

Universidad de Lima
Facultad de Comunicación
Carrera de Comunicación



**"EL ROL DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN LA
CONSTRUCCIÓN DE UNA CULTURA DE CUIDADO AL
PACIENTE EN DOS HOSPITALES DEL MINSA:
HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ Y HOSPITAL REGIONAL
DEL CUSCO"**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Comunicación

Edson Valdivia Ochoa
Código 20133242

Asesor
Peter Busse Cárdenas

Lima – Perú
2020



**"EL ROL DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN LA
CONSTRUCCIÓN DE UNA CULTURA DE CUIDADO AL
PACIENTE EN DOS HOSPITALES DEL MINSA:
HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ Y HOSPITAL
REGIONAL DEL CUSCO"**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Cultura corporativa y comunicación interna	7
2.2 Comunicación y cultura en el sector salud	9
2.3 Modelo biomédico vs. Cultura de cuidado al paciente	10
2.4 Profesionales de la salud y el cuidado a los pacientes	12
CAPÍTULO III: OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	14
CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO	15
4.1 Población y muestra	18
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	20
5.1 Hospital San Bartolomé.....	20
5.1.1 Capacidades de comunicación interna	20
5.1.2 Rol de la comunicación en la construcción de una cultura de cuidado.....	23
5.1.3 Percepciones del equipo de gestión.....	24
5.1.4 Percepciones del personal de salud	27
5.2 Hospital Regional del Cusco.....	29
5.2.1 Capacidades de comunicación interna	29
5.2.2 Rol de la comunicación en la construcción de una cultura de cuidado.....	30
5.2.3 Percepciones del equipo de gestión.....	31
5.2.4 Percepciones del personal de salud	33

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	36
6.1 Limitaciones	41
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS.....	46



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos	50
-----------------------------	----



INTRODUCCIÓN

La confianza en las instituciones públicas en nuestro país es una de las más bajas de Sudamérica (Instituto de Estudios Peruanos, 2016). El sector salud no está exento de esa baja confianza y mala percepción, pues solo un 8% de los peruanos considera que los servicios de salud en nuestro país son buenos (idem). Esto ha llevado a que se produzca una desconexión entre estas instituciones y los ciudadanos a los que sirven (Agencia Andina de Noticias, 2018). Entonces la obligación de desarrollar una cultura orientada al paciente en los hospitales públicos es fundamental, pues estos trabajan para mejorar la salud de las personas. Eso nos lleva a plantearnos si la comunicación interna contribuye a crear una cultura de cuidado al paciente en los hospitales dirigidos por el Ministerio de Salud, y en específico en el Hospital San Bartolomé, en Lima, y en el Hospital Regional del Cusco.

En el año 2006, la Resolución Ministerial 519-2006/MINSA (Ministerio de Salud, 2006) implementó el sistema de gestión de la calidad en salud. La implementación de este sistema consta de tres dimensiones: técnico-científica, humana y del entorno. La dimensión humana se refiere al aspecto interpersonal de la atención médica, al contacto humano entre el personal de salud y los usuarios. Es a partir de ésta que se incorpora el principio del *Enfoque al usuario* como fundamento del sistema de gestión de la calidad en salud. Este principio plantea que “las organizaciones dependen de sus usuarios; por lo tanto, deben entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas específicas y esforzarse en exceder sus expectativas” (Ministerio de Salud, 2006). Esto supone la implementación de políticas en relación a los usuarios y a los trabajadores de la salud. Las políticas en relación a estos últimos incluyen el fomento de una conciencia ética y de calidad y el desarrollo del potencial humano, mientras que las políticas relacionadas a los usuarios incluyen el fomento de la provisión de servicios de salud que eleven la calidad de vida de las personas.

La misma Resolución Ministerial plantea que “es un deber de todo funcionario en el Sector, el determinar y aplicar la política de calidad expresada formalmente por la Alta Dirección del MINSA” (Ministerio de Salud, 2006). Por lo tanto, todas las entidades prestadoras del servicio de salud correspondientes al Minsa deberían incorporar el sistema de gestión de calidad a sus procesos de atención, incluyendo la dimensión humana.

Por otro lado, en una entrevista exploratoria con el jefe de Gestión de Calidad del Hospital San Bartolomé, se mencionó que en Lima los usuarios son mucho más exigentes que en provincia. Esto se debe a que están más informados sobre sus derechos como pacientes, lo que ocasiona que reclamen más. De modo que los hospitales deben mejorar sus procedimientos de calidad y atención para reducir los reclamos de los pacientes y tener mejores resultados, mientras que, según el

entrevistado, en provincia no se da mucho énfasis al tema de calidad debido a que son pocos los reclamos relacionados a la atención. Para corroborar esta información, nos remitimos a los informes de reclamos de pacientes durante el año 2017, tanto del Hospital San Bartolomé (2017) como del Hospital Regional del Cusco (2017). En el caso del primero, los reclamos relacionados al maltrato al paciente, inadecuada atención e inadecuada información representan el 84% del total de 271 reclamos. Mientras que en el caso del Hospital Regional del Cusco, los reclamos por temas equivalentes representan el 41% del total de 213 reclamos. Si bien existe una diferencia en el tamaño de ambos hospitales, esto nos da indicios de que en Lima los pacientes son más exigentes con la atención y el trato que tienen los médicos con ellos. Por esta razón, la gran mayoría de los reclamos son relacionados a este tema. En el caso de Cusco, los reclamos están relacionados más al tema de demoras y cobros indebidos. En este sentido, es pertinente comparar ambos hospitales, a fin de identificar cómo, y si es que se fomenta esta dimensión de la gestión de calidad en salud desde la comunicación interna.

El estudio del rol de la comunicación interna en la construcción de una cultura de cuidado al paciente en hospitales del Ministerio de Salud tiene un gran valor académico, pues permite llenar un vacío en el conocimiento. No se han encontrado investigaciones que vinculen la comunicación interna con la cultura del cuidado. Hasta el momento, el enfoque del cuidado del paciente se había abordado desde la psicología; mientras que el estudio de la comunicación interna en la construcción de la cultura se enfocó en la cultura de calidad. Además, los resultados de la presente investigación pueden servir como base para futuras investigaciones que profundicen más en los procesos blandos de las instituciones de salud.

Es importante mencionar también las implicaciones prácticas de este estudio, sobre todo en la coyuntura actual del sector salud, caracterizada por la baja confianza de los ciudadanos. Asimismo, estudiar la cultura de cuidado en estas instituciones permitirá conocer cuál es la percepción del personal de salud sobre ésta y su impacto en la calidad de servicio ofrecido al paciente. Sobre todo, conocer las percepciones de los directivos, quienes asignan las funciones a cada área, demostrará la razón por la que la comunicación ha tenido un rol activo en la construcción de esta cultura o, por el contrario, un rol nulo.

RESUMEN

Al ser instituciones dedicadas a mejorar la salud de las personas, los hospitales públicos deberían incorporar los componentes de la dimensión humana en la atención del paciente. Es por ello que la presente investigación busca analizar cuál es el rol de la comunicación interna en la construcción de una cultura orientada al cuidado del paciente en el Hospital Regional del Cusco y el Hospital San Bartolomé de Lima. Además, se busca comparar ambas instituciones debido a que los informes de reclamos de cada hospital sugieren que existen diferencias entre ambas. Para ello se recurrió a entrevistas con los encargados de la comunicación y directivos; encuestas a médicos y enfermeras; y una revisión documental de reglamentos y manuales en ambos hospitales. A partir de los resultados, se pudo concluir que existe una predisposición a la cultura de cuidado por parte de los directivos y el personal de salud de ambas instituciones; pero no se pudo identificar una cultura de cuidado como tal, pues no se ha identificado un patrón de conducta común entre estos. Asimismo, en ninguna de las instituciones ha habido intentos de crear dicha cultura desde la comunicación, pues ésta tiene un rol pasivo e informativo.

Palabras clave:

Cultura corporativa, comunicación interna, cuidado al paciente, atención al paciente, salud pública

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES

En cuanto a los antecedentes, existe una investigación realizada en el 2013 en el Hospital Nacional San Bartolomé que buscó determinar las características de la cultura de seguridad del paciente (Aguilar Vélez, 2014). Se trató de un estudio cuantitativo y descriptivo que llegó a la conclusión de que la situación en lo que respecta a seguridad del paciente es alentadora, pero hay un inadecuado accionar por parte de la gerencia y el personal ante incidentes de seguridad. Es importante recalcar que este estudio no fue abordado desde el ámbito de la comunicación; si bien analiza el tema de la cultura, esta fue abordada desde la gestión en salud.

En relación a la revisión bibliográfica, no se ha encontrado ninguna investigación previa que vincule el tema de la comunicación y la cultura de cuidado, pues esta última ha sido abordada comúnmente desde la psicología (Cruells, 2015; Molinier, 2015). No obstante, sí se ha recopilado información sobre investigaciones previas que analizan el rol de la cultura organizacional en hospitales. Quizás la investigación que más se aproxima a la cultura de cuidado en los hospitales es el trabajo realizado por Cachón Rodríguez (2007), en el año 2007. En dicha investigación se contrastó los principios de la atención humanitaria con la realidad de la atención en los hospitales públicos de España. Llegó a la conclusión de que la cultura y política hospitalaria influyen fuertemente en la atención que los médicos dan a los pacientes. En este sentido, la cultura hospitalaria suele estar marcada por el modelo biomédico y la asimetría de relaciones, los cuales mediatizan el trabajo de los profesionales.

Un año más tarde, Hernández Junco et al. (2008) desarrollaron una investigación en la que buscaron determinar si la cultura organizacional influye sobre la calidad de servicio en un hospital de Cuba. Para ello, recurrieron a entrevistas y encuestas con pacientes, familiares, médicos y enfermeros. Llegaron a la conclusión de que la cultura organizacional existente en dicho hospital permitía enfrentar los retos de su entorno y brindar servicios de calidad que satisfagan las expectativas de los pacientes. Los aspectos que caracterizaban a la cultura del hospital Mario Muñoz Monroy fueron: “el estilo de dirección; la divulgación de los conocimientos aprendidos; la promoción de la solución de conflictos laborales; la capacidad de visión de futuro; la colaboración entre las diferentes áreas; y el estímulo a asumir retos en el desempeño” (ídem).

En el año 2013, García-Ubaque (2013) realizó una investigación más teórica al respecto, pues hizo una compilación de conceptos y acciones relacionadas a la cultura organizacional y su relevancia para el clima, haciendo énfasis en las instituciones hospitalarias. Describió un panorama en el que la cultura organizacional influye en el desempeño de los diferentes grupos de trabajo que conforman el hospital, cuya meta común es ofrecer un servicio de calidad que satisfaga las necesidades de los pacientes. Finalmente, concluyó que la gestión de la cultura dentro de una organización motiva

y promueve el aprendizaje, la innovación, la creatividad y la participación en los colaboradores.

Asimismo, se encontraron investigaciones que analizan el rol de la comunicación interna dentro de los hospitales, sobre todo el valor estratégico que esta tiene. La primera de estas investigaciones data del 2009, cuando March, Prieto, Danet, Pérez y Martínez (2009) buscaron identificar cuál era la percepción de los directivos de algunos hospitales españoles sobre el desarrollo de la comunicación interna en estas instituciones de salud. Al evaluar la comunicación tuvieron en cuenta factores como cantidad, claridad, puntualidad, periodicidad y formalización de los canales. Esta última variable y la claridad de la información fueron las más valoradas por los profesionales de la salud, incluso más que la credibilidad de la información. Se identificó también que el grado de satisfacción con la comunicación interna en los hospitales de 500 camas o menos es mayor que en aquellos hospitales de mayor tamaño (Ibidem). Esto debido a que en los hospitales más pequeños se produce un mayor contacto directo entre la dirección y los empleados. Además, en dichos hospitales predomina el uso de canales formales. Con este estudio se concluyó que el desarrollo de canales de comunicación bien establecidos es de vital importancia, pues estos permiten que la información llegue de una forma más clara.

Años más tarde, March y Danet, junto a dos investigadores más (Alonso, Rubio, March, & Danet, 2011), escogieron tres servicios hospitalarios en Andalucía, de los cuales uno de ellos se basaba en un modelo de gestión participativo. Realizaron una comparación del clima laboral, la calidad de la comunicación y la valoración que los directivos y empleados tienen de esta. Los resultados arrojaron que un modelo organizativo basado en la participación del personal de salud produce mejores resultados de trabajo y óptimas relaciones interpersonales. Por tanto, los directivos aparecen como una figura fundamental para establecer un liderazgo integrador y promover la participación del personal. Se destacó también la necesidad de reuniones de equipo para la toma de decisiones compartidas y un mejor flujo de comunicación.

En el mismo año, Costa Sánchez (2011) realizó una investigación en Galicia, España, donde se analizó la situación de las áreas encargadas de la comunicación en los hospitales públicos de esta provincia. Los resultados arrojaron que usualmente los gabinetes de comunicación están conformados por una o dos personas, lo que limita las actividades que realizan y establece como prioridad la comunicación externa. Además, se identificó que hay un énfasis en la comunicación con los públicos externos, especialmente los medios de comunicación; mientras que la comunicación interna está limitada sólo a aquellos hospitales de gran tamaño. Finalmente, es interesante mencionar que, al analizar las funciones del área de comunicación, el autor determinó que, a pesar de que entre sus funciones se encuentra supervisar los puntos de atención e información al paciente, en la práctica no es así.

Por su parte, March, Prieto, Pérez, Minué y Danet (2011) realizaron una investigación en el mismo año en la que buscaron comparar la comunicación interna de los centros de atención primaria en cuatro comunidades autónomas de España, lo que ofrece una visión amplia de la situación de la comunicación interna en dicho país. En el estudio se tomaron en cuenta las opiniones y percepciones del personal médico, enfermero, administrativo y técnico. Los hallazgos reflejan que en los centros de atención primaria existe la necesidad de comunicar más y con más claridad. De este modo, los autores llegan a la conclusión de que una buena comunicación interna requiere de tres factores. En primer lugar, la confluencia de elementos tecnológicos y canales interpersonales que permitan a los profesionales ser escuchados. En segundo lugar, la implicación de la alta dirección como fuente principal de comunicación, a fin de dar credibilidad a aquello que se comunica. Finalmente, la información comunicada debe ser sobre temas clave como los objetivos de la institución, pues el estudio arrojó que la ausencia de objetivos lleva a que los profesionales no se sientan parte del sistema y tengan roles difusos.

Por su parte, Medina Aguerrebere (2012) realizó una investigación con el objetivo de determinar si la comunicación interna en los hospitales puede o no ser considerada una herramienta estratégica. Mediante una exhaustiva revisión bibliográfica llegó a la conclusión de que la comunicación interna tiene un valor estratégico en los hospitales por dos razones. Por un lado, es una actividad transversal que incluye a todos los empleados y, por ello, requiere ser gestionada con un enfoque estratégico que permita orientar al personal médico a la consecución de las metas institucionales. Por otro lado, ésta representa una actividad que influye en la calidad del servicio médico ofrecido a los pacientes y, por lo tanto, también influye en la imagen y reputación de la institución. A partir de estas conclusiones, Medina considera que es necesaria un área de comunicación interna que se encargue de colaborar con las demás áreas y formar a los profesionales de salud en el ámbito comunicacional.

Finalmente, en el mismo año, Bustamante (2012) realizó una investigación similar, pero con el objetivo de determinar si la comunicación interna en las instituciones de salud influía en el cumplimiento de los objetivos de estas. Llegó a la conclusión de que todo el personal de salud y los colaboradores que forman parte de estas instituciones deben estar capacitados y motivados para mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes. En este sentido, la comunicación interna se convierte en el medio idóneo para construir una cultura organizacional que promueva el bienestar de las personas. Asimismo, el autor desarrolla el modelo de las “seis íes” para potenciar las acciones de promoción de la salud desde la comunicación interna. Estas son: identificación, información, integración, imagen, instrucción e investigación (ídem).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Cultura corporativa y comunicación interna

Deal y Kennedy (1982) sostienen que los valores de la organización son el núcleo de la cultura corporativa. Salazar, Guerrero, Machado y Cañedo (2009) van más allá y plantean que la cultura es un conjunto no solo de valores, sino también de ideas, hábitos y tradiciones. Por su parte, William Ouchi (1981, p. 41) considera que esta es un “conjunto de símbolos, ceremonias y mitos que transmiten valores y creencias [...]”. Lo que tienen en común los planteamientos de estos autores es que estos elementos son compartidos por los miembros de la organización y determinan sus patrones de comportamiento dentro de esta. En otras palabras, el término cultura corporativa se refiere a “un patrón de conducta común, utilizado por los individuos y grupos que integran una organización con personalidad y características propias” (Salazar et al., 2009, p. 69). Edgar Schein (2006) afirma que este patrón de conducta llamado cultura ha sido desarrollado para responder a diferentes situaciones, internas o externas, a las que se enfrenten los miembros de la organización. La cultura corporativa funciona como un conjunto de reglas no escritas que guían la actuación de los colaboradores.

La cultura es un atributo que toda organización tiene, ya sea que la gestione o no. “La cultura en las organizaciones aparece y crece sin que una persona necesariamente se lo proponga o lo decida. Si alguien no se ocupa y cuida de ella, crecerá a la deriva, casi como una planta en el campo” (Sheen, 2017, p. 11). Esta es diferente y única en cada una, es un atributo que distingue a una organización de otra. O’Donovan (2007) incluso la compara con la personalidad de una organización.

Minsal y Rodríguez (2007) desarrollaron una propuesta sobre los factores externos e internos que conforman la cultura organizacional. Por un lado, los fundadores, valores, creencias, tabúes, conocimientos compartidos, normas, símbolos, ritos, mitos y los elementos humanos como los héroes constituyen los factores internos. Por otro lado, los factores externos los determina el entorno y, de manera más específica, los grupos de interés con los que se relaciona la empresa. Estos contenidos esenciales de la cultura se transmiten a los nuevos miembros de la organización e interactúan con las propias normas y valores de estos individuos. Este proceso es lo que Salazar et al. (2009) definen como proceso de socialización organizacional, y es mediante este que se construye la cultura corporativa. Este proceso es facilitado por la comunicación organizacional.

Ciertamente, el término comunicación organizacional, o corporativa, puede tener distintas acepciones. En su libro, “Comunicación organizacional interna: proceso, disciplina y técnica”, Horacio Andrade (2005) plantea que la comunicación corporativa se puede entender de tres formas distintas: como proceso social, como

disciplina y como un conjunto de técnicas y actividades. Esta última es aquella que nos concierne, pues en ella se encuentra la comunicación interna. Esta puede ser definida como un conjunto de actividades orientadas a mantener informados, integrados y motivados a los colaboradores, a fin de que se logren los objetivos organizacionales (Andrade, 2005). Son varios los autores que hacen énfasis en este último punto, pues si es adecuadamente gestionada, la comunicación interna debería contribuir al logro de los objetivos y metas propuestas por la organización (Álvarez, 2007; Andrade, 2005; Moret & Arcila, 2011; Rodríguez, Vázquez, & Rodríguez, 2006).

La comunicación interna también abarca todas las interacciones y mensajes entre los miembros de la organización; por lo que debe hacerse una distinción entre comunicación formal e informal, pero también entre comunicación horizontal, ascendente y descendente (Rodríguez et al., 2006). La comunicación formal es aquella establecida y gestionada por la dirección o por la misma organización; mientras que la comunicación informal es aquella más espontánea que no es promovida ni mediada por la organización. Respecto a esta clasificación, Moret y Arcila (2011) desarrollaron una propuesta sobre ocho formas de comunicación interna. Por un lado, está la comunicación formal, que puede ser con los subordinados (descendente), con los colegas (horizontal), con los jefes (ascendente) o con estos dos últimos (transversal). Por otro lado, está la comunicación informal, que puede ser con los seguidores (descendente), con los amigos (horizontal), con los líderes (ascendente) o con ambos (transversal).

La comunicación interna también está dirigida a crear y mantener la cultura de la organización (Rodríguez et al., 2006), ya que orienta la conducta de los colaboradores. Para entender esto se puede recurrir al modelo de las cinco íes planteado por Andrade (2005). Estas son: investigación, identificación, información, integración e imagen. A pesar de que todas las íes del modelo son importantes para que haya una buena comunicación interna, la que más nos concierne es la identificación. Esta consiste en lograr que los colaboradores se identifiquen con la organización y sus valores. Al difundir elementos y mensajes se logra que “las personas encuentren un sentido y dirección, y una serie de principios conductuales que orienten su acción y sus decisiones” (ibídem, p. 20).

Este vínculo entre comunicación y cultura ha sido estudiado por Rodríguez et al. (2006). Estos realizaron una investigación sobre el rol de la comunicación interna en el fomento de los valores institucionales. La conclusión a la que llegaron fue que la comunicación juega un papel importante en la construcción de la cultura corporativa, pues mediante esta se construyen los significados y los valores que conforman la cultura organizacional.

De ahí la importancia del enfoque cultural de comunicación, en el cual la organización es percibida como construcción simbólica (de sentidos y

significados) y esa construcción se realiza a través de la comunicación, concebida a su vez como proceso mediante el cual se conforman, transmiten y desarrollan los valores. Esta manera de concebir la comunicación es la que mejor refleja el vínculo esencial entre valores y comunicación [...]. (Rodríguez et al., 2006, p. 5)

La comunicación es transversal a la cultura corporativa, pues permite que todos los elementos que la constituyen se difundan y sean conocidos por los colaboradores. Hace visibles los elementos de la cultura y, por lo tanto, propicia el proceso de socialización organizacional (Sheen, 2017). Sin embargo, pueden darse algunos escenarios en los que no se alcanza esta sinergia entre comunicación y cultura. Incluso cuando existen normas y procedimientos establecidos para que la comunicación fomente los valores institucionales, muchas veces no se logra fortalecer la cultura ni transmitir esos valores. Esto se debe a que la gestión de la comunicación es limitada, principalmente porque no coincide con las metas y aspiraciones de los colaboradores. Cuando no hay una planificación previa a las acciones de comunicación y no se coordinan bien los esfuerzos y recursos, la comunicación no llega a todos y no se transmiten los valores y significados que se desean. Como lo señalan Rodríguez et al. (2006), una inadecuada comunicación se observa “[...] en la práctica que se asume acciones de comunicación de manera inmediata, carentes en ocasiones de un diagnóstico previo y tomando como punto de partida aproximaciones intuitivas, casi siempre con buenas intenciones, pero sin las condiciones mínimas para garantizar su éxito” (pp. 6–7).

2.2 Comunicación y cultura en el sector salud

Si nos trasladamos al contexto hospitalario, podemos notar que la comunicación es un elemento fundamental dentro de este. Aguerrebere (2012) plantea que las instituciones sanitarias deberían darle gran importancia a la comunicación interna y externa, a fin de reducir los conflictos entre los colaboradores, incrementar la satisfacción del paciente y gestionar adecuadamente las relaciones con sus stakeholders. Este autor también brinda un panorama sobre el rol de la cultura dentro de un hospital:

[...] se puede señalar que ésta ayuda al hospital a establecer protocolos de funcionamiento coherentes con la forma de ser de los empleados. Siguiendo a Barret (2003), la cultura de la institución está constituida por creencias, que a su vez elaboran un modelo mental que determina la percepción que los empleados de la empresa tienen del mundo. (p. 23)

Cachón Rodríguez (2007) señala que la cultura de los hospitales está determinada por el modelo biomédico que se caracteriza por el reduccionismo biologicista. Bajo

este modelo, la atención médica se enfoca en las dimensiones biológicas de la enfermedad, dejando de lado las ideas, valores, conocimientos, creencias, tradiciones y costumbres del paciente. Tampoco se toma en cuenta el impacto de la enfermedad en la vida del paciente o en su entorno. Otro rasgo propio de la cultura de los hospitales es la asimetría de relaciones, la cual se refiere a la relación de poder que se establece entre los profesionales de la salud y el paciente. “El paciente, en todo caso, tiene que adaptarse a lo instituido. De lo contrario corre el riesgo de ser excluido. Se establece una relación terapéutica jerárquica: persona angustia (paciente)/persona solución (profesional)” (Cachón Rodríguez, 2007, p. 37).

En la línea del modelo biomédico se encuentran la cultura de calidad y el principio de seguridad del paciente. Este último fue establecido en el año 2004 por la Organización Mundial de la Salud con el objetivo de minimizar los riesgos en el proceso de atención de salud. Mientras que la cultura de calidad, según García, Rodríguez y Suárez (2011), implica un conjunto de estándares y protocolos destinados a reducir las variables de los procesos a fin de evitar, prevenir y resolver situaciones que puedan afectar a los pacientes. Supone a su vez una estandarización y simplificación de la atención médica, y para lograr esto se deja de lado el aspecto subjetivo y emocional que se crea entre el paciente y el médico.

2.3 Modelo biomédico vs. Cultura de cuidado al paciente

En contraposición al modelo biomédico está la cultura de cuidado al paciente. Una primera aproximación a esta, la plantean Sammer, Lykens, Singh, Mains y Lackan (2010) al desarrollar siete componentes o subculturas de la cultura de seguridad del paciente. Uno de estos componentes es la cultura centrada en el paciente. En el marco de esta cultura, el personal sanitario se enfoca en crear un ambiente agradable para el paciente durante la hospitalización, pues la salud de este también está determinada por el cuidado y atención que recibe.

El énfasis en los procesos y calidad de atención al paciente desde un enfoque biomédico se debe a que esto se toma en cuenta en la evaluación de calidad de los hospitales para que mantengan su nivel competitivo. Molinier (2015, p. 133) afirma que “la sociedad está atravesada por una tensión entre la necesidad de atención o de cuidado y los requisitos de la gestión pública”. Sin embargo, el cuidado del paciente y el enfoque biomédico no deberían verse enfrentados el uno al otro. Estos son en realidad complementarios, como dos caras de la misma moneda. Cachón Rodríguez (2007) sostiene que existe una paradoja en la evaluación de la calidad de los hospitales, pues la calidad percibida por el paciente se basa en la satisfacción de sus necesidades, pero también de las expectativas que tiene del servicio de atención.

[...] desde una visión externa (enfoque ético) [los médicos y enfermeras] construyen -con sus criterios profesionales y generalmente con buena

voluntad- lo que necesita el paciente, pero no saben cómo se percibe el paciente a sí mismo, qué significados tiene para él su situación de enfermedad (enfoque emic); no reconocen -quizá porque no saben y tampoco tienen consciencia de su relevancia- los aspectos culturales de las necesidades humanas [...]. (Cachón Rodríguez, 2007, p. 38)

Si los profesionales de la salud no se involucran con los pacientes, no los conocen ni conversan con ellos, no podrán conocer las necesidades y expectativas de estos. Esto conlleva a altos índices de insatisfacción de los pacientes. La investigación de Romero Ameri (2008) en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el Perú, demuestra que la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención del personal de enfermería tiende a ser desfavorable, debido a que las enfermeras se muestran insensibles al dolor, no se preocupan por sus necesidades, no son amables ni corteses, no cuidan la privacidad del paciente, los tratan de una manera impersonal, no se preocupan por su alimentación ni crean un ambiente propicio para el reposo del paciente.

Siguiendo a Cerdá et al. (2014), esto se puede explicar debido a las dinámicas de cambio que han sufrido los sistemas sanitarios, entre los que se encuentra un incremento en las expectativas de los ciudadanos con respecto a la orientación al paciente. Por esta razón, la gestión de la cultura de estas instituciones debería estar orientada al cliente y, como señala Cámara, “conseguir que los pacientes se encuentren más contentos, más satisfechos y un poco como en casa” (como se citó en Cerdá et al., 2014, p. 9).

En una conferencia en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, en Buenos Aires, Pascale Molinier (2015) planteó que “no es suficiente para la gente que sea bien tratada ‘técnicamente’. La gente también quiere estar informada, sentirse segura, que se ocupen de sus problemas, sus necesidades, sus preocupaciones. En una palabra: la gente necesita cuidado” (p. 133). El cuidado permite que el mundo aterrador que representa el hospital pase a ser un mundo común, un mundo ordinario en el que las personas se sienten cómodas. Nadie quiere estar enfermo, nadie quiere terminar en un hospital; entonces, ¿por qué no hacer de esta una experiencia más cómoda y agradable?

Siguiendo la propuesta de Molinier (2015), aquellos que necesitan cuidado no son sólo las personas dependientes o discapacitadas, sino todas las personas en general. Como lo señala el principio de interdependencia planteado por Gilligan: todos somos vulnerables y dependemos de nuestras relaciones con los demás (como se citó en Cruells, 2015). El cuidado por parte del personal médico o sanitario no implica necesariamente emprender una acción por el paciente, pues en determinadas situaciones dejar de hacer supone también cuidar. Molinier (2015) da el ejemplo de las enfermeras que dejan dormir a los ancianos después del almuerzo, en vez de llevarlos a que reciban algún tipo de estimulación. En ese caso, la decisión de dejar

de hacer supone bienestar y descanso para el enfermo. Por lo tanto, desarrollar esa perspectiva del cuidado supone, por un lado, pensar en términos de relaciones y vínculos con el paciente, pues cuidar de las personas no es tan solo actuar, dar prestaciones, hacer informes o gestionar de forma rápida e inmediata; se debe esperar y tomarse el tiempo de conectar con la otra persona (Cruells, 2015). Por otro lado, “implica un esfuerzo, unos know how”, un saber hacer, una cooperación y una deliberación” (Molinier, 2015, p. 135). Ese know how, que la autora también denomina saberes discretos, y ese enfoque de las relaciones con el paciente se pueden inculcar mediante la comunicación interna.

En este sentido, Aguerrebere (2012) plantea que la comunicación interna es un mecanismo para sensibilizar a los médicos sobre algunos aspectos que deben considerar en la comunicación con los pacientes. En primer lugar, el aspecto informativo, que se refiere a la transmisión de información entre el personal de salud, y entre este personal y el paciente. En segundo lugar, el aspecto social y emocional, relacionado a percepción que tiene el paciente de la enfermedad y del tratamiento. En tercer lugar, está el aspecto cultural, el cual considera las diferencias culturales entre el personal de salud y el paciente. La comunicación interna, en tanto medio para transmitir e inculcar los valores de la cultura, es una herramienta para guiar las actuaciones de los colaboradores. Como señala Sheen (2017), “cuando los valores están interiorizados en los empleados, no es necesario imponer sanciones o empapelar la empresa con normas y reglamentos, pues las personas saben cómo proceder y responder en cualquier circunstancia, dentro o fuera de la empresa” (p. 31).

2.4 Profesionales de la salud y el cuidado a los pacientes

El cuidado del paciente es una tarea invisibilizada, debido a que suple necesidades. Si la necesidad del paciente se hace visible, no hay cuidado. Molinier (2015, pag. 135) grafica esto con una frase simple: “el vaso de agua viene justo antes de la sed”. Si el paciente tiene sed significa que el médico o la enfermera no anticiparon esta necesidad del paciente y, por lo tanto, hay una carencia de cuidado. Por el contrario, si el médico o enfermera le da agua al paciente anticipando que este tendrá sed, esta labor será invisibilizada. Justamente por el hecho de que es una labor invisibilizada y no es reconocida por nadie más que por el paciente, muchos profesionales optan por enfocar su energía en aspectos más visibles y prestigiosos, pero no necesariamente más útiles para los pacientes (Molinier, 2015).

Otra razón por la que el personal sanitario opta por no adoptar un enfoque de cuidado al paciente y se mantiene en el modelo biomédico es debido al sufrimiento que genera el cuidado. Al centrarse en tratar la enfermedad de un paciente buscan evitar involucrarse emocionalmente con los pacientes.

“La devaluación del cuidado está muy profundamente enredada con la práctica de evitar una dimensión de la experiencia humana: el cuidado genera sufrimiento, malestar, asco, miedo, emoción, excitación, tristeza, y a veces odio. Las y los administradores y las/los médicos sentirían esas emociones como todo ser humano. Pero ellos están muy bien protegidos por la división del trabajo. Añadiría que para un cirujano, lo mejor es estar protegido de esta manera: no debe ser conmovido por la persona para operarla bien. La división del trabajo a veces tiene una dimensión psicológica que garantiza la eficacia profesional”. (Molinier, 2015, p. 137)

En este sentido, Cruells (2015) reconoce los efectos que produce trabajar con un enfoque de cuidado, por lo que desarrolló un modelo de diez propuestas teórico-prácticas para que los profesionales de la salud no se instalen en el malestar. Para la presente investigación se consideran cuatro de ellas debido a su gran utilidad para combatir el sufrimiento que pueda causar el cuidado. En primer lugar, “el doble cuidado”, el cual se refiere a que no se trata solo de cuidar al otro. Basado en el principio de interdependencia y vulnerabilidad, los médicos y enfermeras también sufren y tienen sentimientos, esperanzas e ilusiones que pueden compartir y aliviar con los enfermos. Hay un intercambio, un cuidado mutuo. En segundo lugar, “la confianza”, la cual es un elemento esencial que influye en la autoestima y la convivencia. Es necesario confiar en aquellos a los que se atiende y en uno mismo. Esa confianza nos pone en una situación de igualdad y minimiza las relaciones de poder que puedan darse. Ello implica también demostrar ser confiable con las explicaciones sobre los procedimientos que se da al paciente. En tercer lugar, “el volver a la palabra”, que se refiere a fomentar la conversación y el diálogo con el paciente. Finalmente, “la supervisión social como forma de atención y autocuidado”, la supervisión entendida como un espacio para realizar consultas y resolver conflictos; no como un mecanismo de control.

Cachón Rodríguez (2007) propone que, para que los profesionales abandonen el modelo biomédico, es necesario que se sensibilicen ante los pacientes y vean la individualidad de cada uno. Para lograrlo, deben incorporar una mirada antropológica y social a su trabajo, de modo que vean personas a tratar y no enfermedades que curar. La autora también plantea que el fortalecimiento de las habilidades blandas de los profesionales de la salud es una buena opción; entre ellas la empatía, escucha activa, y asertividad. Es decir, darles “herramientas que les permitan saber hacer y saber comunicarse de forma satisfactoria con cada paciente” (p. 38). No obstante, no se puede simplificar todo a la actitud de los profesionales. Incluso si existe una fuerte voluntad por parte del personal sanitario por incorporar el enfoque de cuidado del paciente, su trabajo está mediado por la institución en la que trabajan y por otros grupos profesionales. Hay “factores que van más allá de lo individual, haciendo que los profesionales no tengan más remedio que hacer lo que hacen; existen normas y procesos establecidos en los que no cabe la participación efectiva del profesional” (Cachón Rodríguez, 2007, p. 37).

CAPÍTULO III: OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Como se expuso previamente, la comunicación interna es una herramienta que permite construir, cambiar o mantener la cultura en una organización. Teniendo en cuenta que la cultura de cuidado es una forma de comportamiento del personal de salud, se podría inculcar en una institución hospitalaria a través de la comunicación interna.

Por otro lado, todas las entidades prestadoras del servicio de salud correspondientes al Ministerio de Salud deberían incorporar los componentes de la dimensión humana de la atención. Sin embargo, los informes de reclamos del año 2017, tanto del Hospital San Bartolomé como del Hospital Regional del Cusco, sugieren que existen diferencias entre ambas instituciones. En el caso de este último, hay un menor índice de reclamos relacionados a la mala atención o información al paciente. Esto puede deberse a que en este centro hospitalario se ha desarrollado mejor la cultura de cuidado al paciente o, como se planteó en una entrevista exploratoria, a que los pacientes en provincia están menos informados sobre sus derechos y no suelen reclamar cuando reciben un mal trato o mala información. En todo caso, resulta pertinente realizar una comparación entre los hallazgos en ambas instituciones.

En base a lo mencionado previamente, se han establecido los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo general:

Analizar cuál es el rol de la comunicación interna en la construcción de una cultura orientada al cuidado del paciente en el Hospital Regional del Cusco y el Hospital San Bartolomé de Lima.

Objetivos específicos:

- 1) Definir las capacidades de comunicación interna con las que cuenta cada hospital: capital humano, canales de comunicación, estrategias y normatividad establecida.
- 2) Analizar cuáles son las acciones y estrategias de comunicación interna que se llevan a cabo en cada hospital que influyen en la construcción de una cultura orientada al cuidado del paciente.
- 3) Descubrir las percepciones de la alta gerencia y el personal de salud, en ambos hospitales, sobre el rol de la comunicación interna en la construcción de una cultura orientada al cuidado del paciente.
- 4) Comparar la situación de la comunicación interna y el rol que esta desempeña en la construcción de una cultura de cuidado al paciente en el Hospital Regional del Cusco y el Hospital San Bartolomé de Lima.

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

Esta es una investigación descriptiva de carácter transversal. Para ello, se empleará un enfoque mixto y se recurrirá a entrevistas, encuestas y revisión documental como técnicas de recolección de datos (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, & Casas Pérez, 1998). En primer lugar, se realizará entrevistas a los encargados de la comunicación a fin de definir las capacidades de comunicación interna del Hospital San Bartolomé. Cabe mencionar que la investigación se centrará en la comunicación formal. Según la clasificación establecida por Moret y Arcila (2011), la comunicación formal puede ser descendente, horizontal, ascendente o transversal. En este caso no nos centraremos en algún tipo particular, pues esto dependerá de los canales y procesos de comunicación formales que existan en cada hospital. Por otro lado, para desarrollar la guía de preguntas de estas entrevistas, se recurrirá a los atributos planteados por Cerdá et al. (2014) en su investigación sobre el marketing y la comunicación interna en hospitales y en atención primaria. Los atributos de análisis que propone son los siguientes (ídem, p. 10):

- Valoración del estado de la Comunicación Interna en el Hospital.
- Realización de estudio / auditoria de Comunicación Interna en el Hospital.
- Valoración percibida de la eficacia de la auditoria de Comunicación Interna.
- Existencia de un Plan de Comunicación Interna en el Hospital.
- Valoración de la utilidad del Plan de Comunicación Interna para la consecución de los objetivos globales de su gestión.
- Fuente de donde recibe la mayor parte de información sobre el Hospital.
- Valoración de la información que recibe el profesional sobre el Hospital.
- Canales por donde recibe la opinión de los profesionales sobre el Hospital.
- Canales por los que informa sobre el Hospital a sus profesionales.

Asimismo, las entrevistas se complementarán con una revisión documental de reglamentos y manuales de cada institución, pues “la introducción de estándares, controles y protocolos , ya de por sí implica un cambio en la cultura” (García Álvarez et al., 2011, p. 845). Con esta revisión documental se busca, por un lado, identificar los valores que sustentan a la organización y, por otro lado, las normas que la rigen, considerando a estas últimas como la aplicación práctica de los valores (Minsal Pérez & Pérez Rodríguez, 2007).

En segundo lugar, en las entrevistas con los encargados de comunicación se buscará también identificar los temas en los que se hace énfasis en la comunicación interna con el objetivo de analizar el rol que esta desempeña en la construcción de una cultura orientada al cuidado del paciente. En este sentido, Rodríguez, Vázquez y Rodríguez (2006) señalan una serie de variables de análisis que se deben considerar

cuando se investiga el componente comunicacional en la construcción de valores y cultura. Si bien esta propuesta está orientada a las entidades universitarias o educativas, es posible aplicarla al contexto hospitalario. Entre las variables que plantean, se rescatan los valores que se difunden en la comunicación, la conceptualización de estos, la forma en la que se transmiten, la participación de los miembros en la identificación con estos y la evaluación que se hace del grado de apropiación de los valores de parte del personal sanitario. Por tanto, los atributos de análisis a emplearse en la entrevista con los encargados de la comunicación son:

- Capital humano a cargo de la comunicación interna
- Valoración del estado de la comunicación interna en el hospital
- Existencia de un plan de comunicación interna en el hospital
- Canales de comunicación existentes dentro de la institución
- Temas que se comunican dentro del hospital
- Periodicidad de la comunicación interna
- Realización de algún estudio / auditoría de comunicación interna en el hospital
- Lineamientos sobre cómo tratar a los pacientes

En tercer lugar, se realizará entrevistas a los directivos de cada hospital y encuestas al personal médico y de enfermería a fin de conocer las percepciones que tienen sobre la importancia de una cultura orientada al cuidado del paciente y el rol que la comunicación desempeña en la construcción de esta en cada institución. Es importante conocer las percepciones de los directivos al respecto, pues es responsabilidad de los líderes que la atención centrada en el paciente se convierta en un valor central y se transmita al personal médico (Sammer et al., 2010). Como señalan Minsal y Pérez Rodríguez (2007), el mantenimiento o refuerzo de una cultura organizacional está determinado por lo que los directivos consideran importante, lo que miden y controlan. Los atributos que se tomarán en cuenta para estas entrevistas serán los siguientes:

- Temas que se comunican dentro del Hospital
- Lineamientos sobre cómo tratar a los pacientes
- Percepción de los médicos sobre las expectativas y necesidades que tienen los pacientes
- Componentes de la cultura del cuidado importantes en la atención médica

Del mismo modo, es importante conocer las percepciones del personal sanitario, pues son ellos quienes reciben la comunicación y quienes deberían desarrollar una cultura de cuidado al paciente. A pesar de que el personal administrativo y técnicos también deben tener en cuenta al paciente en los procesos que realizan, en este caso nos centraremos sólo en los médicos y enfermeras de ambos hospitales. El trabajo de

todos los miembros del hospital gira en torno al *core business* de este, la salud de las personas, pero son los médicos y enfermeras quienes tienen contacto directo y constante con los pacientes. Como señalan García Álvarez, Rodríguez López y Suárez Puentes (2011), la interpretación que el personal asistencial y el personal administrativo hacen del discurso es distinta y, por lo tanto, el impacto de la cultura no es el mismo en ambos grupos.

Para desarrollar la guía de preguntas de la encuesta para los médicos y enfermeras, se tomará en cuenta la fuente y canal por el que reciben más información sobre el hospital como variable de análisis, siendo esta una de las variables que Cerdá et al. (2014) incluyeron en su cuestionario para profesionales de la salud. Asimismo, para evaluar la información que reciben en torno a la cultura de cuidado al paciente, se recurrirá a la investigación de Bautista Rodríguez, Arias Velandia y Carreño Leiva (2016). En esta se plantea una clasificación en tres categorías. La primera categoría es el apoyo emocional, referido a un trato cordial y amistoso, y a la preocupación por el sentir del paciente. Consiste en “comportarse como un ser humano que también siente y experimenta emociones, evitando realizar un papel mecánico donde únicamente se limita a seguir protocolos y estar pendiente de máquinas [...]” (Bautista Rodríguez et al., 2016, p. 1305). Una segunda categoría es la comunicación verbal con el paciente, la cual consiste en la información oportuna y precisa que se le da al paciente. Esta debe evitar ser en un lenguaje demasiado técnico, a fin de que el paciente no tenga inconvenientes en comprender la información que recibe. Finalmente, la última categoría es la comunicación no verbal con el paciente, que comprende la capacidad del personal sanitario para generar empatía mediante gestos, un tono de voz cálido, paciencia con el paciente y su familia, mantener contacto visual y una expresión corporal que fomente la comunicación. No obstante, la comunicación no verbal de los médicos y enfermeras con el paciente no se considerará como una variable debido a las limitaciones que tiene el cuestionario como instrumento para evaluar esto. Por lo tanto, las variables de análisis que se considerarán son las siguientes:

- Cantidad de información recibida
- Canales de comunicación empleados
- Temas que se comunican dentro del Hospital
- Apoyo emocional del médico al paciente
- Comunicación verbal del médico al paciente

Es importante mencionar que para el desarrollo de los instrumentos de investigación, se recurrió a los modelos de entrevistas y encuestas planteados por Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio y Casas Pérez (1998).

Finalmente, la revisión documental se enfocará en los siguientes ejes temáticos:

- **Protocolización de la atención al usuario**

Esta se refiere al hecho de que exista un protocolo establecido para los médicos y enfermeras de cómo deben atender a los pacientes. En este protocolo debería incluirse el trato cordial, empático y humano al usuario, a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de éste.

- **Dimensión humana de la gestión de calidad en salud**

La implementación del sistema de gestión de la calidad en salud, desde el año 2006, incluye la dimensión humana como parte del sistema. Esta dimensión se refiere a la importancia del contacto humano entre el personal de salud y los usuarios. En este sentido, revisar las políticas que se han implementado en esta materia es de gran relevancia para la investigación.

- **Información y orientación al usuario**

Una de las categorías de la cultura del cuidado al paciente es la comunicación verbal con este, que supone brindar información y orientación oportuna al usuario (Bautista Rodríguez et al., 2016). De modo que es necesario revisar las políticas e iniciativas relacionadas a la orientación al usuario que se están desarrollando en el Hospital Regional del Cusco y en el Hospital San Bartolomé.

- **Cultura organizacional para la atención de calidad**

Debido a que la cultura organizacional es un atributo propio de cada institución, resulta importante revisar si existen resoluciones administrativas que contemplen el concepto de cultura organizacional, y más aún si estas están orientadas a la atención al paciente.

4.1 Población y muestra

En el Hospital Regional del Cusco, se realizarán entrevistas no estructuradas a los 15 miembros de la mesa directiva, la cual está conformada por el director ejecutivo y los jefes de departamento. Asimismo, se realizará otra entrevista no estructurada al encargado de la comunicación, que en el caso de este hospital es sólo una persona. En cuanto a las encuestas a los médicos y enfermeras, estas consistirán en un cuestionario auto aplicable estructurado de opción múltiple. En este hospital trabajan 160 médicos y 197 enfermeras. Para definir la muestra se recurrió a la fórmula de muestreo para poblaciones finitas (Morales, 2012, p. 10):

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2(N-1)}{z^2pq}}$$

n = *Tamaño de la muestra que deseamos conocer*

N = *Tamaño conocido de la población*

z = *Valor de z correspondiente al nivel de confianza*

pq = *Varianza de la población*

e = *Error muestral*

Según esta fórmula, para este universo se requiere una muestra de 113 médicos y 130 enfermeras. Estos representan el 71% y el 66% del universo, respectivamente. Esta muestra tiene un margen de error del 5% y un nivel de confianza de 95%.

En cuanto al Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, se realizarán entrevistas no estructuradas a los miembros del equipo de gestión, el cual es el equivalente a la mesa directiva en el Hospital Regional del Cusco. Este equipo está conformado por el director ejecutivo y los jefes de departamento. Sin embargo, además del director ejecutivo, sólo se escogerán a aquellos jefes de los departamentos que tengan contacto directo con los pacientes. Del mismo modo, se realizará una entrevista no estructurada a los encargados de la comunicación interna. En el caso de este hospital son 15 las personas que conforman el equipo de comunicación; sin embargo, no se entrevistará a todos debido a que la mayoría de ellos se ocupa de la parte operacional y no del planeamiento estratégico de la comunicación. Asimismo, se aplicarán cuestionarios autoaplicables estructurados de opción múltiple al personal médico y de enfermería. En este hospital hay 185 médicos y 273 enfermeras, por lo que la muestra con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% es de 125 médicos y 160 enfermeras. Estos representan el 68% y el 59% del universo, respectivamente.

Finalmente, es importante mencionar que el muestreo en ambos casos será probabilístico. Con el objetivo de alcanzar la representatividad de la muestra, este muestreo será de tipo aleatorio simple. Se realizará una lista con todos los médicos y enfermeras de cada hospital y asignándoseles un número a cada uno de ellos. Posteriormente, aplicando la lógica de la lotería, se escogerán aleatoriamente el número de médicos y enfermeras que dicta la muestra.

En el caso de la revisión documental, se revisará el universo de documentos relacionados a la gestión de calidad en salud publicados a partir del año 2006, pues en ese año se publicó la Resolución Ministerial 519-2006/MINSA. Estos documentos incluirán desde resoluciones ministeriales, que tienen un ámbito de aplicación nacional, hasta resoluciones administrativas, cuyo ámbito de aplicación se limita al hospital o institución que las emite.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

Con el objetivo de facilitar la comprensión de los resultados, primero se presentarán los hallazgos en el Hospital San Bartolomé de Lima y, posteriormente, los del Hospital Regional del Cusco. Para cada uno de estos, los resultados se presentarán de acuerdo a los tres objetivos específicos de la investigación. En este sentido, en una primera sección se desarrollará todo lo encontrado en relación a las capacidades de comunicación interna con las que cuenta cada hospital. Posteriormente, se expondrán todos los hallazgos sobre el rol de la comunicación en cada institución para la construcción de una cultura de cuidado. Finalmente, el tercer objetivo se dividirá en dos secciones; la primera sobre las percepciones del equipo de gestión sobre la comunicación interna y la cultura de cuidado, y la segunda sobre las percepciones de los médicos y enfermeras sobre el mismo tema. Cabe resaltar que todos los resultados se presentarán en base a las variables de análisis o los atributos que se buscaron medir con cada instrumento.

5.1 Hospital San Bartolomé

El trabajo de campo para la recolección de datos se realizó entre el 17 de mayo y el 29 de junio del 2018. A continuación, se presentan los resultados en función de los objetivos específicos propuestos en la investigación.

5.1.1 Capacidades de comunicación interna en el Hospital San Bartolomé

Las capacidades de comunicación interna se identificaron a partir de una entrevista en profundidad a la jefa de la Oficina de Comunicaciones. En cuanto al capital humano con el que cuenta el área, este está conformado por quince personas. De estas, una es la jefa, cuatro son asistentes y las otras diez se encargan de la parte operativa. Cabe mencionar que estas quince personas se encargan tanto de la comunicación interna con el personal de salud del hospital como de la comunicación externa con los usuarios y el público en general.

La institución cuenta con cinco canales para la comunicación con el personal sanitario. Dichos canales son cinco: la página web, Facebook, murales, documentos impresos y circuito cerrado. Este último consiste en televisores que se encuentran en las salas de espera de cada piso, los cuales se emplean para difundir información a los pacientes y a los médicos. Según la jefa de la Oficina de Comunicaciones, el circuito cerrado y Facebook son los canales por los que se difunde más información para el personal de salud.

En cuanto a los temas que se comunican, estos se basan en la agenda que establezca el Ministerio de Salud. Se informa sobre campañas nacionales u otras cuestiones por días especiales; disposiciones ministeriales o directorales, y normas en

general; temas de Defensa Civil; deberes y derechos de los pacientes; información sobre determinadas enfermedades; y cuestiones relacionadas al manejo de los pacientes. Por otro lado, las comunicaciones están mapeadas y programadas semanalmente, de lunes a sábado. Se busca segmentar las comunicaciones según el público, interno o externo; reiterar el mensaje para que el público objetivo lo reciba; e identificar las horas punta en las que el personal de salud puede recibir el mensaje. Es decir, existe una periodicidad de comunicación diaria, sobre todo por circuito cerrado y documentos, y semanal, por los otros canales.

En lo relacionado a la existencia de un plan de comunicación interna, el Hospital San Bartolomé no cuenta con uno. Del mismo modo, no se ha realizado ningún estudio o auditoría de comunicación en el hospital. Sin embargo, sí se tienen mapeadas fechas y mensajes importantes por comunicar. Esto se complementa con la planificación semanal de la comunicación y la periodicidad con la que se comunica a los trabajadores sanitarios. Asimismo, para una mejor planificación de la comunicación se recurre al conocimiento sobre el tráfico de pacientes y las horas libres que tienen los médicos.

En lo que respecta a la valoración sobre el estado actual de la comunicación interna en la institución, la jefa de la Oficina de Comunicaciones considera que la comunicación hacia el personal de salud es buena. El argumento es que se logra llegar a todo el personal y que se comunica todo aquello que la institución requiere. Además, afirma que existe participación del personal sanitario en algunos medios que lo permiten, como Facebook. Otro argumento es que la comunicación está pensada de manera estratégica. Los canales, como el circuito cerrado, están ubicados estratégicamente y hay una planificación detrás de la difusión de mensajes. Por último, se resalta la buena comunicación y trabajo en equipo con los jefes de departamento para la difusión de mensajes.

Finalmente, para la verificación de la normativa vigente se revisaron seis documentos, de los cuales uno fue una directiva administrativa, cuatro fueron resoluciones ministeriales y otro, una ley. Cabe resaltar que las Resoluciones Ministeriales N° 302-2015/Minsa (Diario El Peruano, 2015) y N° 502-2016/Minsa (Diario el Peruano, 2016) no hacían mención sobre ninguno de los temas que desarrollaremos a continuación.

En lo relacionado a la existencia de un protocolo sobre cómo deben atender los médicos y enfermeras a los pacientes, sólo la Directiva Administrativa N° 01-2017-V01 (HONADOMANI San Bartolomé, 2017), que tiene como ámbito de aplicación el Hospital San Bartolomé, recoge información sobre un protocolo de atención al usuario. No sólo se hace mención de este, sino que se establecen los pasos del mismo. Entre estos se incluye darle la bienvenida y presentarse con el paciente, tratarlo cordialmente, prestar atención a todo lo que el paciente diga, no interrumpirlo mientras habla, no transmitir impaciencia o ansiedad, evitar manifestaciones

gestuales o verbales negativas, resolver todas sus dudas y desearle un buen día al despedirse.

Dentro de los seis documentos que se revisaron, son tres los que recogen información sobre la dimensión humana de la gestión de la calidad en salud: la Ley N° 29414 (Diario el Peruano, 2009), la Resolución Ministerial N° 727-2009/Minsa (Ministerio de Salud, 2009) y la Directiva Administrativa N° 01-2017-V01. De estas, las dos primeras se aplican a nivel nacional, y la última solo en el Hospital San Bartolomé. Esta última está dirigida a implementar un módulo de atención al usuario a fin de que este tenga una mejor experiencia y pueda recibir información o presentar sus comentarios con mayor facilidad. En este sentido, se resalta que todo esto debe hacerse a través de un trato cordial, oportuno y humano; el cual es plasmado en la protocolización de la atención al usuario mencionada previamente. Por otro lado, la Resolución Ministerial N° 727-2009/Minsa, que establece la Política Nacional de Calidad en Salud, plantea el requerimiento de conocer las necesidades, intereses, motivaciones y expectativas de los pacientes para orientar toda la estrategia de los hospitales a la satisfacción de estas. Además, se menciona claramente que el fortalecimiento de los procesos de atención debe darse también en la dimensión interpersonal de la calidad. Asimismo, la novena política establecida en el documento plantea que los establecimientos de salud deben, entre otras cuestiones, promover y velar por un trato digno al paciente. Por último, la Ley N° 29414 hace mención sobre el derecho del paciente a que se respete su dignidad e intimidad, sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo. El personal debe tratar con respeto a los usuarios de los servicios de salud.

En lo referente a la información y orientación al usuario, también son tres los documentos que plantean una política o hacen mención sobre este tema. La Resolución Ministerial N° 667-2017/Minsa (Diario el Peruano, 2017) establece como una política de salud a nivel nacional la implementación de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS) como el conjunto de acciones, actos y actividades destinadas a la atención y gestión de consultas y reclamos presentados por los usuarios ante las instituciones de salud. Esto con el fin de solucionar las insatisfacciones en el servicio. Mientras que la Directiva Administrativa N° 01-2017-V01 establece la creación de la Plataforma de Atención al Usuario (PAU) específicamente en el Hospital San Bartolomé, la cual tiene como finalidad la información y orientación al paciente. Esta plataforma cuenta con un espacio físico, recursos y personal responsable de brindar información sobre las actividades y servicios que ofrece la institución. Además, atiende también reclamos, sugerencias y felicitaciones. La Ley N° 29414, que determina los derechos de los usuarios, contiene un subcapítulo en el que ahonda en el derecho al acceso a la información. Entre ellos se establece que el usuario tiene derecho a que los responsables de su tratamiento se identifiquen y que sus dudas en torno a la enfermedad que lo agobia sean aclaradas, entre otras cuestiones.

Por último, en cuanto a la mención de la cultura organizacional orientada a la atención, solo un documento hace mención sobre el tema. Dentro de la Resolución Ministerial N° 727-2009/Minsa se detallan las políticas de la calidad en salud. Entre estas, la tercera tiene como objetivo “establecer y difundir la cultura de la calidad, orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud en las organizaciones proveedoras” (Ministerio de Salud, 2009). Por lo tanto, se toma en cuenta la noción de cultura organizacional orientada a la calidad, la cual supone también el componente interpersonal de la atención al paciente. Para lograr el objetivo antes mencionado, se establecen dos estrategias:

- Recurrir a eventos u otros mecanismos presenciales o virtuales para promover las buenas prácticas de atención en los servicios de salud.
- Implementar programas de incentivos en hospitales y demás instituciones que conforman la red de salud con el fin de motivar mejoras en la atención.

5.1.2 Rol de la comunicación en la construcción de una cultura de cuidado

Para identificar el rol de la comunicación en la construcción de la cultura de cuidado también se recurrió a la entrevista a profundidad con la jefa de la Oficina de Comunicaciones. Entre los temas que se comunican dentro del hospital se encuentran los deberes y derechos de los pacientes. Si bien estos no mencionan nada sobre el buen trato, sí incluyen algunos derechos sobre la información que se le debe dar al paciente, los cuales se mencionaron en la sección previa. Además de esto, no se comunica ningún tipo de lineamientos sobre cómo tratar a los pacientes. La entrevistada afirmó que esto se debe a que tales lineamientos no existen; sin embargo, mediante talleres se busca inculcar el buen trato. Estos talleres no están a cargo de la Oficina de Comunicaciones, sino de la Oficina de Gestión de la Calidad. Esta última comunica el buen trato directamente en las reuniones y talleres que organiza. La Oficina de Comunicaciones está de acuerdo en la forma como se busca inculcar el buen trato al paciente, pues considera que este tipo de cuestiones es mejor comunicarlas directamente para no ofender las sensibilidades del personal de salud.

A pesar de que la Oficina de Comunicaciones no se encarga de difundir cuestiones relacionadas al buen trato al paciente, suele trabajar en conjunto con la Oficina de Gestión de la Calidad para atender las quejas de algunos usuarios. Además, durante la entrevista, la jefa de comunicaciones expresó que es consciente del malestar y los problemas que sufre el paciente, y lo importante que es ponerse en su lugar para poder brindarle alivio.

Para complementar la información recopilada en esta sección y debido a lo mencionado en la entrevista, se entrevistó también al jefe de Gestión de la Calidad. A diferencia de la jefa de comunicaciones, este afirmó que sí existen lineamientos y un protocolo sobre cómo relacionarse con los pacientes, pero esto no se difunde entre

los médicos. Asimismo, confirmó que existe una persona en su oficina que se encuentra a cargo de desarrollar talleres de humanización y buen trato. El detalle está en que, si bien se hacen talleres cada año, no son para todo el personal, sino para los que presentan más incidentes de maltrato y los que tienen más contacto con pacientes. Debido a la cantidad de personal de salud con la que cuenta el hospital, no se puede organizar un taller que incluya a todos. Además, el entrevistado afirmó que no hay un mecanismo para evaluar si se aplica lo difundido en el taller.

5.1.3 Percepciones del equipo de gestión

El equipo de gestión está conformado por el director del Hospital San Bartolomé, el subdirector y los jefes de departamento. Debido a que algunos de los departamentos no están ligados directamente a la atención al paciente, se optó por entrevistar a los jefes de departamentos que cumplen un rol meramente asistencial. Estos son nueve: Apoyo al tratamiento, Enfermería, Odonto-estomatología, Ayuda al diagnóstico, Gineco-obstetricia, Emergencia y cuidados críticos, Cirugía pediátrica, Pediatría, y Anestesiología y centro quirúrgico. Además de entrevistar a los jefes de estos departamentos, se entrevistó al subdirector del hospital. En este sentido, es importante aclarar que no se pudo realizar una entrevista al director, pues este se encontraba de viaje durante el período en el que se hizo la investigación de campo.

Respecto a los temas que se comunican dentro del hospital, los diez entrevistados coincidieron en que se comunican cuestiones administrativas de parte de la dirección del hospital. Estas incluyen anuncios o decisiones de la dirección, solicitudes o requerimientos de alguna índole, respuestas a requerimientos o trámites, y normas o regulaciones que establece el Ministerio de Salud o la misma dirección del Hospital San Bartolomé. Asimismo, siete de los diez entrevistados resaltaron que uno de los temas que más se comunica está relacionado a informes, resultados, indicadores y sus respectivas recomendaciones. Estos pueden ser sobre la situación de algún paciente y también incluyen los indicadores sobre las quejas y reclamos de los pacientes. Un tercer tema que mencionaron más de la mitad de entrevistados fue lo relacionado a alertas epidemiológicas, problemas que se suscitan y eventos adversos. Estos últimos incluyen los casos de maltrato que puedan darse durante la atención al paciente. Además, en menor medida, se hizo mención de algunos otros temas como reuniones que se programan; beneficios y remuneraciones para el personal; faltas, tardanzas y feriados; rotaciones de residentes; disponibilidad de camas, medicamentos e insumos; y actividades o eventos que el hospital organiza.

Por otro lado, cuando se les preguntó cuáles de estos temas consideraban que eran de mayor interés para los médicos y enfermeras, tres de ellos mencionaron cuestiones relacionadas al buen trato al paciente. La jefa del Departamento de Enfermería afirmó que su interés principal es conocer sobre eventos adversos para

poder socializarlos con el personal de enfermería y que no se vuelvan a suscitar estos incidentes. Del mismo modo, el jefe del Departamento de Pediatría expresó que su interés se enfoca principalmente en conocer todo lo vinculado a la atención al paciente para mejorar en este aspecto. Finalmente, el subdirector afirmó que el tema de mayor interés para los médicos son los informes y resultados para conocer su performance y mejorar su desempeño. Como se mencionó anteriormente, buena parte de estos informes y resultados están relacionados a los indicadores de quejas y reclamos de los usuarios del servicio de salud.

En lo relacionado a los lineamientos sobre cómo tratar a los pacientes, un primer punto sobre el que se cuestionó a los entrevistados fue la existencia de estos. Seis de los diez entrevistados afirmaron que no existen lineamientos estipulados sobre el trato al paciente. La mayoría de estos argumentó que esa es una cuestión que depende de la formación profesional y la personalidad de cada médico o enfermera. Sin embargo, el jefe del Departamento de Pediatría sostuvo que, a pesar de no estar plasmado en ninguna política, el buen trato es inherente a la institución. Por otro lado, otros dos entrevistados, entre ellos el subdirector, afirmaron que sí existen lineamientos, pero estos no se desarrollan de manera detallada. Estos lineamientos a los que se refirieron esos dos entrevistados fueron la política del Ministerio de Salud sobre *Atender con calidad y calidez* y la Ley general de salud en la que se hace mención del buen trato. Los últimos dos jefes entrevistados afirmaron que los derechos de los pacientes funcionan de alguna forma como lineamientos que guían el buen trato que el personal de salud debe dar al paciente.

A pesar de que no todos coincidieron en la existencia de lineamientos sobre trato al paciente, ocho de ellos coincidieron en que se han organizado talleres y capacitaciones sobre buen trato y humanización. Asimismo, siete de los diez entrevistados mencionaron las reuniones y conversaciones cara a cara como otras formas de promover el buen trato. Cabe hacer la aclaración que, a diferencia de los talleres, estas reuniones no tienen como tema central el buen trato al paciente; sino que la Oficina de Gestión de la Calidad aprovecha estos espacios para incidir sobre la importancia del buen trato y la comunicación con el paciente, sobre todo si en la reunión se discuten eventos adversos. Dentro de las siete personas que mencionaron las reuniones como mecanismos para promover el buen trato, se encuentra la jefa del Departamento de Enfermería. En este departamento, la jefa y las supervisoras reiteran constantemente en sus reuniones semanales la importancia de llamar al paciente por su nombre, no solo por una cuestión de seguridad, sino también para generar confianza con este y que se dé un trato más humano. Finalmente, se mencionaron los procesos de inducción, el manual de derechos del paciente y los informes y recomendaciones sobre quejas, reclamos y satisfacción del usuario como otros mecanismos para inculcar el buen trato hacia el paciente.

Otro de los atributos que se buscó evaluar en las entrevistas fue la percepción de los jefes sobre las expectativas y necesidades que tienen los pacientes. Fueron siete

los entrevistados que mencionaron como principal expectativa del usuario el hecho de que se resuelva su problema de salud. El buen trato y la atención afectuosa fueron mencionados por nueve jefes de departamento, pero la mayoría sostuvo que esta era una expectativa que venía después de resolver su problema de salud. Fueron solo cuatro los entrevistados que consideraron el ser informado sobre todo lo que acontece como una expectativa y necesidad del paciente. Por último, solo un jefe de departamento consideró el ser atendido por personal capacitado como una expectativa del usuario.

Asimismo, se buscó identificar en los entrevistados los componentes de la cultura de cuidado que pueden influir en la atención al paciente. En este punto es importante mencionar que más de la mitad de los jefes de departamento mencionaron *Atender con calidad y calidez* durante las entrevistas. Esta es una política del Ministerio de Salud que, si bien no está desarrollada extensamente, transmite la idea del buen trato al paciente. Además, cuatro de los diez entrevistados demostraron ser conscientes de la angustia y malestar que representa la enfermedad para el paciente, y la disposición que tienen como personal de salud para ayudarlo y aliviarlo. Otros dos entrevistados demostraron conocer la importancia de la buena comunicación con el paciente y de adaptar la información para hacerla más asequible a su entendimiento. Del mismo modo, también fueron dos los jefes de departamento que mencionaron como importante el hecho de darle confianza al paciente para que se sienta tranquilo y seguro. También la jefa del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos mencionó lo importante que es ponerse en el lugar del paciente y tratarlo como le gustaría ser tratado. Finalmente, en el caso de la jefa del Departamento de Enfermería, esta mostró preocupación por siempre tratar al paciente por su nombre para darle un trato más humano; conversar sobre los incidentes de maltrato para evitar que se repitan; y ser conscientes del temor que siente el paciente por no saber si lo tratarán bien.

En cuanto a las falencias en relación al buen trato al paciente que se pudieron identificar durante las entrevistas, estas fueron dos. En primer lugar, cuatro de los diez jefes de departamento afirmaron que la mayoría de los casos de maltrato que se dan en el Hospital San Bartolomé son por la mala información que se da al paciente, pues algunas veces la comunicación con este es parcial o nula. En segundo lugar, el jefe del Departamento de Gineco-obstetricia sostuvo que la mayoría de sus colegas asume que saben todo lo relacionado a calidad y buen trato al paciente, pero esto no se correlaciona con los índices de quejas y reclamos sobre maltrato.

5.1.4 Percepciones del personal de salud

Para el análisis de las percepciones del personal de salud, se tomó en cuenta tanto a médicos como enfermeras. Una primera variable de análisis fue la cantidad de información que estos reciben. Un 56% de los médicos considera que la información que recibe por parte del hospital es *insuficiente*, seguido de un 37,6% que considera que la cantidad de información es *suficiente*. El 6,4% restante se mantuvo entre las opciones de *bastante* y *nula*. En cuanto a las enfermeras, estas siguen una tendencia similar. El 53,1% considera que la información que recibe es *insuficiente* y un 40,6% que es *suficiente*. Esta información se complementó con la valoración que hace el personal de salud sobre la utilidad de la información que reciben. Un 71,2% de médicos considera que la información que recibe es *útil*; mientras que un 14,4%, 12% y 2,4% la consideran *poco útil*, *muy útil* y *nada útil*, respectivamente. En el caso de las enfermeras, nuevamente se repite la misma tendencia. Un 67,5% considera la información que le da el hospital como *útil*; seguido de un 16,9%, 13,7% y 1,9% que la considera *poco útil*, *muy útil* y *nada útil*, respectivamente.

Una segunda variable de análisis fueron los canales de comunicación por los que suelen recibir información. En este caso solo se hizo una pregunta al respecto que incluía como opciones todos los canales que tiene el hospital para comunicarse con el personal sanitario, mencionados en la entrevista con la jefa de la Oficina de Comunicaciones. En el caso de los médicos, los tres canales por los que reciben más información son documentos impresos, murales y correo electrónico, con 33,9%, 28,7% y 21,3%, respectivamente. La página web del hospital, el circuito cerrado y el Facebook institucional representan el 16,1% restante. El panorama en el caso de las enfermeras varía un poco. Los documentos impresos y los murales también son los principales canales por los que reciben información, con un 40,5% y 24,8%, respectivamente. Sin embargo, en este caso el tercer medio por el que más se recibe información es la página web del hospital, que representa un 18%. La página de Facebook institucional (7,2%), el circuito cerrado (6,8%) y el correo electrónico (2,7%) son los canales que menor llegada tienen con las enfermeras.

En cuanto a los temas que se les suele comunicar a los médicos, la lista la encabezan los anuncios del director, con 28,4%; las medidas de bioseguridad, con 25%; y las capacitaciones, con 24,5%. En cuarto lugar se encuentra el trato al paciente, que representa un 12,5%, seguido de cómo dar información adecuada al usuario del servicio de salud, que alcanza un 5,3%. Asimismo, se les dio la alternativa de marcar la opción otros, que alcanzó un 4,3%. Dentro de esta última alternativa se mencionaron eventos, normas, asistencias y roles de trabajo, auditorías, publicidad, y seguridad, emergencias y desastres. En el caso de las enfermeras, los resultados varían. El principal tema sobre el que reciben información son las medidas de bioseguridad, que representan 32,3%. A continuación le siguen las capacitaciones (23,6%), los anuncios del director o equipo de gestión (19,7%) y el trato al paciente (15,4%). En este caso, la categoría otros solo representa un 2,8%.

En lo relacionado a la cultura de cuidado, se buscó analizar el apoyo emocional del médico hacia el paciente. En primer lugar, se les preguntó si conocían el nombre de sus pacientes. Entre las alternativas se encontraban *de todos*, *de la mayoría*, *de algunos* y *de ninguno*. En este sentido, el 83,2% de los médicos asegura que conoce el nombre de todos sus pacientes; mientras un 13,6% conoce el nombre de la mayoría de ellos. Las enfermeras mostraron índices similares, pues el 78,8% afirmó que conoce el nombre de todos sus pacientes y el 18,1% que conoce el nombre de la mayoría.

En segundo lugar, se les preguntó si piensan que el médico o enfermera debería conversar con el paciente sobre temas ajenos a la enfermedad o el tratamiento. En el caso de los médicos, la mayoría (56%) considera que esto puede darse a veces. Un 24% considera que siempre se debería hablar con el paciente sobre otros temas; un 11,2%, que rara vez debería hacerse; y un 8,8% que nunca debería. En el caso de las enfermeras, la tendencia no es tan marcada como en los médicos. El 38,8% cree que las enfermeras deben hablar solo a veces con el paciente sobre otros temas; seguido de un 27,5% que considera que siempre debería darse esto. Finalmente, el 20% y 13,8% creen que rara vez deberían conversar sobre otros temas con el paciente y que nunca deberían hacerlo, respectivamente.

En tercer lugar, para complementar la pregunta anterior, se les preguntó con quién consideran que debería conversar el paciente sobre cómo lo afecta emocionalmente la enfermedad. En el caso de los médicos, las opciones más votadas fueron psicólogos (38,4%) y médicos (31%). Solo un 13,6% y un 12,4% de médicos consideran que los pacientes deberían conversar sobre el impacto emocional de su enfermedad con la enfermera o con sus familiares, respectivamente. En este caso también se colocó la opción *otros*, pero solo alcanzó un 4,6%. En cuanto a las respuestas de las enfermeras, estas consideran que el paciente debería conversar sobre este tema con el psicólogo (40,6%), la enfermera (23,3%) o el médico (19,9%). Los familiares (14,7%) y la categoría *otros* (1,5%) no se ven como opciones importantes.

Finalmente, una última variable de análisis fue la comunicación verbal del médico hacia el paciente, que implica la información que se le da a este último. Una primera pregunta sobre este aspecto cuestionaba al personal de salud si le explican al paciente la enfermedad que padece y el tratamiento que le corresponde. Un 78,4% de los médicos siempre lo hace y un 19,2% lo hace a veces. En cuanto a las enfermeras, sus respuestas son muy distintas. El 42,5% de enfermeras a veces da esta información al paciente y un 37,5% lo hace siempre. El 20% restante se divide en partes iguales entre las opciones *rara vez* y *nunca*. Una segunda pregunta sobre la información que da el médico al paciente está relacionada a si el médico o enfermera considera que los pacientes entienden lo que se les explica. En el caso de los médicos, un 60,8% cree que solo a veces son entendidos por los pacientes, seguidos de un 35,2% que considera que siempre los entienden. Mientras que el 68,8% de enfermeras considera que los pacientes solo las entienden a veces. Son menos las que consideran que siempre las entienden (16,6%), rara vez lo hacen (8,1%) o nunca lo hacen (6,9%).

5.2 Hospital Regional del Cusco

El trabajo de campo para la recolección de datos se realizó entre el 23 de julio y el 10 de agosto del 2018. Al igual que en la sección anterior, los resultados se presentarán de acuerdo con los primeros tres objetivos específicos de la investigación.

5.2.1 Capacidades de comunicación interna en el Hospital San Bartolomé

Las capacidades de comunicación interna se identificaron a partir de una entrevista a profundidad al jefe de la Oficina de Comunicaciones e Imagen Institucional. Esta área está a cargo de la comunicación interna y externa de esta institución y está conformada por dos personas. Una de ellas está a cargo exclusivamente de dar información en una ventanilla de informes tanto al público externo como interno, pero principalmente a este último. Mientras que la otra persona, quien es el jefe de la oficina y el entrevistado, asume todas las demás funciones del área.

En cuanto a la comunicación con el personal de salud, la institución cuenta con cinco canales de comunicación: página de Facebook, página web del hospital, perifoneo, avisos y comunicados en las zonas más transitadas de la institución y un grupo de Whatsapp. Este último no incluye a todos los médicos ni enfermeras del hospital, sino solo a los médicos que atienden en consultorios externos; es decir, a aquellos que hacen consultas ambulatorias a los pacientes. De entre el total de canales a disposición de la Oficina de Comunicaciones e Imagen Institucional, los canales por los que se difunde la mayor cantidad de información, según el jefe de la oficina, son la página de Facebook y el grupo de Whatsapp. El área no maneja memorándums debido a que estos deben pasar por una aprobación de la dirección y, por la carga administrativa, llegarían al personal en un mínimo de cinco días.

En cuanto a los temas que se comunican, en el día a día suelen recurrir al perifoneo para el llamado del personal de salud o el personal de limpieza. Sin embargo, también se difunden actividades sociales, científicas, culturales y deportivas dirigidas al personal sanitario de la institución a través de los otros canales de comunicación. Para difundir una de estas actividades, el servicio u oficina que la organiza y promociona debe pedirle al área de comunicaciones que la difunda, a menos que esta actividad sea masiva y la dirección solicite su difusión directamente. Por lo tanto, la periodicidad de la comunicación con el personal de salud depende en gran medida de la coordinación con otras áreas o servicios y de las actividades que se realicen. Es decir, no hay una frecuencia establecida para los comunicados o anuncios que se emiten.

En lo que respecta a la existencia de un plan de comunicación interna, el Hospital Regional del Cusco carece de uno. Tampoco se ha realizado ningún estudio o auditoría relacionados a la comunicación en la institución. El entrevistado señaló que les es imposible trazar estrategias, armar un plan de comunicaciones o hacer un

diagnóstico de la comunicación debido a la limitación que representa la falta de personal en el área. De hecho, el jefe de la Oficina de Comunicaciones e Imagen Institucional reconoce que la comunicación en la institución responde a las necesidades del día a día; es decir, es reactiva.

Por otro lado, la valoración que el entrevistado hizo de la comunicación interna en el hospital fue de *No muy buena*. Además de lo expuesto en el párrafo previo, está la falta de coordinación con las demás áreas para la adecuada difusión de información y el casi nulo uso que hace el personal sanitario del módulo de informes.

Finalmente, en lo que respecta a la normativa vigente, todos los documentos revisados para el caso del Hospital San Bartolomé también aplican al Hospital Regional del Cusco. Al ser ambas instituciones pertenecientes al Ministerio de Salud, las Resoluciones Ministeriales N° 302-2015/Minsa, N° 502-2016/Minsa, N° 727-2009/Minsa, 519-2006/MINSA y la Ley N° 29414 aplican para ambas. Si bien el Hospital Regional del Cusco tiene implementada una Plataforma de Atención al Usuario (PAU), esta fue implementada a partir de la Resolución Ministerial N° 727-2009/Minsa y no a través de una resolución administrativa. Por lo tanto, en la revisión documental no se encontró ningún documento o resolución propios de este hospital que mencione aspectos relacionados a la cultura de cuidado.

5.2.2 Rol de la comunicación en la construcción de una cultura de cuidado

La entrevista con el jefe de la Oficina de Comunicaciones e Imagen Institucional también permitió identificar el rol de la comunicación en la construcción de la cultura de cuidado. El entrevistado señaló que no se comunican lineamientos de trato al paciente; pues no existen documentos, manuales ni protocolos respecto a este tema. Sin embargo, sí se ha ayudado a difundir eventos sobre los derechos y deberes de los pacientes. Estos son organizados por la Oficina de Gestión de la Calidad, y la Oficina de Comunicaciones colabora difundiendo a través de los canales digitales que tiene la institución y de comunicados en zonas de gran afluencia por el personal sanitario.

Al igual que en el caso del Hospital San Bartolomé, a pesar de que la Oficina de Comunicaciones no se encarga de difundir cuestiones relacionadas al buen trato al paciente, ha colaborado con la Oficina de Gestión de la Calidad para la implementación de la Plataforma de Atención al Usuario (PAU). Asimismo, el jefe de comunicaciones mostró gran interés por que los pacientes se encuentren bien informados. De hecho, se mencionó la próxima implementación de la información bilingüe al paciente, en quechua y español, a fin de que esta llegue por igual a todos los pacientes. Del mismo modo, hizo hincapié en la importancia de que las personas encargadas de la comunicación sean quechua hablantes, pues aproximadamente el 70% de pacientes que reciben, tiene esta lengua materna.

Para complementar lo expuesto por el jefe de comunicaciones del Hospital Regional, se realizó una entrevista a la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad. La entrevistada coincidió en el hecho de que no existe una guía o protocolo de cómo debe relacionarse el personal de salud con los pacientes. Asimismo, indicó que desde su oficina, la información que se le da al personal sanitario puede clasificarse en tres categorías: seguridad del paciente, auditorías y Plataforma de Atención al Usuario. En esta última se incluyen quejas y reclamos que fueron presentados en la PAU y que se difunden a fin de evitar que se repitan. Esto incluye la difusión de los derechos de los pacientes a través de trípticos, reuniones o talleres. La periodicidad de la comunicación sobre este tema es, aproximadamente, trimestral. Sin embargo, la entrevistada también señaló que la comunicación no es óptima, pues no es oportuna y demora en llegar al personal de salud.

5.2.3 Percepciones del equipo de gestión

En el Hospital Regional del Cusco, la mesa directiva está conformada por el director del hospital, el subdirector y los jefes de departamento. En total, se realizaron entrevistas a nueve miembros de la mesa directiva, entre los que se encuentra el director y ocho jefes de los siguientes departamentos asistenciales: Apoyo al Tratamiento, Anestesiología, Odonto-estomatología, Medicina Física y Rehabilitación, Gineco-obstetricia, Medicina y Emergencia, Cirugía, y Enfermería. En lo que respecta a los temas que se comunican dentro del hospital, no hubo un consenso entre todos los entrevistados respecto a un tema en particular. De hecho, buena parte de ellos mencionaron temas que conciernen particularmente al departamento que tienen a su cargo. Por ejemplo, niveles de abastecimiento de medicamentos y certificados de recién nacidos, en el caso de Apoyo al Tratamiento; inversiones y adquisiciones, en Medicina Física y Rehabilitación; disponibilidad de camas, en Enfermería; etc. Estos temas, junto con la información sobre nuevas directivas y nuevos procedimientos, pueden incluirse dentro de la categoría de cuestiones administrativas. Sin embargo, fueron seis de los nueve entrevistados los que hicieron mención de dicho tema. En segundo lugar, un tema que mencionaron cuatro de los entrevistados fue el de casos e incidencias. Cabe hacer la aclaración de que esto hace referencia a los casos clínicos, más que a incidentes relacionados al trato al paciente. Por último, un tercio de los entrevistados mencionó que recibe información sobre alertas epidemiológicas o sanitarias y sobre actividades o reuniones que se realizarán en el hospital.

Respecto a los lineamientos sobre trato al paciente, siete de los nueve entrevistados coincidió en que no existen lineamientos o protocolos a nivel institucional sobre cómo relacionarse con el paciente. Los otros dos entrevistados mencionaron los derechos de los pacientes, haciendo referencia a ellos como un código de ética que guía la atención. Asimismo, el jefe de Gineco-obstetricia señaló

que este aspecto es parte de la formación deontológica del médico y que, a pesar de no existir dichos lineamientos, ellos están formados para dar un buen trato.

No obstante, a pesar de que la gran mayoría coincidió en que no existe un protocolo de trato al paciente, siete de los nueve entrevistados indicó que se han dado capacitaciones y cursos sobre este tema, y otro de ellos indicó que se hicieron charlas sobre derechos de los pacientes. Estas capacitaciones son impulsadas por la Oficina de Gestión de la Calidad y se dan aproximadamente cada semestre, según el jefe de Apoyo al Tratamiento. Sin embargo, es importante resaltar que dos de los entrevistados indicaron que no muchas personas asisten a dichos talleres de buen trato al paciente debido a la gran afluencia de pacientes que tiene el Hospital Regional del Cusco. Además, existen especialidades, como cirugía y anestesiología, que no tienen mucho tiempo libre fuera de sala de operaciones, por lo que no pueden asistir a los talleres. Asimismo, uno de los entrevistados mencionó que el departamento de Psicología y Salud Ocupacional ha impulsado talleres de relaciones interpersonales y fidelización del paciente, y otro indicó que se ha difundido información a través de murales y oficios, sobre todo en relación a los derechos de los pacientes. Por su parte, tanto la jefa de Enfermería como el jefe de Anestesiología indicaron que ellos mismos promueven el buen trato al paciente dentro de sus servicios. Por ejemplo, este último señaló que lo hace a través del ejemplo en sala de operaciones y que los médicos, al ver esto, se sienten orgullosos de poder seguir su ejemplo y hacer lo mismo con sus pacientes. Finalmente, los nueve entrevistados tuvieron un consenso respecto al hecho de que no existe ningún sistema de medición para evaluar el buen trato que tiene, o no, el personal sanitario con los pacientes.

En lo relacionado a la percepción que tienen los miembros de la mesa directiva sobre las expectativas y necesidades de los pacientes, fueron cinco los entrevistados que mencionaron como principal expectativa del usuario el buen trato y la atención amigable. Resolver su problema de salud y recibir información clara y adecuada fueron mencionados por cuatro de los nueve entrevistados. Al respecto, es necesario mencionar que la información clara y adecuada en el caso particular de este hospital incluye que el paciente quechua hablante espera ser atendido y recibir información en su idioma. Por último, la rapidez en la atención, ser escuchados y una buena infraestructura fueron expectativas y necesidades mencionadas por uno o dos entrevistados.

También se cuestionó a los miembros de la mesa directiva sobre los componentes que consideran importantes para dar un buen trato al paciente. Cuatro de los diez entrevistados señalaron que escuchar al paciente, dialogar con él sobre cómo se siente, darle información de manera entendible y, en general, generar confianza en él es fundamental. Al respecto, el jefe del departamento de cirugía mencionó que la relación médico-paciente se basa en la confianza, y esta tiene un impacto en el tratamiento y evolución del paciente. En sus propias palabras, “[la confianza] nos va a permitir que el tratamiento sea adecuado, la evolución sea oportuna, sea buena, y el

control también va a llevar a la autosatisfacción del paciente”. Asimismo, tres jefes de departamento demostraron conocer la importancia de ponerse en el lugar del paciente y tratarlo como les gustaría ser tratados. Incluso uno de los entrevistados indicó que el buen trato debe ser visto como parte del tratamiento, pues ayuda a aliviar el malestar del paciente.

Finalmente, a partir de las entrevistas a los directivos del Hospital Regional del Cusco, se pudo identificar la percepción que tiene el personal de salud sobre la situación de la institución respecto al buen trato al paciente. Según la jefa del Departamento de Odonto estomatología, la institución está más enfocada en cuánto producen los médicos; es decir, en el número de pacientes que atienden. Esto ocasiona que se pierda de vista el aspecto cualitativo de la atención, por lo que no reciben nunca una valoración sobre la atención y el trato que tienen con el paciente. Asimismo, dos de los entrevistados indicaron que la cantidad de pacientes que deben atender sumada a la escasez de personal son factores que contribuyen a que no se dé un trato adecuado al paciente. Al haber tantos pacientes en cola, los médicos buscan atenderlos lo más rápido posible, a veces sin ni siquiera saludar al paciente o dialogar con él. Por último, el director del hospital señaló que hace falta fortalecer la identificación del personal con la institución, pues los médicos, en un afán de generar mayores ingresos, atienden lo más rápido posible a los pacientes para irse a trabajar a clínicas privadas. Sin embargo, el director también indicó que antes de enfocarse en la atención al paciente, es primordial mejorar la infraestructura y el personal del hospital. En su opinión, la comunicación no es tan útil en este aspecto y prefiere enfocar su gestión en solucionar los problemas *al rojo vivo*.

5.2.4 Percepciones del personal de salud

Para identificar las percepciones del personal de salud, se aplicó una encuesta a una muestra representativa de médicos y enfermeras del Hospital Regional del Cusco. La primera variable evaluada fue la cantidad de información que estos reciben. Un 74% de los médicos considera que la información que reciben por parte del hospital es *insuficiente*, seguido de un 23% que considera que la cantidad de información es *suficiente*. El 3% restante se mantuvo entre las opciones de *bastante* y *nula*. En cuanto a las enfermeras, estas siguen una tendencia similar. El 80,8% considera que la información que recibe es *insuficiente* y un 16,6%, que es *suficiente*. Esta información se complementó con la valoración que hace el personal de salud sobre la utilidad de la información que reciben. Un 57,5% de médicos considera que la información que recibe es *útil*; mientras que un 31,9%, 8% y 2,7% la consideran *poco útil*, *muy útil* y *nada útil*, respectivamente. En el caso de las enfermeras, nuevamente se repite la misma tendencia. Un 51,5% considera la información que le da el hospital como *útil*; seguido de un 42,3%, 4,6% y 1,5% que la considera *poco útil*, *muy útil* y *nada útil*, respectivamente.

Una segunda variable de análisis fueron los canales de comunicación por los que suelen recibir información. Las opciones de respuesta a la pregunta incluían a todos los canales que tiene el hospital para comunicarse con el personal sanitario, mencionados en la entrevista con el jefe de la Oficina de Comunicaciones e Imagen Institucional. En el caso de los médicos, los tres canales por los que reciben más información son documentos impresos o memorándums, anuncios en zonas de alta afluencia de personal y Whatsapp, con 29,2%, 24,3% y 24,3%, respectivamente. El correo electrónico, la página de Facebook institucional y la página web del hospital representan el 22,2% restante. El panorama en el caso de las enfermeras varía un poco. En su caso, los anuncios en las zonas de gran afluencia de personal son el principal canal por el que reciben información, con un 36,5%, seguido de Whatsapp y documentos impresos o memorándums, con 28% y 22,9%, respectivamente. La página de Facebook institucional (5,5%), la página Facebook del hospital (5,5%) y el correo electrónico (1,5%) son los canales que menor llegada tienen con las enfermeras.

En cuanto a los temas que se les suele comunicar a los médicos, la lista la encabezan las medidas de bioseguridad, con 29,9%; los anuncios del director o la mesa directiva, con 25%; y las capacitaciones, con 19,6%. En cuarto lugar se ubican otros temas, que representa un 17,4%, y que incluyen campañas de salud, festividades, anuncios del cuerpo médico o la Dirección Regional de Salud, e higiene. Seguidamente, se encuentra el trato al paciente y cómo dar información adecuada al usuario del servicio de salud, con un 4,4% y 3,8%, respectivamente. En el caso de las enfermeras, los resultados varían. El principal tema sobre el que reciben información son los anuncios del director o la mesa directiva, que representan 31,7%. A continuación le siguen las capacitaciones (31,3%), las medidas de bioseguridad (19,5%), el trato al paciente (5,4%) y cómo dar información adecuada al paciente (5%). En este caso, la categoría *otros* solo representa 7%.

En lo relacionado a la cultura de cuidado, se buscó evaluar el apoyo emocional al paciente que dan los médicos y enfermeras de la institución. En primer lugar, se les preguntó si conocían el nombre de sus pacientes. Entre las alternativas se encontraban *de todos, de la mayoría, de algunos y de ninguno*. En este sentido, el 67,3% de los médicos asegura que conoce el nombre de todos sus pacientes; mientras un 24,8% conoce el nombre de la mayoría de ellos. Las enfermeras mostraron índices similares, pues el 70,8% afirmó que conoce el nombre de todos sus pacientes y el 23,9% que conoce el nombre de la mayoría.

En segundo lugar, se les preguntó si piensan que el médico o enfermera debería conversar con el paciente sobre temas ajenos a la enfermedad o el tratamiento. En el caso de los médicos, la mayoría (45,1%) considera que esto puede darse a veces. Un 32,7% considera que siempre se debería hablar con el paciente sobre otros temas; un 15,9%, que rara vez debería hacerse; y un 6,2% que nunca debería. En el caso de las enfermeras, la tendencia no es tan marcada como en los médicos. El 46,2% cree que las enfermeras deben hablar solo a veces con el paciente sobre otros temas; seguido

de un 30,8% que considera que rara vez debería darse esto. Finalmente, el 16,9% y 6,1% creen que siempre deberían conversar sobre otros temas con el paciente y que nunca deberían hacerlo, respectivamente.

En tercer lugar, para complementar la pregunta anterior, se les preguntó con quién consideran que debería conversar el paciente sobre cómo lo afecta emocionalmente la enfermedad. En el caso de los médicos, las opciones más votadas fueron psicólogos (38,4%) y médicos (32,7%). Solo un 15,6% y un 12,3% de médicos consideran que los pacientes deberían conversar sobre el impacto emocional de su enfermedad con sus familiares y con las enfermeras, respectivamente. En este caso también se colocó la opción *otros*, pero solo alcanzó un 1%. En cuanto a las respuestas de las enfermeras, estas consideran que el paciente debería conversar sobre este tema con el psicólogo (36,8%), la enfermera (27,3%) o los familiares (18,4%). El médico, con 17,4%, no es visto como una opción importante por este grupo asistencial.

Finalmente, una última variable de análisis fue la información que se le da a los pacientes. Una primera pregunta sobre este aspecto buscó determinar si el personal de salud explica al paciente la enfermedad que padece y el tratamiento que le corresponde. Un 64,6% de los médicos siempre lo hace y un 34,5% lo hace a veces. En cuanto a las enfermeras, el 52,3% de enfermeras a veces da esta información al paciente y un 22,3% lo hace siempre. Una proporción equivalente señala que rara vez lo hace. Una segunda pregunta sobre la información que da el médico al paciente está relacionada a si el médico o enfermera considera que los pacientes entienden lo que se les explica. En el caso de los médicos, un 59,3% cree que solo a veces son entendidos por los pacientes, seguido de un 30,1% que considera que siempre los entienden: mientras que el 57,7% de enfermeras considera que los pacientes solo las entienden a veces, y un 22,3% considera que nunca son entendidas por los pacientes. Son menos las que consideran que siempre las entienden (13,1%) o rara vez lo hacen (6,9%).

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo analizar cuál es el rol de la comunicación interna en la construcción de una cultura orientada al cuidado del paciente en el Hospital Regional del Cusco y el Hospital San Bartolomé de Lima. Los hallazgos en esta última institución demuestran que el hospital cuenta, hasta cierto punto, con una adecuada gestión de la comunicación, pues se toma en cuenta la segmentación de los mensajes y hay una planificación detrás de la difusión de estos. Asimismo, las capacidades de comunicación en cuanto a capital humano y número de canales son adecuadas. La Oficina de Comunicaciones está conformada por quince personas y, si bien también se encargan de la comunicación externa, son suficientes para lograr un buen manejo de la comunicación interna. Sin embargo, la situación del Hospital Regional del Cusco en lo que respecta a las capacidades de comunicación es totalmente distinta. Solo hay una persona que está a cargo de la comunicación interna y externa; quien tiene a su cargo y asume todas las funciones de hasta tres áreas englobadas dentro de la Oficina de Comunicaciones e Imagen Institucional, según el MOF: Área de protocolos, área de relaciones públicas y área de informes. La falta de personal es una primera limitación que no permite que se pueda realizar un diagnóstico ni una planificación estratégica de la comunicación. Además, sin un plan y al limitarse solo a responder a las necesidades del día a día, es imposible que la Oficina de Comunicaciones pueda solicitar presupuesto a la institución, lo que se configura como una segunda limitación para el área.

Por otro lado, en lo que respecta al uso de los canales de comunicación, en el Hospital San Bartolomé hubo una incongruencia entre lo señalado en la entrevista con la encargada de comunicaciones y los resultados de las encuestas al personal de salud. Según la jefa de la Oficina de Comunicaciones, el circuito cerrado y Facebook son los canales por los que se difunde más información para el personal sanitario; sin embargo, los médicos consideran que los principales canales son documentos impresos, murales y correo electrónico. Del mismo modo, las enfermeras consideran que los canales por los que reciben más información son documentos impresos, murales y la página web institucional. Incluso si no se toma en cuenta los documentos impresos, considerando que la mayoría de estos los emite la dirección, aún hay una inconsistencia. Tanto en el caso de los médicos como de las enfermeras, el circuito cerrado y Facebook mostraron los índices más bajos de respuesta. Esto podría implicar que, si la Oficina de Comunicaciones difunde información importante por los que considera como los principales canales, dicha información no llegue realmente al personal de salud. Esto podría explicar, en parte, que el 56% de médicos y el 53,1% de enfermeras consideren que la información que reciben es insuficiente. En el caso del Hospital Regional del Cusco, el panorama es incluso más crítico. Un 74% de los médicos y un 80,8% de enfermeras consideran que la información que reciben por parte del hospital es insuficiente. Según el jefe de comunicaciones, los

canales por los que se difunde más información son la página de Facebook y Whatsapp; mientras que en las encuestas tanto médicos como enfermeras señalaron la página de Facebook como uno de los canales por los que reciben menos información. En el caso de Whatsapp, este canal sí se encuentra entre los principales medios por los que recibe información el personal sanitario; no obstante, cabe hacer la aclaración de que el único grupo de Whatsapp oficial tiene como miembros solo a los médicos que atienden en consultorios externos.

Según las entrevistas al equipo de gestión y las encuestas al personal de salud, en ambos hospitales los principales temas que se comunican son cuestiones administrativas, como anuncios, normas o requerimientos de la dirección; informes o indicadores; medidas de bioseguridad; capacitaciones; y alertas epidemiológicas o problemas que se suscitan. Llama la atención que, tanto en el Hospital San Bartolomé como en el Hospital Regional del Cusco, los médicos y enfermeras consideren el trato al paciente y cómo dar información al paciente como los temas de los que menos reciben información. Como lo señala el jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Regional del Cusco, los médicos aprenden con el tiempo lo que deben hacer y cómo relacionarse con el paciente, pero no reciben esta información por parte de la institución.

Asimismo, la comunicación verbal, entendida como información oportuna al paciente y a la familia, es uno de los componentes de la cultura de cuidado (Bautista Rodríguez et al., 2016). Esto es particularmente importante teniendo en cuenta que, según Bautista Rodríguez et al. (2016), “uno de los problemas fundamentales de los actuales sistemas sanitarios es precisamente la enorme insatisfacción que existe en los pacientes/familiares en las relaciones personales y en los procesos de comunicación con los profesionales sanitarios” (p. 1305). Esta es una tendencia que también fue identificada en las entrevistas con el equipo de gestión y en las encuestas al personal de salud. Algunos de los jefes de departamento del Hospital San Bartolomé reconocieron que el principal problema, en relación al trato al paciente, es la información parcial o nula que se le da al usuario. Del mismo modo, las encuestas muestran que, si bien el 78,4% de médicos de dicho hospital siempre explican la enfermedad y tratamiento a los pacientes, un 60,8% de ellos considera que los pacientes solo a veces entienden lo que se les explica. Mientras que en el Hospital Regional del Cusco, una proporción menor de médicos (64,6%) explica la enfermedad y tratamiento a los pacientes y la mayoría considera que no son entendidos por los pacientes (59,3%). En el caso de esta institución, se suma una variable adicional a tomar en cuenta, pues una gran parte de los pacientes que reciben son quechua hablantes, pero no todos los médicos y enfermeras hablan este idioma. Esto dificulta aún más que la comunicación médico-paciente sea adecuada. Es decir, no se trata solo de comunicar al paciente, sino que es necesario adaptar la información para hacerla más asequible a su entendimiento. Incluso en el caso del Hospital Regional del Cusco, uno de los jefes de departamento entrevistados mencionó que, en su opinión, una de las expectativas de los usuarios es recibir información en su

idioma materno. Por lo tanto, si este es un problema evidente en ambos hospitales, uno de los principales temas que debería tratarse desde la comunicación interna es justamente cómo dar información de manera adecuada al paciente, teniendo en cuenta la perspectiva del cuidado.

En este sentido, vale hacer la aclaración sobre el caso de las enfermeras en los resultados de ambos hospitales. Si bien la mayoría de ellas afirmó que solo a veces dan información al paciente, eso se debe a que las enfermeras no están autorizadas para dar información a los usuarios ni familiares. Como lo señaló el jefe del Departamento de Pediatría del Hospital San Bartolomé, los médicos de guardia, los residentes y las enfermeras no son las personas adecuadas para brindar información sobre la enfermedad y el tratamiento; solo el médico tratante debería hacerlo.

En cuanto a las políticas o lineamientos existentes sobre el buen trato al paciente, la mayoría de los miembros del equipo de gestión de ambos hospitales afirmaron que estos no existen. Sin embargo, algunos de los jefes de departamento entrevistados en el Hospital San Bartolomé mencionaron que sí existen políticas de buen trato, pero que estas hacen mención al respecto y no se desarrollan de manera detallada. Esto pudo comprobarse con la revisión documental de normas y leyes. En la Resolución Ministerial N° 727-2009/Minsa (Ministerio de Salud, 2009), se menciona la dimensión interpersonal de la calidad y que se debe promover el trato digno al paciente. Del mismo modo, la Ley N° 29414 (Diario el Peruano, 2009) hace mención sobre el respeto de la dignidad e intimidad del paciente. Lo mismo sucede con la política de *Atender con calidad y calidez* promovida por el Ministerio de Salud. Ninguna de estas políticas detalla la manera en la que se deben cumplir y no van más allá de una mención.

Otros jefes entrevistados en ambos hospitales mencionaron también los derechos de los pacientes como lineamientos para el buen trato. Es cierto que estos, recogidos por la Ley N° 29414 (Diario el Peruano, 2009), incluyen y fomentan el derecho de los pacientes a la información. Sin embargo, cabe hacer dos aclaraciones. En primer lugar, la adecuada información que se le debe dar al paciente es solo un componente de la cultura de cuidado y, por lo tanto, no podría considerarse a los derechos de los pacientes como una política que fomente el buen trato. En segundo lugar, dichos derechos fueron diseñados para los usuarios de los servicios de salud, no para el personal sanitario. Si bien estos deben conocerlos para no caer en falta, no fueron concebidos para su acceso. De hecho, la Ley N° 29414 establece la importancia de comunicar a los pacientes sobre sus derechos, pero no hace mención de la comunicación de estos a los médicos y enfermeras.

En el caso del Hospital Regional del Cusco, tanto la revisión documental como los resultados de las entrevistas señalan que no existe ningún protocolo o lineamientos de buen trato al paciente, a diferencia del Hospital San Bartolomé, donde sí existe un protocolo de atención. Si bien ninguno de los miembros del equipo de gestión hizo

mención sobre dicho protocolo, en la entrevista con el jefe de la Oficina de Calidad se evidenció la existencia de ese documento; aunque el entrevistado afirmó que este no se ha difundido entre los médicos. Como señalan García Álvarez, Rodríguez López y Suárez Puentes (2006),

La implementación del proceso de calidad a través de la introducción de estándares, controles y protocolos, ya de por sí implica un cambio en la cultura. Pero más importante aún es que los trabajadores le encuentren sentido a ese proceso e incorporen la filosofía de calidad en su rutina diaria [...]. (p. 845)

Este protocolo sobre como relacionarse con el paciente se encuentra en la Directiva Administrativa N° 01-2017-V01 (HONADOMANI San Bartolomé, 2017). Dicho documento resalta el trato cordial, oportuno y humano que debe darse al usuario de los servicios de salud y lo plasma en un protocolo de atención. Ese protocolo recopila varios aspectos de la cultura de cuidado; incluyendo la comunicación no verbal con el paciente, que supone la capacidad de expresar empatía y confianza a través de los gestos, el tono de voz, la expresión corporal y la mirada (Bautista Rodríguez et al., 2016).

Dentro de la Resolución Ministerial N° 727-2009/Minsa, se determina como objetivo desarrollar la cultura de calidad en base a buenas prácticas en la atención de salud. Como estrategia para lograrlo recomienda la “realización de eventos y otros medios presenciales y virtuales para la difusión y capacitación en la implementación de buenas prácticas de atención [...]” (Ministerio de Salud, 2009). Esta estrategia remite, inevitablemente, a pensar en talleres o cursos para fomentar el buen trato al paciente entre el personal sanitario, pero no a otras formas de comunicación o difusión. Probablemente es esta la razón por la que, en el Hospital San Bartolomé y en el Hospital Regional del Cusco, la comunicación no trata estos asuntos, y solo se difunde el buen trato al paciente y la cultura de cuidado a través de talleres organizados, en ambos casos, por la Oficina de Gestión de la Calidad.

Según los comentarios de los jefes de Gestión de la Calidad y de otros jefes de departamento de ambos hospitales, estos talleres se realizan una o dos veces al año y no incluyen a todo el personal. Teniendo esto en cuenta, la comunicación se posiciona como una herramienta útil para, por un lado, reforzar lo difundido en los talleres y, por otro lado, hacer llegar la información a aquellos que no acceden a dichas capacitaciones. Los resultados de la investigación muestran que, en el Hospital San Bartolomé, la comunicación tiene un rol pasivo e informativo. Se comunica sobre normas, requerimientos, campañas, incidentes o indicadores; en palabras de la jefa de comunicaciones, se comunica todo aquello que la institución requiere. Sin embargo, no hay una mirada proactiva de la comunicación, y esta no es vista como un instrumento para cambiar y formar la cultura del personal de salud. Esto demuestra que “no siempre se logra el desarrollo de un enfoque sinérgico para optimizar los

resultados de la labor de comunicación, fundamentalmente en cuanto al fortalecimiento de la identidad y los valores de la organización” (Rodríguez et al., 2006, p. 6). Si bien la Oficina de Comunicaciones colabora con la Oficina de Gestión de la Calidad para dar solución a algunos incidentes que puedan presentarse con los pacientes, esta podría contribuir aún más con la difusión del protocolo de atención estipulado en la DA N° 01-2017-V01. En el caso del Hospital Regional del Cusco, la comunicación también tiene un rol pasivo e informativo, pero además presenta limitaciones adicionales como la falta de personal, un presupuesto limitado y una posición no transversal dentro de la institución. Por lo tanto, resulta imprescindible atender primero estas limitaciones para que la comunicación en este hospital cuente con las capacidades necesarias para adquirir un rol más proactivo en la construcción de una cultura de cuidado al paciente.

Es necesario resaltar que este cambio hacia un rol activo de la comunicación requiere apoyo de los directivos del hospital, pues son ellos quienes determinan las prioridades y designan los recursos de estas instituciones. En el caso del Hospital Regional del Cusco, la situación relegada que tiene el área y las limitaciones que presenta en cuanto a personal y presupuesto son reflejo de aquello que su director considera importante. En la entrevista que se realizó, él indicó que la comunicación no es tan útil y que prefiere enfocarse en mejorar la infraestructura y el personal de la institución. Como señalan Minsal y Pérez Rodríguez (2007), el mantenimiento o refuerzo de una cultura organizacional está determinado por lo que los directivos consideran importante, lo que miden y controlan.

Por otro lado, a través de las entrevistas, se identificó que en ambos hospitales existe una predisposición de los miembros del equipo de gestión y de la mesa directiva a la cultura de cuidado. El buen trato y la atención afectuosa fueron considerados dentro de las principales expectativas y necesidades del paciente por la gran mayoría de entrevistados en ambas instituciones. Asimismo, durante las entrevistas con los directivos se mencionó la política de *Atender con calidad y calidez*; la angustia y malestar que representa la enfermedad para el paciente; y la importancia de darle confianza a este para que se sienta tranquilo y seguro. Según Cachón Rodríguez (2007), un rasgo de la cultura actual de los hospitales es el modelo biomédico, en el que no se considera cómo afecta la enfermedad al paciente; sin embargo, esto no coincide con los resultados hallados en la investigación. Por lo tanto, varios de los directivos del Hospital San Bartolomé y del Hospital Regional del Cusco comprenden, hasta cierto punto, que para el paciente no es suficiente ser bien tratado técnicamente, sino que también quiere estar informado, sentirse seguro y que se ocupen de sus problemas (Molinier, 2015).

Asimismo, es responsabilidad de los líderes comprometerse con el buen trato al paciente como un valor central y promoverlo entre el personal de salud que tienen a su cargo, a fin de ofrecer al usuario una experiencia marcada por el cuidado y la compasión (Sammer et al., 2010). Por ello, también se buscó identificar si el personal

de salud comparte la misma predisposición a la cultura de cuidado. La gran mayoría de médicos (83,2%) y enfermeras (78,8%) en el Hospital San Bartolomé afirmaron que conocen el nombre de todos sus pacientes. Lo mismo sucedió con los médicos (67,3%) y enfermeras (70,8%) del Hospital Regional del Cusco. Del mismo modo, tanto enfermeras como médicos de ambas instituciones se consideran a sí mismos dentro de las personas con las que el paciente debería conversar sobre cómo lo afecta la enfermedad emocionalmente, después del psicólogo. A pesar de que solo la cuarta parte del personal de salud considera que siempre deberían hablar con el paciente sobre temas ajenos a su enfermedad, los resultados son alentadores y demuestran que la predisposición al buen trato al paciente no solo está presente en los líderes, sino también en los subordinados. Cabe hacer la aclaración de que esta predisposición de la que se habla se da en cuanto al componente de apoyo emocional de la cultura de cuidado, propuesto por Bautista Rodríguez et al. (2016).

Ahora bien, se habla de una predisposición del personal de salud a una cultura de cuidado, pero las ideas, valores o tendencias identificadas en el personal de salud durante la investigación fueron heterogéneas. Teniendo en cuenta que la cultura es “un patrón de conducta común, utilizado por los individuos y grupos que integran una organización con personalidad y características propias” (Salazar et al., 2009, p. 69); no puede hablarse de la existencia de una cultura de cuidado como tal en ninguno de los dos hospitales analizados. Sin embargo, es ahí donde entra a tallar la comunicación, pues sin la intervención de esta no sería posible pensar en el desarrollo de un patrón de conducta común (Rodríguez et al., 2006).

6.1 Limitaciones

Los hallazgos de la presente investigación no pueden generalizarse a todos los hospitales del Ministerio de Salud, pues solo esbozan un panorama de la situación actual de la comunicación interna y la cultura de cuidado en dos hospitales. Si bien las normas y documentos son los mismos para cualquier institución hospitalaria, la gestión y resultados de la comunicación interna en cada institución varían según la importancia que le dan sus líderes y la alta dirección. Del mismo modo, la cultura corporativa en cada entidad es única y sus características dependen de diversos factores. Por lo tanto, es probable que los progresos en torno a la implementación de una cultura de cuidado en los hospitales del Ministerio de Salud varíen de una institución a otra, incluso dentro de una misma región.

Asimismo, ninguno de los instrumentos de investigación empleados evaluó directamente la atención que los médicos y enfermeras dan a los pacientes, pues no se incluyó la observación ni la etnografía entre estos. Si bien se optó por realizar encuestas anónimas a fin de reducir el sesgo, este siempre estará presente si el personal de salud encuestado realiza una autoevaluación de su trabajo. Dicha limitación de la autoevaluación puede superarse si una tercera persona evalúa directamente la interacción entre médico y paciente.

Por último, en esta investigación no se tomaron en cuenta las percepciones de los pacientes sobre la atención de los médicos y enfermeras en el hospital. Si los hallazgos obtenidos se pudieran comparar con la percepción de los pacientes, se podría obtener una visión más integral sobre la situación de la cultura de cuidado en las instituciones prestadoras de salud. Al fin y al cabo, si se desarrolla una cultura de cuidado, quienes perciben directamente las mejoras en la atención son los pacientes.



CONCLUSIONES

La mayoría de políticas sobre el buen trato al paciente se limitan a una mención sobre el tema, a excepción de la DA N° 01-2017-V01 del Hospital San Bartolomé que establece un protocolo de atención al paciente considerando varios aspectos de la cultura de cuidado. Sin embargo, este protocolo no se ha difundido entre el personal de salud de dicha institución. Por otro lado, en el caso del Hospital Regional del Cusco, no existe ningún protocolo o lineamientos de buen trato al paciente.

En ambos casos, dentro de la información que el personal sanitario de ambas instituciones suele recibir, el trato al paciente y cómo dar información al paciente son los temas sobre los que menos reciben información. Uno de los principales problemas que tienen ambos hospitales es la información parcial o nula que se le da al usuario.

Por otro lado, existe una predisposición a la cultura de cuidado por parte de los directivos y el personal de salud de ambos hospitales; pero no puede hablarse de una cultura de cuidado como tal, pues no se ha identificado un patrón de conducta común entre estos. Los intentos por inculcar la cultura de cuidado se han enfocado solo en la realización de talleres de humanización y buen trato al paciente, impulsados por la Oficina de Gestión de la Calidad. Sin embargo, desde la comunicación no ha habido intentos de crear dicha cultura, pues ésta tiene un rol pasivo e informativo. No hay una mirada proactiva de la gestión de la comunicación y no es vista como un medio para cambiar y formar una cultura de cuidado en el personal de salud.

Finalmente, la Oficina de Comunicaciones en el Hospital San Bartolomé cuenta con las capacidades necesarias para tomar un rol más proactivo en la construcción de una cultura de cuidado al paciente. Sin embargo, en el caso del Hospital Regional del Cusco la comunicación ha sido relegada y, antes de poder tomar un rol más activo, es necesario que los directivos le den prioridad y una posición transversal dentro de la institución.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones prácticas

En base a los hallazgos de esta investigación, se recomienda a las instituciones formadoras del personal de salud, tanto universidades como hospitales docentes, que incluyan entre sus ejes temáticos de enseñanza el buen trato al paciente. En definitiva, la formación profesional es un factor importante que influye en la predisposición del personal de salud a una cultura de cuidado. Esto tendrá un impacto importante en la atención que se dé al paciente en instituciones públicas y, por lo tanto, podría mejorar la imagen de las instituciones de salud. En palabras de Cachón Rodríguez:

El desarrollo de actitudes como la empatía y la aceptación incondicional y el entrenamiento en habilidades como la escucha activa, la respuesta empática y la asertividad son esenciales para que los profesionales dispongan de herramientas que les permitan saber hacer y saber comunicarse de forma satisfactoria con cada paciente. (2007, pag. 38)

Del mismo modo, se recomienda a los encargados de comunicación en las instituciones de salud pública no limitarse a comunicaciones meramente informativas. Según el jefe del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital San Bartolomé, la mayoría de los médicos asume que saben todo lo relacionado a calidad y buen trato al paciente, y por ello no dan gran importancia a los talleres o comunicaciones que puedan darse sobre el tema. Por lo tanto, resulta importante que se incorpore una mirada más proactiva de la comunicación orientada a formar una cultura de cuidado con piezas creativas e impactantes que capten la atención del personal de salud.

Recomendaciones de investigación

Teniendo como base los resultados encontrados en esta investigación, se recomienda realizar investigaciones futuras que recurran a la etnografía (Murillo & Martínez, 2010) a fin de evaluar directamente el trato que los médicos y enfermeras brindan a los pacientes. Los instrumentos utilizados en esta investigación permitieron dibujar un panorama de la situación actual del trato al paciente en dos hospitales del Ministerio de Salud; sin embargo, la etnografía permitiría tener un panorama más completo.

Asimismo, debido a que esta se perfila como una investigación exploratoria, resulta pertinente ahondar en el diseño y lenguaje de las piezas de comunicación que emplean los hospitales y el efecto o percepción de estas en el personal de salud. De

este modo, será posible determinar en qué medida las piezas de comunicación y la forma como se presenta el contenido son factores que influyen en la interiorización de la información por parte del personal sanitario. Todo esto a fin de brindar recomendaciones para que, desde la comunicación interna, se desarrollen estrategias para desarrollar una cultura de cuidado en las instituciones de salud públicas de nuestro país.



REFERENCIAS

- Agencia Andina de Noticias. (2018). Confianza en instituciones públicas es clave para crecimiento de la región. Retrieved from Agencia Andina de Noticias website: <https://andina.pe/agencia/noticia-confianza-instituciones-publicas-es-clave-para-crecimiento-de-region-706722.aspx>
- Aguerreberre, P. M. (2012). El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(1), 19–28.
- Aguilar Vélez, C. G. (2014). *Medición de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Nacional San Bartolome*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Alonso, E., Rubio, A., March, J. C., & Danet, A. (2011). Clima emocional y comunicación interna en una unidad de gestión clínica y dos servicios hospitalarios tradicionales. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(5), 281–284. <https://doi.org/10.1016/J.CALI.2011.04.003>
- Álvarez, J. (2007). Comunicación interna, la estrategia del éxito. *Razón y Palabra*, 12(56).
- Andrade, H. (2005). *Comunicación organizacional interna: proceso, disciplina y técnica*. Netbiblo.
- Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297–1309.
- Bustamante, E. (2012, July 31). La promoción de la salud desde la comunicación interna. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(2), 79–90. Retrieved from <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/34>
- Cachón Rodríguez, E. (2007). El hospital y el paciente: Declaraciones de principios, realidad y paradojas. *Index de Enfermería*, 16(56), 35–39.
- Cerdá, J. C. M., Prieto, M. A., Bilbao, I., Martínez, F., Guerrero, C., & Bono, L. (2014). Marketing y Comunicación Interna en hospitales y en atención primaria: opinión de profesionales y de gestores. *Horizonte Sanitario*, 1(1), 6–15.
- Costa Sánchez, C. (2011). El gabinete de comunicación del hospital. Propuesta teórica y acercamiento a la realidad de los departamentos de comunicación de los hospitales públicos de Galicia. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Comunicación*, (14). Retrieved from <https://recyt.fecyt.es/index.php/doxacom/article/view/35983>
- Cruells, C. P. (2015). Diez propuestas para cuidarse y cuidar en las profesiones sociales.

Hacia la construcción de una cultura del cuidado en los profesionales. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (22), 171–183.

- Diario el Peruano. (2009). Ley N° 29414. Retrieved from <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29414.pdf>
- Diario el Peruano. (2016). Resolución Ministerial N° 502-2016/Minsa. Retrieved from <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-nts-n-029-minsadigepres-v02-norma-tecnica-d-resolucion-ministerial-no-502-2016minsa-1405275-1/>
- Diario el Peruano. (2017). Resolución Ministerial N° 667-2017/Minsa. Retrieved from <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/disponen-la-publicacion-del-proyecto-de-reglamento-para-la-g-resolucion-ministerial-n-667-2017minsa-1555414-2/>
- Diario El Peruano. (2015). Resolución Ministerial N° 302-2015/Minsa. Retrieved from <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-norma-tecnica-de-salud-para-la-elaboracion-y-uso-d-resolucion-ministerial-n-302-2015minsa-1238274-3/>
- García-Ubaque, J. C. (2013). Cultura organizacional en hospitales. *Revista Salud, Historia Y Sanidad On-Line*, 6(1).
- García Álvarez, C. M., Rodríguez López, S. M., & Suárez Puentes, K. V. (2011). Construcción de la cultura de calidad en un hospital público a partir de la gestión humana: tensiones y paradojas. *Universitas Psychologica*, 10(3).
- Hernández Junco, V., Quintana Tápanes, L., Mederos Torres, R., Guedes Díaz, R., García Gutiérrez, B. N., & Cabrera Rosell, P. (2008). Influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio en el Hospital" Mario Muñoz Monroy". *Revista Cubana de Medicina Militar*, 37(3), 0.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., & Casas Pérez, M. de la L. (1998). *Metodología de la investigación* (Vol. 1). McGraw-hill México.
- HONADOMANI San Bartolomé. *Directiva Administrativa N° 01-2017-V01.*, (2017).
- Hospital Regional del Cusco. (2017). *Informe anual de reclamos 2017 UAU-HRC*. Cusco.
- Hospital San Bartolomé. (2017). *Informe anual de reclamos 2017 HONADOMANI San Bartolomé*. Lima.
- Instituto de Estudios Peruanos. (2016). Baja confianza en las instituciones peruanas afecta el ejercicio de su autoridad. Retrieved from <https://iep.org.pe/noticias/baja-confianza-en-las-instituciones-peruanas-afecta-el-ejercicio-de-su-autoridad/>

- Kennedy, A. A. (1982). *Corporate cultures: The rites and rituals of corporate life*. Reading, Mass.; Don Mills, Ontario: Addison-Wesley Publishing Company.
- March Cerdá, J. C., Prieto, M. Á., Corral Pérez, O., Minué, S., & Danet Danet, A. D. (2011). La comunicación interna en centros de Atención Primaria en España. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(1), 18–30. Retrieved from <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/3>
- March, J. C., Prieto, M. Á., Danet, A., Pérez, O., & Martínez, F. (2009). Los directivos hospitalarios y la comunicación interna: una asignatura pendiente. *Rev Adm Sanit*, 1(7), 165–182. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Alina_Danet/publication/28316765_Los_directivos_hospitalarios_y_la_comunicacion_interna_una_asignatura_pendiente/links/00b7d525e5741402e8000000/Los-directivos-hospitalarios-y-la-comunicacion-interna-una-asignatura-pend
- Ministerio de Salud. (2006). Resolución Ministerial 519-2006/MINSA. Retrieved from http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_sgcalidad-2.pdf
- Ministerio de Salud. (2009). Resolución Ministerial N° 727-2009/Minsa. Retrieved from <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf>
- Minsal Pérez, D., & Pérez Rodríguez, Y. (2007). Hacia una nueva cultura organizacional: la cultura del conocimiento. *Acimed*, 16(3), 0.
- Molinier, P. (2015). Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿ una conciliación imposible? *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)*, 57(257), 132–140.
- Morales, P. (2012). Tamaño necesario de la muestra: ¿ Cuántos sujetos necesitamos. *Estadística Aplicada a Las Ciencias Sociales*, 1–24.
- Moret, J., & Arcila, C. (2011). Comunicación interna e informal en las organizaciones. *Temas de Comunicación*, (22), 7–22.
- Murillo, J., & Martínez, C. (2010). Investigación etnográfica. *Madrid: UAM*, 141.
- O'Donovan, G. (2007). The corporate culture handbook: How to plan, implement and measure a successful culture change programme. *Development and Learning in Organizations: An International Journal*, 22(1).
- Ouchi, W. (1981). Theory Z: How American business can meet the Japanese challenge. *Business Horizons*, 24(6), 82–83.
- Rodríguez, E. M., Vázquez, E. B., & Rodríguez, A. A. B. (2006). La comunicación interna como proceso dinamizador para fomentar valores institucionales y sustento

de una identidad universitaria. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1–9.

Romero Ameri, L. C. (2008). *Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*.

Salazar Estrada, J. G., Guerrero Pupo, J. C., Machado Rodríguez, Y. B., & Cañedo Andalia, R. (2009). Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *Acimed*, 20(4), 67–75.

Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156–165.

Schein, E. H. (2006). *Organizational culture and leadership* (Vol. 356). John Wiley & Sons.

Sheen, R. (2017). *La cultura organizacional y su impacto en la gestión empresarial. Un acercamiento a tres compañías peruanas* (Fondo edit). Lima: Fondo editorial de la Universidad de Lima.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumentos

GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA A ENCARGADOS DE LA COMUNICACIÓN

Introducción: Buenos días/tardes, mi nombre es Edson Valdivia. Esta entrevista forma parte de una investigación que servirá para elaborar mi tesis profesional de la Universidad de Lima sobre cómo la comunicación interna influye en la atención que los médicos y enfermeras dan a los pacientes. Usted fue seleccionado para la entrevista debido a que está a cargo de la comunicación del hospital o de la planificación estratégica de esta. La información revelada en esta entrevista será confidencial y solo será utilizada con fines académicos. Esta tiene una duración aproximada de 20 minutos. Antes de empezar, me gustaría pedirle permiso para grabar sus respuestas, a fin de facilitar el procesamiento de la información.

Preguntas:

- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la comunicación del hospital?
- ¿Quién o quiénes se encargan de la comunicación interna en el hospital? ¿Esta persona o personas se enfocan exclusivamente en la comunicación interna o ven otros procesos?
- ¿Cuál es la valoración que le da a la comunicación interna en el hospital? Es decir, ¿buena, mala, regular? ¿Por qué?
- ¿Cuáles son los temas principales que se comunican a los colaboradores? Dentro de estos temas, ¿se fomentan o inculcan algunos lineamientos sobre cómo tratar a los pacientes?
- En caso de que la respuesta sea positiva, proceder con el siguiente grupo de preguntas:
 - ¿Estos lineamientos tienen una definición concreta establecida por la institución? ¿Existe una guía de cómo lograr implementar dichos lineamientos en la atención?
 - ¿Cuál ha sido la estrategia para que todos los médicos y enfermeras conozcan estos lineamientos?
- ¿Cuentan con un plan de comunicación interna o lineamientos que guíen la comunicación hacia los colaboradores? De ser así, ¿cuáles son los objetivos que persigue este plan?
- ¿Cuáles son los objetivos alcanzados o logros en cuanto a comunicación interna dentro del hospital?

- ¿Cuáles son los canales de comunicación que tienen a su disposición los colaboradores? ¿Qué se suele comunicar por cada uno de ellos?
- De todos los canales, ¿por cuál de estos reciben más información los médicos y enfermeras?
- ¿Con qué frecuencia se comunican las cosas en el hospital? ¿Hay una periodicidad definida para cada canal?
- ¿Se ha realizado alguna auditoría de comunicación interna en el hospital o tienen algún mecanismo para evaluar la comunicación y sus resultados?
- Finalmente, ¿le gustaría agregar algún comentario adicional a sus respuestas o esclarecer alguna duda que haya surgido durante la entrevista?

Cierre: Sus comentarios y respuestas serán de gran utilidad para mi investigación. Muchas gracias por su tiempo.

GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA A DIRECTIVOS DEL HOSPITAL

Introducción: Buenos días/tardes, mi nombre es Edson Valdivia. Esta entrevista forma parte de una investigación que servirá para elaborar mi tesis profesional de la Universidad de Lima sobre cómo la comunicación interna influye en la atención que los médicos y enfermeras dan a los pacientes. Usted fue seleccionado para la entrevista debido a que forma parte (del equipo de gestión/de la mesa directiva) del hospital e influye en aquello que se comunica al personal.

La información revelada en esta entrevista será confidencial y solo será utilizada con fines académicos. Esta tiene una duración aproximada de 20 minutos. Antes de empezar, me gustaría pedirle permiso para grabar sus respuestas, a fin de facilitar el procesamiento de la información.

Preguntas:

- ¿Cuál es el área o equipo que tiene a su cargo?
- El hospital tiene canales de comunicación como el correo institucional, documentos o murales ¿Qué asuntos o temas son los que más comunica el hospital a los médicos y enfermeras por estos medios? Ponga algunos ejemplos para cada caso.
- De estos, ¿cuáles considera que son los temas de mayor interés para los médicos y enfermeras?
- ¿Existen lineamientos sobre cómo deben comportarse los médicos y enfermeras con los pacientes? ¿Cuáles son?
- En caso existan: ¿Estos lineamientos se comunican al personal de salud? ¿Por qué medios? Y en caso no existan: ¿Existen algunas capacitaciones o cursos sobre cómo deben tratar los médicos a los pacientes?

- ¿Qué otros mecanismos existen para promover el cumplimiento de estos lineamientos entre los médicos y enfermeras?
- ¿Existe algún mecanismo de medición o control sobre el cumplimiento de estos lineamientos? En caso de ser así, ¿qué área se encarga de esto?
- ¿Cuáles considera que son las expectativas y necesidades que los pacientes tienen al venir al hospital? ¿Qué creen que esperan de usted como médico?
- Para los médicos y enfermeras la labor principal es tratar la enfermedad de los pacientes. ¿Considera que conocer el nombre de estos, conversar con ellos, cuidar su privacidad y, en general, hacerlos sentir como en casa son factores igualmente importantes en la atención médica?
- ¿Considera que los médicos y enfermeras de esta institución comparten su opinión respecto a la última pregunta? ¿Por qué?
- En caso de que la respuesta a la última pregunta sea afirmativa:
 - Si bien comparten su opinión respecto a la importancia del trato al paciente, ¿considera que sus colegas lo aplican en su día a día? ¿Por qué?
 - ¿Consideras que el hecho de que existan y se comuniquen lineamientos sobre la atención al paciente influye en que los médicos y enfermeras piensen de esa manera?
- Finalmente, ¿le gustaría agregar algún comentario adicional a sus respuestas o esclarecer alguna duda que haya surgido durante la entrevista?

Cierre: Sus comentarios y respuestas serán de gran utilidad para mi investigación. Muchas gracias por su tiempo.

ENCUESTA PARA MÉDICOS Y ENFERMERAS

Introducción / Presentación:

Buenos días/tardes, mi nombre es Edson Valdivia. Estoy realizando una investigación que servirá para elaborar mi tesis profesional de la Universidad de Lima sobre cómo la comunicación interna influye en la atención que los médicos y enfermeras dan a los pacientes. Quisiera pedirle su ayuda para que conteste una breve encuesta que no le tomará mucho tiempo. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas, y serán utilizadas meramente con fines académicos. Las personas que fueron seleccionadas para el estudio se eligieron al azar, pero nunca se comunicarán sus datos individuales en la investigación. Por favor, antes de responder lea cuidadosamente las instrucciones, ya que hay preguntas en las que se puede marcar solo una opción y otras de varias opciones. Procure responder con la mayor sinceridad posible. ¡Muchas gracias por su colaboración!

Respecto a la cantidad de información que recibe por parte del hospital, considera que esta es:

- Bastante
- Suficiente
- Insuficiente
- Nula

Toda esta información que recibe, la considera:

- Muy útil
- Útil
- Poco útil
- Nada útil

¿Por cuál de estos medios recibe la mayor cantidad de información? (puede marcar más de una opción)

- Página web del hospital
- Facebook institucional
- Murales
- Circuito cerrado
- Correo electrónico
- Documentos impresos

¿Sobre cuáles de estos temas recibe información? (puede marcar más de una opción)

- Capacitaciones
- Anuncios del director o del equipo de gestión
- Trato con el paciente
- Cómo dar información adecuada al paciente
- Medidas de bioseguridad
- Higiene
- Otros: _____

¿Considera que un médico/enfermera debería conocer el nombre de sus pacientes?

- De todos
- De la mayoría
- De algunos
- De ninguno

¿Considera que un médico/enfermera debería conversar con sus pacientes sobre temas ajenos a la enfermedad o tratamiento del paciente?

- Siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

Es usual que la enfermedad afecte emocionalmente a los pacientes. En esos casos, ¿con quién debería conversar el paciente sobre el tema? (puede marcar más de una opción)

- Psicólogo
- Familiares
- Médico
- Enfermera
- Otro: _____

¿Le explica detalladamente al paciente la enfermedad que padece y el tratamiento correspondiente?

- Siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

En caso de haber respondido siempre o a veces, y teniendo en cuenta que los términos médicos no son fáciles de entender, ¿considera que sus pacientes entienden lo que les explica?

- Siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

FICHA DE CODIFICACIÓN PARA REVISIÓN DOCUMENTAL

Nombre del documento: _____

Ámbito de aplicación: _____

Fecha del documento: _____

Fecha en que se realizó la codificación: _____

El documento analizado indica lo siguiente, según las temáticas mostradas a continuación:

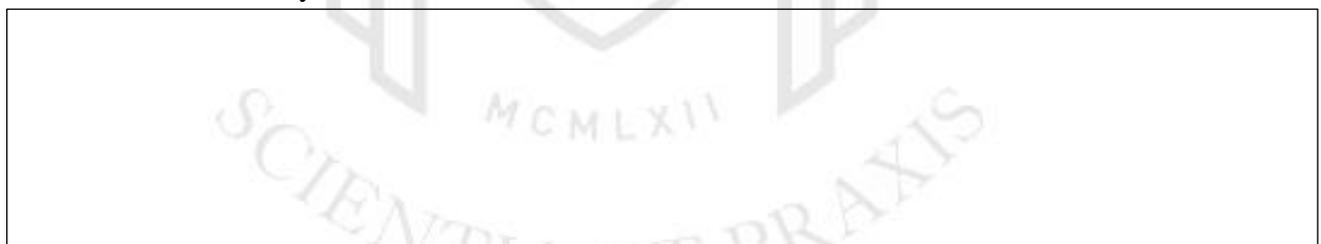
1. Protocolización de la atención al usuario



2. Dimensión humana de la gestión de calidad en salud



3. Información y orientación al usuario



4. Cultura organizacional para la atención de calidad

