben en mayor porcentaje ser tratados con respeto al ser examinados (70.7%), y en menor porcentaje a veces ser tratados con respeto (26.4%), quedando un escaso porcentaje que niega este respeto (2.9%).

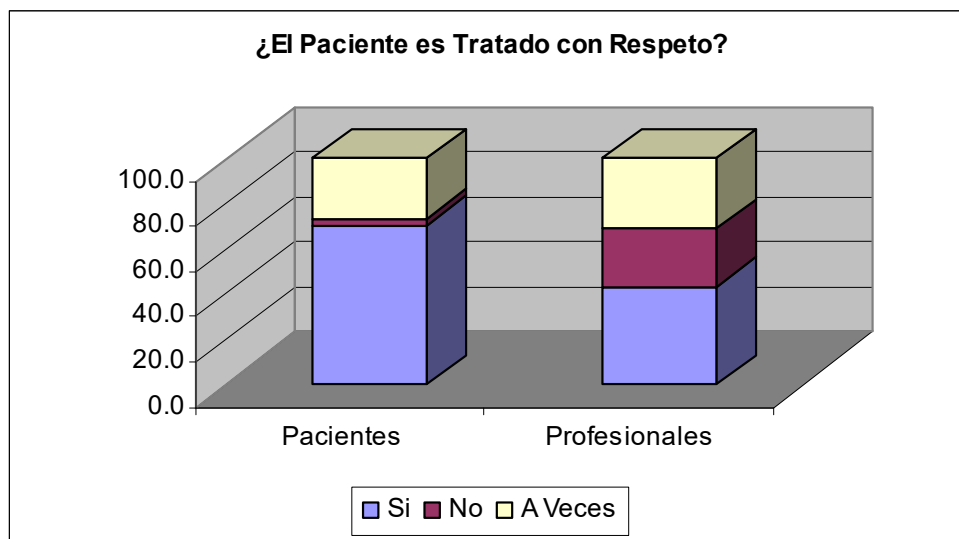
Los profesionales (n =234) tienen una visión diferente sobre este tema , ellos perciben en mayor porcentaje que se respeta la intimidad del paciente al ser examinado (43.2%), así como, que esta se respeta a veces (31.2%), y no se respeta (25.6%). (Ver Cuadro y Gráfico N° 10)

CUADRO Y GRAFICO N° 10

**Percepción sobre el derecho a la dignidad e intimidad según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Informante / Servicio	Si	No	A Veces	Total
Pacientes	70.7	2.9	26.4	100.0
Medicina	74.6	4.5	20.9	100.0
Cirugía	71.0	2.9	26.1	100.0
Ginecología	66.7		33.3	100.0
Obstetricia	66.7	1.6	31.7	100.0
Profesionales	43.2	25.6	31.2	100.0
Medicina	41.5	26.6	31.9	100.0
Cirugía	43.4	26.5	30.1	100.0
Ginecología	28.6	7.1	64.3	100.0
Obstetricia	69.2	30.8	0.0	100.0

* Preguntas 12(C. Entrevista Pacientes) y 17(Cuestionario Profesionales)



De acuerdo a las variables estudiadas, según el sexo, es menor la proporción de pacientes mujeres que admiten ser respetadas al ser examinadas (65.6%), a diferencia de los varones (78.8%) y esto guarda también relación con el doble de la proporción de mujeres que responden ser respetadas a veces (32.8%) en relación a los varones (16.3%).

Con relación al grado de instrucción es notorio que el 28.6% de personas analfabetas, señalaron que no fue tratado con respeto.

Respecto a la variable servicio, una tercera parte de pacientes de los servicios de ginecología (33.3%) y obstetricia (31.7%), perciben que a veces son respetadas al ser examinadas, en comparación con otros servicios.

Por otro lado, la opinión de los profesionales del servicio de obstetricia es concluyente, al estimar más de la mitad de ellos (69.2%) que se respeta la intimidad del paciente al ser examinado, y casi una tercera

parte que no se respeta la misma (30.8%). En ginecología sólo algo más de la cuarta parte de los profesionales (28.6%) estima que se respeta la intimidad del paciente y más de la mitad (64.3%) que a veces esta es respetada; resultados que expresan diferencias en relación a los servicios de medicina y cirugía.

Respecto a la condición laboral, en su mayoría el personal profesional contratado (42.4%) acepta que a veces se respeta la intimidad del paciente al ser examinado.

En relación a la ocupación, algo más de las tres cuartas partes de obstetrices (80%) y casi la tercera parte de enfermeras (30%), estiman que no se respeta la intimidad del paciente, resaltando además la menor incidencia de obstetrices que consideran se respeta dicha intimidad (20%), a diferencia de los otros profesionales. (Ver Anexo Z)

En general observamos que la mayoría de pacientes tiene una visión favorable hacia reconocer que su intimidad es respetada, o que a veces es respetada según la posición de una tercera parte de ellos, sin embargo, este reconocimiento no tiene similar dimensión en los profesionales, dado que una cuarta parte opina que no se respeta, y casi un tercio expresa que se respeta a veces, constituyendo ambos grupos más de la mitad de ellos.

Los resultados también indican que hay cierto sesgo para el ejercicio de este derecho en pacientes del género femenino. Resalta además, que este derecho es más sensible de evaluar en aquellos servicios donde hay prevalencia de pacientes del género femenino (ginecología y obstetricia), y lo propio sucede en la esfera ocupacional, donde hay

mayor representatividad de este genero (enfermeras y obstetricas) por que se estima que la sensibilidad femenina esta muy investida de una conducta pudorosa.

Los hallazgos orientan hacia algunas consideraciones, desde la perspectiva profesional, un sector de ellos está reconociendo que este derecho posiblemente sea vulnerado en algunas oportunidades durante la práctica asistencial, esto es significativo por que muestra por un lado que no hay indiferencia a la necesidad de privacidad del enfermo, y por otro lado están identificando que en el entorno asistencial hay limitaciones de orden humano, material y técnico que les impediría satisfacer plenamente este derecho.

La percepción de pacientes y profesionales sobre este derecho evidencia diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$).

Se encontró, un grado de percepción alta hacia este derecho en pacientes, y de percepción intermedia en profesionales.

8. Percepción sobre el derecho a la asistencia religiosa

En relación al derecho a la asistencia religiosa del paciente durante su hospitalización, las respuestas de los encuestados, pacientes ($n = 208$) y profesionales ($n = 235$), expresan las siguientes diferencias, una mayor cantidad de pacientes (52.9%) niega haber recibido ayuda espiritual, una menor cantidad refiere que si la recibió (39.9%) y una mínima cantidad dice que la recibió a veces (7.2%).

Sobre el mismo punto, el más alto sector de profesionales (84.7%) opina como necesario que el paciente cuente con ayuda espiritual , un bajo sector de ellos (10.2%) opina que no cuenten con tal ayuda, y un escaso

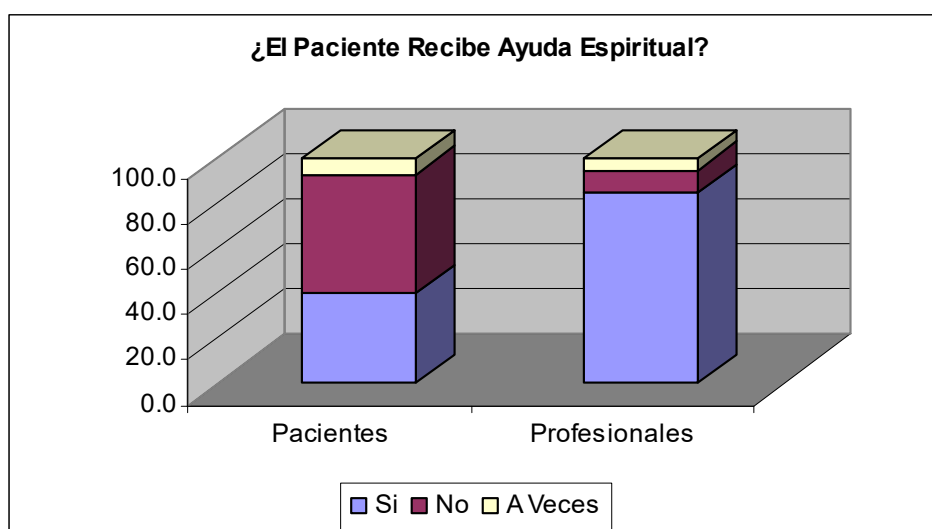
sector (5.1%) opina que a veces cuentan con esta ayuda. (Ver Cuadro y Gráfico N° 11)

CUADRO Y GRAFICO N° 11

**Percepción sobre el derecho a la asistencia religiosa según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Informante / Servicio	Si	No	A Veces	Total
Pacientes	39.9	52.9	7.2	100.0
Medicina	56.7	29.9	13.4	100.0
Cirugía	44.9	47.8	7.2	100.0
Ginecología	55.6	44.4		100.0
Obstetricia	14.3	84.1	1.6	100.0
Profesionales	84.7	10.2	5.1	100.0
Medicina	87.2	10.6	2.1	100.0
Cirugía	83.3	9.6	7.0	100.0
Ginecología	78.6	7.1	14.3	100.0
Obstetricia	84.6	15.4	0.0	100.0

* Preguntas 16(C. Entrevista Pacientes) y 18(Cuestionario Profesionales)



Respecto a las variables estudiadas, más de la mitad de pacientes del genero femenino refieren no haber recibido ayuda espiritual (63.3%) duplicando casi al genero masculino.

Asimismo, la mayoría de pacientes sin calificación económica (90%) y los calificados como indigentes clave Z , niegan haber recibido ayuda espiritual (78%)

En relación a la variable servicio, es en obstetricia donde un elevado porcentaje de pacientes (84.1%) niegan haber recibido ayuda espiritual, y un escaso porcentaje (14.3%) dicen que la recibieron, a diferencia de los pacientes de los otros servicios.

En cuanto al tiempo de hospitalización es claro que a mayor cantidad de días de hospitalización (21 a más), los pacientes perciben recibir más ayuda espiritual (64%).

De otro lado, los profesionales con menos de cinco años de servicios (13.2%) y los contratados (16.7%) son quienes opinan que los pacientes no cuentan con la ayuda espiritual, exhibiendo porcentajes si bien bajos, pero representativos dentro de su respectivo grupo.

Respecto a la variable ocupación, el total de obstetricas (100%) y la mayor incidencia de enfermeras (90%) son quienes aprecian pertinente dicha ayuda espiritual. (Ver Anexo AA)

Para analizar este tema es necesario precisar que durante la enfermedad el ser humano siente amenazada su integridad corporal, y

busca seguridad en su esfera afectiva y relacional. Los conceptos de salud y enfermedad que posea reflejarán valores en los cuales influyen con frecuencia creencias y presuposiciones religiosas.

Por tanto en la prestación de la asistencia sanitaria es fundamental dar valor a la visión integral del hombre, entendida esta en su dimensión corporal (objetividad- exterioridad) y su dimensión espiritual (subjetividad- interioridad), a fin de reconocer las necesidades no sólo físicas, sino también de orden moral.

De este modo, a través de la evaluación de los datos se identifica que muchos profesionales señalan significativamente la necesidad de la asistencia religiosa al enfermo, con lo cual reconocen la naturaleza integral del mismo y muestran una actitud de respeto hacia el ejercicio de este derecho.

No obstante son aún pocos los pacientes que perciben recibir asistencia religiosa, ello pudiera constituir un vacío en la atención a la dimensión espiritual del enfermo.

Sobre esto último es bueno destacar, que la mayoría de pacientes que perciben no recibir ayuda espiritual están comprendidas en el servicio de obstetricia y corresponden al grupo sin calificación económica y clave Z.

Además, posiblemente la corta permanencia hospitalaria (1-2 días) relacionada a su condición obstétrica, contribuyan al escaso contacto con los miembros de la pastoral de salud u otros grupos religiosos activos en el medio hospitalario, y que sería oportuno considerar.

En cuanto a los profesionales, son las enfermeras y obstétricas con mayor representatividad femenina, quienes expresan mayor sensibilidad hacia el reconocimiento y respeto a este derecho.

Por otro lado, el desconocimiento a la necesidad de ayuda espiritual al paciente por profesionales de reciente entrada, podría limitar la asistencia integral del enfermo.

En la percepción de este derecho por ambos grupos de informantes se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$).

De acuerdo a la clasificación del grado de percepción sobre este derecho, se estimó como intermedia en los pacientes y alta en los profesionales.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

1. Conclusiones

Esta investigación buscaba determinar la percepción de las personas hospitalizadas y los profesionales de la salud que les prestan atención, acerca de los derechos del paciente.

La hipótesis propuesta en este estudio se vincula con el estado del reconocimiento, respeto y ejercicio que otorgan ambos grupos hacia estos derechos, por ello las diferencias establecidas entre las percepciones de pacientes y profesionales sobre determinado derecho, así como el grado de percepción del derecho, explicaría la tendencia hacia una baja, intermedia o alta percepción sobre ese derecho según cada sujeto estudiado.

Algunas conclusiones que deseamos subrayar son las siguientes:

- Las personas hospitalizadas y los profesionales de la salud en su mayoría reconocen que los pacientes tienen derechos.
- En relación a los derechos del paciente, aspecto central de este estudio se encontró diferencias entre las percepciones de los pacientes y profesionales de la salud, siendo estas significativas en los derechos a la calidad de la atención, la libre elección, a negarse a procedimientos contra la voluntad, a la información sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos e información de la enfermedad, la confidencialidad, la educación de la salud, la dignidad e intimidad y, la asistencia religiosa. Diferencias que son estadísticamente demostrables.
- No se encontró diferencias entre las percepciones de los pacientes y profesionales de la salud respecto al derecho a la autorización en la ejecución de los procedimientos. Demostrable estadísticamente.
- Se determinó un grado de percepción intermedia de los pacientes hacia los derechos a la calidad de atención, a la información sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la información sobre la enfermedad, a la confidencialidad, a la educación de la salud y asistencia religiosa, así como un grado de percepción baja hacia el derecho a la libre elección, lo cual determinaría que no logren exigirlos ni ejercerlos plenamente durante su hospitalización.

- Existe un grado de percepción alta de los pacientes hacia los derechos a autorizar la ejecución de los procedimientos y negarse a procedimientos contra la voluntad y, el respeto a la dignidad e intimidad.
- Respecto al derecho a decidir, que incluye la autorización en la ejecución de los procedimientos y negarse a procedimientos contra la voluntad, se estimó un grado de percepción alta en pacientes y profesionales. Sin embargo la percepción intermedia exhibida por los pacientes respecto a su derecho a la información sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y sobre la enfermedad, coloca en discusión el ejercicio de una autonomía real de los pacientes durante su hospitalización.

- Gran parte de los profesionales de la salud muestran un grado de percepción alta hacia los derechos del paciente, a la calidad de la atención, la libre elección, la autorización en la ejecución de procedimientos y procedimientos o tratamientos contra la voluntad, la información sobre los procedimientos e información sobre la enfermedad y, la asistencia religiosa.

- Asimismo los profesionales evidencian un grado de percepción intermedia hacia los derechos del paciente, a la confidencialidad, a la educación de la salud y el respeto a la intimidad, lo cual contribuiría a limitar el ejercicio de los mismos por el paciente.

- Llama la atención cierta constante observada al discutir el mayor número de derechos, los pacientes analfabetos y las mujeres exhiben un bajo reconocimiento y respeto hacia sus derechos, lo cual constituye una seria limitación para el ejercicio de los mismos y, los coloca en una posición de mayor vulnerabilidad durante su hospitalización.

2. Recomendaciones

Considerando que los derechos de los enfermos es un tema de vigente actualidad, inserto dentro del marco de la Ley general de salud y, que es preocupación en las actuales políticas del sector dentro del nuevo modelo de atención integral, señalamos algunas recomendaciones:

- Efectuar investigaciones de carácter cualitativo que permitan ampliar y profundizar el estudio sobre algunos derechos específicos de los enfermos en unidades críticas de hospitalización.
- Impulsar desde el Comité de Bioética a nivel hospitalario la difusión permanente de los derechos de los enfermos
- Desarrollar estrategias de educación continua dirigidas a los trabajadores de la salud, a fin de crear una cultura de respeto y de protección a los derechos de los enfermos.
- Incluir la temática de derechos humanos, de salud y de los enfermos, en los planes curriculares de la enseñanza de pre grado en las facultades y escuelas académicas que forman profesionales de la salud.

3. Limitaciones

Las conclusiones del presente trabajo de investigación, sólo pueden ser generalizadas a otras poblaciones con características similares a las de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Rossellot Eduardo. Derechos del Paciente en el marco de calidad de la atención Médica. En Revista Medica Chilena. Vol. 128, N° 8; 2000. Pág. 909
- (2) López de la Peña Xavier. Actitud y Conocimientos Legales de algunos derechos del paciente. En Revista de Investigación Clínica. Vol. 47, N° 1; Enero - Febrero, México. 1995. Pág. 5
- (3) Bepali Yubarandt, De Pena Mario, Cosens Mario. Derechos de los Pacientes en Uruguay: Percepción de los usuarios de hospitales. En Revista Médica Uruguay. Vol. 11, N° 2 Setiembre 1995. Págs. 82-93
- (4) Gutiérrez Reyes Sonia y Colaboradores. Derechos del Paciente Hospitalizado: Responsabilidad en la Práctica de Enfermería. En Revista de Enfermería del Instituto del Seguro Social. Vol 9, N° 1, Enero – Abril, México. 2001. Págs. 15-16
- (5) Gracia Diego. Introducción a la Bioética Médica. En Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, N° 5 - 6; 1990. Págs. 374 - 376.
- (6) Organización Panamericana de la Salud. Bioética. En Cuadernos del Programa Regional de Bioética. N° 2, Pág. 81.
- (7) Op cit. Gracia Diego. Pág.376
- (8) Op cit. Organización Panamericana de la Salud. Pág. 82

- (9) Op cit. Rosellot Eduardo. Págs. 905 – 906
- (10) Declaración de la Asociación Mundial de Médicos sobre los Derechos del Paciente. Lisboa 1981 - Bali Indonesia.
- (11) Congreso de la República. Ley General de Salud. En el Diario Oficial El Peruano. Lima, Domingo 20 de Julio de 1997. Pág. 151246
- (12) Asociación Nacional de Médicos del MINSA. Declaración de los Derechos de los Pacientes. Aprobada por unanimidad en la III Convención Nacional. Ica. 1995.
- (13) Ministerio de Salud. Por un País Saludable. Propuesta de Políticas para la Salud. Lima Julio 2001. Pág.37
- (14) Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 – 2012. Lima, 2002. Pág.28
- (15) Op cit. MINSA. Propuesta de Políticas para la Salud, Lima Julio 2001. Pág.8
- (16) Martin Sass, Hans. La Bioética: Fundamentos Filosóficos y Aplicación. En Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, Nº 5 - 6, 1990. Págs. 393-394.
- (17) Ibid. Martin Sass, Hans. Págs. 395-396

- (18) Pellegrino, Edmund. La Relación entre la Autonomía y la Integridad en la ética médica. En Boletín oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, N° 5 -6; 1990. Pág. 389.
- (19) Serrano La Vertú, Diana y Linares, Ana María. Principios Éticos de la Investigación Biomédica en seres humanos: Aplicación y Limitaciones en América Latina y El Caribe. En Boletín oficina Sanitaria Panamericana Vol.108, N° 5-6, 1990, Pág. 492.
- (20) Op cit Pellegrino, Edmund. Pág. 380
- (21) Ibid Pellegrino, Edmund. Pág. 385
- (22) Op cit. Cuadernos de Bioética. Págs. 82-88

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Nacional de Médicos del MINSA. Declaración de los Derechos de los Pacientes. Aprobada por unanimidad en la III Convención Nacional. Ica. 1995

Bespali Yubarandt, De Pena Mario, Cosens Mario. Derechos de Los Pacientes en Uruguay: Percepción de los usuarios de hospitales. En Revista Médica Uruguay. Vol. 11, Nº 2 Setiembre 1995.

Congreso de la República. Ley General de Salud Nº 26842. En el Peruano Diario Oficial. Lima 20 de Julio 1997.

Declaración de la Asociación Mundial de Médicos sobre los Derechos del Paciente. Lisboa 1981 - Bali Indonesia.

Gracia Diego, Introducción a la Bioética Médica. En Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, Nº 5 - 6; 1990

Gutierrez Reyes Sonia y Colaboradores. Derechos del Paciente Hospitalizado: Responsabilidad en la práctica de enfermería. En Revista de Enfermería del Instituto del Seguro Social. Vol. 9, Nº 1, Enero – Abril, México. 2001.

López de la Peña Xavier. Actitud y Conocimientos Legales de algunos derechos del paciente. En Revista de Investigación Clínica. Vol. 47, Nº 1; Enero - Febrero, México. 1995

Martin Sass, Hans. La Bioética: Fundamentos Filosóficos y Aplicación. en Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, N° 5 - 6, 1990

Ministerio de Salud. Por un País Saludable. Propuesta de Políticas para la Salud. Lima Julio 2001.

Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para le periodo 2002 - 2012. Lima, 2002.

Organización Panamericana de la Salud. Bioética. En Cuadernos del Programa Regional de Bioética.

Pellegrino Edmund. La Relación entre la Autonomía y la Integridad en la ética médica. En Boletín oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, N ° 5 -6; 1990

Rossellot Eduardo. Derechos del Paciente en el marco de calidad de la atención Médica. En Revista Medica Chilena. Vol. 128, N° 8; 2000.

Serrano La Vertú, Diana y Linares, Ana María. Principios Éticos de la Investigación Biomédica en seres humanos: Aplicación y Limitaciones en América Latina y El Caribe. En Boletín oficina Sanitaria Panamericana Vol.108, N° 5-6, 1990.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
A. Cálculo del tamaño de la muestra	VI
B. Cédula de Entrevista	VIII
C. Cuestionario	XII
D. Determinación de la Confiabilidad de los Instrumentos	XVI
E. Determinación de la Validez de los Instrumentos	XVIII
F. Pacientes del estudio según grupo etéreo, en los servicios hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XIX
G. Pacientes del estudio según sexo, en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004.	XX
H. Pacientes del estudio según grado de instrucción, en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXI
I. Pacientes del estudio según grado de instrucción, en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXII
J. Pacientes del estudio según calificación socioeconómica, en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXIII

K. Pacientes del estudio según intervalos de días de hospitalización, en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXIV
L. Pacientes del estudio según procedencia, en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXV
LL .Profesionales del estudio según ocupación, en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXVI
M. Profesionales del estudio según servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXVII
N. Profesionales del estudio según sexo y ocupación, en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXVIII
Ñ. Profesionales del estudio según edad y ocupación en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXIX
O. Profesionales del estudio según tiempo de servicio, de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital nacional dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXX
P. Profesionales del estudio según condición laboral en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXXI

Q. Profesionales del estudio según especialidad y ocupación en los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXXII
R. Percepción sobre el derecho a la calidad de la atención según los Pacientes y Profesionales de la salud, de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXXIII
S. Percepción sobre el derecho a la libre elección según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXXIV
T. Percepción sobre el derecho a autorizar la ejecución de los procedimientos o tratamientos, según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXXV
U. Percepción sobre el derecho a negarse a procedimientos o tratamientos contra la voluntad, según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de mayo. Marzo-Abril 2004	XXXVI
V. Percepción sobre el derecho a la información de los procedimientos y tratamientos, según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXXVII
W. Percepción sobre el derecho a la información de la enfermedad, según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXXVIII

X. Percepción sobre el derecho a la confidencialidad, según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XXXIX
Y. Percepción sobre el derecho a la educación de la salud, según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XL
Z. Percepción sobre el derecho a la dignidad e intimidad, según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Marzo – Abril 2004	XLI
AA. Percepción sobre el derecho a la asistencia religiosa, según los Pacientes y Profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional dos de Mayo. Marzo- Abril 2004	XLII

ANEXO A
OBTENCIÓN DE LA MUESTRA EN PACIENTES

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * N - 1 + Z^2 * p * q}$$

Donde :

n: Numero muestral mínimo

N: Numero poblacional

Z: nivel de confianza 95%

e²: Precisión 5%

p: 0.8

q: 0.2

$$n = \frac{1188 * 1.96^2 * 0.8 * 0.2}{5^2 * 1188 - 1 + 1.96^2 * 0.8 * 0.2}$$

$$n = 203$$

Luego por Estratos de acuerdo a altas por servicios

a) Servicios de Cirugía : 387 Altas /mes

Luego:

$$\frac{1188}{387} \frac{100\%}{X} \quad X = 32.5\%$$

Entonces:

$$\frac{203}{X} \frac{100\%}{32.5\%} \quad X = 66 \text{ Pacientes}$$

b) Servicios de Medicina: 387 Altas /mes

Luego :

$$\begin{array}{r} 1188 \text{ _____ } 100\% \\ 387 \text{ _____ } X \end{array} \quad X = 32.5\%$$

Entonces:

$$\begin{array}{r} 203 \text{ _____ } 100\% \\ X \text{ _____ } 32.5\% \end{array} \quad X = 66 \text{ Pacientes}$$

c) Servicios de Gineco-Obstetricia : 414 Altas /mes

Luego :

$$\begin{array}{r} 1188 \text{ _____ } 100\% \\ 414 \text{ _____ } X \end{array} \quad X = 35.0\%$$

Entonces :

$$\begin{array}{r} 203 \text{ _____ } 100\% \\ X \text{ _____ } 35\% \end{array} \quad X = 71 \text{ Pacientes}$$

ANEXO B

CEDULA DE ENTREVISTA

C.E.:.....

Servicio:

Tiempo de Hosp:

Estimado Sr(a), este cuestionario tiene por finalidad conocer su opinión acerca de sus derechos como paciente al atenderse en este Hospital. Los resultados podrían contribuir con la mejora de la calidad de atención en este servicio, por ello le pido que sea lo mas sincero y honesto en sus respuestas, las cuales son anónimas.

Muchas gracias por su colaboración

Instrucciones: Anote en la casilla de la derecha el número que coincida o más se acerque a la respuesta del entrevistado:

I. Datos del Paciente:

1. Edad (años cumplidos):

2. Sexo:

1. Masculino 2. Femenino

3. Ocupación:

1. Campesino 2. Obrero 3. Empleado

4. Trabajador Independiente 5. Informal

6. Trabajador eventual 7. Su Casa

8. Jubilado 9. Desempleado 10. Estudiante

4. Grado de Instrucción:

1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria
4. Técnico 5. Superior

5. Procedencia

1. Transito 2. Lima

II. Derechos de Pacientes

6. ¿Considera que Ud. tiene derechos como paciente?

1. Si 2. No 3. No sabe

7. ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido por parte del medico y el personal de salud en este servicio?

1. Buena 2. Regular 3. Mala

8. Durante su hospitalización, ¿Ud. escogió al medico que lo atendió?

1. Si 2. No 3. No sabe

9. Con relación al tratamiento que ha recibido para su problema de salud, ¿el personal de salud le explico todo lo que le iban haciendo? (ej: exámenes ó pruebas, radiografías, ecografías, medicamentos que le administraban, operaciones, curaciones, etc.)

1. Si 2. No 3. A veces

10. ¿Ud. dio permiso cada vez que le iban a hacer algo? (ej: exámenes ó pruebas, radiografías, ecografías, medicamentos que le administraban, operaciones, curaciones, etc.)

1. Si 2. No 3. A veces

11. ¿A Ud. le hicieron algo en contra de su voluntad? (ej: exámenes ó pruebas, radiografías, ecografías, medicamentos que le administraban, operaciones, curaciones, etc.)

1. Si 2. No 3. A veces

12. ¿Cuándo ha sido examinado por el médico, enfermeras, obstetricas o por estudiantes (practicantes), sintió que fue tratado con respeto?

1. Si 2. No 3. A veces

13. Mientras ha estado hospitalizado (a), cuando Ud. pregunto sobre su problema de salud ¿El personal de salud le dio información al respecto?

1. Si 2. No 3. A veces

14. Los datos que Ud. ha proporcionado sobre su problema de salud o de su vida personal, ¿Cree que el personal de salud puedan contárselo a otras personas?

1. Si 2. No 3. No sabe

15. ¿Se le ha educado durante su hospitalización, como puede evitar el problema de salud por el cual se hospitalizo* o saber si Ud. ha vuelto a enfermar?

* En el caso de pacientes obstétricas, accidentados o heridos por causas no atribuibles a ellos, se le preguntara solo la primera parte.

1. Si 2. No 3. A veces

16. Durante el tiempo que estuvo hospitalizado(a) ¿Recibió ayuda espiritual de algún miembro de su comunidad religiosa?

1. Si 2. No 3. A veces

ANEXO C

CUESTIONARIO

Nº:.....

Estimado Dr.(a), Enfermera(o) u Obstetrix, este cuestionario tiene por finalidad conocer su opinión acerca de los derechos de los pacientes al atenderse en este Hospital. Los resultados podrían contribuir con la mejora de la calidad de atención en este servicio, por ello le solicitamos que sea lo mas sincero y honesto en sus respuestas, las cuales son anónimas. Muchas gracias por su colaboración

Instrucciones: Anote en la casilla de la derecha el número que coincida o más se acerque a su respuesta:

I. Datos del Profesional:

1. Edad (años cumplidos):

2. Sexo:

1. Femenino 2 Masculino.

3. Ocupación:

1. Enfermera(o) 2. Medico(a) Asistente

3. Medico Residente 4. Obstetrix (o)

Especialidad:

.....

4. Servicio en el que labora:

.....

5. Tiempo total de ejercicio profesional (en años)

.....

6. Condición laboral

1. Nombrado 2. Contratado 3. Servicios no personales

III. Derechos de Pacientes Hospitalizados

7. Desde su perspectiva, ¿Considera que los pacientes hospitalizados tienen derechos?

1. Siempre 2. Frecuentemente 3. A veces
4. Rara vez 5. Nunca

8. A partir de su experiencia diaria en el hospital, podría decir que, el personal asistencial ¿respeta los derechos de los pacientes hospitalizados?

1. Definitivamente si 2. Probablemente si 3. Indeciso
4. Probablemente no 5. Definitivamente no

9. ¿Cómo considera Ud. que los pacientes hospitalizados perciben la atención que se les brinda?

1. Muy Buena 2. Buena 3. Ni Buena, ni Mala
4. Mala 5. Muy Mala

10. Si los pacientes de este Hospital, en condición de hospitalizados pudieran elegir al médico que lo atendiera ¿Ud. estaría de acuerdo?

1. Definitivamente si 2. Probablemente si 3. Indeciso
4. Probablemente no 5. Definitivamente no

11. ¿Ud. considera que a los pacientes se les debe informar sobre todos los procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos que se les realizan durante su hospitalización?
1. Siempre 2. Frecuentemente 3. A veces
4. Rara vez 5. Nunca
12. ¿Ud. cree necesario solicitar a los pacientes hospitalizados la autorización verbal o por escrito para la realización de todos los procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos durante su estadía?
1. Siempre 2. Frecuentemente 3. A veces
4. Rara vez 5. Nunca
13. Excluyendo las emergencias medicas ¿Cree Ud. que es justificable realizar procedimientos o tratamientos en contra de la voluntad del paciente?
1. Definitivamente si 2. Probablemente si 3. Indeciso
4. Probablemente no 5. Definitivamente no
14. Durante la estadía de los pacientes en el Hospital, cuando estos solicitan información sobre su estado de salud ¿cree necesario dárselo?
1. Siempre 2. Frecuentemente 3. A veces
4. Rara vez 5. Nunca
15. Considera que la información facilitada por el paciente hospitalizado se maneja en forma confidencial por el personal de salud.
1. Definitivamente si 2. Probablemente si 3. Indeciso
4. Probablemente no 5. Definitivamente no

16 .Durante la estadía de los pacientes en el hospital ¿Se les educa sobre como prevenir o detectar la enfermedad que padece?

1. Siempre 2. Frecuentemente 3. A veces
4. Rara vez 5. Nunca

17. Si Ud. fuera un paciente de este hospital y fuera examinado por algún miembro del personal de salud (incluyendo estudiantes), ¿consideraría que su intimidad es respetada?

1. Siempre 2. Frecuentemente 3. A veces
4. Rara vez 5. Nunca

18. ¿Cree necesario que los pacientes cuenten con ayuda espiritual, o de algún miembro de su comunidad religiosa, durante el tiempo de hospitalización?

1. Definitivamente si 2. Probablemente si 3. Indeciso
4. Probablemente no 5. Definitivamente no

ANEXO D

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Para determinar la confiabilidad de los instrumentos se procedió a utilizar la siguiente prueba estadística, tomando al azar 10 Cédulas de Entrevistas a Pacientes, y 12 Cuestionarios a Profesionales, de las prueba piloto efectuadas.

Prueba Mc Nemar (Profesionales)

Esta prueba contrasta el primer y segundo control de la aplicación de dos pruebas. Resaltando el numero de pruebas que coincidieron positivamente (casillero a) como negativamente (casillero d), así como las que discreparon (casilleros b y c).

		2° Control		
		+	-	Total
1er Control	+	a	b	
	-	c	d	
	Total			

$$X^2 = ((b - c) - 1) / c + b$$

Al aplicarlo en las encuestas realizadas a los profesionales observamos los siguientes resultados

		2° Control		
		+	-	Total
1er Control	+	7	0	7
	-	2	3	5
	Total	9	3	12

$$X^2 = ((0 - 2) - 1) / 2 + 0 = 0.5$$

Este resultado se llevo a la tabla de Chi cuadrado para observar si existía diferencia significativa y considerando 1 grado de libertad y una confiabilidad de 95%, se afirma que no existe diferencia significativa entre las pruebas ($p>0.05$)

**Prueba Mc Nemar
(Pacientes)**

Esta prueba contrasta el primer y segundo control de la aplicación de dos pruebas. Resaltando el numero de pruebas que coincidieron positivamente (casillero a) como negativamente (casillero d), asi como las que discreparon (casilleros b y c).

		2° Control		
		+	-	Total
1er Control	+	a	b	
	-	c	d	
	Total			

$$X^2 = ((b - c) - 1) / c + b$$

Al aplicarlo en las encuestas realizadas a pacientes observamos los siguientes resultados

		2° Control		
		+	-	Total
1er Control	+	4	3	7
	-	2	1	3
	Total	6	4	10

$$X^2 = ((3 - 2) - 1) / 2 + 3 = 0$$

Este resultado se llevo a la tabla de Chi cuadrado para observar si existía diferencia significativa y considerando 1 grado de libertad y una confiabilidad de 95%, se afirma que no existe diferencia significativa entre las pruebas ($p>0.05$)

ANEXO E

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

OPINION DE JUECES

Preguntas sobre derechos	Experto 1	Experto 2
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	1	1
6	1	0
7	0	0
8	1	1
9	1	1
10	0	0
11	1	1
R de Pearson		0.83

Se aplicó la prueba de r de Pearson entre las observaciones de los dos expertos del total de preguntas, hallándose un valor de alta concordancia.

ANEXO F

**Pacientes del Estudio según Grupo Etáreo en los Servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Grupo Etáreo	Pacientes	
	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 20 años	9	4.3%
Adulto joven (20 a 24 años)	38	18.3%
Adulto intermedio (25 a 54 años)	138	66.4%
Adulto pre mayor (mayor de 55 a 64 años)	23	11.1%
Total	208	100.0%

ANEXO G

**Pacientes del Estudio según Sexo en los Servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

SERVICIOS		SEXO		TOTAL
		Masculino	Femenino	
Medicina	Frecuencia	39	28	67
	Porcentaje	58.2%	41.8%	100.0%
Cirugía	Frecuencia	41	28	69
	Porcentaje	59.4%	40.6%	100.0%
Ginecología	Frecuencia		9	9
	Porcentaje		100.0%	100.0%
Obstetricia	Frecuencia		63	63
	Porcentaje		100.0%	100.0%
TOTAL	Frecuencia	80	128	208
	Porcentaje	38.5%	61.5%	100.0%

ANEXO H

**Pacientes del Estudio según Grado de Instrucción en los Servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Pacientes			Servicios				Total	
			Medicina	Cirugía	Ginecología	Obstetricia		
Grado de Instrucción	Analfabeto	Frecuencia	3	3	1		7	
		Porcentaje	4.5%	4.3%	11.1%		3.4%	
	Primaria	Frecuencia	18	21	2	3	44	
		Porcentaje	26.9%	30.4%	22.2%	4.8%	21.2%	
	Secundaria	Frecuencia	33	33	4	46	116	
		Porcentaje	49.3%	47.8%	44.4%	73.0%	55.8%	
	Técnico	Frecuencia	4	4	1	6	15	
		Porcentaje	6.0%	5.8%	11.1%	9.5%	7.2%	
	Superior	Frecuencia	9	8	1	8	26	
		Porcentaje	13.4%	11.6%	11.1%	12.7%	12.5%	
	Total		Frecuencia	67	69	9	63	208
			Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ANEXO I

Pacientes del Estudio según Ocupación de los Servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo Marzo - Abril 2004

Pacientes			Servicios				Total
			Medicina	Cirugía	Ginecología	Obstetricia	
Ocupación	Campesino	Frecuencia	7	6			13
		Porcentaje	10.4%	8.7%			6.3%
	Obrero	Frecuencia	4	2		1	7
		Porcentaje	6.0%	2.9%		1.6%	3.4%
	Empleado	Frecuencia	4	1	1	7	13
		Porcentaje	6.0%	1.4%	11.1%	11.1%	6.3%
	Trabajador Independiente	Frecuencia	18	9	2	6	35
		Porcentaje	26.9%	13.0%	22.2%	9.5%	16.8%
	Informal	Frecuencia	7	11	2	3	23
		Porcentaje	10.4%	15.9%	22.2%	4.8%	11.1%
	Trabajador eventual	Frecuencia	7	14		5	26
		Porcentaje	10.4%	20.3%		7.9%	12.5%
	Su casa	Frecuencia	14	16	3	38	71
		Porcentaje	20.9%	23.2%	33.3%	60.3%	34.1%
	Jubilado	Frecuencia	1				1
		Porcentaje	1.5%				0.5%
	Desempleado	Frecuencia	4	3	1	1	9
		Porcentaje	6.0%	4.3%	11.1%	1.6%	4.3%
	Estudiante	Frecuencia	1	7		2	10
		Porcentaje	1.5%	10.1%		3.2%	4.8%
Total		Frecuencia	67	69	9	63	208
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ANEXO J

**Pacientes del Estudio según Calificación Socio Económica en los
Servicios de Medicina Cirugía, Ginecología y Obstetricia del
Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Pacientes			Servicios				Total
			Medicina	Cirugía	Ginecología	Obstetricia	
Calificación Socio Económica	A	Frecuencia		2			2
		Porcentaje		2.9%			1.0%
	B	Frecuencia		3			3
		Porcentaje		4.3%			1.4%
	C	Frecuencia	26	36	6		68
		Porcentaje	38.8%	52.2%	66.7%		32.7%
	D	Frecuencia	37	24	3		64
		Porcentaje	55.2%	34.8%	33.3%		30.8%
	Z	Frecuencia	4	2		53	59
		Porcentaje	6.0%	2.9%		84.1%	28.4%
	Sin Calificación	Frecuencia				10	10
		Porcentaje				15.9%	4.8%
	SOAT	Frecuencia		2			2
		Porcentaje		2.9%			1.0%
Total		Frecuencia	67	69	9	63	208
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ANEXO K

**Pacientes del Estudio según Intervalos de días de Hospitalización en
los Servicios de Medicina Cirugía, Ginecología y Obstetricia del
Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Pacientes			Servicios				Total	
			Medicina	Cirugía	Ginecología	Obstetricia		
Intervalos de días de Hospitalización	1 - 2	Frecuencia		1		24	25	
		Porcentaje		1.4%		38.1%	12.0%	
	3 - 5	Frecuencia	5	18	2	28	53	
		Porcentaje	7.5%	26.1%	22.2%	44.4%	25.5%	
	6-10	Frecuencia	23	21	4	7	55	
		Porcentaje	34.3%	30.4%	44.4%	11.1%	26.4%	
	11 – 20	Frecuencia	26	17	3	4	50	
		Porcentaje	38.8%	24.6%	33.3%	6.3%	24.0%	
	21 a +	Frecuencia	13	12			25	
		Porcentaje	19.4%	17.4%			12.0%	
	Total		Frecuencia	67	69	9	63	208
			Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ANEXO L

**Pacientes del Estudio según Procedencia en los Servicios de Hospitalización de Medicina Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Pacientes			Procedencia		Total
			Tránsito	Lima	
Servicios	Medicina	Frecuencia	19	48	67
		Porcentaje	28.4%	71.6%	100.0%
	Cirugía	Frecuencia	26	43	69
		Porcentaje	37.7%	62.3%	100.0%
	Ginecología	Frecuencia	1	8	9
		Porcentaje	11.1%	88.9%	100.0%
	Obstetricia	Frecuencia	6	57	63
		Porcentaje	9.5%	90.5%	100%
Total		Frecuencia	52	156	208
		Porcentaje	25.0%	75.0%	100.0%

ANEXO LL

**Profesionales del Estudio según Ocupación en los Servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Ocupación	Profesionales de la Salud	
	Número	Porcentaje
Médico Asistente	108	45.8%
Enfermera	70	29.7%
Médico Residente	53	22.5%
Obstetrix	5	2.1%
Total	236	100.0%

ANEXO M

**Profesionales del Estudio según Servicios de Hospitalización de
Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del
Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Servicios	Profesionales de la Salud	
	Número	Porcentaje
Medicina	95	40.3%
Cirugía	114	48.3%
Ginecología	14	5.9%
Obstetricia	13	5.5%
TOTAL	236	100.0%

ANEXO N

**Profesionales del Estudio según Sexo y Ocupación en los Servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Profesionales de la Salud			Ocupación				Total
			Enfermera	Médico Asist.	Médico Res.	Obstetriz	
Sexo	Femenino	Frecuencia	56	11	16	4	87
		Porcentaje	80.0%	10.2%	30.2	80.0%	36.9%
	Masculino	Frecuencia	14	97	37	1	149
		Porcentaje	20.0%	89.8%	69.8%	20.0%	63.1%
Total		Frecuencia	70	108	53	5	236
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ANEXO Ñ

Profesionales del Estudio según Edad y Ocupación en los Servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo Marzo - Abril 2004

Profesionales de la Salud			Ocupación				Total		
			Enfermera	Médico Asist.	Médico Res.	Obstetriz			
Intervalos de Edad	24 – 30	Frecuencia	34	3	16	1	54		
		Porcentaje	48.6%	2.8%	30.2%	20.0%	22.9%		
	31 – 40	Frecuencia	21	30	33	1	85		
		Porcentaje	30.0%	27.8%	62.3%	20.0%	36.0%		
	41 – 50	Frecuencia	11	48	2	2	63		
		Porcentaje	15.7%	44.4%	3.8%	40.0%	26.7%		
	51 – 60	Frecuencia	4	19	2	1	26		
		Porcentaje	5.7%	17.6%	3.8%	20.0%	11.0%		
	61 – 70	Frecuencia		7			7		
		Porcentaje		6.5%			3.0%		
	71 a +	Frecuencia		1			1		
		Porcentaje		0.9%			0.4%		
	Total			Frecuencia	70	108	53	5	236
				Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ANEXO O

**Profesionales del Estudio según Tiempo de Servicio, en los Servicios
de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia
del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Profesionales de la Salud			Servicios				Total
			Medicina	Cirugía	Ginecología	Obstetricia	
Tiempo de Servicios	< 5 años	Frecuencia	42	40	4	5	91
		Porcentaje	44.2%	35.1%	28.6%	38.5%	38.6%
	5 a 10 años	Frecuencia	22	22	4	1	49
		Porcentaje	23.2%	19.3%	28.6%	7.7%	20.8%
	> 10 años	Frecuencia	31	52	6	7	96
		Porcentaje	32.6%	45.6%	42.9%	53.8%	40.7%
Total		Frecuencia	95	114	14	13	236
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ANEXO P

**Profesionales del Estudio según Condición Laboral en los Servicios
de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia
del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004**

Profesionales de la Salud			Ocupación				Total	
			Enfermera	Médico Asist.	Médico Res.	Obstetriz		
Condición Laboral	Nombrado	Frecuencia	13	87	8	5	113	
		Porcentaje	18.6%	80.6%	15.1%	100.0%	47.9%	
	Contratado	Frecuencia	17	8	41		66	
		Porcentaje	24.3%	7.4%	77.4%		28.0%	
	SNP	Frecuencia	40	13	4		57	
		Porcentaje	57.1%	12.0%	7.5%		24.2%	
Total			Frecuencia	70	108	53	5	236
			Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ANEXO Q

**Profesionales del Estudio según Especialidad en los Servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo – Abril 2004**

Profesionales de la Salud		Profesionales de la salud								Total	
		Enfermera		Médico Asist.		Médico Res.		Obstetrix			
		Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Especialidad	Cirugía Cabeza y Cuello			4	57.1%	3	42.9%			7	100%
	Cirugía Tórax y Cardio Vascular			1	33.3%	2	66.7%			3	100%
	Cirugía General y Oncología			1	100%					1	100%
	Cirugía General			18	78.3%	5	21.7%			23	100%
	Cirugía Oncológica			1	100%					1	100%
	Cirugía Plástica			1	50%	1	50%			2	100%
	Dermatología					1	100%			1	100%
	Endocrinología			1	100%					1	100%
	Gineco-Obstetricia			14	66.7%	7	33.3%			21	100%
	Infectología			4	50%	4	50%			8	100%
	Medicina Interna			25	75.8%	8	24.2%			33	100%
	Neurocirugía			7	70%	3	30%			10	100%
	Otorrino Laringología			6	60%	4	40%			10	100%
	Reumatología					2	100%			2	100%
	Traumatología			13	72.2%	5	27.8%			18	100%
Urología			6	66.7%	3	33.3%			9	100%	
Neumología			6	54.5%	5	45.5%			11	100%	
Sin Especialidad	70	93.3%					5	6.7%	75	100%	
Total Grupal	70	29.7%	108	45.8%	53	22.5%	5	2.1%	236	100%	

ANEXO R

Percepción sobre el Derecho a la calidad de la atención según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los Servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo Marzo - Abril 2004

Pacientes	buena	regular	mala	Total
Sexo	28.4	67.8	3.8	100.0
Masculino	30.0	65.0	5.0	100.0
Femenino	27.3	69.5	3.1	100.0
Grado de Instrucción	28.4	67.8	3.8	100.0
Analfabeto	14.3	71.4	14.3	100.0
Primaria	15.9	77.3	6.8	100.0
Secundaria	31.9	64.7	3.4	100.0
Técnico	13.3	86.7		100.0
Superior	46.2	53.8		100.0
Calificación Económica	28.4	67.8	3.8	100.0
A	50.0	50.0		100.0
B	33.3	66.7		100.0
C	30.9	67.6	1.5	100.0
D	25.0	68.8	6.3	100.0
Z	30.5	64.4	5.1	100.0
Sin Clasificación	20.0	80.0		100.0
SOAT		100.0		100.0
Ocupación	28.4	67.8	3.8	100.0
Campesino	15.4	76.9	7.7	100.0
Obrero	42.9	42.9	14.3	100.0
Empleado	7.7	92.3		100.0
Trabajador Independiente	40.0	57.1	2.9	100.0
Informal	21.7	73.9	4.3	100.0
Trabajador eventual	19.2	80.8		100.0
Su Casa	28.2	66.2	5.6	100.0
Jubilado	100.0			100.0
Desempleado	33.3	66.7		100.0
Estudiante	50.0	50.0		100.0
Servicio	28.4	67.8	3.8	100.0
Medicina	28.4	64.2	7.5	100.0
Cirugía	27.5	71.0	1.4	100.0
Ginecología	22.2	77.8		100.0
Obstetricia	30.2	66.7	3.2	100.0
Tiempo de Hospitalización en días	28.4	67.8	3.8	100.0
1 - 2	32.0	64.0	4.0	100
3 - 5	34.0	64.2	1.9	100
6 - 10	32.7	65.5	1.8	100
11 - 20	16.0	76.0	8.0	100
21 a +	28.0	68.0	4.0	100

Profesionales	buena	regular	mala	Total
Sexo	64.1	29.9	6.0	100.0
Femenino	68.6	29.1	2.3	100.0
Masculino	61.5	30.4	8.1	100.0
Servicio	64.1	29.9	6.0	100.0
Medicina	55.8	40.0	4.2	100.0
Cirugía	65.2	26.8	8.0	100.0
Ginecología	85.7	7.1	7.1	100.0
Obstetricia	92.3	7.7		100.0
Tiempo de Servicio	64.1	29.9	6.0	100.0
< 5 años	61.5	33.0	5.5	100.0
5 - 10 años	69.4	26.5	4.1	100.0
> 10 años	63.8	28.7	7.4	100.0
Condición laboral	64.1	29.9	6.0	100.0
Nombrado	68.5	26.1	5.4	100.0
Contratado	62.1	33.3	4.5	100.0
SNP	57.9	33.3	8.8	100.0
Ocupación	64.1	29.9	6.0	100.0
Enfermera	66.7	29.0	4.3	100.0
Medico asist.	64.5	29.9	5.6	100.0
Medico res.	56.6	34.0	9.4	100.0
Obstetriz	100.0			100.0

* Tomado de las preguntas 7(C. Entrevista Pacientes) y 9(Cuestionario Profesionales)

ANEXO S

Percepción sobre el Derecho a la libre elección según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los Servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo Marzo - Abril 2004

Pacientes	si	no	no sabe	Total
Sexo	5.3	93.8	1.0	100.0
Masculino	5.0	93.8	1.3	100.0
Femenino	5.5	93.8	0.8	100.0
Grado de Instrucción	5.3	93.8	1.0	100.0
Analfabeto		100.0		100.0
Primaria	11.4	88.6		100.0
Secundaria	4.3	94.0	1.7	100.0
Técnico		100.0		100.0
Superior	3.8	96.2		100.0
Calificación Económica	5.3	93.8	1.0	100.0
A		100.0		100.0
B	33.3	66.7		100.0
C	8.8	91.2		100.0
D	4.7	92.2	3.1	100.0
Z	1.7	98.3		100.0
Sin Clasificación		100.0		100.0
SOAT		100.0		100.0
Ocupación	5.3	93.8	1.0	100.0
Campesino		100.0		100.0
Obrero	14.3	85.7		100.0
Empleado		100.0		100.0
Trabajador Independiente	5.7	94.3		100.0
Informal		95.7	4.3	100.0
Trabajador eventual	3.8	96.2		100.0
Su Casa	7.0	91.5	1.4	100.0
Jubilado		100.0		100.0
Desempleado	11.1	88.9		100.0
Estudiante	10.0	90.0		100.0
Servicio	5.3	93.8	1.0	100.0
Medicina	1.5	98.5		100.0
Cirugía	13.0	85.5	1.4	100.0
Ginecología	11.1	77.8	11.1	100.0
Obstetricia		100.0		100.0
Tiempo de Hospitalización en días	5.3	93.8	1.0	100.0
1 - 2		100.0		100.0
3 - 5	7.5	92.5		100.0
6 - 10	3.6	94.5	1.8	100.0
11 - 20	6.0	92.0	2.0	100.0
21 a +	8.0	92.0		100.0

Profesionales	si	no	no sabe	Total
Sexo	85.0	10.7	4.3	100.0
Femenino	77.9	14.0	8.1	100.0
Masculino	89.2	8.8	2.0	100.0
Servicio	85.0	10.7	4.3	100.0
Medicina	88.4	7.4	4.2	100.0
Cirugía	83.0	12.5	4.5	100.0
Ginecología	78.6	21.4		100.0
Obstetricia	84.6	7.7	7.7	100.0
Tiempo de Servicio	85.0	10.7	4.3	100.0
< 5 años	84.6	9.9	5.5	100.0
5 - 10 años	81.6	12.2	6.1	100.0
> 10 años	87.2	10.6	2.1	100.0
Condición laboral	85.0	10.7	4.3	100.0
Nombrado	88.3	9.0	2.7	100.0
Contratado	86.4	9.1	4.5	100.0
SNP	77.2	15.8	7.0	100.0
Ocupación	85.0	10.7	4.3	100.0
Enfermera	78.3	14.5	7.2	100.0
Medico asist.	89.7	9.3	0.9	100.0
Medico res.	86.8	7.5	5.7	100.0
Obstetriz	60.0	20.0	20.0	100.0

* Tomado de las preguntas 8(C. Entrevista Pacientes) y 10(Cuestionario Profesionales)

ANEXO T
Percepción sobre el Derecho a autorizar la ejecución de los Procedimientos y Tratamientos según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los Servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004

Pacientes	si	no	a veces	Total
Sexo	91.8	1.0	7.2	100.0
Masculino	92.5		7.5	100.0
Femenino	91.4	1.6	7.0	100.0
Grado de Instrucción	91.8	1.0	7.2	100.0
Analfabeto	71.4	14.3	14.3	100.0
Primaria	90.9		9.1	100.0
Secundaria	94.0	0.9	5.2	100.0
Técnico	93.3		6.7	100.0
Superior	88.5		11.5	100.0
Calificación Económica	91.8	1.0	7.2	100.0
A	100.0			100.0
B	100.0			100.0
C	95.6		4.4	100.0
D	84.4	3.1	12.5	100.0
Z	93.2		6.8	100.0
Sin Clasificación	100.0			100.0
SOAT	100.0			100.0
Ocupación	91.8	1.0	7.2	100.0
Campesino	92.3		7.7	100.0
Obrero	100.0			100.0
Empleado	92.3		7.7	100.0
Trabajador Independiente	91.4		8.6	100.0
Informal	91.3		8.7	100.0
Trabajador eventual	96.2		3.8	100.0
Su Casa	90.1	2.8	7.0	100.0
Jubilado	100.0			100.0
Desempleado	77.8		22.2	100.0
Estudiante	100.0			100.0
Servicio	91.8	1.0	7.2	100.0
Medicina	85.1	3.0	11.9	100.0
Cirugía	95.7		4.3	100.0
Ginecología	88.9		11.1	100.0
Obstetricia	95.2		4.8	100.0
Tiempo de Hospitalización en días	91.8	1.0	7.2	100.0
1 - 2	96.0		4.0	100.0
3 - 5	98.1		1.9	100.0
6 - 10	87.3	1.8	10.9	100.0
11 - 20	90.0	2.0	8.0	100.0
21 a +	88.0		12.0	100.0

Profesionales	si	no	a veces	Total
Sexo	93.6	0.4	6.0	100
Femenino	91.9		8.1	100.0
Masculino	94.6	0.7	4.7	100.0
Servicio	93.6	0.4	6.0	100
Medicina	88.4	1.1	10.5	100.0
Cirugía	97.3		2.7	100.0
Ginecología	100.0			100.0
Obstetricia	92.3		7.7	100.0
Tiempo de Servicio	93.6	0.4	6.0	100
< 5 años	92.3	0.0	7.7	100.0
5 - 10 años	93.9	0.0	6.1	100.0
> 10 años	94.7	1.1	4.3	100.0
Condición laboral	93.6	0.4	6.0	100
Nombrado	94.6	0.9	4.5	100.0
Contratado	93.9		6.1	100.0
SNP	91.2		8.8	100.0
Ocupación	93.6	0.4	6.0	100
Enfermera	88.4		11.6	100.0
Medico asist.	95.3	0.9	3.7	100.0
Medico res.	98.1		1.9	100.0
Obstetrix	80.0		20.0	100.0

* Tomado de las preguntas 10(C. Entrevista Pacientes) y 12(Cuestionario Profesionales)

ANEXO U

Percepción sobre el Derecho a negarse a Procedimientos o Tratamientos contra la voluntad según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los Servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo Marzo - Abril 2004

Pacientes	si	no	a veces	Total
Sexo	2.9	93.8	3.4	100.0
Masculino	1.3	95.0	3.8	100.0
Femenino	3.9	93.0	3.1	100.0
Grado de Instrucción	2.9	93.8	3.4	100.0
Analfabeto		100.0		100.0
Primaria		100.0		100.0
Secundaria	2.6	93.1	4.3	100.0
Técnico	6.7	93.3		100.0
Superior	7.7	84.6	7.7	100.0
Calificación Económica	2.9	93.8	3.4	100.0
A		100.0		100.0
B		100.0		100.0
C	1.5	95.6	2.9	100.0
D	3.1	93.8	3.1	100.0
Z	5.1	89.8	5.1	100.0
Sin Clasificación		100.0		100.0
SOAT		100.0		100.0
Ocupación	2.9	93.8	3.4	100.0
Campesino		100.0		100.0
Obrero		85.7	14.3	100.0
Empleado		84.6	15.4	100.0
Trabajador Independiente	2.9	94.3	2.9	100.0
Informal		95.7	4.3	100.0
Trabajador eventual		96.2	3.8	100.0
Su Casa	4.2	94.4	1.4	100.0
Jubilado		100.0		100.0
Desempleado	22.2	77.8		100.0
Estudiante		100.0		100.0
Servicio	2.9	93.8	3.4	100.0
Medicina	1.5	92.5	6.0	100.0
Cirugía		100.0		100.0
Ginecología	22.2	77.8		100.0
Obstetricia	4.8	90.5	4.8	100.0
Tiempo de Hospitalización en días	2.9	93.8	3.4	100.0
1 - 2	8.0	84.0	8.0	100.0
3 - 5	1.9	98.1		100.0
6 - 10	1.8	92.7	5.5	100.0
11 - 20	2.0	94.0	4.0	100.0
21 a +	4.0	96.0		100.0

Profesionales	si	no	a veces	Total
Sexo	14.5	80.3	5.1	100
Femenino	24.4	68.6	7.0	100.0
Masculino	8.8	87.2	4.1	100.0
Servicio	14.5	80.3	5.1	100.0
Medicina	14.9	75.5	9.6	100.0
Cirugía	15.0	83.2	1.8	100.0
Ginecología	14.3	85.7		100.0
Obstetricia	7.7	84.6	7.7	100.0
Tiempo de Servicio	14.5	80.3	5.1	100.0
< 5 años	12.1	78.0	9.9	100.0
5 - 10 años	22.4	71.4	6.1	100.0
> 10 años	12.8	87.2	0.0	100.0
Condición laboral	14.5	80.3	5.1	100.0
Nombrado	15.2	83.0	1.8	100.0
Contratado	15.4	80.0	4.6	100.0
SNP	12.3	75.4	12.3	100.0
Ocupación	14.5	80.3	5.1	100.0
Enfermera	20.0	67.1	12.9	100.0
Medico asist.	9.3	90.7		100.0
Medico res.	19.2	76.9	3.8	100.0
Obstetrix		80.0	20.0	100.0

* Tomado de las preguntas 11(C. Entrevista Pacientes) y 13(Cuestionario Profesionales)

ANEXO V

Percepción sobre el Derecho a la Información de los Procedimientos y Tratamientos según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los Servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo Marzo - Abril 2004

Pacientes	si	no	a veces	Total
Sexo	30.8	21.2	48.1	100.0
Masculino	30.0	13.8	56.3	100.0
Femenino	31.3	25.8	43.0	100.0
Grado de Instrucción	30.8	21.2	48.1	100.0
Analfabeto		28.6	71.4	100.0
Primaria	22.7	22.7	54.5	100.0
Secundaria	37.9	21.6	40.5	100.0
Técnico	13.3	33.3	53.3	100.0
Superior	30.8	7.7	61.5	100.0
Calificación Económica	30.8	21.2	48.1	100.0
A		50.0	50.0	100.0
B			100.0	100.0
C	29.4	16.2	54.4	100.0
D	25.0	15.6	59.4	100.0
Z	40.7	30.5	28.8	100.0
Sin Clasificación	30.0	30.0	40.0	100.0
SOAT	50.0	50.0		100.0
Ocupación	30.8	21.2	48.1	100.0
Campeño	23.1	15.4	61.5	100.0
Obrero	42.9		57.1	100.0
Empleado	23.1	53.8	23.1	100.0
Trabajador Independiente	31.4	20.0	48.6	100.0
Informal	34.8	21.7	43.5	100.0
Trabajador eventual	26.9	15.4	57.7	100.0
Su Casa	29.6	25.4	45.1	100.0
Jubilado			100.0	100.0
Desempleado	33.3		66.7	100.0
Estudiante	50.0	10.0	40.0	100.0
Servicio	30.8	21.2	48.1	100.0
Medicina	28.4	16.4	55.2	100.0
Cirugía	26.1	15.9	58.0	100.0
Ginecología	22.2	22.2	55.6	100.0
Obstetricia	39.7	31.7	28.6	100.0
Tiempo de Hospitalización en días	30.8	21.2	48.1	100.0
1 - 2	32.0	44.0	24.0	100.0
3 - 5	35.8	22.6	41.5	100.0
6 - 10	20.0	21.8	58.2	100.0
11 - 20	30.0	14.0	56.0	100.0
21 a +	44.0	8.0	48.0	100.0

Profesionales	si	a veces	Total
Sexo	96.6	3.4	100.0
Femenino	93.0	7.0	100.0
Masculino	98.6	1.4	100.0
Servicio	96.6	3.4	100.0
Medicina	94.7	5.3	100.0
Cirugía	97.3	2.7	100.0
Ginecología	100.0		100.0
Obstetricia	100.0		100.0
Tiempo de Servicio	96.6	3.4	100.0
< 5 años	94.5	5.5	100.0
5 - 10 años	100.0	0.0	100.0
> 10 años	96.8	3.2	100.0
Condición laboral	96.6	3.4	100.0
Nombrado	97.3	2.7	100.0
Contratado	100.0		100.0
SNP	91.2	8.8	100.0
Ocupación	96.6	3.4	100.0
Enfermera	91.3	8.7	100.0
Medico asist.	98.1	1.9	100.0
Medico res.	100.0		100.0
Obstetrix	100.0		100.0

* Tomado de las preguntas 9(C. Entrevista Pacientes) y 11(Cuestionario Profesionales)

ANEXO W

Percepción sobre el Derecho a la Información de la Enfermedad según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los Servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo Marzo - Abril 2004

Pacientes	si	no	a veces	Total
Sexo	38.9	14.4	46.6	100.0
Masculino	33.8	12.5	53.8	100.0
Femenino	42.2	15.6	42.2	100.0
Grado de Instrucción	38.9	14.4	46.6	100.0
Analfabeto		42.9	57.1	100.0
Primaria	20.5	25.0	54.5	100.0
Secundaria	43.1	9.5	47.4	100.0
Técnico	40.0	13.3	46.7	100.0
Superior	61.5	11.5	26.9	100.0
Calificación Económica	38.9	14.4	46.6	100.0
A		50.0	50.0	100.0
B	66.7		33.3	100.0
C	42.6	17.6	39.7	100.0
D	20.3	14.1	65.6	100.0
Z	54.2	10.2	35.6	100.0
Sin Clasificación	40.0	20.0	40.0	100.0
SOAT	50.0		50.0	100.0
Ocupación	38.9	14.4	46.6	100.0
Campesino	15.4	15.4	69.2	100.0
Obrero	42.9	14.3	42.9	100.0
Empleado	46.2	7.7	46.2	100.0
Trabajador Independiente	31.4	17.1	51.4	100.0
Informal	39.1	13.0	47.8	100.0
Trabajador eventual	34.6	19.2	46.2	100.0
Su Casa	43.7	16.9	39.4	100.0
Jubilado	100.0			100.0
Desempleado	33.3		66.7	100.0
Estudiante	60.0		40.0	100.0
Servicio	38.9	14.4	46.6	100.0
Medicina	28.4	10.4	61.2	100.0
Cirugía	34.8	20.3	44.9	100.0
Ginecología	33.3	22.2	44.4	100.0
Obstetricia	55.6	11.1	33.3	100.0
Tiempo de Hospitalización en días	38.9	14.4	46.6	100.0
1 - 2	60.0	16.0	24.0	100.0
3 - 5	37.7	18.9	43.4	100.0
6 - 10	41.8	7.3	50.9	100.0
11 - 20	30.0	18.0	52.0	100.0
21 a +	32.0	12.0	56.0	100.0

Profesionales	si	no	a veces	Total
Sexo	89.8	3.0	7.2	100.0
Femenino	80.5	6.9	12.6	100.0
Masculino	95.3	0.7	4.0	100.0
Servicio	89.8	3.0	7.2	100.0
Medicina	85.3	5.3	9.5	100.0
Cirugía	91.2	1.8	7.0	100.0
Ginecología	100.0			100.0
Obstetricia	100.0			100.0
Tiempo de Servicio	89.8	3.0	7.2	100.0
< 5 años	82.4	5.5	12.1	100.0
5 - 10 años	91.8	2.0	6.1	100.0
> 10 años	95.8	1.0	3.1	100.0
Condición laboral	89.8	3.0	7.2	100.0
Nombrado	97.3		2.7	100.0
Contratado	86.4	7.6	6.1	100.0
SNP	78.9	3.5	17.5	100.0
Ocupación	89.8	3.0	7.2	100.0
Enfermera	70.0	8.6	21.4	100.0
Médico asist.	99.1		0.9	100.0
Médico res.	96.2	1.9	1.9	100.0
Obstetriz	100.0			100.0

* Tomado de las preguntas 13(C. Entrevista Pacientes) y 14(Cuestionario Profesionales)

ANEXO X
Percepción sobre el Derecho a la Confidencialidad según los Pacientes
y Profesionales de la Salud de los Servicios de hospitalización de Medicina,
Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo
Marzo - Abril 2004

Pacientes	si	no	no sabe	Total
Sexo	39.4	17.3	43.3	100.0
Masculino	42.5	18.8	38.8	100.0
Femenino	37.5	16.4	46.1	100.0
Grado de Instrucción	39.4	17.3	43.3	100.0
Analfabeto	14.3	42.9	42.9	100.0
Primaria	22.7	9.1	68.2	100.0
Secundaria	39.7	17.2	43.1	100.0
Técnico	46.7	26.7	26.7	100.0
Superior	69.2	19.2	11.5	100.0
Calificación Económica	39.4	17.3	43.3	100.0
A	50.0	50.0		100.0
B	33.3	66.7		100.0
C	50.0	16.2	33.8	100.0
D	35.9	12.5	51.6	100.0
Z	33.9	20.3	45.8	100.0
Sin Clasificación	30.0	10.0	60.0	100.0
SOAT		50.0	50.0	100.0
Ocupación	39.4	17.3	43.3	100.0
Campesino	15.4	15.4	69.2	100.0
Obrero	57.1	14.3	28.6	100.0
Empleado	46.2	15.4	38.5	100.0
Trabajador Independiente	62.9	8.6	28.6	100.0
Informal	21.7	43.5	34.8	100.0
Trabajador eventual	38.5	7.7	53.8	100.0
Su Casa	31.0	18.3	50.7	100.0
Jubilado		100.0		100.0
Desempleado	55.6	11.1	33.3	100.0
Estudiante	60.0	10.0	30.0	100.0
Servicio	39.4	17.3	43.3	100.0
Medicina	55.2	9.0	35.8	100.0
Cirugía	30.4	21.7	47.8	100.0
Ginecología	44.4	33.3	22.2	100.0
Obstetricia	31.7	19.0	49.2	100.0
Tiempo de Hospitalización en días	39.4	17.3	43.3	100.0
1 - 2	36.0	16.0	48.0	100.0
3 - 5	32.1	17.0	50.9	100.0
6 - 10	47.3	20.0	32.7	100.0
11 - 20	46.0	12.0	42.0	100.0
21 a +	28.0	24.0	48.0	100.0

Profesionales	si	no	no sabe	Total
Sexo	60.4	31.5	8.1	100.0
Femenino	76.7	17.4	5.8	100.0
Masculino	51.0	39.6	9.4	100.0
Servicio	60.4	31.5	8.1	100.0
Medicina	60.0	33.7	6.3	100.0
Cirugía	63.2	27.2	9.6	100.0
Ginecología	42.9	42.9	14.3	100.0
Obstetricia	58.3	41.7		100.0
Tiempo de Servicio	60.4	31.5	8.1	100.0
< 5 años	68.1	24.2	7.7	100.0
5 - 10 años	65.3	24.5	10.2	100.0
> 10 años	50.5	42.1	7.4	100.0
Condición laboral	60.4	31.5	8.1	100.0
Nombrado	53.6	40.2	6.3	100.0
Contratado	57.6	30.3	12.1	100.0
SNP	77.2	15.8	7.0	100.0
Ocupación	60.4	31.5	8.1	100.0
Enfermera	82.9	11.4	5.7	100.0
Médico asist.	50.9	42.6	6.5	100.0
Medico res.	52.8	32.1	15.1	100.0
Obstetiz	25.0	75.0		100.0

* Tomado de las preguntas 14(C. Entrevista Pacientes) y 15(Cuestionario Profesionales)

ANEXO Y

Percepción sobre el Derecho a la Educación de la Salud según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los Servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo Marzo - Abril 2004

Pacientes	si	no	a veces	Total
Sexo	35.1	37.0	27.9	100.0
Masculino	26.3	33.8	40.0	100.0
Femenino	40.6	39.1	20.3	100.0
Grado de Instrucción	35.1	37.0	27.9	100.0
Analfabeto		57.1	42.9	100.0
Primaria	22.7	45.5	31.8	100.0
Secundaria	44.8	29.3	25.9	100.0
Técnico	26.7	46.7	26.7	100.0
Superior	26.9	46.2	26.9	100.0
Calificación Económica	35.1	37.0	27.9	100.0
A		100.0		100.0
B		66.7	33.3	100.0
C	22.1	50.0	27.9	100.0
D	26.6	29.7	43.8	100.0
Z	57.6	28.8	13.6	100.0
Sin Clasificación	70.0	20.0	10.0	100.0
SOAT		50.0	50.0	100.0
Ocupación	35.1	37.0	27.9	100.0
Campesino	23.1	23.1	53.8	100.0
Obrero	57.1	14.3	28.6	100.0
Empleado	38.5	46.2	15.4	100.0
Trabajador Independiente	28.6	42.9	28.6	100.0
Informal	17.4	47.8	34.8	100.0
Trabajador eventual	42.3	26.9	30.8	100.0
Su Casa	39.4	39.4	21.1	100.0
Jubilado		100.0		100.0
Desempleado	44.4	22.2	33.3	100.0
Estudiante	40.0	30.0	30.0	100.0
Servicio	35.1	37.0	27.9	100.0
Medicina	26.9	29.9	43.3	100.0
Cirugía	23.2	46.4	30.4	100.0
Ginecología		88.9	11.1	100.0
Obstetricia	61.9	27.0	11.1	100.0
Tiempo de Hospitalización en días	35.1	37.0	27.9	100.0
1 - 2	60.0	32.0	8.0	100.0
3 - 5	43.4	37.7	18.9	100.0
6 - 10	30.9	36.4	32.7	100.0
11 - 20	26.0	38.0	36.0	100.0
21 a +	20.0	40.0	40.0	100.0

Profesionales	si	no	a veces	Total
Sexo	46.8	16.2	37.0	100.0
Femenino	57.5	10.3	32.2	100.0
Masculino	40.5	19.6	39.9	100.0
Servicio	46.8	16.2	37.0	100.0
Medicina	46.8	16.0	37.2	100.0
Cirugía	44.7	19.3	36.0	100.0
Ginecología	50.0	7.1	42.9	100.0
Obstetricia	61.5		38.5	100.0
Tiempo de Servicio	46.8	16.2	37.0	100.0
< 5 años	47.3	11.0	41.8	100.0
5 - 10 años	59.2	10.2	30.6	100.0
> 10 años	40.0	24.2	35.8	100.0
Condición laboral	46.8	16.2	37.0	100.0
Nombrado	42.0	24.1	33.9	100.0
Contratado	51.5	13.6	34.8	100.0
SNP	50.9	3.5	45.6	100.0
Ocupación	46.8	16.2	37.0	100.0
Enfermera	51.4	5.7	42.9	100.0
Medico asist.	42.1	21.5	36.4	100.0
Medico res.	47.2	20.8	32.1	100.0
Obstetrix	80.0		20.0	100.0

* Tomado de las preguntas 15(C. Entrevista Pacientes) y 16(Cuestionario Profesionales)

ANEXO Z

Percepción sobre el Derecho a la Dignidad e Intimidad según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los Servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo Marzo - Abril 2004

Pacientes	si	no	a veces	Total
Sexo	70.7	2.9	26.4	100.0
Masculino	78.8	5.0	16.3	100.0
Femenino	65.6	1.6	32.8	100.0
Grado de Instrucción	70.7	2.9	26.4	100.0
Analfabeto	71.4	28.6		100.0
Primaria	75.0		25.0	100.0
Secundaria	69.8	3.4	26.7	100.0
Técnico	66.7		33.3	100.0
Superior	69.2		30.8	100.0
Calificación Económica	70.7	2.9	26.4	100.0
A	50.0		50.0	100.0
B	100.0			100.0
C	75.0	1.5	23.5	100.0
D	71.9	6.3	21.9	100.0
Z	66.1	1.7	32.2	100.0
Sin Clasificación	60.0		40.0	100.0
SOAT	50.0		50.0	100.0
Ocupación	70.7	2.9	26.4	100.0
Campeño	69.2	7.7	23.1	100.0
Obrero	57.1		42.9	100.0
Empleado	53.8		46.2	100.0
Trabajador Independiente	80.0		20.0	100.0
Informal	73.9	8.7	17.4	100.0
Trabajador eventual	73.1	3.8	23.1	100.0
Su Casa	67.6	1.4	31.0	100.0
Jubilado	100.0			100.0
Desempleado	66.7		33.3	100.0
Estudiante	80.0	10.0	10.0	100.0
Servicio	70.7	2.9	26.4	100.0
Medicina	74.6	4.5	20.9	100.0
Cirugía	71.0	2.9	26.1	100.0
Ginecología	66.7		33.3	100.0
Obstetricia	66.7	1.6	31.7	100.0
Tiempo de Hospitalización en días	70.7	2.9	26.4	100.0
1 - 2	68.0		32.0	100.0
3 - 5	77.4	3.8	18.9	100.0
6 - 10	69.1	1.8	29.1	100.0
11 - 20	64.0	4.0	32.0	100.0
21 a +	76.0	4.0	20.0	100.0

Profesionales	si	no	a veces	Total
Sexo	43.2	25.6	31.2	100.0
Femenino	47.1	24.1	28.7	100.0
Masculino	40.8	26.5	32.7	100.0
Servicio	43.2	25.6	31.2	100.0
Medicina	41.5	26.6	31.9	100.0
Cirugía	43.4	26.5	30.1	100.0
Ginecología	28.6	7.1	64.3	100.0
Obstetricia	69.2	30.8		100.0
Tiempo de Servicio	43.2	25.6	31.2	100.0
< 5 años	36.3	31.9	31.9	100.0
5 – 10 años	42.9	14.3	42.9	100.0
> 10 años	50.0	25.6	24.5	100.0
Condición laboral	43.2	25.6	31.2	100.0
Nombrado	47.7	26.1	26.1	100.0
Contratado	33.3	24.2	42.4	100.0
SNP	45.6	26.3	28.1	100.0
Ocupación	43.2	25.6	31.2	100.0
Enfermera	45.7	30.0	24.3	100.0
Medico asist.	48.1	19.8	32.1	100.0
Medico res.	32.1	26.4	41.5	100.0
Obstetriz	20.0	80.0		100.0

* Tomado de las preguntas 12(C. Entrevista Pacientes) y 17(Cuestionario Profesionales)

ANEXO AA

Percepción sobre el Derecho a la Asistencia Religiosa según los Pacientes y Profesionales de la Salud de los Servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo Marzo – Abril 2004

Pacientes	si	no	a veces	Total
Sexo	39.9	52.9	7.2	100.0
Masculino	47.5	36.3	16.3	100.0
Femenino	35.2	63.3	1.6	100.0
Grado de Instrucción	39.9	52.9	7.2	100.0
Analfabeto	14.3	57.1	28.6	100.0
Primaria	47.7	45.5	6.8	100.0
Secundaria	37.9	56.0	6.0	100.0
Técnico	33.3	53.3	13.3	100.0
Superior	46.2	50.0	3.8	100.0
Calificación Económica	39.9	52.9	7.2	100.0
A		50.0	50.0	100.0
B	66.7	33.3		100.0
C	50.0	41.2	8.8	100.0
D	53.1	37.5	9.4	100.0
Z	18.6	78.0	3.4	100.0
Sin Clasificación	10.0	90.0		100.0
SOAT	50.0	50.0		100.0
Ocupación	39.9	52.9	7.2	100.0
Campeño	30.8	46.2	23.1	100.0
Obrero	71.4	14.3	14.3	100.0
Empleado	30.8	69.2		100.0
Trabajador Independiente	54.3	34.3	11.4	100.0
Informal	43.5	52.2	4.3	100.0
Trabajador eventual	30.8	61.5	7.7	100.0
Su Casa	29.6	67.6	2.8	100.0
Jubilado		100.0		100.0
Desempleado	77.8	11.1	11.1	100.0
Estudiante	50.0	40.0	10.0	100.0
Servicio	39.9	52.9	7.2	100.0
Medicina	56.7	29.9	13.4	100.0
Cirugía	44.9	47.8	7.2	100.0
Ginecología	55.6	44.4		100.0
Obstetricia	14.3	84.1	1.6	100.0
Tiempo de Hospitalización en días	39.9	52.9	7.2	100.0
1 - 2	8.0	92.0		100.0
3 - 5	20.8	75.5	3.8	100.0
6 - 10	43.6	47.3	9.1	100.0
11 - 20	60.0	30.0	10.0	100.0
21 a +	64.0	24.0	12.0	100.0

Profesionales	si	no	a veces	Total
Sexo	84.7	10.2	5.1	100.0
Femenino	85.1	8.0	6.9	100.0
Masculino	84.5	11.5	4.1	100.0
Servicio	84.7	10.2	5.1	100.0
Medicina	87.2	10.6	2.1	100.0
Cirugía	83.3	9.6	7.0	100.0
Ginecología	78.6	7.1	14.3	100.0
Obstetricia	84.6	15.4		100.0
Tiempo de Servicio	84.7	10.2	5.1	100.0
< 5 años	81.3	13.2	5.5	100.0
5 - 10 años	83.7	6.1	10.2	100.0
> 10 años	88.4	9.5	2.1	100.0
Condición laboral	84.7	10.2	5.1	100.0
Nombrado	86.6	8.0	5.4	100.0
Contratado	75.8	16.7	7.6	100.0
SNP	91.2	7.0	1.8	100.0
Ocupación	84.7	10.2	5.1	100.0
Enfermera	90.0	7.1	2.9	100.0
Medico asist.	86.0	11.2	2.8	100.0
Medico res.	73.6	13.2	13.2	100.0
Obstetiz	100.0			100.0

* Tomado de las preguntas 16(C. Entrevista Pacientes) y 18(Cuestionario Profesionales)