



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

FACULTAD DE COMUNICACIONES

Comunicación, educación y salud:
Estudio cualitativo de la experiencia usuaria de Adultos Mayores en
atención ambulatoria en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

POR
FABIOLA MORENO BARRÍA

Proyecto presentado a la Facultad de Comunicaciones de la Pontificia Universidad Católica
de Chile para optar al grado académico de
Magíster en Comunicación Social con mención en Comunicación y Educación

Profesora guía:
Myrna Gálvez

Septiembre, 2016
Santiago, Chile

© Fabiola Moreno Barría

© Fabiola Moreno Barría

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

RESUMEN

Esta investigación se basa en el análisis de la experiencia usuaria que tienen los adultos mayores que se atienden en el área ambulatoria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, establecimiento de salud público de alta complejidad de la comuna de Puente Alto.

El objetivo es analizar esta experiencia para conocer cuál es el rol de los actores y qué elementos comunicacionales intervienen, con el fin de proponer acciones educomunicativas que permitan dar respuesta a las necesidades de atención que tiene la población de tercera edad y así contribuir a mejorar dicha experiencia usuaria.

El proyecto se inserta en el área de Comunicación y Salud y específicamente en el marco del proyecto Fondef, Ca13i10210 “Diseño de Sistema de Comunicación de Salud para Adultos Mayores y sus redes de apoyo” (2014-2015) desarrollado por la Pontificia Universidad Católica de Chile.

La metodología se centra en entrevistas a informantes claves que otorgan datos relevantes sobre cómo es la atención a los adultos mayores; la observación participante en dos unidades del área ambulatoria (Farmacia y Toma de Muestra); cuestionario a una muestra de adultos mayores y entrevistas a un grupo de ellos. Las variables de análisis de los instrumentos se determinan a través del análisis de la experiencia usuaria y de las entrevistas a los informantes claves.

Los principales resultados de esta investigación hacen referencia a la necesidad de contar con funcionarios capacitados y especialistas en la atención al adulto mayor, ya que uno de los temas relevantes que aluden los usuarios con respecto a su atención es el trato, es decir, que creen que no siempre reciben un trato acorde a sus necesidades. No existe un trato preferencial por tratarse de un paciente adulto, sino que la atención dependerá de la voluntad, estado de ánimo y empatía de quienes los atiendan.

Por lo anterior, se propone la creación e implementación de un protocolo de atención en el área ambulatoria del CASR que incluya este tipo de elementos, ya que actualmente el

establecimiento no cuenta con uno de ellos en el área ambulatoria, sino más bien para pacientes adultos mayores hospitalizados.

INDICE

I.- INTRODUCCION.....	7
II.- OBJETIVOS.....	9
III.- DESCRIPCIÓN Y CONTEXTO DE LA PROBLEMÁTICA DE COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN QUE SE ABORDA.....	10
IV MARCO REFERENCIAL	
4.1 Comunicación, Salud y Adulto Mayor.....	16
4.2 Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025.....	19
4.3 Calidad en la atención clínica y Satisfacción Usuaría.....	20
4.4 Equipos de salud especializados en la atención de Adultos Mayores.....	22
4.5 NANDA.....	25
4.6 Los Diez mandamientos para la comunicación con los Adultos Mayores.....	26
4.7 OIRS.....	27
V.- APROXIMACIÓN METODOLÓGICA	
5.1 Tipo de investigación.....	28
5.2 Diseño de la investigación.....	28
5.3 Objeto de estudio.....	28
5.4 Población.....	28
5.5 Definición de Informantes.....	30
5.6 Técnicas e instrumentos de obtención de datos.....	31
5.7 Validez de los instrumentos.....	34
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
6.1 Entrevistas a informantes clave.....	34
6.2 Observación participante.....	42

6.3 Cuestionario.....	60
6.4 Entrevistas semi-estructurada a usuarios.....	63
VII. CONCLUSIONES Y PROPUESTA	
7.1 Conclusiones.....	69
7.2 Propuesta.....	74
VIII. REFERENCIAS.....	
ANEXOS.....	85
Anexo 1: Entrevistas a informantes clave.....	85
Anexo 2: Observación participante.	104
Anexo 3: Cuestionario a usuarios adultos mayores.....	124
Anexo 4: Entrevista semiestructurada a usuarios adultos mayores.....	130

I.- INTRODUCCIÓN

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad el 60% de personas mayores de 60 años vive en países en vías de desarrollo y se espera que en los próximos cinco años el número de adultos mayores sea superior al de niños menores de cinco años, tendencia incluso en los países subdesarrollados. Para el año 2025 se estima que habrá 1.200 millones de personas de edad en todo el mundo y dos de cada tres vivirán en países en desarrollo.

En Chile, el número de personas mayores se ha duplicado en los últimos 20 años tras la disminución de los niveles de mortalidad y natalidad, alcanzando hoy en día cerca de 2,6 millones de personas mayores, lo que equivale a 16% de la población. De acuerdo a estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2050 la población de 60 años y más alcanzaría el 30% del total con una expectativa de vida cercana a los 80 años.

Durante el 2012 la población mayor de 60 años estimada por el Instituto Nacional de Estadísticas fue de 2.383.394, de las cuales un 55,47% corresponde a mujeres y un 44,52% a hombres (MINSAL, 2014). Sin duda esta situación representa un sostenido envejecimiento de la población en desmedro de la población infantil, lo que obliga a crear e implementar estrategias acorde a las necesidades de la sociedad, de las cuales dar respuesta a la necesidad de salud es un enorme desafío.

Esta investigación se basa en la observación directa y participante de la experiencia usuaria que tienen los adultos mayores que se atienden en el área ambulatoria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR), establecimiento de salud pública de alta complejidad de la comuna de Puente Alto.

El proyecto se inserta en el área de Comunicación y Salud y específicamente en el marco del proyecto Fondef, Ca13i10210 “Diseño de Sistema de Comunicación de Salud para

Adultos Mayores y sus redes de apoyo” (2014-2015) desarrollado por la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo general es analizar esta experiencia para conocer cuál es el rol de los actores y qué elementos comunicacionales intervienen y están presentes en esta experiencia usuaria, la cual comienza desde que ingresa al establecimiento. Se busca proponer acciones educomunicativas que den respuesta a las necesidades que requieren los adultos mayores con el objeto de influir positivamente en su experiencia desde un punto de vista también preventivo.

El enfoque de comunicación y educación permitirá identificar cómo la forma de comunicarse incide en la salud del paciente.

Se utiliza una metodología descriptiva cualitativa basada en la observación directa y participante, encuesta y entrevista semiestructurada. Esta mirada permite tener una visión general de la experiencia usuaria y no sólo centrarse en la relación que se genera entre médico y paciente al interior del box clínico, sino que observar todo el proceso que vive el adulto mayor en el área ambulatoria del recinto asistencial, como por ejemplo, las interacciones que tiene con los diferentes actores y con el espacio físico.

II. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General:

- Analizar la experiencia usuaria de adultos mayores que se atienden en el área ambulatoria del Hospital Dr. Sótero del Río a través de la Observación directa y participante para avanzar hacia una propuesta de mejora en la satisfacción usuaria.

Objetivos Específicos:

1. Identificar elementos comunicativos que faciliten y obstaculicen la experiencia usuaria del adulto mayor en el Hospital Dr. Sótero del Río.
2. Comprender el rol de los actores que están presentes en la experiencia usuaria del adulto mayor en el Hospital Dr. Sótero del Río.
3. Proponer acciones educomunicativas para lograr una positiva experiencia usuaria del adulto mayor en el Hospital Dr. Sótero del Río con enfoque preventivo.

III.- DESCRIPCIÓN Y CONTEXTO DE LA PROBLEMÁTICA DE COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN QUE SE ABORDA

El aumento de la población de 60 años y más advierte una tendencia mundial en lo que refiere a políticas públicas para el adulto mayor que considere una sociedad preparada para dar respuesta a sus requerimientos. En este sentido, las proyecciones de crecimiento de esta población implican nuevos desafíos en la salud pública, considerando que la salud es una de las principales preocupaciones de la familia y de este grupo etario en esta etapa de sus vidas.

Es aquí donde surgen varias interrogantes sobre cómo es el proceso de atención en salud que viven los adultos mayores en un hospital, qué acciones preventivas existen, cuál es el trato que reciben, cómo es la calidad de atención, qué elementos existen para diferenciar su atención con el resto de pacientes, qué opinan ellos sobre su atención, están o no conformes, entre otros. Sin duda existen muchas preguntas a la hora de conocer la realidad en la atención de salud en la que viven, y por lo mismo el Ministerio de Salud -través del programa de Adulto Mayor- pone mayor énfasis en el tema preventivo, basado en la mantención de la funcionalidad de esta población.

En Chile la transición demográfica ha avanzado a pasos agigantados. El número de personas mayores se ha duplicado en los últimos 20 años alcanzando en la actualidad aproximadamente 2,6 millones de personas mayores que equivale a 16% de la población (Política Integral de Envejecimiento Positivo, 2012). De acuerdo a estadísticas del Ministerio de Planificación (2003) Chile es el tercer país más envejecido de América Latina y para el 2025 el porcentaje se incrementará a 19% con una expectativa de vida que alcanzará los 80 años.

La población beneficiaria de FONASA durante el 2011 fue de 1.531.268 personas mayores de 65 años y correspondió a un 90% del total de personas mayores en Chile, situación que permite afirmar que el tema de salud de las personas mayores es de alta importancia para el sistema público de salud, y “que toda política que se diseñe para este sector tendrá un

fuerte impacto en este grupo etario, dado que los beneficiarios adultos mayores de este sistema son una importante cantidad” (MINSAL, 2014, p.22).

Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

El Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR) es el hospital más grande de Chile en el número de pacientes atendidos. Es un establecimiento de alta complejidad de la Red de Salud Metropolitana Sur Oriente, que de acuerdo a las proyecciones al año 2013, la zona habría alcanzado una población de 1.581.785 habitantes lo que correspondería al 22,7% de la población total del área metropolitana y un 9,2% de la población del país. De esta población, 1.119.831 habitantes son beneficiarios del sistema público inscritos en la Atención Primaria de Salud pertenecientes de las comunas de Puente Alto, La Granja, La Florida, San Ramón, La Pintana, Pirque y San José de Maipo, que representa el 71% del total de habitantes. (Cuenta Pública CASR, año 2014).

El Hospital es un establecimiento de atención de salud de nivel terciario, destinado a la ejecución de intervenciones quirúrgicas y atenciones de mayor complejidad que requieren hospitalización. Cuenta con tres servicios de emergencia y de hospitalización: niños, adultos y maternidad, cada uno ubicado en edificaciones independientes. En total reúne 777 camas destinadas a cuidados intensivos e intermedio, medicina agudo y coronarios, básicas y de especialidades. Además posee un área para consultas de especialidades, procedimientos y cirugía ambulatoria. Tiene una dotación actual de 2.962 funcionarios para dar cobertura a las necesidades de salud de la población del área sur oriente de la región metropolitana.

El establecimiento de salud atiende a cerca del 10% de la población a nivel país, de la cual un número mayor corresponde a usuarios de Puente Alto, comuna de expansión cuyo crecimiento se ha visualizado enormemente en estos últimos años. Según el Censo 2012, la comuna tiene una población de 583.471 habitantes, convirtiéndola en la más poblada del país.

Según el mismo estudio el estrato socioeconómico principal en la comuna es de C3 y D, que equivalen a medio bajo y bajo. Los porcentajes reducidos a tres grandes categorías son los siguientes: ABC1 (alto) 4,3%, C2 y C3 (medio) 51,6% y D y E (bajo) 44,1%.

Durante el 2014 se registraron 70.948 consulta de especialidades a pacientes entre 65 años y más, entre las especialidades con mayor número de consultas ambulatorias están: Oftalmología, Broncopulmonar y Traumatología.

La población atendida en el hospital entre 0 a 14 años disminuyó del 25% al 22% en el último quinquenio, situación distinta a lo que ocurre con la población de 65 años y más que representaba el 5% de la población atendida y que pasó al 9% en el mismo periodo. Escenario que se traduce en que la población está en proceso de envejecimiento.

Es importante señalar que el Programa del Adulto Mayor del Ministerio de Salud tiene como visión que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención, asegurando de este modo una buena calidad de vida. En este sentido, el Complejo Asistencial ha implementado las estrategias ministeriales que buscan abordar la atención integral del paciente adulto mayor pero en condición de hospitalizado y no de quien acude a consulta ambulatoria.

Entre ellos, el programa Hospital Amigo del MINSAL es una de las iniciativas que tiene como finalidad establecer un sistema de acogida e información a todos los usuarios, mejorar la calidad de la estadía del paciente y la familia durante el proceso de hospitalización y favorecer el mejoramiento continuo de la calidad de atención con participación de la comunidad. De acuerdo a lo que señala la Jefa de la Unidad de Atención Integral al Usuario y Participación Social (UAPS), Norma Luz Bassi, el Hospital Dr. Sótero del Río cuenta con educación a los funcionarios en estas aristas para dar cumplimiento a esas exigencias y velar por el bienestar del paciente que se encuentra hospitalizado, no así de aquellos pacientes que vienen a consulta de especialidades.

El establecimiento de salud tiene atención diferenciada para adultos, niños y embarazadas, sin embargo, y de acuerdo a lo que señala la profesional, no existe un programa o unidad que cubija al adulto mayor en su integridad, salvo aquellos específicos como el de “prótesis dental o prótesis de audífono cubiertos por el AUGÉ.

Lo más cercano a ello es la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) ubicada en las unidades de emergencia del hospital y en el área ambulatoria, la cual está encargada de facilitar el acceso a la información a los usuarios sobre el funcionamiento y prestaciones de salud que el establecimiento dispone para su atención. Para ello, cuentan con operadores y orientadores, en el marco del modelo de atención del programa “Estamos Contigo”, quienes tienen como finalidad mejorar la atención y satisfacción de los usuarios siendo principalmente un nexo entre el hospital y la comunidad. Esta estrategia permite acoger al Adulto Mayor, pero no como un programa instaurado exclusivamente para su atención, sino que actúan de forma espontánea ante algún requerimiento del paciente.

Para la encargada de la UAPS, esta es una realidad que preocupa al establecimiento más aún cuando las cifras demuestran claramente que la población de mayores de 65 años va en aumento en el hospital. Sostiene que en la Unidad de Emergencia Adulto existe un protocolo de atención que tiene como finalidad proporcionar un trato distinto al adulto mayor que se hospitaliza. Sin embargo, en el área ambulatoria este grupo de pacientes se atiende con las consideraciones empática de quien lo hace y no porque exista algo establecido.

Es importante señalar que durante el 2014 en el Complejo Asistencial se recibieron 1820 reclamos de los usuarios, entre la principales causas está el tiempo de espera de atención, procedimientos administrativos y trato. Este último punto no es mejor considerando que durante ese mismo año, se capacitaron 418 funcionarios del área ambulatoria del establecimiento de salud sobre el protocolo de atención al usuario, que involucra distintos tips necesarios a la hora de establecer una relación con el paciente.

Donde sí cuentan con programas exclusivos para el adulto mayor son en los Centros de Salud Familiar (CESFAM). Es el caso del Consultorio Alejandro del Río de la comuna de Puente Alto, que cuenta con el Programa de Salud del Adulto Mayor que busca potenciar la educación y prevención en salud y contribuir a mantener o recuperar la autonomía del adulto mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida. Entre las estrategias implementadas para este grupo de pacientes se destaca:

- Asignación de horas médicas exclusivas para Adulto Mayor.
- Examen Medicina Preventiva (EMP).
- Promoción de estilo de vida saludable.
- Atención a Adulto Mayor postrado.
- Programa Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM).
- Alivio del dolor y cuidados paliativos.

El consultorio es el encargado de derivar al paciente al Complejo Asistencial a consulta con especialista en caso de requerirlo, ya que son ellos quienes realizan la primera atención y pesquisa. Es decir, la educación y entrega de información hacia el Adulto Mayor se realiza principalmente en la Atención Primaria y no en el hospital, salvo las consideraciones propias de cada patología.

Otro problema importante en la atención de pacientes es la falta de médicos especialistas en adultos mayores, es decir, geriatras. El CASR no cuenta con unidad de Geriátrica, salvo dos médicos geriatras, de los cuales uno solo se dedica en tiempo parcial a atender adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina. Según entrevista con este profesional, Dr. Oscar Calderón, existe gran necesidad de aumentar el número de estos especialistas y de funcionarios capacitados para entregar información correcta y empatizar con el paciente (teniendo en cuenta las limitaciones que éste puede tener).

Los actores involucrados en el proceso de atención que vive el adulto mayor son distintas personas que influyen de manera directa e indirectamente en la estadía del usuario en el hospital. Por ende, es necesario conocer ¿quién o quiénes son los que tienen mayor relevancia en la experiencia usuaria?, ¿cómo aportan a esta experiencia?, ¿cuál es el rol que

tienen?, ¿influyen las percepciones de los actores en el diseño y servicio que entregan a los pacientes? o más bien, ¿se rigen sólo por el reglamento interno a pesar de poder ofrecer algo mejor?

Finalmente, es importante señalar lo que dice la presidenta del Consejo Consultivo de Usuarios del hospital, Bernarda Yagüe Ahumada, quien enfatiza que no existe ningún trato especial hacia el adulto mayor y que todo dependerá de quienes lo atiendan.

El Consejo Consultivo de usuarios es un grupo de personas, representantes de Organizaciones Comunitarias (Dirigentes de Uniones Comunales de Juntas de Vecinos y de Adultos Mayores, de Consejos de Desarrollo Local de la Atención Primaria de Salud, de Agrupaciones de Pacientes y Voluntariados), Representantes de Gremios de Funcionarios y Representantes de la Dirección del Establecimiento, que en forma comprometida, unen su trabajo para propiciar la mejora en la calidad de la atención de salud que se entrega en el Establecimiento, además de informar a la Dirección de aquellos aspectos deficitarios observados y difundiendo entre los Usuarios las temáticas importantes para este Centro de Salud. Recogen opiniones e iniciativas de la comunidad y de los funcionarios de la Salud, para propiciar la mejora de la calidad de la atención y la satisfacción usuaria, informan a los usuarios y comunidad en general, sobre el funcionamiento del Centro Hospitalario e impulsan acciones de trabajo en conjunto entre el equipo de salud y la comunidad.

IV. MARCO REFERENCIAL

4.1 Comunicación, Salud y Adulto Mayor

Comunicación, Salud y Adulto Mayor son conceptos muy ligados entre sí y permiten describir una realidad que – en este minuto- es fundamental a la hora de establecer e implementar programas y/o políticas que beneficien al adulto mayor, considerando que el envejecimiento conlleva un incremento del riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidad.

A partir de la década de los 80 comenzó a surgir el concepto de Comunicación para la Salud o Comunicación en Salud, y desde la fecha ha sido un campo de estudio importante para diversos autores. Es necesario señalar que la comunicación actúa como un elemento clave en el cambio de conductas de los actores involucrados en todo el proceso de salud que vive una persona, es decir, la comunicación en salud puede jugar un rol muy importante en el mejoramiento o empeoramiento de la calidad de vida de las personas.

Desde el ámbito de la salud se ha transitado desde un modelo curativo y médico hacia un enfoque más preventivo, en el que se destaca mayor participación de los pacientes/usuarios, un trabajo interdisciplinario a cargo de un equipo multidisciplinario. En el contexto del adulto mayor, durante los últimos años se pasó desde una mirada de política pública muy asistencialista a una mirada de bienestar, de protección, de derecho hacia el adulto mayor.

Quiñones (2015) señala que “la Comunicación como eje transversal de los programas de promoción de la salud permite generar acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de las personas en todas sus dimensiones”, (p. 134). Asimismo agrega que “orientar acciones de promoción de la salud a grupos conformados por adultos mayores implica reconocer sus características epidemiológicas, contextuales, económicas, y socioculturales”, (p. 134).

Por su parte, Gumucio- Dagrón (2001) (citado en Hernández, 2011) señala que “durante la implementación de estrategias para la comunicación en salud, el compromiso de las comunidades implique no sólo la participación de éstas en todo el proceso de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas, sino también su cooperación en el fortalecimiento de las organizaciones sociales que finalmente permita que la población se constituya como un interlocutor válido y con poder suficiente para convertirse en parte activa de las intervenciones”, (p.138).

En tanto, la Organización Mundial de la Salud (citado en Mosquera, 2003), sostiene que:

“La comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Asimismo, la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la disseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva”, (p. 1)

Asimismo, Aarva, Haes y Visser (citado en Hernández, 2011) señalan que la salud y la comunicación pueden estar interrelacionadas desde diferentes niveles: entre individuos, grupos o sistemas, lo cual hace que la relación que se genera entre ellos incida en la percepción de comunicar en salud. Sin embargo, también se ve la comunicación en salud como un medio para la promoción en salud, relacionada con campañas educativas, difusión e información para llegar al público objetivo y lograr un cambio positivo en él (en el que la mayoría de las veces busca lograr la prevención en temas de salud). También es necesario entender la comunicación como un factor preponderante en la creación de proyectos para la salud que involucren - por ejemplo- la calidad del servicio entregado a los pacientes y cómo influye la comunicación en la toma de decisiones de la gestión para reforzar y/o mejorar la experiencia de estos pacientes al interior de un centro de salud.

En tanto, la Salud en el adulto mayor preocupa no sólo a la familia de estos, sino que se ha transformado en un tema de interés en las políticas públicas. En palabras de Quiñones (2015), “el trabajo de promoción de la salud en las poblaciones de adultos mayores debe dirigirse a construir acciones contextuales de autoreconocimiento”, (p. 148), donde el adulto mayor se hace cargo de su autocuidado y del rol que cumplen en la sociedad.

En este sentido, el MINSAL cuenta con el programa del adulto mayor en el que tratan, previenen y rehabilitan diversas patologías, tanto de adultos mayores autovalentes, frágiles y postrados (MINSAL, 2002). Por ello se elaboró la “Norma para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor”, en la que se planteó que el gran desafío para la “Política de salud” era “adaptar el tipo y las características de la atención otorgada en los distintos niveles de salud para lograr un envejecimiento saludable, con mayor autonomía y menor discapacidad, teniendo en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico de la población chilena, el enfoque de género, el aumento de la esperanza de vida y las condiciones socio-económicas, urbano-rural y regional”, (MINSAL, 2014,p. 24)

Con respecto a las enfermedades más frecuentes entre los adultos mayores se encuentran enfermedades crónicas y limitaciones funcionales que deterioran la calidad de vida y dentro de las principales causas de hospitalización están las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de las enfermedades del sistema respiratorio, digestivo y tumores, orden de magnitud que se mantiene para ambos sexos, (MINSAL, 2014).

Con la finalidad de instaurar un modelo de atención de salud integral, con enfoque familiar y comunitario en los establecimientos de salud público del país el Ministerio de Salud implementó la estrategia de “Hospital Amigo”, que tiene como objetivo abrir el hospital a la familia y comunidad. En lo que respecta a adultos mayores se señala: (MINSAL, 2014).

- Hospitalización de personas mayores con autorización de acompañamiento en el día y la noche, en el 100% de los hospitales.
- Alimentación asistida de acuerdo a dependencia del paciente.
- Sistema de acogida e información a la familia.

- Integración del familiar en la atención de la persona mayor hospitalizada y planificación del egreso conjunto con la familia y servicio social.

A su vez, Silva, enfatiza que “la calidad de la comunicación interpersonal en los locales de salud es un tema clave dentro del campo Comunicación y Salud. Para favorecer una relación asistencial buena y productiva -que tome en cuenta dimensiones como la empatía y la compasión, además del dominio de los aspectos estrictamente técnico/sanitarios- es fundamental reconocer que en la comunicación interpersonal el emisor y el receptor son actores distintos, con historias y experiencias de vida diferentes, que además manejan lenguajes y códigos también distintos en muchos casos, que inevitablemente alternan roles y se transforman al mismo tiempo en emisores y receptores del entorno, poniendo en juego mensajes múltiples con múltiples sentidos”, (P.127).

4.2 Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025

Debido al acelerado crecimiento poblacional, durante el 2012 el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) desarrolló la “Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025, como una respuesta intersectorial a las necesidades de las personas adultas mayores”. Si bien esta política busca responder a las necesidades de una población envejecida, no se limita sólo a solucionar problemas, sino más bien a construir un futuro acorde a estas necesidades con el objeto de fomentar un envejecimiento positivo, es decir, “busca crear un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde las personas mayores sean autovalentes, estén integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes (Política Integral de Envejecimiento Positivo, 2012, p.10).

Esta política define al envejecimiento positivo como “la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades. Opera simultáneamente como un proceso biográfico a nivel individual e histórico a nivel social. Para las personas, el envejecimiento comienza con la gestación y termina con un buen morir, mientras que para las sociedades, comienza fundamentalmente con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la

natalidad, pero no tiene un término claro” (Política Integral de Envejecimiento Positivo, 2012, p.16).

Sin duda esta política se enmarca dentro de las mejoras en la calidad de vida de los adultos mayores, en la cual es fundamental generar un sistema de cuidado especializado para este grupo de la población.

4.3 Calidad en la atención clínica y Satisfacción Usuaría

Según algunos autores, la calidad de la atención en salud que se brinda a los pacientes es de gran importancia en la calidad de vida y por lo mismo le otorgan mayor importancia al resultado de esa atención, y ya no sólo se enfocan en la relación médico-paciente, sino a todo el proceso que vivan en un establecimiento de salud. Por lo tanto, y tal como lo señala Caminal (2001), la satisfacción del usuario es un tema de interés creciente en el marco de la salud pública y de la gestión de los servicios de salud (citado en Seclen-Palacín & Watanabe E., 2004, p. 150).

Otros autores como Wensing y Grol (citado en Mira, J., & Aranaz, J. 2000) señalan que los pacientes participan en el sistema de salud mediante:

“Colaborar activamente durante la consulta brindando al médico información fiable sobre su salud, participar en actividades de educación y promoción de la salud, co-responsabilización en la toma de decisiones sobre su salud y en el seguimiento del tratamiento, realizar un uso racional de los recursos sanitarios, aportar sus puntos de vista sobre el funcionamiento del sistema sanitario (su organización y prestaciones) y participar en la evaluación de los resultados que se alcanzan manifestando su satisfacción o insatisfacción con los mismos, tanto desde el punto de vista asistencial como desde otros puntos de vista” (p. 2-3)

En tanto, Donabedian (1980) define una atención de alta calidad como "aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en

cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes" (citado en Miranda Guerra, A. D. J., Hernández Vergel, L. L., & Rodríguez Cabrera, A. (2009), p. 13). En ese sentido, este autor señala tres indicadores que se debiesen utilizar para medir el nivel de la calidad en la salud clínica: indicadores de estructura, indicadores de proceso, indicadores de resultado, los cuales influyen directamente en la satisfacción que tienen los pacientes sobre la calidad de atención recibida.

En tanto, Chang de la Rosa (2000) define la calidad de la atención como el "grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales" (citado en Miranda Guerra, A. D. J., Hernández Vergel, L. L., & Rodríguez Cabrera, A. (2009), p. 14).

Con respecto a los atributos de satisfacción usuaria, Huiza (2006), propone ciertos atributos de calidad que miden los usuarios sobre la calidad y satisfacción usuaria a través de un estudio sobre la Satisfacción del Usuario Externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval Callao. Entre ellos se destaca:

- Trato cordial y amable.
- Personal de salud correctamente uniformado.
- Respeto al orden de llegada.
- Interés en la persona y su problema de salud.
- Respeto a la privacidad.
- Información completa, oportuna y entendida por el usuario.
- Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos.
- Confidencialidad del diagnóstico.
- Charla de educación sanitaria, solución del problema de salud del paciente.
- Orientación sobre la continuidad de los cuidados post-hospitalarios.
- Duración de la consulta médica.
- Tiempo de espera no mayor de 20 minutos.
- Limpieza y orden de los ambientes y baños.
- Iluminación de los ambientes.

- Ventilación de la sala de espera.

En este sentido, señala que “la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobre todo, de que obtenga el servicio que procura” (Huiza, 2006, p.1). Lo que buscan los establecimientos de salud es “satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de la atención de salud”, (Huiza, 2006, p.1). Por ende, “la satisfacción del usuario implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio”, (Huiza, 2006, p.49).

La Organización Mundial de la Salud plantea utilizar el indicador de trato adecuado que pueden identificarse durante la interacción de los usuarios con el sistema de salud, estos son: autonomía, confidencialidad, trato digno, comunicación, atención pronta, capacidad de elección del proveedor de servicios, acceso a redes sociales de apoyo y condiciones de las instalaciones básicas (citado en Sánchez, M. E. (2009).

Claramente la satisfacción usuaria es un factor clave que los establecimientos de salud quieren abordar y ya no sólo se enfoca en la relación que se genera dentro del box, sino más bien de todo el proceso que vive el paciente en su atención.

4.4 Equipos de salud especializados en la atención de Adultos Mayores

De acuerdo a este cambio demográfico a nivel mundial y nacional existe la necesidad de contar con una sociedad capacitada en la atención de los adultos mayores y específicamente - como es en este caso - en la atención clínica.

Los equipos de salud deben contar con herramientas necesarias que permitan brindar una atención integral que no sólo se vea reflejada dentro del box clínico sino que en todo el proceso que vive el paciente al interior del hospital. Dentro de este grupo de profesionales el médico geriatra cumple un papel importante. En palabras de Zelada & Mayta, (2006) “la

necesidad de implementar la enseñanza de geriatría no sólo debe ser prioridad en el pregrado de medicina, sino también a las otras áreas de ciencias de la salud; puesto que para el abordaje integral del paciente adulto mayor, es necesaria la concurrencia del equipo interdisciplinario” (p.69).

Recibir una atención de calidad es un derecho que toda persona merece y en el caso de los adultos mayores se espera que exista un trato diferente considerando algunos factores cognitivos que pueden estar presentes (pérdida de audición, visual, movilidad, etc.). Es por ello que la atención de las personas mayores al final de la vida requiere un abordaje activo y compasivo, que provea confortación y apoyo a la persona que vive con una enfermedad crónica progresiva que es terminal, que por definición es aquella enfermedad irreversible que lleva a la persona a la muerte (MINSAL, 2014, p.131).

Sin embargo, muchas veces se ve al adulto mayor como una persona desvalida y por ende, sin la capacidad de decisión frente a la consulta clínica privándoles su derecho de salud, y en muchos casos, pasándole esta responsabilidad a su tutor. Según Barrantes et al, (2009), “esta situación de rechazo puede llevar a que se les considere personas no competentes, cuando quizás lo que han perdido es la auto valencia, pero sigue prevaleciendo su competencia y su capacidad mental para decidir los aspectos relacionados con su persona. Un clásico ejemplo es la “institucionalización”, decisión tomada por familiares, en la mayoría de los casos los hijos, sin consultar al afectado” (p.217).

Fernández & Manrique- Abril (2010) le otorgan un significado muy importante al apoyo social en la calidad de vida del adulto mayor considerando que “el apoyo social tanto familiar como de amigos cercanos y otros allegados, es un factor fundamental en la configuración de las redes sociales informales del adulto mayor, porque le proporciona un conjunto de experiencias compartidas, evitando condiciones de aislamiento social por falta de compañerismo, camaradería, intimidad y contacto físico con personas significativas” (p.6).

También es importante el apoyo que se le debe brindar a la familia, en especial a quienes se hacen cargo del adulto mayor y cumplen el rol de cuidador. El cuidador debe ser escuchado, entendido y educado.

El apoyo social que deben recibir las personas mayores también debe ser de parte de los equipos de salud que lo atienden. Por eso lo interesante en las interacciones con el paciente “no es la cantidad sino la calidad, es saber cuáles de ellas son más significativas para el adulto mayor en función de las necesidades de cada momento” (Fernández & Manrique-Abril, 2010, p.5). Por ende, la calidad de la atención en salud, tal como lo mencionan estos autores, incide en la calidad de vida que tienen los adultos mayores.

En este sentido, los problemas de salud que pueden presentar los adultos mayores hacen necesaria una atención oportuna y de calidad de acuerdo a las necesidades reales. El envejecimiento puede acarrear, “problemas de agudeza y procesamiento visual, problemas de sensibilidad a la iluminación con dificultades de visión en lugares poco iluminados, déficit en la percepción espacial” (Sánchez & Pérez, 2008, p.5), lo que hace más necesario aún contar con personal de salud capacitados en lograr una positiva experiencia usuaria, y no sólo en lo que se refiere a la atención clínica propiamente tal, sino en toda la dimensión que involucra esta experiencia en un establecimiento de salud. Contar con actores que sean capaces de dar respuesta a estas necesidades permitirá una positiva experiencia usuaria.

En la Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el maltrato de los ancianos que se llevó a cabo en la 41ª Asamblea Médica Mundial (septiembre, 1989), revisada en la 126ª Sesión del Consejo Jerusalén (mayo, 1990) y en la 170ª Sesión del Consejo de Divonne-les Bains en Francia (mayo, 2005) se adoptaron los principios generales para protección de los ancianos. Entre estos principios se destaca:

- Los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto que los demás seres humanos.
- El médico tiene la responsabilidad de ayudar a evitar el maltrato físico y psicológico de los pacientes ancianos. Si el médico es consultado por el anciano

directamente, el hogar de ancianos o la familia, debe velar porque el paciente reciba la mejor atención posible.

- El médico que constate o sospeche de maltrato, como se define en esta Declaración, debe discutir la situación con los encargados, sea la familia o el hogar de ancianos.

Para garantizar la protección del anciano en cualquier ambiente, no debe haber restricciones a su derecho de elegir libremente el médico, (Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el maltrato de ancianos, 2002, en Barrantes et al, 2009, p.220).

Asimismo, Marín (2007) destaca que “mantener la salud y crear los servicios de geriatría para cubrir las necesidades de asistencia médica continuada, constituye uno de los hechos más importantes de política pública con que se enfrentan las naciones de todo el mundo” (p. 395).

4.5 Guías NANDA

Las Guías NANDAS son las guías definitivas de los diagnósticos de enfermería. Su sigla que en inglés significa “*North American Nursing Diagnostic Association*”, sociedad científica de enfermería fundada en 1982, tiene como objetivo estandarizar el diagnóstico de enfermería para el desarrollo de criterios y taxonomía del propio diagnóstico del paciente, el cual ha sido aprobado y revisado por distintos expertos del área de la enfermería.

Estas guías ofrecen una detallada información en lo que refiere a los factores principales, o los que se debiesen considerar a la hora de atender a un paciente geriátrico. Las intervenciones principales son:

- Dirigirse al paciente de frente, mirándole a los ojos.
- Adaptarse al ritmo de expresión y comprensión del enfermo.
- Evitar la sobre estimulación.
- Favorecer el clima de confianza.
- Incrementar el lenguaje no verbal.

- Importancia del contacto corporal.

4.6 Los Diez mandamientos para la comunicación con los Adultos Mayores

Al igual que estas guías, la Organización Panamericana de la Salud, a través del Manual de Educación Gerontológica para personal de salud de atención primaria (2001), señala que “la valoración clínica del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda”, (p.16).

Es así como también se señala que la valoración a este tipo de paciente debe seguir una secuencia lógica, por ende, al atender a un adulto mayor se debe considerar (p.16):

- Se le debe llamar por su nombre.
- Sentarse y hacer contacto visual con él.
- Se debe utilizar un lenguaje que el adulto mayor pueda entender, tratando de evitar los tecnicismos.

En este sentido, este manual propone los diez mandamientos para la comunicación con los adultos mayores (p.37), los cuales se sintetizan en:

- Sea sensible a la autopercepción de la persona mayor.
- Piense en cómo usted se está presentando.
- Mire a través del prisma del paciente, no sólo a través de su lente profesional.
- Suspenda los estereotipos.
- Desarrolle la empatía.
- Desarrolle la flexibilidad.
- Sea cálido y sociable.
- Mire a los ojos del paciente al comunicarse, esto crea un equilibrio de poder.
- Aprenda acerca del lenguaje y las costumbres de la persona mayor.
- Desglose los conceptos por partes. Dé tiempo para considerarlos o para cumplirlos en orden.

4.7 OIRS

Las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias son instancias en las que los usuarios y pacientes pueden acudir en caso de requerir alguna orientación sobre su atención. Además, pueden dejar por escrito reclamos, felicitaciones, sugerencias sobre la misma.

El Hospital Dr. Sótero del Río cuenta con cinco OIRS al interior del establecimiento, las cuales se ubican en las distintas salas de esperas de las urgencias, y en el área ambulatoria. Estas oficinas cuentan con profesionales asistentes sociales, quienes están a cargo de la contención y orientación al usuario, además de los orientadores, quienes hacen la primera contención al recibir al usuario para luego derivarlos al profesional.

Tal como se mencionaba anteriormente, durante el 2014 en el Complejo Asistencial se recibieron 1820 reclamos de los usuarios, entre la principales causas está el tiempo de espera de atención, procedimientos administrativos y trato hacia el usuario. Es en este último punto en que se hace mención al trato que reciben los adultos mayores, quienes sienten que es un trato “sin preferencias”, sino más bien depende de quién los atiende y de la capacidad de ese funcionario de entender sus necesidades.

V.- APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

5.1 Tipo de investigación

Se realiza una investigación cualitativa –descriptiva.

5.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es la estrategia general que se adopta para dar respuesta al problema planteado. En palabras de Hurtado (2012) el diseño de una investigación “se refiere a dónde y cuándo se recopila la información, así como la amplitud a recopilar, de manera que dé respuesta a la pregunta de la investigación de la forma más idónea posible”, (Hurtado, p. 119).

Este estudio se basa en la observación directa y participante mediante una investigación de campo descriptiva que permite recolectar los datos directamente de los sujetos investigados y de la realidad donde ocurren los hechos.

5.3 Objeto de estudio

El objeto de estudio es analizar la experiencia usuaria de los adultos mayores que se atienden en el área ambulatoria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

5.4 Muestra

La población es el grupo total de individuos dónde se observa el problema. Según Ballestrini (2001), “la población puede estar referida a cualquier conjunto de elementos de los cuales pretendemos indagar y conocer sus características, o una de ellas, y para el cual serán válidas las conclusiones de la investigación”, (p. 137). En tanto, Morales (1994) señala que la población o universo se refiere al “conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan: de los elementos o las unidades (personas, instituciones o cosas) involucradas en la investigación” (p.17). Arias (2006) define población como “un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación”.

Para esta investigación la población objeto de estudio está delimitada a todos los adultos mayores que se atienden el área ambulatoria del Hospital Dr. Sótero del Río, es decir, a pacientes que acuden a control de especialidad médica. Este grupo comprende un total de aproximado de **92. 823 adultos mayores**. (Unidad de Estadísticas, Hospital Dr. Sótero del Río, año 2014).

De acuerdo a lo que señala Gabaldón (citato por Ballestrini, 2001) la muestra representa un “número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento de la población. La muestra es obtenida con el fin de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de una población” (p. 137). Se define también como un conjunto de unidades, una porción del total, que representa la conducta del universo en su conjunto (RENA, 2010) y son partes constitutivas y representativas de la población establecidas como las unidades de análisis a ser estudiadas para obtener información de la población sobre el objeto de estudio.

Para esta investigación la muestra corresponde a 15 pacientes adultos mayores con un rango de edad entre 60 a 80 años, relativamente sanos o con alguna patología de base, no crónica que acuden a control de especialistas en el Hospital Dr. Sótero del Río. Los integrantes de este grupo fueron elegidos al azar mientras estaban a la espera de su consulta médica en la sala de espera. La muestra está compuesta por personas con distintas características. Para limitar y seleccionar el grupo de estudio se usaron distintos criterios como:

- Género (hombre o mujer).
- Independencia del Adulto Mayor (adultos mayores que acuden sólo o acompañados a la consulta).
- Movilidad (si necesita silla de ruedas o bastón para desplazarse).

5.5 Definición de Informantes Claves

Los informantes fueron actores claves en la definición del problema, ya que facilitaron información relevante para levantar el planteamiento de éste, definir los objetivos de trabajo, la construcción de instrumentos para aplicar a la muestra y las variables de análisis de estos instrumentos. Para conocer en mayor profundidad sus opiniones y aseveraciones sobre la realidad local con respecto a qué se hace, cómo se atiende y cuál es la experiencia del adulto mayor en el CASR, se realizaron entrevistas semi estructuradas. Los informantes fueron 3:



1.- Profesional del área de Satisfacción Usuaría: Jefa de la Unidad de Atención Integral al Usuario y Participación Social, Norma Luz Bassi,



2.- Usuario: Presidenta del Consejo Consultivo de Usuarios del hospital, Bernarda Yagüe Ahumada.



3.- Profesional del área clínica: Médico geriatra Dr. Óscar Calderón Alvarado.

5.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener la información. De acuerdo a lo que señala Hurtado (2002), la recolección de datos está en función del tipo de investigación, el contexto y la fuente, la temporalidad y el número de mediciones. Los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información.

En relación a las técnicas de recolección de datos utilizadas que permitieron describir la experiencia usuaria de los Adultos Mayores y proponer estrategias educomunicativas para mejorar esta experiencia, se emplearon:

a) Observación directa y participante: Para “Analizar la experiencia usuaria de adultos mayores que se atienden en el área ambulatoria del Hospital Dr. Sótero del Río” (objetivo general) se utilizó la técnica de Observación directa y participante.

La observación participante es una técnica cualitativa, donde el investigador se involucra para poder experimentar las mismas experiencias que los sujetos observados. Según Sabino (1985), la observación directa es el “uso sistemático de nuestros sentidos en la búsqueda de los datos que necesitamos para resolver un problema de investigación” (p.155). En este sentido “el investigador no pertenece al grupo y solo se hace presente con el propósito de obtener la información” (Méndez, 2001, p.154).

La observación se realizó en 2 etapas:

-En la primera parte:

- Se observa el Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT), área ambulatoria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, específicamente en el sector de ingreso principal de pacientes, área de Farmacia y luego en Toma de Muestra, áreas críticas de atención, donde existe un número importante de pacientes, dentro de ellos adultos mayores.

- La observación se lleva a cabo durante 4 días (dos veces por semana durante el mes de julio 2015) entre las 10:00 hrs. y 12:00 hrs. Se decidió este horario, ya que es la hora con mayor afluencia de pacientes en el establecimiento.
- Se observa: el espacio físico, a los actores del proceso y sus interacciones (ver pauta de observación 1 en Anexo 2.1).
- Se seleccionaron 4 personas para hacer el seguimiento desde que ingresa hasta que se va del establecimiento para conocer cuál es el proceso y la experiencia que tienen en el hospital.

- En la segunda parte:

- Se ingresa al interior de los box clínicos de consulta de un profesional médico (traumatólogo) y 2 profesionales no médicos (fonoaudiólogo y nutricionista).
- Se observa el proceso de atención y relación médico-paciente con 3 usuarios. (ver pauta de observación 2 en Anexo 2.3).

b) Cuestionario: Se usa tanto para “identificar los elementos comunicativos que faciliten y obstaculicen la experiencia usuaria del adulto mayor en el hospital Dr. Sótero del Río” (objetivo específico 1) como para “Comprender el rol de los actores que están presentes en la experiencia usuaria del adulto mayor en el hospital Dr. Sótero del Río” (objetivo específico 2).

Hurtado (2002) señala que el cuestionario es una técnica basada en la interacción personal que se utiliza cuando la información que requiere el investigador es manejada por otras personas, o cuando el evento a investigar forma parte de la experiencia de esas personas.

El cuestionario se aplicó a un total de 15 adultos mayores, seleccionados al azar, pero con algunas características particulares (hombres, mujeres, acompañados, solos, en silla de ruedas, caminando normal), que se encuentren en la sala de espera antes de recibir atención clínica.

La pauta del cuestionario (ver anexo 3.1) presenta un conjunto de 12 preguntas y aseveraciones, divididas en dos áreas relacionadas a Infraestructura e Interacciones entre los

actores. Se utilizó una escala de valoración de 1 al 5, siendo el 1 menos de acuerdo y el 5 el más de acuerdo.

Caracterización de los 15 usuarios que respondieron el cuestionario:

- 7 hombres (46,6%), 8 mujeres (53,3).

Las edades fluctuaban entre:

- 60 y 65 años: 7 (46,6)
- 66 y 71 años: 5 (33,3)
- 72 y 77 años: 3 (20%)

El motivo de consulta corresponde a:

- Consulta de especialista: 10 (66,6%)
- Retiro de medicamentos: 3 (20%)
- Exámenes: 2 (13,3%)

c) Entrevista semi estructurada: Con el objeto de “Comprender el rol de los actores que están presentes en la experiencia usuaria del adulto mayor en el hospital Dr. Sótero del Río” (objetivo específico 2) y “Proponer acciones educomunicativas para lograr una positiva experiencia usuaria del adulto mayor en el hospital Dr. Sótero del Río, (objetivo específico 3) se utilizaron entrevistas semi-estructuradas.

Sabino (1985) enfatiza que la entrevista, “como una forma de interacción social consiste en establecer un diálogo donde una de las partes busca información y la otra sirve de fuente”, (p.175). A su vez, Cerca (2000) la define como “una de las modalidades de la interrogación, o sea el acto de hacer preguntas en forma oral a alguien con el propósito de obtener un tipo de información específica” (p. 258).

Para la investigación se entrevistó a 4 adultos mayores pertenecientes a los 15 que respondieron el cuestionario.

El criterio de selección de estas personas, fue el mismo que se usó en la observación participante, de acuerdo a características de género y de dependencia del adulto mayor (uno que acude con acompañante y otro solo).

Las entrevistas fueron semi-estructuradas y se usó una guía con preguntas abiertas sobre temas en particular. Otros temas surgieron durante la conversación que se generó. (Ver pauta anexo 4. 1).

5.7 Validez de los instrumentos

Tanto el cuestionario como la entrevista a los adultos mayores fueron testeados en una primera instancia por integrantes del Consejo Consultivo de Usuarios del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, quienes analizaron y revisaron las preguntas.

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El procesamiento de datos incluye la evaluación y codificación de los resultados. La primera permite evaluar y verificar los resultados de los instrumentos y la segunda, corresponde a las categorías que se establecieron para agrupar los resultados que se tuvieron tras la aplicación de las Entrevistas a informantes clave (6.1), Observación (6.2), Cuestionario (6.3) y entrevista a usuarios (6.4).

6.1 Entrevistas a Informantes clave

Con el objeto de conocer e indagar la realidad que existe en el área ambulatoria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río sobre el proceso de atención que vive el adulto mayor, se realizaron entrevistas a informantes claves sobre esta situación. Estos actores corresponden a profesionales del área de Satisfacción Usuaría y área clínica del establecimiento.

A continuación se analizan los principales resultados de estas entrevistas (Ver Anexo 1: Entrevistas a informantes clave) de acuerdo a los siguientes criterios de análisis, los cuales fueron el resultado de dichas entrevistas: Infraestructura, Atención de Adultos Mayores, Especialización y capacitación clínica y Estrategias.

a.- Infraestructura

De acuerdo a los 3 entrevistados, no sólo el trato y la atención influyen en la experiencia usuaria del adulto mayor en el área ambulatoria del CASR, sino que también temas básicos como, por ejemplo, número de asientos en las salas de espera, señaléticas, altoparlantes, accesos, etc.

En ese sentido, la Jefa de la Unidad de Atención Integral al Usuario y Participación Social, Norma Luz, señala que:

“Lo que tenemos en el área ambulatoria es un sector de espera por ejemplo, muy chico, muy estrecho, hay mucho hacinamiento, poco flujo de aire, no hay asientos para que estén cómodamente sentados, la señalética misma que yo te mencionaba. Los espacios son muy inadecuados para su atención, de repente hasta los suelos que están disperejos afecta y se pueden caer (los adultos mayores)”.

Por su parte, el Dr. Óscar Calderón, añade que son factores importantes:

“La accesibilidad, los espacios para la movilización de ellos, las sillas de ruedas por ejemplo, evitar tener posibles causantes de accidentes, por ejemplo, las sillas que estén en mala ubicación, por ejemplo, puertas en mal estado, o sea son cosas sencillas, pero yo creo que afectan. La iluminación, la señalética y los parlantes, yo no lo había pensado, pero en realidad nadie entiende los parlantes”.

Al consultarle por las señaléticas, Bernarda Yagüe, usuaria y presidenta del Consejo Consultivo de Usuarios del hospital comenta que es necesario contar con señaléticas con letras más claras, más grandes:

“Porque de repente hay pasillos que por ejemplo dice Traumatología, pero cambiaron, pero no cambiaron la señalética. Por ejemplo, Toma de Muestra la cambiaron al pasillo 2 hace mucho tiempo, pero no está la señalética, o sea la gente sabe, o llega preguntando”.

b.- Atención de Adultos Mayores

El área ambulatoria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río no cuenta con estrategias pensadas en la atención del adulto mayor que acude a consulta de especialistas, si en el área de pacientes hospitalizados, donde existen políticas ministeriales que apuntan a brindar una atención de calidad a este grupo de pacientes.

De acuerdo a lo que comenta la Jefa de la Unidad de Atención al Usuario y Participación Social, lo único que existe en el área ambulatoria es un acompañamiento de los orientadores de la OIRS a los adultos mayores, pero no de manera constante y sólo depende de quién los atienda. La jefatura señala:

“El proceso de atención es igual al resto a cualquier paciente que ingresa a atenderse en el área ambulatoria, salvo las excepciones que nosotros detectamos a través de los orientadores en que le pueden dar un acompañamiento especial en el sentido de ofrecerle una atención priorizada, en Farmacia sobre todo, pero no tenemos nada establecido, solamente espontanea”.

Al consultarle sobre qué existe en el área ambulatoria, la profesional enfatiza:

“En el área ambulatoria hemos hecho algunos esfuerzos e intentos, pero son en forma asistencial. Nosotros observamos situaciones y a través de los orientadores que tenemos en las OIRS trabajamos en un sistema de acompañamiento hacia el adulto mayor pero de forma espontánea, no hay nada establecido protocolar o procedimiento escrito, no hay nada. Ha habido situaciones de atención preferencial pero no está totalmente establecido por el área ambulatoria”.

La misma percepción la siente la presidenta del Consejo Consultivo de Usuarios, Bernarda Yagüe, quien es categórica al decir que no existe ningún trato especial hacia el adulto mayor:

“Al adulto mayor no se le brinda ninguna consideración especial, se le atiende como a todo el resto no más (...) Las personas que atienden bien, atienden bien al adulto mayor, joven, niño a todos. La persona que no, no hace ninguna distinción”.

Con respecto a cómo quiere que se atienda a los adultos mayores, añade:

“Que hubiera una atención preferencial cuando se dan las horas, que no tuvieran que llegar a las seis de la mañana y estar hasta la 13:00 de la tarde para conseguir una hora. Que fuera una atención más especial y que se dieran más horas. Es igual que en Farmacia, si tiene que esperar como tres horas, cinco horas, ocho horas, tiene que esperarla igual que cualquier otra persona”.

De acuerdo a lo mismo, el Dr. Óscar Caderón, agrega:

“Yo creo que la consideración especial depende del funcionario que esté allí. Es una consideración espontánea, es como ir al banco y el cajero dice “pase por favor”, es como eso. De hecho, para ir a farmacia, imagenología, un paciente que ingresa por la puerta principal no va a saber llegar, habían unas líneas, pero que se están borrando, pero las indicaciones y eso, no son tan fáciles. Por ejemplo, en el CDT, la parte de información de señaléticas de los diferentes puntos es terrible, muy muy deficiente. Hasta uno mismo no sabe bien cómo llegar a un lugar”.

Con respecto a quienes y **cuál es el rol que cumplen los actores** presentes en el proceso de atención del adulto mayor en el área ambulatoria del establecimiento, los entrevistados coinciden en que los funcionarios de primera línea, es decir, quienes entregan la primera atención al paciente, son quienes cumplen un rol protagónico de toda la atención que se le brinda al usuario.

En este sentido, Bernarda Yagüe, sostiene:

“Yo creo que es el personal de primera línea, porque la gente de primera línea es con quien uno primero se encuentra, valga la redundancia, pero es la verdad. Dónde uno llega primero? A la ventanilla, aunque uno venga donde el médico a la consulta, uno acude primero a la ventanilla a consultar, pregunta si el médico llegó o no, o si tiene que entregar alguna papeleta”.

El médico geriatra, Dr. Calderón añade:

“Pasa lo mismo que con las especialidades, o sea, cada quien es clave en lo que está haciendo. O sea si yo le voy a dar la cita y el paciente no me entendió de ahí hacia arriba todo va a estar mal, porque el paciente no va a venir o va a venir a otra hora, o va a venir otro día o no entendió nada. Entonces si él entiende y sabe bien dónde tiene que llegar seguramente las otras cosas también van a seguir bien”.

c.- Especialización y capacitación clínica

Como se señaló anteriormente, el CASR cuenta con 2 médicos geriatras a pesar del número importante de adultos mayores que se atienden.

El Dr. Calderón, es categórico al enfatizar la necesidad de aumentar el número de estos especialistas, más aún cuando las expectativas apuntan a que la cantidad de adultos mayores va en aumento:

“El número de geriatras actuales es bastante limitado, reducido, y obviamente no va a tener la cobertura necesaria para la cantidad de adultos mayores que se tratan o de la población de personas mayores que hay en este momento y que cada vez van a ser más. Entonces, uno es generar ese tipo de especialidades tanto médicas como de otras personas que se encarguen de ver el tema de salud como enfermería, kinesiólogos, para que tengan una adecuada formación y así mismo puedan entregar buenas directrices y una buena atención a esta población. Entonces hay que tener todavía mucha educación, mucha formación desde médicos hasta la última persona que tiene que ver con la evaluación y atención de esta población mayor. Justamente por eso se necesitan personas que estén con conocimientos de educación en cómo atender a estas personas, especialistas en..., formados en geriatría, tener esa formación va a ser que esas personas tengan esas capacidades y entendimiento para hacerlo bien”.

De acuerdo al resultado de las entrevistas realizadas, uno de los mensajes que se repitió fue la falta de funcionarios capacitados en la atención de los adultos mayores en el área ambulatoria del CASR.

De acuerdo a lo que explica la Jefa Unidad de Atención al Usuario y Participación Social, Norma Luz Bassi, sólo existen estrategias ministeriales pensadas en el adulto mayor hospitalizado, no así en aquellos que se atienden de forma ambulatoria:

“No hay ningún protocolo específico de atención hacia el adulto mayor, no hay ningún protocolo. En el contexto de Hospital Amigo tenemos un protocolo para pacientes adultos mayores pero hospitalizados”.

Además añade:

“Más que personal idóneo yo creo que el personal debiera estar más capacitado en el área del adulto mayor, porque de verdad, o sea es cierto que es mucha la población, pero la capacitación al funcionario en relación a toda estas situaciones de la que indican la gerontología que es el envejecimiento, que es un desarrollo de dificultades que vienen progresivamente actuando sobre el ser humano que lo hacen entre comillas distinto, esa percepción no la tienen los funcionarios, los funcionarios lo tratan igual que los demás”.

Con respecto a quienes debiesen ser los funcionarios capacitados, destaca:

“Los que están en primera línea, quienes brindan la primera atención. Idealmente fuéramos todos, desde los médicos, enfermeras, pero principalmente la gente de la primera línea”.

Sobre cuáles debiesen ser los temas a tratar en esta capacitación, la jefatura enfatiza que los funcionarios deben conocer temas referentes a lo que es el envejecimiento y lo que implica:

“Transitar a un mundo de ser adulto mayor y todas las dificultades que tiene el ser humano cuando llega a cierta edad o cuando tiene edad hacia adelante, porque esas situaciones nosotros lo vemos, pero lo tratamos como cualquier otro usuario, pero ellos no son como cualquier usuario”.

d.- Estrategias

Una de las principales estrategias que permitan mejorar la atención del adulto mayor implica la capacitación de los funcionarios. En este sentido, el Médico Geriatra, Dr. Óscar Calderón, enfatiza sobre la importancia de la capacitación desde especialistas en geriatría hasta capacitaciones en cómo evaluar y atender a una persona que tenga estas características (adultos mayores). Señala que:

“Todos quienes tienen que ver con la evaluación de ellos tienen que tener algún tipo de capacitación en eso, eso es básico (...) la capacitación del personal y no solamente médico, sino que a todos, desde el guardia hasta el subespecialista que lo ve, todos tienen que tener alguna capacitación o algún trabajo que se les plantee estas situaciones, porque muchos especialistas en realidad no toman en cuenta en que hay que hacer ciertas cosas como un poco más puntuales hacia ellos”.

El profesional añade la importancia de contar con personal capacitado para atender a estos usuarios, más aún cuando los adultos mayores pueden presentar alguna dificultad cognitiva que hace necesario atenderlo mejor. En ese sentido, el médico señala que:

“Lo que sí es que hay que estar preparados para que cuando enfrentemos a ese paciente que es una persona mayor que tiene esa discapacidad o limitación digamos, poder atenderlo bien. Pero uno debiese pensar en la teoría, de hecho uno de los objetivos de la geriatría es que estos pacientes sean autovalentes todo el tiempo hasta el último día de sus vidas, pero saber el funcionario y tener la capacidad de ajustar su forma de atención según la persona que esté allí, porque puede ser que sea un paciente sin ningún tipo de deterioro cognitivo, pero que tenga una disminución de la agudeza visual o ese mismo paciente pero que no escuche bien, o puede ser que tenga un deterioro cognitivo y no entienda, entonces ahí hay que estar preparado y tener la capacidad de detectarlo. De eso se trata la preparación”.

Otra de las estrategias para implementar en el área ambulatoria, refiere a la necesidad de contar con mayor cantidad de personal (orientadores) en la OIRS para que se hagan cargo

del acompañamiento a los adultos mayores que llegan al establecimiento. En este sentido, el Dr. Calderón agrega:

“Yo creo que más que folletos podría ser alguien que esté indicándoles cómo funciona o alguna persona que le esté diciendo “¿usted a qué viene?”, estar pendiente para que los puedan apoyar, de pronto no escucharon. Entrar al CDT y que todo el mundo habla es un ruido muy, muy grande y si además el parlante no se entiende claro, entonces no va a saber bien qué pasó, entonces tener una suerte de monitores, orientadores, que estén diciendo “este paciente viene a..., es un paciente que tiene 90 años..., a qué hora tiene la hora, lo van a llamar, etc.”, que esté pendiente, algo así que sirva de ayuda”.

6.2. Observación Participante

Con el objeto de dar respuesta al objetivo general de la investigación que apunta a “Analizar la experiencia usuaria de adultos mayores que se atienden en el área ambulatoria del hospital Dr. Sótero del Río” se utilizó la técnica de Observación directa y participante, la cual se explicó en la aproximación metodológica se realizó en 2 etapas.

En la primera etapa se observó el ingreso del CDT (donde se encuentra Farmacia del área ambulatoria) y la unidad de Toma de Muestra (Ver anexo 2.2).

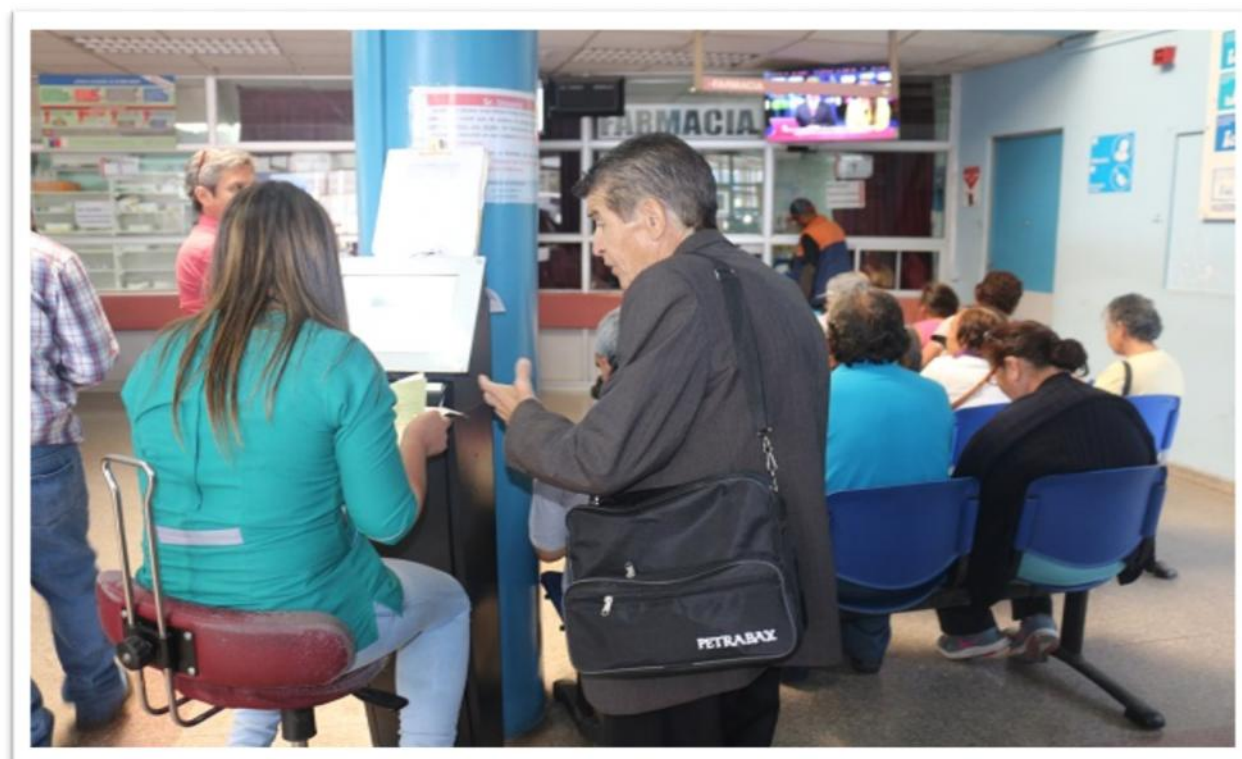


Foto 1: Ingreso del CDT, donde se encuentra Farmacia Ambulatoria.



Foto 2: Pacientes/usuarios a la espera de su turno en Farmacia Ambulatoria.



Foto 3: Fila hacia la Unidad de Toma de Muestra.



Foto 4: Unidad de Toma de Muestra, box de atención para la muestra de exámenes.

La segunda parte, consistió en observar el proceso de atención que vive el paciente adulto mayor al interior del box de atención. La observación se realizó durante la atención clínica que realizaron 3 profesionales de la salud, dos profesionales no médicos (fonoaudiólogo y nutricionista) y un profesional médico. (Ver anexo 2.4).



Foto 5: Box de atención, consulta profesional Fonoaudiólogo.



Foto 6: Box de atención, consulta profesional Nutricionista.



Foto 7: Box de atención, consulta profesional Médico Traumatólogo.

De acuerdo a los resultados de la Observación Participante de ambas etapas se establecieron los siguientes criterios de análisis: Infraestructura, Actores, Interacción entre los distintos actores que son parte de la experiencia usuaria del adulto mayor y Estrategias. Estos criterios permiten hacer un análisis más cualitativo sobre los resultados de dicha observación.

Análisis PRIMERA ETAPA

a.- Infraestructura en relación a la capacidad número/paciente

Si bien el área ambulatoria del hospital ha realizado distintas mejoras en infraestructura para brindar una mejor atención usuaria (mejores accesos, espacios físicos, etc.) existen factores que obstaculizan esa atención y que fueron detectadas mediante esta observación.

Con respecto al espacio físico y la cantidad de pacientes, el importante número de usuarios que se atiende en el CDT, y que llega principalmente a Farmacia y Admisión, atocha las salas de espera y pasillos internos principalmente los días lunes, lo que hace que – generalmente- los usuarios se sientan incómodos:

“La sala de espera de Farmacia tiene una extensión cercana a los 8 metros. Cuenta con un pasillo, en el que hay alrededor de 20 sillas. Cuenta con bastante iluminación, una luz blanca que ilumina tanto la sala de espera como el pasillo. Además entra mucha luz, porque hay varias ventanas alrededor. Las paredes son de color celeste claro, color que están pintadas las mayorías de las paredes del área ambulatoria del CASR, ya que representa a uno de los colores institucionales. La temperatura es cercana a los 20 grados, la sala de espera tiene calefacción. Hay unos cuadros con fotografías hospitalarias a blanco y negro que donó una fundación”. (Observación, 6 de julio, 2015)

Situación similar se vive en el área de Toma de Muestra, donde se juntan los pacientes que acuden a realizarse un examen a esta unidad y aquellos que vienen a consulta con el médico especialista de dermatología, lo cual hace que la cantidad de usuarios sea aún mayor. Este escenario es muy incómodo para los pacientes, quienes se sienten pasados a llevar, ya que

muchos de ellos reclaman por la cantidad de pacientes que llegan y por la lentitud de la atención. La sala de espera para la atención es muy pequeña, un número importante de pacientes espera de pie hasta que lo llamen:

“El pasillo N° 2 del CDT corresponde a Toma de Muestra y a Dermatología. Hay una fila de 40 personas esperando tomarse un examen (de sangre y/u orina). La sala de espera está llena. Hay cerca de 20 asientos, los cuales están en su máximo uso. Mucha gente de pie. Hay alrededor de 100 personas o un poco más. El espacio físico es pequeño, justo al frente están los baños, por lo que se siente un mal olor en el ambiente. Las personas se ven con cara seria. Muy pocos se ven sonrientes. La mayoría habla, hay mucho ruido. Algunos se empujan sin querer en la fila, porque hay poco espacio. Reclaman que la fila avanza muy lento. “Recién es lunes. y los usuarios ya están muy enojados”, señala una funcionaria que se encuentra en una de las dos ventanillas en Toma de Muestra. Y claro, los usuarios le reclaman a ella que deben esperar tanto tiempo. La mayoría de ellos llegó a las 7:00 hrs. para hacerse el examen. Unos están en la fila para hacerse el examen y otros para retirar los resultados o pedir hora para otros”. (Observación, 13 de julio, 2015)

El exceso de ruido que existe, por la gran mayoría de las personas que están conversando, perjudica que se escuchen con claridad los mensajes emitidos por los altos parlantes. Tal como se evidenció en la observación:

“Son las 10:00 hrs. Y el sector de espera en Farmacia se encuentra totalmente lleno. La capacidad de asientos se encuentra en su máximo uso (hay alrededor de 20 asientos). Los adultos mayores son los principales usuarios que se encuentran sentados, el resto permanece de pie. Hay mucho ruido, ya que toda la gente conversa, lo que dificulta escuchar el mensaje que se emite por el alto parlante cuando llaman al usuario para que entregue su receta o retire su medicamento”. (Observación, 6 de julio, 2015)

Sin embargo, y de acuerdo a la observación realizada, esta situación no se evidencia los días viernes, ya que es el día que disminuye la cantidad de personas, principalmente en el acceso a Farmacia y Admisión del CDT:

“Son las 10:00 hrs. del viernes 10 de julio. No hay tantas personas en la sala de espera de Farmacia Ambulatoria, debe ser porque es viernes”. (Observación, 10 de julio, 2015).

Con respecto a los box de atención, la unidad de Toma de Muestra cuenta con siete box uno al lado del otro, pero separados entre sí. Son espacios pequeños como de 60 cm. aproximadamente. Están a cargo de técnicos paramédicos, quienes atienden alrededor de 500 personas diarias, de los cuales un gran número de pacientes son adultos mayores. Al momento de la observación, este grupo etario era una gran mayoría.

“La fila está compuesta principalmente por adultos mayores (30 de 40 en total), quienes se encuentran acompañados, principalmente por un familiar”. (Observación, 13 de julio, 2015)

Con respecto a los letreros y señaléticas, de acuerdo a lo que comentaron algunos usuarios y que se evidenció en la observación, no son muy leídos por ellos, la letra no es legible (muy pequeña y dificulta la lectura) o bien, sólo son papeles pegados en las ventanillas. En algunos caso, los letreros son hechos en hoja tamaño carta u oficio, en computador con letra pequeña, o bien los otros son realizados a mano y la letra es poco legible. En el caso de las señaléticas, están colgadas desde el techo a gran altura:

“Varios de los vidrios de las ventanillas están empapelados de letreros (principalmente son hojas de oficio o carta impresas, aunque algunos son escritos a mano con plumón) con información hacia el usuario sobre algún horario de atención, requisitos para pedir una hora u otra información. Al preguntarle a algunos pacientes que se encontraban en la fila de una de las ventanillas para retirar exámenes sobre qué les parecían las señaléticas y los letreros pegados, respondieron: “Tanto papel que pegan que no se entiende nada, uno no puede ni ver a la persona que está al otro lado de la ventanilla (...) y esas señaléticas no

sirven de nada, no se ve la letra es muy chica y están muy altas”. (Observación, 20 de julio, 2015)

b.- Actores presentes en la experiencia usuaria

A través de la observación se evidenció quiénes son los actores que están presentes en la experiencia usuaria del adulto mayor en el área ambulatoria del establecimiento de salud, además de visualizar el rol que cumplen en la atención de éstos.

Entre los actores están presentes los guardias, quienes reciben al adulto mayor al ingreso del CDT, dan respuesta a sus solicitudes e informan si es necesario. También está el equipo de OIRS, que lo componen los orientadores (quienes se encargan de orientar y acoger al usuario en la sala de espera de Farmacia y entregar los número para la atención), operadora (está tras la ventanilla de la OIRS, recibe las solicitudes ciudadanas del usuario, ya sea reclamo, felicitaciones o sugerencias) y la asistente social, que se encarga de contener al usuario en caso de alguna situación en particular.

Además de ellos, están los funcionarios de primera línea, quienes entregan la primera atención al usuario, y que de acuerdo a los propios usuarios, son fundamentales en su proceso de atención. Entre ellos están los funcionarios de ventanillas en Admisión y funcionarios en ventanillas de Farmacia.

c.- Interacción entre actores y adultos mayores

De acuerdo a lo que comentan los propios usuarios, la interacción que se produce entre los distintos actores presentes hace que dicha experiencia sea positiva o negativa. Los funcionarios de primera línea influyen tanto en el proceso de atención como en la satisfacción usuaria, situación que se evidencia en la observación.

Cuando el usuario ingresa al CDT se encuentra con distintos actores claves en su proceso. Por ejemplo, funcionarios de la OIRS (orientadores, operadores, asistente social), funcionarios de ventanillas en Admisión (principalmente administrativos) y funcionarios en

ventanillas de Farmacia (técnicos paramédicos y en algunos casos, para resolver algún problema, se encuentran con el Químico Farmacéutico).

De acuerdo a lo observado, y en relación a la interacción entre el adulto mayor y el guardia, se observa que tanto el acompañante del adulto mayor como este mismo, tienen la primera interacción con él al momento de ingresar al establecimiento. Tal como se aprecia en el siguiente extracto:

“Mientras el reloj avanza, ingresan usuarios al CDT. Varios adultos mayores llegan acompañados de otra persona. Otros llegan solos y muy abrigados. Otros se desplazan en sillas de ruedas y/o con bastones. Algunos consultan al guardia dónde queda el pasillo de la especialidad a la cual acuden. El guardia les indica tanto de manera verbal como con las manos hacia dónde deben dirigirse. Los adultos mayores le sonríen”. (Observación, 6 de julio, 2015)

Con respecto a la interacción entre los adultos mayores y la orientadora, se aprecia que aquellos usuarios de la tercera edad que se quedan en el sector de Farmacia, acuden a la orientadora, que se encuentra en el tótem de atención y entrega de número, con quien además de solicitarle dicho número, pueden recibir información y aclarar dudas según corresponda. La interacción que existe entre ambos se basa netamente en el diálogo. La orientadora les habla más fuerte de como lo hace con otro usuario:

“Algunos (adultos mayores) se quedan en este sector, ya que vienen a retirar algún medicamento. Se dirigen al tótem de entrega de números para esperar su atención en Farmacia. La orientadora, quien administra el tótem, los recibe. Pregunta a qué vienen y les entrega el número. A algunos adultos mayores les habla más fuerte, pero con un tono de voz un poco “robotizado”. La orientadora se encuentra con su uniforme de color verde para que la identifiquen. Ella está sentada entregando números y contestando preguntas de quienes le consultan”. (Observación, 6 de julio, 2015)

Los funcionarios usan su uniforme y credencial para poder ser identificado por los usuarios. En este sentido, los usuarios reconocen al personal de la OIRS, quienes están con su

uniforme verde. Los adultos mayores acuden a esta oficina para hacer consultas o bien dejar algún reclamo, como se evidenció en la observación:

“Algunos adultos mayores se acercan a la ventanilla de la OIRS, donde se encuentran dos funcionarias (con su uniforme verde para que las identifiquen), quienes cumplen el rol de operadoras y deben recibir las solicitudes ciudadanas que realiza el usuario (reclamos, consultas, felicitaciones, etc.). Durante el momento de la observación, cerca de 30 personas se acercaron a la ventanilla a hacer algún tipo de consultas, de los cuales 10 fueron adultos mayores. El principal motivo de consulta del adulto mayor fue para preguntar por alguna hora médica y por la ubicación del lugar donde debe dirigirse”. (Observación, 6 de julio, 2015)

Con respecto a la interacción entre el adulto mayor y funcionarios de primera línea, se observa que existe un aspecto relevante que es el trato usuario, tal como se aprecia en el siguiente diálogo:

“En las ventanillas de admisión hay tres funcionarios de primera línea (administrativas) con un delantal blanco que las identifica. Ellas digitan información mientras los usuarios le consultan sobre unas horas médicas. En ese momento, se observa a un adulto mayor que le pregunta: “Estoy hace tiempo esperando una hora para mi operación de cadera, me podría decir ¿para cuándo sería?”. La funcionaria sin mirarlo a la cara le responde: “deme su rut”. El paciente le da su rut, y la funcionaria digita muy rápido los números. Transcurre menos de un minuto y le responde: “usted está en lista de espera, debe esperar que lo llamen”, ante esto el adulto mayor le dice: “hace tiempo estoy en lista de espera y siempre me dicen que tengo que esperar”, a lo que la funcionaria le recalca: “no puedo decirle nada más, eso aparece en el sistema, no estoy mintiendo”. El adulto mayor le muestra un papel y señala con voz bien baja: “llevo años en lo mismo, gracias”. Guarda su papel en la carpeta y se va de la fila sin ninguna expresión en su cara”. (Observación, 10 de julio, 2015)

Esta situación es diferente en Toma de Muestra, con aquellos técnicos paramédicos que están a cargo del box, donde llega el usuario a realizarse el examen:

“En los módulos de atención hay seis técnicos paramédicos, encargadas de realizar el procedimiento, todas mujeres, distribuidas una al lado de otra (con un separador para no verse). Cuentan con todos los insumos para ello como algodón, jeringas, elásticos, cinta adhesiva, etc. La sala es muy luminosa. Ellas sonríen, tienen una actitud amable cuando hacen ingresar a los usuarios para el examen. Cuando se trata de adultos mayores le hablan más fuerte que de costumbre (casi le gritan). Según una de ellas, lo hacen porque saben que a los adultos mayores hay que hablarles fuertes (ella supone que todos tienen problemas auditivos). Una de ellas le dice que se ponga cómodo y que se “arremangue” el chaleco para comenzar con el procedimiento (examen de sangre). El paciente adulto mayor hace todo lo que le pide. Luego de hacerse el examen sale del box de atención y acude a la otra fila en la ventanilla para pedir hora para un nuevo examen, donde se encuentra con otra funcionaria, a quien sólo puede ver desde el torso hacia arriba, ya que los divide un mesón y el vidrio”. (Observación, 13 de julio, 2015)

Con respecto a la interacción entre los adultos mayores, se observa que de acuerdo a la cantidad de usuarios que se reúnen en las salas de espera y el tiempo que permanecen ahí, también se genera una interacción entre ellos mediante la conversación, la cual se suma a los reclamos de los usuarios y al ruido por el diálogo que se genera entre todos:

“En la sala de espera hay cerca de cien personas nuevamente. En esta oportunidad hay algunos niños con sus madres. Varios de ellos lloran y otros juegan con unos rompecabezas. Hay usuarios que leen el diario, otros hacen sopas de letras y otros miran el matinal de Mega (Mucho Gusto) que emite una TV que se encuentra instalada en el sector, al lado izquierdo de la sala de espera a una altura aproximada de cuatro metros. No se escucha muy claro, porque hay bastante ruido. La gente conversa, grita y reclaman, porque la fila avanza muy lento, según muchos de ellos. Las funcionarias de ventanilla digitan de forma rápida para dar respuesta oportuna a los usuarios, pero así y todo el sistema digital es lento y se demoran”. (Observación, 20 de julio, 2015).

d.- Estrategias

Con respecto a algunas soluciones que entregan los adultos mayores en relación a su atención, particularmente en el caso de Toma de Muestra, señalan por ejemplo, poder realizarse exámenes (de sangre y/u orina) en su consultorio más cercano para evitar ir al hospital:

“En la sala de espera de Toma de Muestra se juntan aquellos pacientes que también acuden a consulta de Dermatología, por lo que la cantidad de usuarios es mayor. Un adulto mayor reclama que tiene que venir tan temprano hacerse el examen, y por qué no puede hacérselo en su consultorio. Él es de San José de Maipo, debe tomar dos micros para llegar al Hospital Dr. Sótero del Río, gasta cerca de 2 mil pesos para llegar, en total 4 mil hasta regresarse a su casa. Su hija lo apoya en su reclamo, pero sólo lo comentan al resto de los usuarios, ya que no se ve a ningún funcionario cerca”. (Observación, 10 de julio, 2015).

Análisis SEGUNDA ETAPA

a.- Infraestructura

Mediante la Observación se detectan distintas situaciones respecto a la infraestructura de los box de atención.

El espacio físico de cada uno de ellos es cómodo para la atención clínica. Sin embargo, existe diferencias en el tamaño en cada uno de ellos a pesar de que están adaptados para que el profesional de salud reciba al paciente más un acompañante.

Con respecto a la implementación del box clínico, todos cumplen con los insumos necesarios como por ejemplo, camilla, sillas, escritorio, lava manos, etc. De acuerdo a la atención que brindan varía alguna implementación, como en el caso de la atención de la nutricionista su box clínico cuenta con una pesa, no así en el box de consulta del resto de los profesionales sometidos a la observación.

Con respecto a los letreros y señaléticas, los box de atención no cuentan con mayor señaléticas. En la puerta está el número del box y dentro del lugar sólo hay algunos afiches sobre algunas patologías invernales. Las paredes están limpias y despejadas de carteles.

Por ejemplo, en la observación del box del fonoaudiólogo se describe:

“En el box existe un escritorio y tres sillas (una para el profesional de la salud que atiende, el paciente y el acompañante). Hay un computador, encima del escritorio hay fichas clínicas, un lápiz y unas carpetas. En las paredes sólo hay pegado un afiche sobre prevención en campaña durante el invierno. El resto se ven muy limpias de color blanco”. (Observación, 21 de septiembre, 2015)

b.- Actores presentes en la experiencia usuaria

Los actores presentes en los box son los profesionales del área de salud tanto médicos como no médicos. Principalmente el profesional que atiende al paciente en el box clínico (médico, nutricionista y fonoaudiólogo), y el personal de primera línea (administrativo) que agenda la hora médica del paciente.

Los actores presentes en este proceso cuentan con credencial de identificación y usan uniforme de acuerdo a su rol para que el paciente lo reconozca.

c.- Interacción entre actores y adultos mayores

La interacción que se genera entre los actores presentes y el paciente tiene gran importancia en la satisfacción usuaria, principalmente en la evaluación que hacen de su atención. En este sentido, y de acuerdo a la observación realizada a los tres profesionales de la salud, existe una clara diferencia en la atención que brindan a los pacientes.

En relación a la interacción entre el adulto mayor y fonoaudiólogo, se observa que la relación entre el profesional, paciente y acompañante es muy cercana. Al ingresar al box, se genera un diálogo más horizontal, de cercanía de parte del profesional, le pregunta cosas cotidianas y hace que la conversación sea más estrecha, más de confianza y más fluida:

“El diálogo que existe entre ambos es muy coloquial. El profesional además de preguntarle asuntos clínicos al paciente también le pregunta por cosas cotidianas,

por ejemplo, si vio el partido de futbol de colo colo, qué tal lo pasó durante fiestas patrias. Mientras él pregunta eso, el paciente se ríe y su esposa responde la mayoría de la preguntas. Además, la conversación que existe no sólo se centra entre el especialista y el paciente, sino que incorpora en todo momento al acompañante, en este sentido a la esposa del paciente. Lo cual hace que la interacción sea mucho más participativa”. (Observación, 21 de septiembre, 2015)

Con respecto al lenguaje que usa el especialista es muy claro al hablar, no usa tecnicismo y es muy coloquial, lo cual ayuda mucho más a la cercanía que existe con el paciente y su acompañante. A pesar de que su lenguaje es muy claro, pregunta en reiteradas oportunidades si entienden lo que está preguntando y lo que está diciendo con respecto a las indicaciones tanto de la evaluación médica como del tratamiento a seguir.

“Tanto el paciente como su acompañante responden sin ningún problema todas las preguntas que le hace el profesional de la salud. Luego le da las indicaciones de los cuidados y terapia que debe seguir en la casa. Le pregunta dos veces si entendieron bien las indicaciones clínicas y si tienen alguna duda. Ambos responden que No, que está todo claro. El lenguaje es muy sencillo, fácil de entender, lo que da a entender que por eso tanto el paciente como su acompañante no tienen problemas en entender lo que les dice”. (Observación, 21 de septiembre, 2015)

Situación muy similar se observa en la atención que brinda la profesional Nutricionista. La relación que se genera entre la paciente y el profesional también es muy estrecha, hablan de cosas personales y situaciones de la vida, lo que genera un ambiente de confianza entre ambas y que la usuaria se sienta cómoda:

“La paciente ingresa y la especialista le extiende su mano y la saluda con un beso en su mejilla. Luego le corre la silla para ayudarla a sentar a pesar de que la paciente no presenta problemas de desplazamiento. Le pregunta cómo ha estado, cómo se ha sentido y qué hizo para fiestas patrias. La paciente le contesta que se ha sentido muy bien, que sólo ha tenido un poco de molestias al procesar ciertos alimentos (como carne y pan). Se genera un diálogo muy coloquial y cercano. (Observación, 22 de septiembre, 2015)

Con respecto al lenguaje, al igual que la atención anterior, la especialista tampoco usa tecnicismo. Su lenguaje es muy coloquial, sencillo, semi formal y simple. Se evidencia que se preocupa de que la paciente entienda lo que le está diciendo, le repite lo que dice varias veces, le pregunta si entendió, si tiene alguna duda o algo que comentar. Su tono de voz en muchas ocasiones es más alto de lo habitual, ya que la paciente presenta algunos problemas auditivos:

“La especialista usa un tono de voz alto, sabe que la usuaria no la escucha bien, ya que le pregunta varias veces: ¿Me escucha bien?, ¿Me entiende? El diálogo que existe es informal, sin tecnicismos y lento. La profesional le explica cada una de las recomendaciones que debe seguir la usuaria, hace pausas, y vuelve a repetirle la misma información.”. (Observación, 22 de septiembre, 2015)

Con respecto al trato, éste es muy cordial:

“Cuando la paciente ingresa al box clínico, la especialista la ayuda a sentarse en la silla. Primero, ella la saluda con un beso en la cara, le toma las manos y le pregunta cómo ha estado. Luego, le corre la silla y la ayuda a sentarse. Ella vuelve al otro lado del escritorio y se sienta. Se genera un ambiente cálido y de confianza. Tras la conversación, le pide que debe pesarla y para ello debe acudir a la pesa. En ese momento también la ayuda a pararse de la silla y a subirse a la pesa, a pesar de que la paciente no presenta mayor problema para desplazarse. La paciente le agradece el gesto”. (Observación, 22 de septiembre, 2015)

Ambas atenciones de los profesionales no médicos presentan ciertas similitudes con respecto a la interacción que se genera entre ellos y sus pacientes. Trato cordial, preocupación por si le entendieron o no lo dicho, lenguaje sencillo, ambiente de confianza, cercanía, comunicación horizontal y positiva satisfacción usuaria son algunos de los elementos que se evidenciaron durante la observación en estas atenciones.

Situación diferente se evidenció en la consulta clínica del box con el médico traumatólogo. En este caso, el médico mantiene una actitud mucho más distante. El paciente ingresa junto a su acompañante y el médico les extiende la mano para saludarlas (situación diferente a la forma de saludar de los otros especialistas, quienes saludaron de mano y beso a sus

respectivos pacientes y acompañantes). El médico sigue sentado en su escritorio frente al computador.

Si bien, le pregunta cómo está y cuál es el motivo de consulta al paciente, su entonación es muy plana, dando a entender que son preguntas que repite una y otra vez con sus pacientes. Llama mucho la atención, a diferencia de los otros especialistas, que el médico registra todo lo que conversa con la paciente en su computador, lo cual hace que la conversación sea aún más distante, ya que muy pocas veces la mira a los ojos. Mientras le hace algunas preguntas, escribe en el computador:

“El médico está frente a su computador y comienza a escribir mientras le hace algunas preguntas a la usuaria sobre cómo se ha sentido. Anota lo que la usuaria le está diciendo. Él sigue escribiendo, la usuaria ya no dice nada. Hay varios silencios, sólo se escucha el teclado del computador. Él revisa una imagen en el computador (una radiografía de la cadera de la paciente) y le dice que se ve todo “normal” y que de su cadera ha avanzado bastante. Durante todo este diálogo, él sigue registrando la atención en su computador. En muy pocos momentos despega sus ojos de la pantalla para mirar a la usuaria.”. (Observación, 22 de septiembre, 2015).

Con respecto al lenguaje que usa y a la comunicación que se genera, si bien no es técnico es mucho más formal que el resto de los profesionales. Se evidencia una comunicación más vertical que horizontal. El médico pregunta, la paciente responde, dejando entre ver que el médico es quien lleva la comunicación. Hay varios silencios que sólo se escucha el teclado del computador:

“Durante uno de esos silencios en los cuales sólo se escucha el sonido de las teclas del computador, la hija de la paciente le dice al médico que con el frío se le agudiza un poco el dolor de rodilla a su mamá. El médico le dice que tiene que esperar la hora del kinesiólogo para que comience la terapia, ya que otro médico que la había evaluado antes por su dolencia a la rodilla la había derivado a terapia kinésica. Pero sigue redactando en el computador”. (Observación, 22 de septiembre)

Luego le pide que se suba a la camilla para examinarla. A diferencia de los otros profesionales, el médico sigue sentado en su escritorio esperando que la paciente suba a la camilla. Le pregunta si le duele y le dice que no se ve inflamada. De todas formas, señala que le pedirá un nuevo examen y le recuerda que debe hacer terapia kinésica. Luego vuelve a su escritorio a seguir registrando esta evaluación en el computador.

Cabe destacar que a pesar de que esta atención es mucho más fría y distante a la de los profesionales no médicos, no existe un trato negativo hacia la paciente. Sin embargo, tampoco se evidencia alguna consideración especial por tratarse de un adulto mayor. La consulta dura alrededor de 15 minutos.

6.3. Cuestionario

Con el objeto de “identificar los elementos comunicativos que faciliten y obstaculicen la experiencia usuaria del adulto mayor en el hospital Dr. Sótero del Río”, (objetivo específico 1) y “Comprender el rol de los actores que están presentes en la experiencia usuaria del adulto mayor en el hospital Dr. Sótero del Río”, (objetivo específico 2) se aplicó un cuestionario de 12 preguntas a 15 adultos mayores que se encontraban en distintas salas de espera del área ambulatoria del hospital. (Ver Anexo 3: Cuestionarios a usuarios).

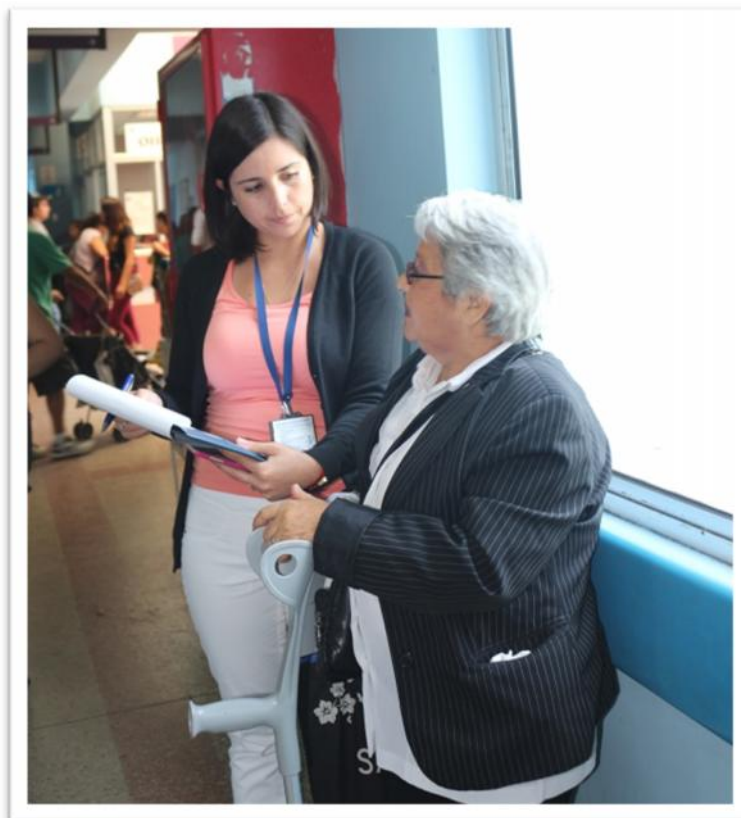


Foto 8: Usuaria del hospital contestando el cuestionario¹.

¹ Es importante señalar que mientras aplicaba el cuestionario a los adultos mayores, ellos mencionaban que muchas veces debían dejar pasar muchas cosas con los funcionarios para evitar que no los atendieran. Además los mismos funcionarios, daban por hecho que todo lo que les decían a los adultos mayores ellos los entendían.

Este análisis considera 3 aspectos: infraestructura, interacción entre los actores y estrategias.

a.- Infraestructura

Si bien la mayoría de los usuarios adultos mayores que contestaron el cuestionario señalan que la sala de espera cuenta con el número de asientos necesarios para permanecer en ella (60%) y que cuenta con buena iluminación (46,6%) no opinan lo mismo al referirse si este espacio físico les parece cómodo o no. El 66% de los encuestados dice que la sala de espera no les parece tan cómoda al momento de esperar su atención y un 53% señala que la ventilación de la misma no es tan buena.

Con respecto al funcionamiento de los altoparlantes, medio por el cual se emiten distintos mensajes (educativos e informativos) y se les llama al box clínico, existe una marcada tendencia a que los usuarios no están conformes con este sistema², ya que un 53,3% señala que los mensajes emitidos por el altoparlante no se escuchan. Una opinión parecida tienen sobre la valoración que le dan a las señaléticas con que cuenta el área ambulatoria del hospital, ya que un 66,6% señala que la legibilidad de éstas es escasa.

b.- Interacción entre los actores presentes en el proceso de atención y adultos mayores.

Con respecto a la interacción que tiene el adulto mayor con los actores que están presentes durante su proceso de atención, los encuestados señalan que el trato del funcionario que los ha atendido ha sido amable. Cerca del 50% de los encuestados le dan una positiva valoración a este punto. Porcentaje que se suma a que cerca del 80% señala que el funcionario manifiesta un interés por ayudar en caso que lo requiera. Sin embargo, y a pesar de que sienten que existe amabilidad e interés por ayudarlos, no perciben una “consideración especial” por tratarse de un adulto mayor. Un 58% señala que no siente ningún trato diferente por tratarse de un paciente de la tercera edad.

² Tras aplicar los instrumentos se pudo percibir que claramente existe un problema grave en lo que refiere a los altos parlantes. De hecho, en una oportunidad una persona tuvo que avisarle al adulto mayor que lo estaban llamando desde el box de atención a través del alto parlante, ya que éste “chicharreaba” y no se entendía lo que se decía, por lo tanto, el paciente no escuchó que lo llamaban. Y a esto se suma, que muchos de los adultos mayores tienen algún problema auditivo, lo cual perjudica aún más poder escuchar su turno.

Al consultarles si el funcionario entrega información de manera clara para que el paciente lo entienda, la mayoría (33.3%) señala valorar esta práctica en un término medio. Una situación diferente ocurre cuando se les pregunta si el profesional médico le entrega información sobre su diagnóstico y tratamiento de manera clara, ya que existe un porcentaje mayor (40%) que opinan que efectivamente se cumple esta práctica.

Por último, al preguntarles por el rol del guardia, cerca del 80% le otorga una positiva valoración al rol que cumple el guardia en la atención, ya sea para responder dudas, dar indicaciones, etc.

c.- Estrategias

Los usuarios que contestaron el cuestionario hicieron algunas sugerencias sobre cómo les gustaría que fuera su atención, entre los temas más relevantes destacan:

- Mejorar el trato hacia el adulto mayor.
- Tener una atención personalizada.
- No esperar tanto para la entrega de medicamentos en Farmacia Ambulatoria.
- Poder realizarse exámenes en su consultorio para evitar ir al hospital y estar tanto tiempo esperando.
- Mejorar los accesos para el ingreso de silla de ruedas.

6.4. Entrevista semi-estructurada a usuarios

Con el objeto de “identificar el rol de los actores que están presentes en la experiencia usuaria del adulto mayor en el hospital Dr. Sótero del Río” (objetivo específico 2) y “proponer acciones educomunicativas para lograr una positiva experiencia usuaria del adulto mayor en el hospital Dr. Sótero del Río, (objetivo específico 3) se realizaron entrevistas semi-estructuradas a cuatro adultos mayores elegidos al azar, mientras esperaban atención clínica en las salas de espera del área ambulatoria del hospital, principalmente de las especialidades de Cardiología, Medicina Interna y Medicina Física y Rehabilitación. (ver Anexo 4: entrevistas semiestructuradas a usuarios adultos mayores)



Foto 9: Entrevistando a una usuaria del hospital.

Los criterios de elección al azar de estos adultos mayores fue: Género y si acudían solos o acompañados.

A continuación se analizan los principales resultados de estas entrevistas, de acuerdo a los siguientes criterios de análisis: Infraestructura, Atención de Adultos Mayores, Especialización clínica, Estrategias.³

a) Infraestructura

La mayoría de los entrevistados coincide que las características de infraestructura del establecimiento cumplen con las condiciones mínimas de atención. Sin bien reconocen que el hospital es un edificio antiguo, destacan que cuentan con lo necesario para desplazarse sin mayor inconveniente, aunque se resignan, muchos de ellos, a aceptar lo que existe por los años que tiene el hospital:

“Creo que sí (en cuanto a si la infraestructura está acorde a las necesidades de los adultos mayores), o sea tiene lo necesario. Es lo normal. Tiene ascensores, acceso para silla de ruedas. A veces en los box las camillas son un poco altas, pero el médico nos ayuda a subir”, (Usuario 1, Ana Rosa Muñoz Becerra, 65 años).

“Este hospital es muy viejo, tampoco tiene tantas cosas modernas. Pero en general tiene lo necesario, aunque las salas de esperas son muy chicas, pero bueno, qué más vamos a pedir si es un hospital tan antiguo.” (Usuario 2, Carmen Gloria Muñoz Salas, 68 años)

Sin embargo, hay algunos elementos que mejorarían. Como por ejemplo:

“Creo que tiene lo básico (en relación a la infraestructura), tampoco podemos quejarnos tanto. Aunque si mejoraran algunas cosas sería bueno (...) Como las salas de espera, no hay muchas sillas. Los parlantes, no se escuchan muy bien y si uno no escucha bien, es peor pues mijita, porque algunas veces uno se queda

³ Cabe señalar que todas las variables de análisis de los instrumentos surgen de las entrevistas de los informantes claves.

esperando que lo llamen y no escuchamos” (Usuario 3, Juan Muñoz Rodríguez, 73 años)

“Mmmm, puede ser que falten cosas como más luz en las salas de espera, los rantes están medios malos, porque no se escuchan mucho. Pero tiene buen acceso, se puede entrar en silla de rueda y eso es bueno. Yo tengo que usarla muchas veces, entonces no tengo problemas, aparte los guardias siempre ayudan cuando ven a alguna persona con problemas, eso lo agradezco, porque no todos hacen eso (...) Ah, y también los baños podrían mejorarse, no todos tienen acceso a personas con discapacidad, parece que antes no era requisito, ahora por lo que yo sé, todos los lugares deben contar con baños para minusválidos”, (Usuario 4, Marcos Zaror Arredondo, 70 años)

Con respecto a las señaléticas, todos coinciden en que se podrían mejorar, ya sea el tamaño de la letra e incorporar nuevas para que exista mayor información sobre los lugares y cómo llegar a ellos, considerando que el CDT tiene varias pasillos de atención y los usuarios muchas veces se pierden.

“¿Cuáles son las señaléticas? (se le explica cuáles son y dónde están). Ah, yo creo que deberían ser más grande. A veces a uno le cuesta leer, entonces si la letra es más grande sería más fácil. El CDT es muy complejo, uno se pierde, entonces podrían poner más señaléticas.” (Usuario 1, Ana Rosa Muñoz Becerra, 65 años)

“Mmmm, yo creo que hay tanto papel acá, que uno no lee nada, porque son tantas cosas que no se sabe qué leer. Pero las señaléticas podrían ser mejores, de colores, con letras más grande, o no sé, pero son muy chicas”, (Usuario 2, Carmen Gloria Muñoz Salas, 68 años).

b) Atención de Adultos Mayores

Al consultarles sobre si sentían un trato “especial” en la atención por tratarse de adultos mayores todos coincidieron en que la atención es igual para todos. Si bien reconocen que en

algunas ocasiones los hacen pasar primeros en la fila, no existe una mayor diferenciación por ser pacientes de mayor edad, sino que son tratados como uno más:

“No, para nada. Parece que mientras más anciano a uno lo vean es peor y lo atiende más mal. La gente cree que cuando uno es mayor es menos importante, no tenemos ningún trato especial, porque tenemos que esperar igual que toda la gente (...) Acá nadie nos hace una diferencia porque somos adultos mayores. Uno espera que la atención sea distinta, pero no es así. Igual hay algunos médicos que son más buenas personas y nos tratan con más cariño.” (Usuario 1, Ana Rosa Muñoz Becerra, 65 años)

También destacan que en otras ocasiones el personal del hospital tiene buen trato hacia ellos, pero todo dependerá de la persona y no de un protocolo establecido que señale que el adulto mayor debe recibir un trato diferente:

“Mmmm... creo que si hablamos de un trato especial, no sé si será tan así, pero a veces hay personas que nos tratan con más cariño, nos explican mejor, nos hablan mejor, y nos entienden mejor que otros. Pero también hay algunas personas que nos tratan mal, yo creo que lo hacen porque no tienen mucha paciencia, pero si trabajan acá atendiendo a gente deberían tener paciencia, porque osino para que están acá o ¿no?” (Usuario 2, Carmen Gloria Muñoz Salas, 68 años)

“Como en todos lados no más, a veces nos hacen pasar primeros, pero eso depende si el guardia es buena persona y si no, tenemos que esperar igual que todos. Podrían darnos prioridad en la fila de farmacia para retirar medicamentos o cuando venimos hacernos algún examen, pero eso no siempre pasa, sólo lo hacen algunas personas, pero parece que no es parte de lo que tienen que hacer acá en el hospital”. (Usuario 3, Juan Muñoz Rodríguez, 73 años)

“Yo he tenido buenas experiencias en este hospital, pero también he escuchado de gente que está disconforme con todo. La realidad que tenemos para atendernos es ésta, y lamentablemente no todo siempre es tan bueno, pero yo creo que en mi caso

siempre he tenido una buena atención y no sé si será porque soy adulto mayor o porque la persona que me ha atendido ha sido buena persona. Eso influye bastante en la atención que nos dan, todo depende de la persona. (...) Si hay alguien que no quiere atender, que está cansado o enojado, siempre va a influir de forma negativa en cómo atiende”. (Usuario 4, Marcos Zaror Arredondo, 70 años)

Sin duda existe descontento, el cual se transforma en resignación a la vez sobre la atención que reciben en el hospital. Si bien reconocen que hay personas que los tratan bien, que les dan preferencia en la atención, están conscientes de que este “trato” sólo depende de la buena voluntad del funcionario, la cual influye significativamente en la satisfacción usuaria.

c) Especialización Clínica

Considerando que están conscientes de que no existe ninguna diferencia en el trato usuario y en la atención clínica por tratarse de adultos mayores, sino que todo depende de cómo es la persona que los atiende, los entrevistados coinciden en la necesidad de que el personal se capacite en ciertos temas que refieren a mejorar la atención usuaria a personas de tercera edad. En este sentido se recalca lo siguiente:

“Creo que es una muy buena idea. Siempre es necesario que la gente se capacite en todo, y no solo para atender a los adultos mayores, sino para que atiendan bien a todos los pacientes. Pero en nuestro caso es fundamental, porque nos tratan igual que a todos y muchas veces necesitamos de mayor comprensión por parte de ellos”, (Usuario 1, Ana Rosa Muños Becerra, 65 años)

“Siempre es bueno que las personas se capaciten, porque es mejor para ellos y para nosotros. Yo creo que la gente está muy estresada y por eso atiende tan mal, pero igual creo que no tienen tantas capacitaciones en cómo atender a adultos mayores. Yo creo que igual tenemos que recibir un trato distinto o ¿no? y para eso, deben hacer algún curso, o saber cómo hacerlo. De todas maneras creo que es necesario”, (Carmen Gloria Muñoz Salas, 68 años)

“Como yo he tenido buena experiencia no puedo criticar mucho, pero creo que siempre es bueno que las personas se estén capacitando, porque eso hace que las personas aprendan cosas nuevas. Con respecto al trato siempre es útil que todos aprendan a cómo atender a los pacientes, más aún si es a pacientes adultos mayores. Yo creo que eso sería muy bueno, así todos sabrían qué hacer frente a un adulto mayor, y nos sentiríamos mejor y la gente que reclama también creo que lo hace con justa razón, si está claro que hay personas que atienden mal”, (Usuario 4, Marcos Zaror Arredondo, 70 años)

También hacen la diferencia entre la atención que brinda un profesional del área de la salud (en este caso un médico) y un administrativo que atiende en ventanilla de admisión:

“Yo creo que sí (al consultarles si siente un trato diferente por ser adulto mayor), porque muchas veces no nos tratan muy bien solo porque somos adultos mayores. Deberían todos saber cómo atendernos, igual los médicos son buenos con nosotros, nos hablan bien, lento, nos dicen todo lo que tenemos que saber, pero cuando le preguntamos a otras personas se nota mucho la diferencia (...) La señorita que está en ventanilla, no siempre atiende bien, se enoja cuando uno le pregunta dos veces lo mismo, y uno a veces no quiere ni preguntar más, porque si ya se enojó, para qué voy a preguntar más, así que mejor uno se va no más” (Usuario 3, Juan Muñoz Rodríguez, 73 años)

a) Estrategias

Una de las preguntas de la entrevista apuntaba a una estrategia que podría implementarse en las salas de esperas de los servicios clínicos. Ante esta pregunta, todos los entrevistados coincidieron en que sería una buena iniciativa incorporar la presencia de un orientador en estos espacios físicos, ya que estarían más pendientes de ellos y podrían ayudarles a solucionar problemas que puedan presentarles mientras esperan su atención o bien orientarlos en el caso que sea necesario:

“Eso me parecería súper buena iniciativa. Uno siempre tiene que hacer consultas y debe ir a la OIRS o preguntar a la gente que trabaja acá, pero no todos tienen la

misma voluntad entonces a veces unos responde bien y otras veces, responden mal. Entonces sería muy bueno que haya alguien acá en la sala de espera, así nosotros no nos movemos tampoco” (Usuario 1, Ana Rosa Muñoz Becerra, 65 años)

“Creo que sería súper bueno tener a alguien sólo para que nos ayude cuando tenemos alguna consulta, porque así no tenemos que desplazarnos a donde haya que ir a preguntar. Yo en lo particular puedo hacerlo, pero hay personas que vienen en silla de ruedas o usan bastón, entonces les dificulta poder desplazarse. Una persona que sepa resolver nuestros problemas, eso necesitamos” (Usuario 2, Carmen Gloria Muñoz Salas, 68 años)

VII. CONCLUSIONES Y PROPUESTA

7.1 Conclusiones

De acuerdo a la investigación realizada - mediante una metodología de orden cualitativo- se concluye, respecto a la experiencia usuaria del adulto mayor en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, que existen distintas áreas de interés que repercuten directamente en la satisfacción usuaria.

Acompañamiento espontáneo y trato digno: Una de las áreas tiene que ver con el acompañamiento espontáneo que existe hacia los pacientes Adultos Mayores. Actualmente el CASR no cuenta con un protocolo de atención hacia el adulto mayor en el área ambulatoria, sólo existe el acompañamiento espontáneo hacia ellos de parte de los orientadores de la OIRS, quienes brindan una atención “preferencial” en el caso que se requiera. Por ende, el proceso de atención, en la mayoría de los casos, es igual que con el resto de pacientes y el trato va a depender de quién lo atienda, la voluntad y estado de humor de éste.

Con respecto a los actores claves en la experiencia usuaria se destacan los funcionarios de primera línea (administrativos y técnicos paramédicos). Ellos por lo general son quienes se encuentran en ventanilla y entregan la primera atención al paciente.

En el caso de la atención que brinda un profesional médico y otro no médico, como fue el caso del fonoaudiólogo y nutricionista, existe diferenciación en el trato por tratarse de usuarios de tercera edad al interior del box clínico. Sin embargo, la atención del profesional médico es clara y no técnica para que el paciente pueda entender lo que le está diciendo.

En este caso, se concluye que en el caso de los profesionales no médicos existe un trato más directo, menos formal, más cercano, con un lenguaje muy sencillo, coloquial. Existe preocupación de estos profesionales para que el paciente entienda lo que le está diciendo y lo que está preguntando. También el tono de voz tiende a ser más alto, ya que atienden a adultos mayores con problemas de audición. El ambiente que se genera en esa relación es de confianza, cercanía y de una comunicación más horizontal. En el caso del profesional médico, existen ciertos factores que hacen que sea diferente. Tiene una actitud más distante y seria con su paciente. Si bien no existe un tono de voz que asuma que no le interesa lo que está haciendo, no se genera un ambiente de confianza. El médico la atiende, le pregunta lo que necesita saber y registra todo en su computador. El no mirar todo el tiempo a la cara de la paciente, sino mirar la pantalla del computador, genera una comunicación mucho más vertical. El lenguaje es más formal.

Contar con una salud adecuada para vivir una vejez saludable es algo muypreciado por los adultos mayores, y que ésta esté acompañada de un trato digno hace que su experiencia usuaria en un establecimiento de salud marque la diferencia.

Necesidad de capacitación y especialización: Otra de las áreas que influyen en la experiencia usuaria del adulto mayor en el área ambulatoria del CASR tiene que ver con la necesidad de capacitación a profesionales médicos. Al no existir un protocolo de atención hacia el adulto mayor en el área ambulatoria, la atención que reciben los pacientes depende de la voluntad y empatía que sienta el funcionario. Es por ello, que existe la necesidad de

contar con personal especializado y/o capacitado en la atención de este grupo etario, tanto de primera línea como profesionales de la salud que atienden al paciente al interior del box considerando que los adultos mayores pueden presentar cierta dificultad cognitiva. Dentro de los temas en los cuales deben ser capacitados se destaca conocer cuáles son las necesidades reales de un adulto mayor, qué es el envejecimiento y cómo atenderlos. Incluir enfoque gerontológico.

En la actualidad el hospital cuenta con sólo dos médicos geriatras quienes atienden en el área de pacientes hospitalizados, por lo que el área ambulatoria no cuenta con estos especialistas.

En este sentido, los profesionales de la salud, tanto médicos como no médicos, cumplen un rol fundamental y contribuyen a crear nuevos modelos de atención exclusivo y acorde a las necesidades del adulto mayor, los cuales apunten a mejorar la relación médico-paciente, funcionario-paciente y a mejorar la satisfacción usuaria. En estas mejoras debe estar presente la capacitación de los profesionales de la salud y diseñar estrategias de prevención con la finalidad de evitar medidas solo paliativas, fomentar la participación del adulto mayor, que se les considere en la construcción de nuevas políticas.

Lo fundamental es mirar el envejecimiento como un proceso natural en el que el adulto mayor debe enfrentarse a distintos cambios y para que estos cambios no acarreen mayores problemas, la sociedad, y en este caso puntual de la investigación, los funcionarios del área de salud deben contar con las herramientas necesarias para dar respuesta a sus requerimientos. La experiencia usuaria del adulto mayor en un hospital nace desde que ingresa al establecimiento hasta que se va, interactuando con diferentes actores, quienes en mayor o menor medida influyen para que su experiencia sea buena o mala.

No necesariamente hay que hacer todo “especial” para el adulto mayor, pero si los actores que interactúan con ellos deben tener una capacitación en estos temas.

Necesidad de contar con infraestructura acorde a personas mayores: Como tercera área de interés tiene que ver con la necesidad de contar con infraestructura acorde a personas mayores. El contexto y espacio físico donde se desarrolla toda la acción que concierne a la atención y experiencia usuaria también es muy importante e influye en la satisfacción que tienen los pacientes. Factores relacionados a la infraestructura como falta de asientos en las salas de espera, señaléticas poco visibles, mal estado de los altoparlantes, accesos de sillas de ruedas, entre otras influyen en la atención que se le ofrece al adulto mayor

La mayoría de los entrevistados coincide, que a pesar de que el establecimiento de salud cuenta con una infraestructura muy antigua, tiene los elementos necesarios para brindar una atención clínica. Sin embargo, reconocen que las salas de espera son muy pequeñas considerando el alto número de pacientes que necesita atención, además de que no cuenta con el número de sillas necesarias, ya que muchas veces deben permanecer de pie.

El gran número de usuarios que llega al CDT para atención clínica, retiro de medicamentos o realizarse algún examen, incide en la conglomeración que se genera en los pasillos y salas de espera de este espacio físico. Las largas filas que se generan para retirar medicamentos en Farmacia y para pedir una hora o realizarse un examen en Toma de Muestra, hacen que los espacios físicos no den respuesta a la demanda existente incomodando en gran medida a los usuarios, quienes deben permanecer de pie, porque no hay tantas sillas, y están todos “apretados” unos al lado del otro, porque no hay más espacio.

El envejecimiento y aumento de adultos mayores es una realidad latente a nivel mundial y local y por lo mismo, las condiciones físicas que necesitan para desarrollarse es un desafío constante de la sociedad.

De acuerdo a estas áreas de interés se concluye que es fundamental que exista un cambio de mirada con un enfoque más preventivo que curativo y más participativo que receptivo, en el que exista un rediseño de las políticas dirigidas a la vejez con el objeto de que la población adulto mayor se sienta más empoderada de sus derechos y deberes. Que los espacios estén

adecuados para ellos, que los medios proporcionen mayor educación y prevención al adulto mayor, que los funcionarios estén capacitados en cuáles son sus necesidades y cómo deben atenderlos, aumentar el número de geriatras, más aún cuando la población de adultos mayores va en aumento y el este hospital público es el establecimiento de salud más grande de Chile.

El objetivo es erradicar el prejuicio que existe sobre el envejecimiento al tratar a un adulto mayor como una persona enferma o deficitaria, lo ideal es que la sociedad aprenda y se informe cuál es la mirada que debe existir para vivir en esta sociedad con nuevos adultos mayores.

Por ende, los aspectos de la comunicación en psicogeriatría que deberían resguardarse en una institución de salud donde se atienden adultos mayores, de acuerdo a lo señalado en el marco teórico con respecto a las Guías NANDAS y al Manual Gerontológica, son:

- Adaptar el lenguaje (verbal-no verbal), sin tecnicismo.
- Mensajes claros.
- Identificación de quién lo atiende.
- Uso de uniforme.
- Respetar los tiempos.
- Tonos de voz de acuerdo a la condición del paciente.
- Darle importancia a la comunicación interpersonal.
- Generar un clima de confianza.
- Contar con un ambiente bien iluminado y señalizado.
- Si se entregará material impreso, tener la precaución de que la letra sea la óptima para que se pueda leer (letra tipo 14).
- Cerciorarse que el paciente cuente con una red de apoyo.
- Educación.

En la medida en que se tomen en cuenta estas necesidades y los cambios que existen sobre el proceso de envejecimiento, se podrán desarrollar estrategias, positivas, y mecanismos de participación para el adulto mayor con la finalidad de que el sistema actual dé paso a un sistema más integrativo, más preventivo y más participativo para la tercera edad.

En estos elementos, la comunicación y la educación pueden entregar un aporte muy importante. Por ende, los elementos educomunicativos que están presentes en esta experiencia del adulto mayor en el hospital son⁴:

- * Audiencia específica con sus propias características.
- * Necesidad de contar con mensajes concretos para llegar a esa audiencia.
- * Necesidad de usar los medios existentes para informar y educar a la audiencia.
- * Participación de los actores y audiencia: Trabajo en Red.
- * La capacitación y la educación a los equipos de trabajo son muy necesarios.
- * No se puede pensar un proyecto de comunicación y educación aisladamente de los lineamientos institucionales.

7.2 Propuesta

A partir de las conclusiones, se propone concretamente la creación e implementación de un Protocolo de Atención en el área ambulatoria del hospital hacia el Adulto Mayor⁵, el cual abarca distintas acciones desde el diagnóstico hasta la puesta en marcha. Esto en el contexto en que actualmente no existe un protocolo de atención hacia el paciente adulto mayor en el área ambulatoria.

En este sentido, se proponen acciones desde una mirada educomunicativa, la cual busca usar los medios existentes en el establecimiento de salud, pensar estrategias desde la

⁴ Al analizar toda la experiencia del adulto mayor, se logra identificar elementos educomunicacionales que permiten dar respuesta a algunas de sus necesidades.

⁵ Actualmente el CASR no cuenta con un protocolo de atención hacia el adulto mayor en la atención ambulatoria, sólo existe para pacientes adultos mayores hospitalares. Es por ello que este protocolo de atención es una estrategia para que esa experiencia usuaria sea más satisfactoria y de respuesta a las necesidades que muchas veces, los usuarios dicen que no son resueltas.

audiencia y hacer participar a los distintos actores del proceso de atención que vive el adulto mayor en el área ambulatoria.

Este protocolo de atención además de estar dirigido al adulto mayor, busca integrar al resto de pacientes y familiares de las personas mayores con el objeto de ampliar la mirada sobre cómo mejorar el trato y la atención a este grupo de usuarios. Lo más importante, es desmitificar prejuicios que existen en torno al adulto mayor, como por ejemplo, que al ser mayor no tiene ciertos derechos, que llegar a ser adulto mayor es sinónimo de personas enfermas y sin tanta participación, etc.

La creación e implementación de este protocolo permitiría brindar una atención más personalizada, sobre todo en servicios críticos como lo son Farmacia y Toma de Muestra, donde de forma diaria se concentra un gran número de usuarios.

Entre las acciones se sugieren:

a.- Diagnóstico

Para la creación de este protocolo de atención es necesario la recogida de datos e información desde los propios usuarios, y para ello se sugiere el trabajo en red y coordinado con el Consejo Consultivo de Usuarios del hospital. La idea de crear un protocolo para mejorar la atención del adulto mayor es precisamente para darle respuesta a sus necesidades no sólo físicas (en el caso de otorgarle una respuesta médica) sino también a sus necesidades reales que contemplan todo el proceso de atención que vive al interior del área ambulatoria del establecimiento de salud (trato, comodidad, etc.) En este sentido se sugiere:

- ✓ Realizar reuniones con los integrantes del Consejo Consultivo de Usuarios para proponerle esta iniciativa y recoger las necesidades que ellos traigan de sus respectivas comunas (usuarios de comunas que atiende el hospital).
- ✓ Instalar buzones en el área ambulatoria, en los cuales los usuarios (adultos mayores) puedan dejar sugerencias sobre qué aspectos quieren que se tomen en cuenta a la hora de crear dicho protocolo.

b.- Implementación

Dentro del proceso de la implementación propiamente tal del protocolo de atención hacia el adulto mayor, y desde la mirada del investigador y de los propios usuarios, se sugiere:

- ✓ La incorporación de un Orientador en las salas de espera de las distintas especialidades del CDT. Los usuarios le otorgan un rol muy importante a la labor que cumple el orientador en la OIRS, por lo que una buena estrategia su incorporación para que los ayuden en las distintas situaciones que pueda enfrentar el adulto mayor. Sin embargo, y además de este rol que puede cumplir, se sugiere que el orientador también cumpla un papel de catalizador de necesidades de los usuarios, que se transforme además en un fiscalizador de los aspectos del protocolo (verificar si se cumplen o no), que tenga una figura más formadora, que pueda hacer algunas derivaciones al adulto mayor cuando detecte alguna necesidad especial de éste y que gestione las solicitudes.
- ✓ Como una medida que se puede aplicar en el proceso mismo de la atención clínica hacia el adulto que se realiza en el box clínica, se podría diferenciar, con algún color o un sello, la ficha clínica del paciente adulto mayor. Esta práctica serviría para que el profesional de la salud que atenderá al paciente reconozca con anticipación que su próximo paciente será un adulto mayor y pueda desarrollar los tips para esta atención.
- ✓ Con la finalidad de brindar una atención diferenciada al adulto mayor, se sugiere la implementación de filas exclusivas para el adulto mayor en servicios críticos como Farmacia ambulatoria y Toma de muestra, ya que son en estos lugares donde se concentra un número importante de usuarios, de los cuales son muchos de la tercera edad.
- ✓ Realizar visitas guiadas con los adultos mayores por distintos servicios administrativos y clínicos del hospital, con el objeto de mostrarles las diferentes áreas de atención y cuál es el conducto que deben seguir en caso de una atención.
- ✓ Instalación de buzones en el CDT para recoger sugerencias y/u opiniones de los adultos mayores para mejorar la atención usuaria.

Considerando que este protocolo de atención debe dar respuesta a las necesidades de atención del adulto mayor, y de acuerdo al contexto donde se implementará, es necesario que se revisen temas de infraestructura que van a permitir llevarlo a cabo. Para ello, y de acuerdo a la mirada de los propios usuarios, se necesita:

- ✓ Mejorar el sistema de iluminación en las salas de espera.
- ✓ Arreglar los alto parlantes para evitar que los usuarios no escuchen cuando los llaman dentro de los box o bien al emitir algún mensaje que involucre mejorar su atención.
- ✓ Aumentar y mejorar las señaléticas. Se requiere intervenir en el tamaño de la letra de éstas y de los “carteles” que se pegan en las ventanillas que están en las distintas salas de espera.
- ✓ Aumentar el número de sillas en las salas de espera. Para evitar que los adultos mayores esperen de pie, se sugiere crear señaléticas de uso exclusivo de sillas para ellos.

c.- Difusión y capacitación

Con el objeto de difundir este protocolo de atención es muy importante no dejar fuera a ningún actor que interviene en todo el proceso de la experiencia usuaria del adulto mayor, por lo tanto se sugiere:

- ✓ Realizar una capacitación a todos los funcionarios, principalmente aquellos de primera línea, sobre la puesta en marcha de este protocolo. La idea es informar sobre cuáles son los aspectos formales y relevantes del protocolo, cómo se debe llevar a cabo y cuál es el objetivo del mismo. Además, entregar lineamientos gerontológicos básicos.
- ✓ Realizar reuniones informativas y educativas con los profesionales médicos y no médicos con la finalidad de entregar ciertos tips que deben estar presentes en la atención del adulto mayor como por ejemplo: Lenguaje menos técnico para evitar que no entienda el paciente, trato cordial, tono de voz que dé respuesta a las necesidades cognitivas del paciente, etc. a cargo

de profesionales de la unidad de Capacitación, Unidad de Atención al Usuario y Comunicaciones.

- ✓ Impulsar una campana comunicacional a cargo de la unidad de Comunicaciones del Hospital.
 - Crear material educativo e informativo con los aspectos principales del protocolo, el cual será difundido tanto al público interno (funcionarios) como externo (usuarios adultos mayores).
 - Emitir mensajes informativos a través de los altoparlantes.
 - Crear cápsulas informativas/educativas sobre los derechos y deberes de los adultos mayores, las cuales serán difundidas en los televisores que están en las salas de espera del CDT. Con respecto a los temas, éstos debiesen ser de promoción y prevención en salud.
- ✓ Difusión al adulto mayor y a toda la comunidad en coordinación con la unidad de Atención Integral al Usuario y Participación Social, quienes están a cargo de crear estrategias que influyen en la satisfacción usuaria. Funcionarios de las OIRS serán claves para desarrollar este punto.

d.- Evaluación

Como forma de evaluar y confirmar los objetivos propuestos con la implementación del protocolo de atención al adulto mayor, se propone hacer seguimiento a las acciones propuestas anteriormente:

- ✓ Sistematizar actas de reuniones.
- ✓ Establecer métricas de cuántas visitas guiadas se realizaron y de sugerencias realizadas
- ✓ Sistematizar la información que se obtuvo mediante la puesta en marcha de buzones.
- ✓ Evaluar capacitaciones.
- ✓ Evaluar el protocolo de atención transcurrido un año desde su implementación.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AARVA, P., Haes, W. y Visser A. (1997). Health communication research. Patient Education and Counseling, 30, (pp 1-5).
- Barrantes-Monge, M., Rodríguez, E., & Lama, A. (2009). Doctor-patient relationship: elderly's rights. Acta bioethica, 15(2), 216-221. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000200013&lng=es&tlng=en. 10.4067/S1726-569X2009000200013
- Chang de la Rosa M, Alemán Lage MC, García Roche R, Miranda Jorge R. Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre, 1997. Rev Cubana Salud Pública. 2000; 26(2):110-6, pp.110-116. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Fernández, R., Manrique-Abril, F. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Revista electrónica, Enfermería Global, N° 19. Disponible en: <https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.um.es%2Feglobal%2Farticle%2Fdownload%2F107281%2F101941&ei=-3aHVOfBDc-2yASM6oKADg&usg=AFQjCNHZyEzNQcnwpkXpdONoY159XIKBaw&sig2=p4-PWRLxU1aWpVBO2Xwsyw>
- Hernández, I. R. (2011). Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. Perspectivas de la Comunicación-ISSN 0718-4867, 4(1), pp. 123-140. Disponible en: <http://publicacionescienciassociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/view/11/94>

- Huiza Guardia, G. A. (2006). Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval. Callao. Octubre–diciembre 2003. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1891>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (1999). Chile y los adultos mayores, impacto en la sociedad del 2000. Chile.
- Organización Mundial de la Salud, (2001). Manual de educación gerontológica para el personal de atención primaria de salud. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/proyecto_regional_ops.pdf
- Marín, P., Guzmán, J., Araya, A. (2004). Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?. Revista médica de Chile, 132(7), 832-838. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000700007&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872004000700007
- Marín, P. P. (2007). Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores: Thoughts for action. Revista médica de Chile, 135(3), 392-398. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000300016
- Ministerio de Planificación (2003). Programa Chile Solidario, Proyecto Adultos mayores de 65 años que viven solos. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Geriátría (2003). Evaluación funcional de adulto mayor. Proyecto FONDEF, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud (2002). Orientaciones de la atención integral en salud del adulto mayor. Santiago de Chile.

- Ministerio de Salud (2014). Programa Nacional de salud de las personas adultas mayores. Santiago de Chile.
- Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*, 114 (Supl 3), pp. 26-33. Disponible en: http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf
- Miranda Guerra, A. D. J., Hernández Vergel, L. L., & Rodríguez Cabrera, A. (2009). Calidad de la atención en salud al adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(3), 0-0.. Disponible en: <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Calidad+de+la+atenci%C3%B3n+en+salud+al+adulto+mayor&btnG=&lr=>
- Mosquera, M. (2002). Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. *Comminit, La iniciativa de la comunicación*. Disponible en: http://www.institutodeestudiosurbanos.info/MEN_479_2012/MEN/TQE_Primer%C3%A1_Fase_202012/Conceptuales/Mosquera_2003_comunicacion_en_salud.pdf
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Ed. Harcourt. Madrid. 2001. Pág. 217-218
- Organización Panamericana de la Salud (2001). Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Disponible en: <http://www.amro.who.int/Spanish/HPP/HPF/ADOL/ComSocial.pdf>
- Quiñónez, Y. A. S. (2015). Comunicación, Envejecimiento y Salud. *REVISTA CIENTÍFICA SIGNOS FÓNICOS*, 1(1). Disponible en: http://ojs.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/1329/609

- Riveros, S., Berné, J., Mugica, C.(2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. Revista médica de Chile, 138(5), 630-638. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500015&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872010000500015.
- Sánchez, Y., Pérez, V. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Rev. Cubana Med. Gen Integr. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011&lng=es
- Sánchez Chiñas, M. E. (2009). Evaluación del trato: perspectiva de los usuarios de consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona 11 del IMSS (Doctoral dissertation). Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/29982>
- Seclen-Palacín JA, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. (2004). ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. Rev Panam Salud Publica. 2004;16 (3), (pp.149–57)
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2012). Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025. Santiago. Chile.
- Silva Pintos V. (2011). Inmediaciones de la Comunicación. Año 3, número 3, Escuela de Comunicación de la Universidad ORT Uruguay.
- Zelada, M., Mayta, P. (2006). ¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor? Rev. Perú. med. exp. salud pública. 2006, vol.23, n.1 [citado 2014-12-09], pp. 67-69. ISSN 1726-4634. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342006000100010&lng=es&nrm=iso

ANEXO 1: ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES

1.1. Entrevista a Informante 1

Nombre: Norma Luz Bassi

Cargo o rol que desempeña: Jefa Unidad de Atención al Usuario y Participación Social

Fecha de la entrevista: 11 de junio 2015

Lugar de la entrevista: Oficina Jefa Unidad de Atención al Usuario y Participación Social

Tiempo de la entrevista: 25 minutos.

1. Considerando que la población usuaria de Adultos Mayores del establecimiento va en aumento, ¿qué consideraciones se han tomado?

Respuesta: Desde el área propiamente tal por una iniciativa de la unidad nosotros comenzamos con un estudio a nivel de paciente hospitalizado y nos concentramos como un levantamiento de información, respecto a la cantidad de pacientes que ingresan a hospitalizarse en el servicio de traumatología, que tenemos en el tercer piso, porque la mayor cantidad de personas, según lo observado, desde la percepción intuitivamente, habrían muchos adultos mayores, que son pacientes con muchas dificultades, ambientales, sociales, familiares, económicas, etc. Eso nos interesó mucho, nos llamó la atención. Tenemos a una colega que está trabajando con un levantamiento de saber el número, de poder evaluar el 100% de los adultos mayores que hayan ingresado a la unidad de Traumatología. Bueno eso está siendo parte del plan que nosotros trabajamos en este año.

2. ¿Existe algún protocolo específico de atención para el Adulto Mayor?

Respuesta: No, no hay ningún protocolo específico de atención hacia el adulto mayor, no hay ningún protocolo. En el contexto de Hospital Amigo tenemos un protocolo para pacientes adultos mayores pero hospitalizados.

3. Entonces todo lo que hay es para pacientes hospitalizado. Pero qué pasa en el área ambulatoria del establecimiento?

Respuesta: La verdad que en el área ambulatoria hemos hecho algunos esfuerzos e intentos, pero son en forma asistencial. Nosotros observamos situaciones y a través de los orientadores que tenemos en las OIRS trabajamos en un sistema de acompañamiento hacia

el adulto mayor pero de forma espontánea, no hay nada establecido protocolar o procedimiento escrito, no hay nada. Ha habido situaciones de atención preferencia pero no está totalmente establecido por el área ambulatoria.

4. Entonces ¿actualmente no hay nada?

No hay nada protocolizado y es por esta experiencia que tenemos de que nosotros en el área ambulatoria, la percepción que hay, que también es intuitiva, es que la mayor cantidad de pacientes que nosotros tenemos de atención en el área ambulatoria son adultos mayores, son por lo tanto un número importante, y por lo tanto es difícil poder discriminar entre la atención de adulto mayor y el resto de los pacientes, que son discapacitados, embarazadas, niños con oxígeno dependiente, que también son de necesidad de tener una atención preferencial. Entonces es como muy amplia la cantidad de pacientes que nosotros vemos adultos mayores en el área ambulatoria y no lo hemos hecho en realidad, no hemos podido implementar.

5. Actualmente, ¿cómo es el proceso de atención del adulto mayor en el área Ambulatoria del hospital?

Respuesta: El proceso de atención es igual al resto a cualquier paciente que ingresa a atenderse en el área ambulatoria, salvo las excepciones que nosotros detectamos a través de los orientadores en que le pueden dar un acompañamiento especial en el sentido de ofrecerle una atención priorizada, en Farmacia sobre todo, pero no tenemos nada establecido, solamente espontanea.

6. ¿Cómo una consideración especial porque es Adulto Mayor?

Respuesta: Claro, o sea si es un adulto mayor que necesita acompañamiento, porque si viene con alguien con un familiar es como cualquier otro usuario.

7. ¿Quiénes son los actores principales en el proceso de atención del paciente ambulatorio y qué rol cumplen?

Respuesta: Desde la perspectiva de nuestra unidad son los Asistentes Sociales que como te decía hay una preferencia de una atención social en el área de hospitalizados y en el área ambulatoria, no tenemos el servicio social, pero sí de los orientadores. Ellos tienen indicación dentro de sus funciones específicas que tienen que dar una atención preferencial al adulto mayor, o sea estar pendiente si es que hay algún adulto mayor con necesidades de acompañamiento o asistencia, ellos van y se lo otorga,

8. Entonces ¿el rol que cumplen es sólo de acompañamiento?

Respuesta. Exacto, de acompañamiento, de ayudarlo hacer gestiones, no hay nada mas

9. Pero ¿esto tampoco es algo que está establecido?

Respuesta: Está establecido dentro de las funciones que tiene el orientador. Dentro de las indicaciones de ellos está esa función de que tienen que cumplir con esas funciones.

10. ¿Cuántos orientadores están en las OIRS que pueden cumplir ese rol?

Respuestas: Bueno, los orientadores están en los cinco puestos OIRS que tiene el hospital.

11. Pero ¿en el área ambulatoria?

Respuesta: En el área ambulatoria, una. Una sola directa, porque las otras son las personas que están en ventanilla, que son operadoras que también pueden gestionar o hacer algunas situaciones especiales con el adulto mayor. Pero igual es mínimos, es poco. No es lo que deberíamos tener.

12. ¿Se debería aumentar entonces?

Respuesta: Claro, es mucha la población entonces no da abasto.

13. ¿Qué tipo de reclamos recibe la OIRS con respecto a la atención del paciente Adulto Mayor en el área Ambulatoria del hospital?

Respuesta: Así específicamente como adulto mayor la gente lo menciona dentro de un contexto de trato por ejemplo, entonces lo habla y lo dice, o sea “Yo soy adulto mayor”, lo menciona, lo dice en el reclamo, el hecho de destacar que es adulto mayor.

14. Es decir, ¿el adulto mayor están esperando un trato distinto por ser adulto mayor?

Respuesta: En el trato sí, porque muchas veces los adultos mayores tienen estas otras dificultades, que no escuchan bien, que no ven bien, entonces el funcionario no tiene mucha paciencia con ellos, entonces ahí pasa. En la entrega de información, en ese contexto, también hay reclamos.

15. ¿Qué se hace y quién gestiona las solicitudes del adulto mayor en la OIRS o en la unidad?

Respuesta: Nosotros, la OIRS, en el sentido de darle alguna solución por lo que venía o coordinar alguna acción que requiere. El apoyo.

16. ¿Cree que es necesario contar con personal idóneo para la atención de estos pacientes? ¿Por qué?

Respuesta: Más que personal idóneo yo creo que el personal debiera estar más capacitado en el área del adulto mayor, porque de verdad, o sea es cierto que es mucha la población, pero la capacitación al funcionario en relación a toda estas situaciones de la que indican la gerontología que es el envejecimiento, que es un desarrollo de dificultades que vienen progresivamente actuando sobre el ser humano que lo hacen entre comillas distinto, esa percepción no la tienen los funcionarios, los funcionarios lo tratan igual que los demás.

17. ¿No hay una diferenciación?

Respuestas: No hay una diferencia por falta de conocimiento solamente, yo creo que en capacitación hace falta mucho.

18. ¿Qué temas debe incorporar esa capacitación?

Respuesta: Conocer cómo se trata, conocer lo que es el envejecimiento que implica transitar a un mundo de ser adulto mayor y todas las dificultades que tiene el ser humano cuando llega a cierta edad o cuando tiene edad hacia adelante, porque esas situaciones nosotros lo vemos, pero lo tratamos como cualquier otro usuario, pero ellos no son como cualquier usuario. Tienen un montón de limitaciones que se desconocen, y el funcionario no tiene paciencia.

19. Cuando se habla de capacitación a los funcionarios ¿a qué funcionarios debería ser?

Respuesta: A los que están en primera línea, quienes brindar la primera atención. Idealmente fuéramos todos, desde los médicos, enfermeras, pero principalmente la gente de la primera línea.

Lo otro que yo observo es la infraestructura que nosotros tenemos. Si estamos hablando del área ambulatoria es muy inadecuada, no tenemos buenos asientos, buenos baños, adecuados para ellos, ya que se caen, no sé, tiene una serie de situaciones que la infraestructura que yo diría que también hay que mejorar. Otra cosa, que yo observo, son las señaléticas, la señalética de repente es muy mala, esto en el sentido que ellos no tienen una visual tan buena para poder mirar los letreros qué dicen los letreros, los adultos mayores no entiende, no escucha, no leen bien, la letra chica, hay una serie de aspectos que afectan.

20. ¿Cuáles son los elementos que favorecen y obstaculizan la experiencia usuaria del adulto mayor en el área ambulatoria del hospital?

Respuesta: Infraestructura, señalética, alto parlantes, los televisores, cualquier indicación de viva voz esto ayudaría mucho en la atención más digna para ellos.

21. Actualmente ¿qué elementos estarían obstaculizando esa atención?

Respuesta: Hoy día es eso, lo que tenemos en el área ambulatoria es un sector de espera por ejemplo, muy chico, muy estrecho, hay mucho hacinamiento, poco flujo de aire, no hay asientos para que estén cómodamente sentados, la señalética misma que yo te mencionaba. Los espacios son muy inadecuados para su atención, de repente hasta los sueños que están dispares, que se pueden caer.

22. ¿Qué planes de mejoras podrían ser efectivas para que la experiencia usuaria del adulto mayor en el hospital sea más positiva?

Respuesta: Yo justamente estaba observando de que debíamos presentar, hacer un levantamiento de todas estas dificultades que nosotras podemos estar conversando ahora y ver de qué manera se pudiese ampliar el área ambulatoria en temas de infraestructura, hacer más cómodos los espacios, los lugares de espera.

23. Aparte del tema de infraestructura, ¿el tema de la educación hacia el adulto mayor, de la capacitación de funcionarios?

Respuesta: En capacitación de funcionarios debíamos tener un énfasis. La unidad de capacitación debiera ver el tema con mayor relevancia. Y lo otro ver, ver los lugares de atención preferencial, pero eso es un poco más difícil, por el hecho de que como no sabemos cuál es la cantidad de adultos mayores que de verdad nosotros estamos atendiendo, no sé cómo se podría hacer. Por ejemplo, en el área de Farmacia que es crítica, cómo le damos un espacio si son demasiado, vamos a tener una fila chica para el usuario común y una grande para el adulto mayor, entonces. Pero ver alguna estrategia que le dé una atención preferencial. En áreas como toma de muestra, farmacia, áreas críticas.

24. ¿Tener estrategias más específicas en esos lugares para poder diferenciar esa atención dice usted?

Respuesta: Claro, y además diferenciar al adulto mayor. Hay adultos mayores con mayor dificultades físicas y otros que están bastante bien.

25. Volviendo al tema de los actores, ¿los funcionarios de primera línea serían los actores relevantes en el proceso de atención del adulto mayor?

Respuesta: Siempre y cuando tengan las condiciones necesarias los funcionarios, porque en el fondo, muy bien puedo saber yo, pero si tengo una fila enorme por más que quiera privilegiar la atención, el resto de la gente no me va a dejar. Pero sobre todo, a ellos les importa mucho lo que es el trato, cuando llega a ventanilla y que tengan la paciencia (el funcionario) y que le dé una atención mucho más digna al adulto mayor, quien agradece mucho. El trabajo de ventanilla y al atender a tanta cantidad de gente, la atención hacia el adulto mayor pasa como uno más. No hay diferencia, y ahí es donde salen muy desinformados, no escucha bien, y se van con una atención medianamente regular.

26. ¿Qué pasa en esos casos cuando el adulto mayor no entendió la información por ejemplo?

Respuesta: En esos casos cuando el adulto mayor anda solito y no entendió, muchas veces recurre a la OIRS a buscar ayuda, pero en otros casos se va con un problema, porque se va para su casa con una información que no entendió bien y tiene una consecuencia.

27. ¿Cuáles son los principales desafíos como unidad al respecto a nivel educomunicativo?

Respuesta: Como unidad, hacer un diagnóstico porque no tenemos, números duros, qué cantidad de ahí tengan rango etarios de adultos mayores, un levantamiento de conocer cifras, cantidades, y de ahí comenzar a ver propuestas de ver la posibilidad de ampliar la sala de espera por lo menos. Lo otro es ver de qué manera poder darle una atención un poco más privilegiada a un sector de los adultos mayores con más dificultades, en forma privilegiada, como Farmacia, Admisión y Recaudación. Con respecto a los desafíos educativos, comunicativos, no tenemos nada pensado, salvo que la folletería que se suele entregar, con las ayudas técnicas que ellos tienen derechos, que muchas veces ellos no saben qué beneficios tienen, en cuanto a la difusión. Esa folletería no se le entrega de forma personalizada, sino que el adulto mayor la saca. Por eso es que nos falta un orientador para mi gusto, que ande en las salas de espera detectando a los adultos mayores entregándole consejería, eso sería como un desafío, incorporación de un orientador que vaya haciendo una atención exclusiva para ellos.

1.2. Entrevista a Informante 2

Nombre: Bernarda Yague Ahumada

Cargo o rol que desempeña: Presidenta Consejo Consultivo de Usuarios del CASR

Fecha de la entrevista: 11 de junio 2015

Lugar de la entrevista: Oficina Relaciones Públicas y Comunicaciones del CASR

Tiempo de la entrevista: 22 minutos.

1. ¿Cuántos adultos mayores participan en el Consejo Consultivo de Usuarios del CASR?

Respuesta: 17

2. ¿Cuáles son las principales motivaciones de participar en este tipo de actividades?

Respuesta: Ayudar a la comunidad, ayudar a solucionar problemas cuando se presenta alguno, informar sobre las prestaciones del Complejo

3. Cuando dice ayudar a la comunidad, ¿siendo un nexo?

Respuesta: Claro, siendo un nexo entre la comunidad y el hospital, y siendo un nexo entre la comunidad y la atención primaria, porque todos nosotros venimos de la atención primaria, pertenecemos a los consejos de usuarios de nuestras comunas, de los consultorios. De ahí se formó esto.

4. ¿Son representantes de las distintas comunas?

Somos representantes de las siete comunas que atiende el hospital. Se traen demandas de los usuarios desde sus propios consultorios y también se ven demandas de acá.

5. Usted como usuaria del hospital, ¿ve alguna consideración especial que se le brinda a los adultos mayores?

Respuesta: No, al adulto mayor no se le brinda ninguna consideración especial, se le atiende como a todo el resto no más.

6. ¿Por qué usted dice tajantemente que no, no hay nada especial?

Porque por ejemplo, cuando hay que venir a pedir una hora, hay que venir a pedir igual que como cualquier otra persona, a la misma hora, el mismo día, hay que hacer la misma fila, no hay ninguna atención preferencial. En Farmacia por ejemplo, es lo mismo.

7. ¿Con respecto al trato?

Respuesta: Es igual también, es igual como a todos los demás. Las personas que atienden bien, atienden bien al adulto mayor, joven, niño a todos. La persona que no, no hace ninguna distinción.

8. ¿Cómo le gustaría que fuera la atención ambulatoria del adulto mayor?

Respuesta: Que hubiera una atención preferencial cuando se dan las horas, que no tuvieran que llegar a las seis de la mañana y estar hasta la 13:00 de la tarde para conseguir una hora. Que fuera una atención más especial y que se dieran más horas. Es igual que en Farmacia, si tiene que esperar como tres horas, cinco horas, ocho horas, tiene que esperarla igual que cualquier otra persona.

9. ¿Qué elementos destaca tanto positiva como negativamente del proceso de atención ambulatoria que se le brinda al adulto mayor?

Respuesta: Yo lo que destacaría, es que generalmente, no todos, pero una gran mayoría de médicos atienden bien al adulto mayor. Tienen más paciencia, le hablan más claro, es otra cosa. Y también otros profesionales.

10. ¿Usted se refiere a que los adultos mayores puedan entender bien, sin mucho tecnicismo de parte del médico?

Respuesta: Claro, los tecnicismo de los médicos, enfermeras, lo están dejando de lado, y sobre todo cuando son adulto mayor tratan de hablarle lo más claro posible, para que entienda la persona. Eso se ha visto bastante ese último tiempo gracias a Dios. El adulto mayor entiende bien lo que el médico le está explicando porque le habla con palabras claras. Lo negativo, es que uno tenga que venir tan temprano a retirar las horas, o si viene y se acaban las horas, no reserven horas para los adultos mayores, no hay consideración.

11. Para usted, ¿quiénes son las personas que tienen un rol fundamental en la experiencia usuaria del adulto mayor en el hospital?

Respuesta: Yo creo que es el personal de primera línea, porque la gente de primera línea es con quien uno primero se encuentra, valga la redundancia pero es la verdad. ¿Dónde uno llega primero? A la ventanilla, aunque uno venga donde el médico a la consulta, uno acude primero a la ventanilla a consultar, pregunta si el medico llevo o no, o si tiene que entregar alguna papeleta.

12. Es decir, ¿el rol de ellos es fundamental?

Respuesta: Es fundamental. Si la persona (adulto mayor) se equivoca o llega a una ventanilla que no es, el funcionario que sepa entregarle la información, que lo sepan guiar,

13. Y eso ¿actualmente se ve?

Respuesta: Muy poco. Igual hay funcionarios que atienden bien, que tienen paciencia, pero como en cualquier orden de cosas, hay otros que no lo hacen. Entonces desde ahí comienza el problema, y la gente se queja de la mala atención, porque desafortunadamente en primera línea se hacen capacitaciones, pero si la persona no lo quiere hacer.

14. De acuerdo a su experiencia ¿ha tenido situaciones que la han llevado a tener una mala experiencia en su proceso de atención?

Respuesta: Si, en ventanilla sí. He visto situaciones cuando uno pregunta, que responde, ¡No sé!, ¡Vaya a la OIRS!, o vaya al segundo piso o vaya acá, pero no dicen por qué se equivocó la persona, o donde realmente tiene que ir, porque a veces la mandan para otro lado, o dicen ¡Yo no soy oficina de informaciones! Una niña me lo dijo así un día.

15. ¿No existe disposición o voluntad para responder de manera correcta?

Respuesta: Exactamente.

16. ¿Cree usted que el espacio físico del hospital está adaptado para la atención del adulto mayor?

Respuesta: No, porque desafortunadamente es un hospital con edificios muy lindos, pero muy antiguo. No están diseñados realmente para el adulto mayor ni para nadie. El pobre hospital ya no da para más.

17. ¿Qué elementos dice usted que no hay?

Respuesta: Existen ascensores, pero son para camillas, que es lo correcto, para sillas de ruedas, y son pocos, pero cuando la gente tiene que ir al cuarto o quinto piso es un problema.

18. Pero ¿acá en el área ambulatoria?

Respuesta: En el área ambulatoria hay ascensor, pero ese es el problema también, porque muchas veces el adulto mayor anda solo, y varios de ellos que les da miedo entrar a un ascensor.

19. Con respecto al tema de señaléticas o elementos visuales por ejemplo.

Respuesta: La señalética no está buena.

20. ¿Qué le hace falta?

Respuesta: Letras más claras, más grandes, porque de repente hay pasillos que por ejemplo dice Traumatología, pero cambiaron, pero no cambiaron la señalética. Por ejemplo, Toma de Muestra la cambiaron al pasillo 2 hace mucho tiempo, pero no está la señalética, o sea la gente sabe, o llega preguntando. El tamaño de la letra debe ser más grande.

21. Con respecto a los mensajes o cuando llaman al paciente por alto parlante ¿se entienden?

Respuesta: En algunos pasillos se entienden pero en otros, no se entiende nada, es un puro vulgarmente, es un puro chicharreo. O cuando sale la persona gritando el nombre.

22. ¿Qué elementos le gustaría que existieran o mejoraran para que la experiencia usuaria del adulto mayor fuera más positiva?

Respuesta: Que se pudiese hacer una ampliación del CDT, para tener un pasillo para cada especialidad, porque desafortunadamente en algunos pasillos hay más de una especialidad en un pasillo entonces se arma confusiones o están colapsados de mucha gente, ese es el problema.

23. Usted como presidenta del Consejo Consultivo ¿tiene algunas propuestas a la Dirección del hospital sobre la atención del adulto mayor?

Respuestas: Tenemos y bueno, a varios directores, le hemos hecho petitorios, algunos se han podido solucionar o han cumplido.

24. ¿Están pidiendo algo en particular?

Respuesta: Lo que hemos estado viendo es poder dar horas diferenciadas a los adultos mayores, que no tengan que venir tan temprano. El director como es nuevo entonces está evaluando la situación, lo mismo estamos pidiendo para lo que sucede en Farmacia, que se haga una atención diferenciada, que se tenga una consideración especial a los adultos mayores, porque hay gente que viene de muy lejos, entonces es un problema. La persona debe salir muy temprano.

25. Para ustedes como Consejo Consultivo de Usuarios ¿el tema de la atención del adulto mayor es importante?

Respuesta: Para nosotros todos son importantes, adulto mayor, joven, niño porque el que viene acá es porque está enfermero.

26. Pero considerando que la población de adulto mayor va en aumento...

Respuesta: Es preocupante, la población está envejeciendo. Que haya una mejor atención, una atención distinta es lo que esperamos.

1.3. Entrevista a Informante 3

Nombre: Óscar Calderón Alvarado

Cargo o rol que desempeña: Médico Geriatra, Jefe Unidad de Hospitalización Domiciliaria

Fecha de la entrevista: 18 de junio 2015

Lugar de la entrevista: Oficina Jefe Unidad de Hospitalización Domiciliaria

Tiempo de la entrevista: 30 minutos

1. Debido al incremento de la proporción de adultos mayores, ¿cuáles cree usted que son los principales desafíos médicos en el proceso de atención del adulto mayor?

Respuesta: Creo que lo primero es que haya el especialista que este tipo de pacientes necesita. El número de geriatras actuales es bastante limitado, reducido, y obviamente no va a tener la cobertura necesaria para la cantidad de adultos mayores que se están o de la población de personas mayores que hay en este momento y que cada vez van a ser más. Entonces uno es generar ese tipo de especialidades tanto médicas como de otras personas que se encarguen de ver el tema de salud como enfermería, kinesiólogos, para que tengan una adecuada formación y así mismo puedan entregar una buena directrices, una buena atención a esta población. Entonces hay que tener todavía mucha educación, mucha formación desde médicos hasta la última persona que tiene que ver con la evaluación y atención de esta población mayor.

2. Doctor, cuando usted habla de educación, ¿Se refiere a la capacitación que deben tener estos actores?

Respuesta: Exactamente, capacitación desde especialistas en geriatría hasta capacitaciones en cómo evaluar y atender a una persona que tenga estas características.

3. ¿Cuántos médicos geriatras trabajan en el hospital?

Respuesta: Somos dos geriatras, pero en este momento no hay ninguno que esté haciendo geriatría propiamente tal. Estoy yo, que ahora estoy en esta unidad y está el Dr. Montesinos, que está en cardiología.

4. ¿Cuál es el rol del geriatra?

Respuesta: Esa pregunta es demasiado amplio, pero el objetivo es la atención de ver a personas mayores que están en las diferentes instancias clínicas tanto en la parte ambulatoria como en la hospitalaria y es la evaluación para tratar de preservar en términos prácticos la auto valencia de estas personas. Son personas que no tienen auto valencia o su auto valencia están limitadas por lo menos en pacientes adultos mayores que ingresan a una hospitalización que por lo menos al alta se vayan muy semejante a como cuando ingresaron y no peor. Entonces en general es la evaluación y la atención de las personas mayores de diferentes etapas de la evaluación de salud.

5. Doctor, ¿Entonces actualmente no existe un geriatra en el área ambulatoria?

Respuesta: No, no hay. No hay poli de geriatría.

6. ¿Cree usted que es importante que aumente el número de especialistas en geriatría en el establecimiento? ¿Por qué?

Respuesta: Es importante que se creen en todas las instancias, porque por ejemplo en este momento no hay geriatría en todo el hospital. Hay algunas evaluaciones que hago en la urgencia, pero no es, a ver, de todas maneras es muy baja la cobertura que hay, entonces yo creo que se necesita, o sea, la necesidad está, si uno se pone a ver las estadísticas de los egresos hospitalarios una gran volumen de estos egresos son pacientes mayores de 65 años, entonces la necesidad está creada, la necesidad está en el hospital y lo que hay que hacer es crear o ver la manera en que se puede responder a esta necesidad que ya está.

7. ¿Cuál sería el trabajo que realizaría el médico geriatra en el área ambulatoria?

Respuesta: La parte de geriatría abarca, digamos es una especialidad transversal entonces, ve muchos ítems que son necesarios entonces está desde la parte cognitiva, la parte funcional, la parte médica como tal, en general engloba toda una cantidad de aspectos que son importantes y de hechos estos pacientes que vienen son evaluados por múltiples especialistas y que cada uno de ellos emite una receta y cada uno de ellos emite una sugerencia y cuando van sumando, van sumando una cantidad de medicamentos muy importantes, y lo que haría uno es ver esa cantidad de medicamentos que está tomando hay

algunos que se están repitiendo?, algunos que tendrán las mismas funciones?, hay alguno que estarán haciendo un efecto colateral, digamos al estar juntos podría tener un efecto adverso, bueno en general es muy importante eso, entonces es un complemento de todas las otras especialidades que está jugando también un rol importante, entonces la verdad que si es necesario.

8. ¿Entonces el geriatra ve al paciente en todas sus dimensiones?

Respuesta: Claro, desde una dimensión holística del paciente, no solamente la fractura, no solamente el riñón, no es solamente esto o lo otro, sino que todo.

9. ¿Es el Geriatra el único actor clave en la atención del paciente Adulto Mayor?

Respuesta: No, todos son claves, cada uno tiene una función muy específica y una función muy importante y que en la suma de todas estas especialidades va a tener un buen resultado el manejo de la salud del paciente, entonces no es el más importante, es uno de los importantes, porque todos son importantes, pero es necesario que esté.

10. ¿Quiénes, según su criterio, son los actores principales en el proceso de atención del adulto mayor en el área ambulatoria? ¿qué roles cumplen?

Respuesta: Bueno, estaría la parte médico de geriatría, enfermería, los técnicos paramédicos, y bueno también está la parte de secretaria, toda la parte administrativa que juega un rol demasiado importante porque son a ver, la parte médica el pacientes es atendido, lo ve el médico y genera algunas indicaciones; enfermería puede ayudar en ese proceso, pero hay un punto muy importante que es la parte administrativa y que es la que casi nadie toma en cuenta, por qué, porque este paciente primero va a pedir una hora, cómo le van a dar la citación, cómo se la van a indicar, fueron claros en cómo lo hicieron?, le escribieron los números bastante grandes para que el paciente los pueda ver?, el paciente ve?, el paciente escucha?, están seguros de que entendió lo que les dijeron?, y cuando viene a cumplir su cita, estará en el lugar donde fue citado?, le dieron bien las indicaciones donde tenía que presentarse?, llegó tarde?, por qué llegó tarde?, llegó a tiempo?, cómo atendieron?, le indicaron que tenía que esperar?, le indicaron quién lo iba a ver?. O sea hay una cantidad de cosas que no se piensan y que para ellos son importantes, porque muchos de ellos tienen deterioro, como hipoacusia, no escuchan bien o no ven bien, vienen solos se les puede olvidar, hay una letra muy pequeña que no alcanzan a ver, son detalles muy pequeños pero que son importantes.

11. Considerando lo que usted comenta, ¿Cree que eso no está funcionando actualmente?

Respuesta: Yo no puedo dar un juicio con respecto a eso, porque no trabajo en la parte ambulatoria, desconozco cómo es el funcionamiento exacto de todo eso, pero son cosas que hay que tener en cuenta si es que no se están haciendo.

12. Entonces a su juicio, ¿El personal de primera serían los actores claves del proceso de atención de estos pacientes?

Respuesta: Pasa lo mismo que con las especialidades, o sea, cada quien es clave en lo que está haciendo. O sea si yo le voy a dar la cita y el paciente no me entendió de ahí hacia arriba todo va a estar mal, porque el paciente no va a venir o va a venir a otra hora, o va a venir otro día o no entendió nada, entonces si el entiende y sabe bien dónde tiene que llegar seguramente las otras cosas también van a seguir bien.

13. ¿Cómo describiría el proceso de atención del adulto mayor fuera y dentro del box clínico?

Respuesta: Primero que todo hay que saber que estos pacientes van a meritar un poco más de tiempo y disposición para ser atendidos, es lo primero, porque no van a entender tan rápido como una persona más joven las indicaciones. Lo segundo, indicar bien la fecha, horas de quien lo va a ver y en lo posible escribir de forma más grande el horario, porque si, eso sale impreso, eso es algo bueno, pero de algunas manera si no ve bien, en la parte del dorso escribirle más grande la fecha y decirle exactamente a qué punto debe ir, no decirle vaya al pasillo 6 y listo, no, es necesario explicarle, vaya a tal lado, que queda frente a tal parte, y ahí lo van a ver, es como un paso más de tiempo, incluso no creo que amerite un poco más de tiempo sino un poco más de claridad e indicaciones más precisas, es lo básico no es tan difícil.

14. Y dentro del box de atención, ¿Cómo se atiende al adulto mayor?

Respuesta: Bueno ahí uno debiese tener algunas cosas especiales, porque por ejemplo las camillas de atención no pueden ser tan altas, porque la mayoría de ellos no se van a poder subir a las camillas, entonces si hay un escabel para subir, ese no se tiene que resbalar, porque osino se pueden caer. Y para evitar eso, tiene que haber una camilla un poco más baja, básico, pero no existe eso.

15. ¿No hay?

Respuesta: En ningún lado existe eso, o sea yo creo que no hay. Pero es lo que yo pienso que es necesario. Que la sala sea amplia, porque muchos de ellos van a ingresar con sillas de ruedas. El tiempo de evaluación de la consulta también necesita, o sea es un tiempo especial, o se no sé exactamente cuánto tiempo disponen acá, pero debiese no ser menor a 40 minutos por paciente para que tenga una evaluación mejor. En invierno, por ejemplo, cuánto se demora el paciente en sacarse la ropa, entonces ahí hay una cantidad de tiempo que tenemos disminuido, lo mismo que decía para las indicaciones, hay que ser claros en eso. Entonces son detalles que hacen que se generen cambios en la forma de atención, pero en términos generales la evaluación del paciente es un acto médico como cualquier otra, pero que necesita de estas otras cosas para que se le ayude y tener una evaluación más completa.

16. ¿Imagino que el médico debiese tener estas consideraciones especiales porque es un adulto mayor?

Respuesta: Justamente por eso se necesitan personas que estén con conocimientos de educación en cómo atender a estas personas, especialistas en..., formados en geriatría, tener esa formación va a ser que esas personas tengan esas capacidades digamos y entendimiento para hacerlo bien.

17. ¿Usted cree que el desafío más importante debe ser la especialización o capacitación tanto del equipo clínico como administrativo?

Respuesta: Todos quienes tienen que ver con la evaluación de ellos tienen que tener algún tipo de capacitación en eso, eso es básico.

18. ¿Está adaptado el espacio físico para la atención del adulto mayor?

Respuesta: Yo he visto que ha habido mejoría en eso, por ejemplo en los accesos para personas con limitaciones funcionales, para personas con sillas de ruedas, eso yo he visto que ha habido algunos adelantos, procesos de mejorías, todavía faltan algunos, pero yo creo que en ese aspecto se ha empezado a trabajar. Falta, pero se está haciendo.

19. ¿Existen consideraciones especiales a la hora de atender al adulto mayor?

Respuesta: Yo creo que la consideración especial depende del funcionario que esté allí. Es una consideración espontánea, es como ir al banco y el cajero dice “pase por favor”, es como eso. De hecho, para ir a la farmacia, imagenología, un paciente que ingresa por la puerta principal no va a saber llegar, habían unas líneas, pero que se están borrando, pero

las indicaciones y eso, no son tan fácil. Por ejemplo, en el CDT, la parte de información se señaléticas de los diferentes puntos es terrible, muy muy deficiente. Hasta uno mismo no sabe bien cómo llegar a un lugar.

20. Entonces de acuerdo a lo que comenta, ¿El tema de señaléticas debiese ser un factor a mejorar?

Respuesta: Básico, tiene que ser fácil, comprensible y visible, pero actualmente tiene un déficit absoluto eso. Uno mismo se pierde allá.

21. ¿Cree que es necesario tener algún protocolo que establezca que el adulto mayor debe tener una atención especial, sobre todo en áreas críticas como Farmacia, Toma de Muestra?

Respuesta: Creo que debe existir un protocolo del cual se evalúe que pacientes pueden ser, porque también hay pacientes que no son adultos mayores y que también necesitan una atención especial, como pacientes crónicos, entonces tiene que haber una forma de protocolizar para ver una preferencia a ciertos pacientes, no solamente los geriátricos, porque yo no puedo decir “todos los mayores de 65 años tienen que tener preferencia”, y no porque puede ser que al lado esté un paciente de 18 años que esté mucho menos funcional que ese adulto mayor, entonces hay que ser una protocolización, un poco más ajustada a la realidad, hay que trabajar en eso.

22. ¿Qué planes de mejoras podrían ser efectivas para que la experiencia usuaria del adulto mayor en el hospital sea más positiva?

Respuesta: La accesibilidad física, que como te decía ya hay algunas mejorías, la parte de señalización y la parte de atención propiamente tal de este grupo etario, entonces la capacitación del personal y no solamente médico, sino que a todos, desde el guardia hasta el subespecialista que lo ve, todos tienen que tener alguna capacitación o algún trabajo que se les plantee estas situaciones, porque muchos especialistas en realidad no toman en cuenta en que hay que hacer ciertas cosas como un poco más puntuales hacia ellos.

23. ¿Los tratan como un paciente más?

Respuesta: claro, igual.

24. ¿Cuáles son los principales deterioros cognitivos del adulto mayor?

Respuesta: La falla de memoria y todo eso, lo define uno como un deterioro cognitivo cuando la capacidad de realizar ciertas actividades está disminuida. Dentro de eso, hay

muchas enfermedades que pueden causar deterioros cognitivos como accidentes vasculares, enfermedades como el hipotiroidismo, hasta las propias demencias cuando se están iniciando se puede decir que es un deterioro cognitivo, y las demencias hay un gran abanico de tipos de demencias entonces los deterioros cognitivos es una palabra muy grande para poder definirlo, entonces hay muchas enfermedades, patologías, causas de esto.

25. Le pregunto eso en el contexto de la necesidad que existe de las personas que atienden a los adultos mayores por estar preparadas para su atención.

Respuesta: Lo primero es que no debemos entrar es en pensar que todos los adultos mayores tienen deterioro cognitivo, no generalizar, porque ahí los metemos a todos en un saco que no es. Lo que sí es que hay que estar preparados para que cuando enfrentemos a ese paciente que es una persona mayor que tiene esa discapacidad o limitación digamos, poder atenderlo bien. Pero uno debiese pensar en la teoría, de hecho uno de los objetivos de la geriatría es que estos pacientes sean autovalentes todo el tiempo hasta el último día de sus vidas, pero saber el funcionamiento y tener la capacidad de ajustar su forma de atención según la persona que esté allí, porque puede ser que sea un paciente sin ningún tipo de deterioro cognitivo, pero que tenga una disminución de la agudeza visual o ese mismo paciente pero que no escuche bien, o puede ser que tenga un deterioro cognitivo y no entienda, entonces ahí hay que estar preparado y tener la capacidad de detectarlo. De eso se trata la preparación.

26. ¿Cuál es la importancia de la familia en el proceso de atención del paciente adulto mayor?

Respuesta: Bueno eso es básico, siempre tiene que haber una buena red social de apoyo, porque sin red social de apoyo todo va a fracasar, porque necesitamos a alguien que esté pendiente de que tiene control, pero que le haga una ayuda de memoria de que hoy tiene control médico, de enfermería, si tiene esto, esto y esto, los medicamentos, tener la fiscalización de si se los toma o no.

27. ¿Se considera al familiar a la hora de la entrega de información?

Respuesta: Si el paciente es autovalente, si el paciente entra y uno ve que el paciente es autovalente en todas las actividades básicas e instrumentales, es un paciente que por si mismo se puede valer, simplemente uno no puede hacer doble consulta, yo no puedo hacer una consulta con él y luego salir hablar con el familiar, no, eso no existe, se le dice solo a

él. Pero si uno pesquisa que hay un deterioro cognitivo, una demencia y esta solo el paciente, obviamente tú lo que hagas lo vas a perder al paciente, entonces ahí es donde tendría que estar el apoyo social en contacto.

28. Considerando todo este panorama de cambio por el aumento de adultos mayores, ¿cuáles serían las principales recomendaciones o desafíos que podría entregar como especialista sobre la atención que se le debe dar a estos pacientes?

Respuesta: En la medida que la población envejece van aumentando las enfermedades crónicas y dentro de las enfermedades crónicas hay muchas que son de alto costo, no solo monetario sino social, por ejemplo que producen muchas secuelas como los accidentes vasculares, o las mismas demencias son enfermedades de alto costo, entonces la idea es tratar de hacer controles preventivos en esta población para tratar de evitar o disminuir las secuelas de posibles episodios o mantener controlada a esta población para tratar de mantenerlos autovalentes la mayor cantidad de tiempo posible. Uno de los objetivos principales es eso, y lo otro tener la parte social muy de la mano para tener el apoyo de la familia, o digamos el apoyo familiar y social de ese paciente, estar trabajando de la mano para que ellos reciban un buen trato.

29. Por último, ¿Qué otro elemento educ comunicativo usted cree que es clave que podría ayudar a que el proceso de atención del adulto mayor sea más positivo?

Respuesta: Yo creo que es super fácil, yo creo que cualquier paciente que sea atendido de una manera que salga, o sea desde el momento que se retiren del sitio de atención hayan salido con todas las indicaciones claras, que se sientan que han sido atendidos y que les han dado el tiempo y la ocupación necesaria, van a salir satisfechos, entonces son cosas muy sencillas, pero van a dar un fruto grande, entonces solamente con el hecho de tener la precaución de estas necesidades básicas que ellos pueden tener va a ver un beneficio grande.

30. Pero cuando hablamos de señaléticas, alto parlante, etc.

Respuesta: La parte física si, la accesibilidad, los espacios para la movilización de ellos, las sillas de ruedas por ejemplo, evitar tener posibles causantes de accidentes, por ejemplo, las sillas que estén en mala ubicación, por ejemplo, puertas en mal estado, o sea son cosas

sencillas, pero yo creo que afectan. La iluminación, la señalética y los parlantes, yo no lo había pensado, pero en realidad nadie entiende los parlantes.

31. ¿Sería recomendable entregar folletería o usar el tema visual?

Respuesta: Yo creo que la televisión que está allí es parte o se hace para tener al paciente un poco más tranquilo o más agradable en la espera. ¿Folletos? Yo creo que más que folletos podría ser alguien que esté indicándoles cómo funciona o alguna persona que le esté diciendo “¿usted a qué viene?”, estar pendiente para que los puedan apoyar, de pronto no escucharon. Entrar al CDT y que todo el mundo habla es un ruido muy, muy grande y si además el parlante no se entiende claro, entonces no va a saber bien qué pasó, entonces tener una suerte de monitores, orientadores, que estén diciendo “a este paciente viene, es un paciente que tiene 90 años, a qué hora tiene la hora, lo van de llamar”, que esté pendiente, algo así que sirva de ayuda.

ANEXO 2: Observación participante

2.1. Pauta de Observación 1

Lugar a Observar	Ingreso al CDT, sala de espera Farmacia Ambulatoria
Fecha de la observación	
Hora de inicio y término de la observación	
Nombre del observador	

Ambiente físico (lugar)	Infraestructura del CDT y salas de espera (Farmacia y Toma de Muestra).	Espacios, salas de espera, ubicación de los asientos, ventanillas, señaléticas, baños, acceso para tercera edad, ascensor, cámaras de seguridad, alto parlantes, iluminación, número de ventanillas, número de funcionarios en las ventillas, ventilación, limpieza, comodidad de los asientos, información de los horarios, carteles, avisos impresos computadores o recursos de los actores, organización general del lugar.
Actores que están presentes en la experiencia usuaria del adulto mayor	Adultos Mayores (pacientes)	Número aproximado de adultos mayores (hombres y mujeres), edad, llegan solos o acompañados. Actitud y lenguaje corporal, usan o no bastón o silla de ruedas. Esperan de pie o sentados en la sala de espera. Se les nota a simple vista algún problema cognitivo. Acciones que realizan, tiempos de espera, etc.
	Orientadores en sala de espera de Farmacia	Número, Género, edad, usan algún uniforme para identificarlos, tienen identificación con su nombre y cargo, actitud y lenguaje corporal. Acciones que

		realizan, disponibilidad, cantidad de personas que atienden, disponibilidad de medicamentos, reclamos
	Funcionarios de primera línea (quienes atienden en ventanilla y en OIRS)	Género, edad, usan algún uniforme para identificarlos, tienen identificación con su nombre y cargo, actitud y lenguaje corporal.
	Personal de seguridad y de aseo	Género, edad, usan algún uniforme para identificarlos, tienen identificación con su nombre y cargo, actitud y lenguaje corporal.
Interacciones entre los actores	Entre paciente y guardias.	
	Entre paciente y orientador.	
	Entre paciente y funcionarios de primera línea.	
	Entre adultos mayores.	

2.2 Transcripción Pauta de Observación primera etapa

2.2.1 Observación Día 1

Lugar a Observar	Ingreso al CDT, sala de espera Farmacia Ambulatoria
Fecha de la observación	6 de julio
Hora de inicio y término de la observación	Inicio: 10:00 hrs. Término 12:00 hrs.
Nombre del observador	Fabiola Moreno Barría

Al ingresar al CDT, área ambulatoria del hospital Dr. Sótero del Río, uno se encuentra con la OIRS y una oficina del voluntariado Damas de Verdes. Además del guardia que está justo parado en la puerta principal. La mayoría de los usuarios que se llegan a atenderse ingresan por este acceso principal. Una vez que ingresan algunos se quedan en ese lugar, ya que vienen a exclusivamente a retirar sus medicamentos y otros van al pasillo que corresponde a la especialidad médica que los atenderá.

Este sector cuenta con varias ventillas, las cuales se dividen en dos sectores. Un sector corresponde a Farmacia Ambulatoria, la cual cuenta con 4 ventanillas, en las cuales el paciente ingresa su receta y retira su medicamento. El otro sector, corresponde a admisión, donde el paciente realiza trámites de comercialización (pagos y co pagos de acuerdo a su sistema de salud) y otra ventanilla para pedir hora médica. Estas ventanillas están llenas de “afiches” informando distintas cosas, como por ejemplo, horario de atención, qué documentos se deben traer al momento de hacer algún trámite.

La sala de espera de Farmacia tiene cerca de 8 metros. Cuenta con un pasillo, en el que hay alrededor de 20 sillas. Cuenta con bastante iluminación, una luz blanca que ilumina tanto la sala de espera como el pasillo. Además entra mucha luz, porque hay varias ventanas alrededor. Las paredes son de color celeste claro, color que están pintadas las mayorías de las paredes del área ambulatoria del CASR, ya que representa a uno de los colores institucionales. La temperatura es cercana a los 20 grados, afuera hace frío, pero la sala de espera tiene calefacción. Hay unos cuadros con fotografías hospitalarias a blanco y negro que donó una fundación.

Son las 10:00 hrs. Y el sector de espera en Farmacia se encuentra totalmente lleno. La capacidad de asientos se encuentra en su máximo uso (hay alrededor de 50 asientos). Los adultos mayores son los principalmente usuarios que se encuentran sentados, el resto permanece de pie. Hay mucho ruido, ya que toda la gente conversa, lo que dificulta un poco escuchar el mensaje que se emite por el alto parlante cuando llaman al usuario para que entregue su receta o retire su medicamento. En cada ventanilla de Farmacia hay un funcionario (un técnico paramédico) encargado de recepcionar la receta y entregar el medicamento. Atrás de ellos se ven más personas (otros técnicos paramédicos se encuentran envasando algunos medicamentos en el dispensador de medicamentos y los químicos farmacéuticos se encuentran revisando unas recetas). En las ventanillas de

Farmacia hay un letrero con letras muy grande que dice que sólo se entregarán 400 números y que el horario de atención es de 8:00 a 17:00 hrs. El cartel es bastante visible, de acuerdo a lo que responden los usuarios.

Mientras el reloj avanza, ingresan muchos usuarios al CDT. Varios adultos mayores llegan acompañados de otra persona (principalmente familiares). Otros llegan solos y muy abrigados. Otros se desplazan en sillas de ruedas y/o bastones.

Algunos consultan al guardia dónde queda el pasillo de la especialidad a la cual acuden. El guardia les indica tanto de manera verbal como con las manos hacia dónde deben dirigirse. Los adultos mayores le sonríen. Algunos (adultos mayores) se quedan en este sector, ya que vienen en busca de algún medicamento. Se dirigen al tótem de entrega de números para esperar su atención en Farmacia. La orientadora, quien administra el tótem, los recibe. Pregunta a qué vienen y les entrega el número. A algunos adultos mayores les habla más fuerte, pero con un tono de voz un poco “robotizado”. La orientadora se encuentra con su uniforme de color verde para que la identifiquen. Ella está sentada entregando números y contestando preguntas de quienes le consultan.

En dos horas ingresaron cerca de 60 adultos mayores. 40 mujeres y 20 hombres. De las 40 mujeres, 25 llegaron acompañadas y el resto solas. En el caso de los hombres, 10 llegaron acompañados y el otro restante llegó solo. Del total de adultos mayores, sólo 25 tenían problemas al desplazarse (ingresaron en silla de ruedas o bastón). El resto podía movilizarse con sus propios medios. Otra característica de este grupo etario, es que la mayoría usa anteojos, por no decir un 90% de aquellos que ingresaron. Otro grupo importante de adultos mayores -al momento de realizar la observación- se encontraba sentado esperando la entrega de medicamentos o en la fila de la ventanilla de admisión.

Algunos adultos mayores se acercan a la ventanilla de la OIRS, donde se encuentran dos funcionarias (con su uniforme verde para que las identifiquen), quienes cumplen el rol de operadoras y deben recibir las solicitudes ciudadanas que realiza el usuario (reclamos, consultas, felicitaciones, etc.). Durante el momento de la observación, cerca de 30 personas se acercaron a la ventanilla a hacer algún tipo de consultas, de los cuales 10 fueron adultos mayores. El principal motivo de consulta del adulto mayor fue para preguntar por alguna hora médica y dónde se encuentra el lugar que debe dirigirse.

Mientras los adultos mayores esperan ser atendidos, tanto en farmacia como en admisión, existe bastante interacción entre ellos. Conversan entre ellos o con sus acompañantes. Muestran cara de cansancio y de molestia por el tiempo que llevan esperando. Existe un tiempo promedio de espera en la entrega de medicamentos de cerca de 4 horas, tiempo que los usuarios permanecen sentados o de pie conversando con quien está al lado.

2.2.2 Observación Día 2

Lugar a Observar	Ingreso al CDT, sala de espera Farmacia Ambulatoria
Fecha de la observación	10 de julio
Hora de inicio y término de la observación	Inicio: 10:00 hrs. Término 12:00 hrs.
Nombre del observador	Fabiola Moreno Barría

Son las 10:00 hrs. del viernes 10 de agosto. No hay tantas personas en la sala de espera de Farmacia Ambulatoria, situación no habitual, pero debe ser porque es viernes. En el ingreso del CDT está el guardia como de costumbre. También está con él un vendedor ambulante con su carrito de confites y té. Los usuarios se acercan a comprar.

Los usuarios ingresan, unos caminan por el pasillo con destino incierto, otros se acercan al tótem de farmacia para sacar su número de atención y otros se ponen en la fila de admisión. En las ventanillas de admisión hay tres funcionarios de primera línea (administrativas) con un delantal blanco que las identifica. Ellas digitan información mientras los usuarios le consultan sobre unas horas médicas. En ese momento, se observa a un adulto mayor que le pregunta: “Estoy hace tiempo esperando una hora para mi operación de cadera, me podría decir ¿para cuándo sería?”. La funcionaria sin mirarlo a la cara le responde: “deme su rut”. El paciente le da su rut, y la funcionaria digita muy rápido los números. Transcurre menos de un minuto y le responde: “usted está en lista de espera, debe esperar que lo llamen”, ante esto el adulto mayor le dice: “hace tiempo estoy en lista de espera y siempre me dicen que tengo que esperar”, a lo que la funcionaria le recalca: “no puedo decirle nada más, eso aparece en el sistema, no estoy mintiendo”. El adulto mayor le muestra un papel y señala

con voz bien baja: “llevo años en lo mismo, gracias”. Guarda su papel en la carpeta y se va de la fila sin ninguna expresión en su cara.

Son las 11:00 hrs. de la mañana. Comienza a ingresar mayor cantidad de usuarios. En esta oportunidad no son tantos adultos mayores, sino más bien mujeres con sus hijos. La sala de espera de Farmacia tiene su máxima capacidad. Van en el número 300. Los usuarios se muestran molestos por la espera. La mayoría de ellos llegó a las 7:00 hrs, para alcanzar un número y retirar su medicamento.

Un adulto mayor acude a la OIRS y habla con la operadora, quien le sugiere dejar el reclamo por escrito. El reclamo tiene que ver con el trato usuario. El adulto mayor señala que un técnico paramédico de la especialidad de cardiología la “trató mal” y no le atendieron, por haber llegado tarde. La operadora la hace entrar a la oficina de la asistente social para que le cuente de la situación.

Son pasado las 12:00 hrs. del día. Ingresaron cerca de 40 adultos mayores. 25 mujeres, de las cuales 15 llegaron acompañadas y el resto solas. 15 hombres, de los cuales 10 llegaron acompañados y el resto solos. En esta oportunidad sólo cinco personas adultas mayores ingresaron en sillas de ruedas, el resto ingresó por sus propios medios.

2.2.3 Observación Día 3

Lugar a Observar	Sala de Espera, Toma de Muestra
Fecha de la observación	13 de julio
Hora de inicio y término de la observación	Inicio: 10:00 hrs. Término 12:00 hrs.
Nombre del observador	Fabiola Moreno Barría

El pasillo N° 2 del CDT corresponde a Toma de Muestra y a Dermatología. Hay una fila de 40 personas esperando tomarse un examen (de sangre y/u orina). La sala de espera está llena. Hay cerca de 20 asientos, los cuales están en su máximo uso. Mucha gente de pie. Hay alrededor de 100 personas o un poco más. El espacio físico es pequeño, justo al frente están los baños, por lo que se siente un mal olor en el ambiente. Las personas se ven molestas, con cara seria. Muy pocos se ven sonrientes. La mayoría habla, hay mucho ruido. Algunos se empujan sin querer en la fila, porque hay poco espacio. Reclaman que la fila

avanza muy lento. “Recién es lunes y los usuarios ya están muy enojados”, señala una funcionaria que se encuentra en una de las dos ventanillas en Toma de Muestra. Y claro, los usuarios le reclaman a ella que deben esperar tanto tiempo. La mayoría de ellos llegó a las 7:00 hrs. para hacerse el examen. Unos están en la fila para hacerse el examen y otros para retirar los resultados o pedir hora para otros.

El box de toma de muestra cuenta con seis módulos de atención para sacarles sangre a los pacientes. La fila está compuesta principalmente por adultos mayores (30 de 40 en total), quienes se encuentran acompañados, principalmente por un familiar. En los módulos de atención hay seis técnicos paramédicos, todas mujeres, distribuidas una al lado de otra (con un separador para no verse), encargadas de realizar el procedimiento. Cuentan con todos los insumos para ello como algodón, jeringas, elásticos, cinta adhesiva, etc. La sala es muy luminosa. Ellas sonríen, tienen una actitud amable cuando hacen ingresar a los usuarios para el examen. Cuando se trata de adultos mayores le hablan más fuerte que de costumbre (casi le gritan). Según una de ellas, lo hacen porque saben que a los adultos mayores hay que hablarles fuertes (ella supone que todos tienen problemas auditivos). Una de ellas le dice que se ponga cómodo y que se “arremangue” el chaleco para comenzar con el procedimiento (examen de sangre). El paciente adulto mayor hace todo lo que le pide. Luego de hacerse el examen sale del box de atención y acude a la otra fila en la ventanilla para pedir hora para un nuevo examen, donde se encuentra con otra funcionaria, a quien sólo puede ver desde el torso hacia arriba, ya que los divide un mesón y el vidrio.

Sigue el ruido y los gritos de algunos usuarios que reclaman, porque no quieren seguir esperando. En las dos ventanillas están las funcionarias con su “mejor” cara tratando de dar respuesta a los requerimientos de los pacientes. Digitan la información del paciente muy rápida, pistolean en documento y luego sale una etiqueta con la fecha de la hora de su nuevo examen. Se lo entregan al paciente y atienden a otro. Sin embargo, este proceso es un poco engorroso, porque el sistema está fallando, según las funcionarias, se pega.

En la sala de espera de Toma de Muestra se juntan aquellos pacientes que también acuden a consulta de Dermatología, por lo que la cantidad de usuarios es mayor. Un adulto mayor reclama que por qué tiene que venir tan temprano hacerse el examen, y por qué no puede hacérselo en su consultorio. Él es de San José de Maipo, debe tomar dos micros para llegar al Hospital Dr. Sótero del Río, gasta cerca de 2 mil pesos para llegar, en total 4 mil hasta

regresarse a su casa. Su hija lo apoya en su reclamo, pero sólo lo comentan al resto de los usuarios, ya que no se ve a ningún funcionario cerca.

Son cerca de las 12:00 hrs. y la cantidad de usuarios es la misma. Es una fila de nunca acabar. Unos llegan y otros se van. El procedimiento de toma de exámenes es casi automático por parte de los técnicos paramédicos, la costumbre de realizar esta acción todos los días se nota.

2.2.4 Observación Día 4

Lugar a Observar	Sala de Espera, Toma de Muestra
Fecha de la observación	20 de julio
Hora de inicio y término de la observación	Inicio: 10:00 hrs. Término 12:00 hrs.
Nombre del observador	Fabiola Moreno Barría

En la fila de toma de muestra hay cerca de 50 pacientes. Tal como la vez anterior, el mayor número corresponde a adultos mayores. Del total de usuarios, 40 corresponde a adultos mayores, quienes se encuentran acompañados, principalmente por un familiar.

Varios de los vidrios de las ventanillas están empapelados de letreros (principalmente son hojas de oficio o carta impresas, aunque algunos son a mano escritos con plumón) con información hacia el usuario sobre algún horario de atención, requisitos para pedir una hora u otra información. Al preguntarle a algunos pacientes que se encontraban en la fila de una de las ventanillas para retirar exámenes sobre qué les parecían las señaléticas y los letreros pegados, respondieron: “Tanto papel que pegan que no se entiende nada, uno no puede ni ver a la persona que está al otro lado de la ventanilla (...) y esas señaléticas no sirven de nada, no se ve la letra es muy chica y están muy altas.

Nuevamente hay mucho ruido. Se escucha acercarse una voz que dice, “a 100 pesos el número de rifa, coopere, coopere”. Se trata de un carrito de unos de los voluntariados que trabaja en el hospital, quienes realizan distintas actividades para reunir dinero. Una de ellas es una rifa, números que venden a los usuarios que esperan mientras los llaman del box clínico.

Los seis módulos del box de toma de muestra están llenos. Los técnicos paramédicos están trabajando. Usan su uniforme típico celeste, los guantes y mascarilla. Lllaman a los usuarios y comienzan con el procedimiento. Abren la jeringa, le ponen un elástico en el brazo al paciente para que se muestre la vena, introducen la jeringa en la vena y comienzan a sacar sangre, la cual la introducen en unos tubos, los cuales los rotulan con los datos personales del paciente, para llevarlos a Laboratorio y procesar el examen.

En la sala de espera hay cerca de cien personas nuevamente. En esta oportunidad hay algunos niños con sus madres. Varios de ellos lloran y otros juegan con unos rompecabezas. Hay usuarios que leen el diario, otros hacen sopas de letras y otros miran el matinal de Mega (Mucho Gusto) que emite una TV que se encuentra instalada en el sector, al lado izquierdo de la sala de espera a una altura aproximada de cuatro metros. No se escucha muy claro, porque hay bastante ruido. La gente conversa, grita y reclaman, porque la fila avanza muy lento, según muchos de ellos. Las funcionarias de ventanilla digitan de forma rápida para dar respuesta oportuna a los usuarios, pero así y todo el sistema digital es lento y se demoran.

Son casi las 12:00 hrs. ha disminuido un poco el número de usuarios en las filas. Sin embargo, quienes quedan siguen reclamando. Hay varios adultos mayores sentados, acompañados de un bastón. Se notan cansados, hablan entre ellos. No se les entiende mucho, pero para ellos no es problema. Logran comunicarse bien. Uno de ellos se levanta y es ayudado por otra persona que se encuentra cerca de él. Le acerca el bastón, y con un poco de dificultad trata de caminar. Acude al baño. Llega hasta la puerta y saca una moneda de cien pesos, que le entrega a la señora Juanita que está de portera en el baño. La señora Juanita es integrante de la Agrupación de pacientes con VIH/SIDA Vida Más, quienes se encargan de mantener en buenas condiciones los baños y para ello, piden una cooperación voluntaria de los usuarios. El adulto mayor sale del baño, se apoya de su bastón y vuelve a sentarse, a su asiento que ya había sido ocupado. Sin embargo, esa persona se pone de pie y le cede nuevamente el asiento.

2.3 Pauta de Observación 2

Ambiente físico	Infraestructura del box de atención	Luminosidad, acceso, camillas, silla, entre otros.
------------------------	-------------------------------------	--

(lugar)		
Actores	Médico	
	Paciente	
Interacción entre médico-paciente	Entre médico-paciente	Lenguaje verbal y no verbal, cuánto dura el tiempo de atención, cómo es el lenguaje que usa el médico para informar al paciente, ¿entiende el paciente la información recibida?, ¿existe alguna consideración especial por tratarse de un adulto mayor? Información sobre tratamiento Entendimiento de la información, tiempo de atención, opinión sobre tratamiento, grado de cercanía-intimidad, tono de voz.

2.4 Transcripción Pauta de Observación segunda etapa

2.4.1 Observación fonaudiólogo

Fecha: 21 de septiembre, 2015

Hora: 16:00 hrs. – 16:35 hrs.

Profesional: Danilo Saldivia Negrete, Fonoaudiólogo, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación

Ambiente físico	Infraestructura del box de atención	Luminosidad, acceso, camillas, silla, entre otros. El box de atención es de unos 3 metros ancho por 4 de
------------------------	-------------------------------------	--

		largo. Hay buena luminosidad (tubos fluorescentes). No cuenta con ventanas para ventilación. En el box existe un escritorio y tres sillas (una para el profesional de la salud que atiende, el paciente y el acompañante). Hay un computador, encima del escritorio hay fichas clínicas, un lápiz y unas carpetas. En las paredes sólo hay pegado un afiche sobre prevención en campaña durante el invierno. El resto se ven muy limpias de color blanco. Hay una camilla y una pequeña escalera para que el paciente pueda subirse (a un metro más o menos del suelo). Cuenta con un lavamanos, alcohol gel y papel (toalla nova). Además de un mueble, donde hay insumos clínicos (jeringas, algodón, guantes, etc.) El box clínico no es de exclusividad de atención del fonoaudiólogo, sino que lo comparte también con un kinesiólogo, quien atiende en otro horario.
Actores	Médico	El fonoaudiólogo sale del box para llamar al paciente. El usa su uniforme de color negro, en el lado derecho está bordado su nombre y cargo.
	Paciente hombre	El usuario (65 años) ingresa acompañado de su esposa, ya que tiene problemas para desplazarse, por ende, acude en una silla de ruedas. El paciente presenta una enfermedad que afecta su musculatura (musculoesqueléticas) que le impide poder hablar fluído y comer, además de desplazarse sin mayor

		problema.
Interacción entre médico-paciente	Entre médico-paciente	La atención consiste en una terapia de rehabilitación que le entrega el fonoaudiólogo al paciente, quien debe acudir tres veces por semana. El profesional sale de su box con la ficha clínica del paciente en la mano y lo llama a la sala de espera, donde se encuentra el paciente junto a su esposa e hijo. El paciente ingresa al box y el fonoaudiólogo lo saluda, le extiende la mano y le da un abrazo. Luego corre una silla frente a la silla de rueda del paciente para evitar subirlo a la camilla. La esposa de éste, se sienta en la otra silla, ambos quedan frente al profesional. El fonoaudiólogo se pone sus guantes de látex para comenzar a revisar al paciente, le pide que abra la boca e introduce una paleta. Tras esto, comienza un diálogo, en el que el profesional le pregunta cómo se ha sentido, qué ha podido comer, si se ha tomado los medicamentos, si ha hecho los ejercicios de rehabilitación, entre otras. Varias de esas preguntas también se las hace al acompañante del paciente (su esposa), quien responde todo lo que le preguntan. Tras las preguntas, el profesional introduce una jeringa con un líquido en la boca del paciente, con el objeto de que éste pueda toser. Luego introduce una paleta para revisar sus amígdalas. Le entrega una toalla nova para

		que se limpie la boca. El paciente dice que es un poco incómodo tener ese líquido en su boca, pero el profesional le responde que trate de tenerlo el mayor tiempo que sea necesario. El diálogo que existe entre ambos es muy coloquial. El profesional además de preguntarle asuntos clínicos al paciente también le pregunta por cosas cotidianas, por ejemplo, si vio el partido de futbol de colo colo, qué tal lo pasó durante fiestas patrias. Mientras él pregunta eso, el paciente se ríe y su esposa responde la mayoría de la preguntas. Tanto el paciente como su acompañante responden sin ningún problema todas las preguntas que le hace el profesional de la salud. Luego le da las indicaciones de los cuidados y terapia que debe seguir en la casa. Le pregunta dos veces si entendieron bien las indicaciones clínicas y si tienen alguna duda. Ambos responden que no, que está todo claro. El lenguaje que usa es muy sencillo, fácil de entender, lo que hace pensar que por eso tanto el paciente como su acompañante no tienen problemas en entender lo que les dice. El fonoaudiólogo le habla siempre más fuerte al paciente, ya que asume que en muchas ocasiones no le escucha bien. La consulta/atención clínica dura cerca de 35 minutos. El profesional redacta un papel, que se lo entrega a la esposa del paciente, y sale anotado la próxima cita que tienen en dos días más, papel que debe llevar a
--	--	--

		ventanilla de admisión para que se la agenden. Se despide de un beso con la esposa del paciente y le da la mano al paciente. Vuelve a preguntarle si se sintió bien durante la atención y si tiene alguna duda con respecto a la misma. Ambos vuelven a decirle que todo está bien, que no tienen duda y le dan las gracias por su preocupación.
--	--	--

2.4.2 Observación Nutricionista

Fecha: 22 de septiembre, 2015

Hora: 10:00 hrs. – 10:20 hrs.

Profesional: Lucía Marincovick, Nutricionista, Unidad de Cirugía Digestiva.

Ambiente físico (lugar)	Infraestructura del box de atención	El box de atención es de unos 4 metros ancho por 5 de largo. Hay buena luminosidad (tubos fluorescentes), además de la luz natural, ya que cuenta con una ventana para ventilación, la cual al momento de la atención está abierta y permite que entre luz de día. El box cuenta con un escritorio y dos sillas (una para el profesional de la salud que atiende y la otra para el paciente). Sobre el escritorio está un computador encendido, de fondo una imagen corporativa sobre el buen uso que debe existir con la ficha clínica del paciente. El escritorio además tiene unas fichas clínicas de los pacientes que ya ha atendido y los que va a atender la nutricionista. Hay una camilla y una pequeña escalera para que el paciente pueda subirse (a un metro más o menos del
--------------------------------	-------------------------------------	---

		suelo). Hay una pesa clínica, un lavamanos, alcohol gel, toalla nova. En una pared hay un reloj que indica la hora y un afiche de prevención durante campaña de invierno. El resto de las paredes color rosa no tienen ningún afiche pegado.
Actores	Médico	La nutricionista usa uniforme para que la reconozcan de color blanco, con el bordado de su nombre de color morado. Pantalón morado también, color que identifica a las nutricionistas en el establecimiento de salud. La profesional atiende en uno de los box del pasillo 8 del CDT, a pacientes diagnosticados o han sido operados de cáncer gástrico. La paciente es una mujer de 75 años. Llega sola a la consulta. Acude a control nutricional, porque hace alrededor de 10 años que fue operada de cáncer gástrico y debe seguir sus controles nutricionales frecuentemente.
	Paciente	
Interacción entre médico-paciente	Entre médico-paciente	La atención consiste una consulta nutricional, en la cual la profesional evalúa el sistema nutricional que tiene el paciente, cómo ha estado durante el último tiempo y las indicaciones correspondientes. La nutricionista abre la puerta del box con la ficha clínica del paciente. Pronuncia el nombre del paciente para que entre, quien está fuera de la puerta justo en el pasillo. La mayoría de los pacientes esperan en el pasillo y no en la sala de espera de esa especialidad. La paciente ingresa y la especialista le extiende su

		mano y la saluda con un beso en su mejilla. Luego le corre la silla para ayudarla a sentar a pesar de que la paciente no presenta problemas de desplazamiento. Le pregunta cómo ha estado, cómo se ha sentido y qué hizo para fiestas patrias. La paciente le contesta que se ha sentido muy bien, que sólo ha tenido un poco de molestias al procesar ciertos alimentos (como carne y pan). Se genera un diálogo muy coloquial y de cercanía. La paciente además le cuenta todo lo que ha comido durante este último mes (última consulta que tuvo con la especialista) y cuáles han sido sus reacciones. La especialista usa un tono de voz alto, sabe que la usuaria no la escucha bien, ya que le pregunta varias veces: ¿Me escucha bien?, ¿Me entiende? El diálogo que existe es informal, sin tecnicismos y lento. La profesional le explica cada una de las recomendaciones que debe seguir la usuaria, toma pausas, y vuelve a repetirle la misma información. Le dice que la acompañe a la pesa, porque necesita ver su peso para poder definir si debe o no recetarle alguna vitamina. La paciente se levanta de la silla y se saca los zapatos. Se sube a la pesa, la profesional la ayuda. Cuando está quieta, la especialista le dice que está pesando 47 kilos, unos kilos menos de acuerdo a lo que debería estar pesando de acuerdo a su estatura y al tratamiento clínico que tiene. Le dice que le recetará nuevamente unas vitaminas para que se las tome con la leche que debe tomar a
--	--	--

		diario. La usuaria le dice que se las irá a comprar apenas salga de la consulta (no son medicamentos que se entregan en el hospital). La paciente tiene un carnet de control, donde están anotadas todas sus evaluaciones. La profesional anota en ese carnet el peso de la paciente y la indicación de la vitamina que le dio. Además saca un papel, donde anota la hora de la próxima consulta, papel que debe llevar a la ventanilla de admisión para que se la agenden. La especialista le pregunta si tiene alguna duda, si todo está claro, si necesita alguna cosa o qué no entendió de la conversación. La paciente le responde que tiene todo muy claro, que hará lo que le dijo con respecto a las vitaminas y que se vuelven a ver en un mes más para la próxima consulta. La consulta duró cerca de 20 minutos. Se despide de un beso de la paciente y le dice que cualquier cosa que necesite la llame por teléfono, ya que hace un tiempo le dio su número.
--	--	--

2.4.3 Observación traumatólogo

Fecha: 22 de septiembre, 2015

Hora: 12:00 hrs. – 12:15 hrs.

Profesional: Dr. Hernán Ulloa, médico traumatólogo, servicio de Traumatología.

Ambiente físico	Infraestructura del box de atención	El box de atención es de unos 4 metros ancho por 5 metros de largo. Hay buena luminosidad (tubos fluorescentes), además de la luz natural, ya que cuenta
------------------------	-------------------------------------	--

(lugar)		con una ventana para ventilación, la cual al momento de la atención está abierta y permite que entre luz de día. El box se ubica en el pasillo 6 del CDT, área de traumatología. El box cuenta con un escritorio y dos sillas (una para el profesional de la salud que atiende y la otra para el paciente). Sobre el escritorio está un computador encendido, de fondo una imagen corporativa sobre el buen uso que debe existir con la ficha clínica del paciente. El escritorio además tiene unas fichas clínicas de los pacientes que ya ha atendido y los que tiene que atender el profesional. Hay una camilla y una pequeña escalera para que el paciente pueda subirse (a un metro más o menos del suelo). En el box hay un lava manos, alcohol gel pegado a la pared, toalla nova y un mueble el cual deja entrever una caja de guantes y una caja quirúrgica.
Actores	Médico	El médico usa su delantal blanco, un nombre bordado en el lado derecho de éste y su credencial.
	Paciente	La paciente es una mujer de 70 años, quien fue operada de la cadera hace 1 año y acude a control mensualmente. En esta oportunidad, además del control por su cadera, presenta una dolencia en su rodilla derecha.

Interacción entre médico- paciente	Entre médico-paciente	El médico está sentado frente al computador. Revisa las fichas clínicas, levanta el citófono y pronuncia el nombre de su futura paciente. En menos de un minuto está la paciente acompañada de su hija. Se sienta al otro lado del escritorio, frente al médico. Éste le pregunta cómo ha estado, ella le responde que mejor de su cadera, pero que presenta una molesta en su rodilla derecha. El médico está frente a su computador y comienza a escribir mientras le hace algunas preguntas a la usuaria sobre cómo se ha sentido. Anota lo que la usuaria le está diciendo. Él sigue escribiendo, la usuaria ya no dice nada. Hay varios silencios, sólo se escucha el teclado del computador. Él revisa una imagen en el computador (una radiografía de la cadera de la paciente) y le dice que se ve todo “normal” y que de su cadera ha avanzado bastante. Durante todo este diálogo, él sigue registrando la atención en su computador. En muy pocos momentos despega sus ojos de la pantalla para mirar a la usuaria. Durante uno de esos silencios en los cuales sólo se escucha el sonido de las teclas del computador, la hija de la paciente le dice al médico que con el frío se le agudiza un poco el dolor de rodilla a su mamá. El médico le dice que tiene que esperar la hora del kinesiólogo para que comience la terapia, ya que otro médico que la había evaluado antes por su dolencia a la rodilla la había derivado a terapia kinésica. Pero sigue redactando en el computador.
---	-----------------------	--

		La paciente le dice que aún no la llaman para comenzar con la terapia y que por eso el dolor no ha pasado. El médico le responde que él no puede hacer nada ante eso, ya que no depende de él las horas de kinesiología. Le pregunta si está tomando algún medicamento para ese dolor, la usuaria le responde que sí y le nombra el medicamento. El médico le dice que siga tomándolo. La atención dura cerca de 15 minutos. El médico anota en el computador la próxima cita que será en un mes más, pero que debe agendar la hora en ventanilla con el personal de admisión. La paciente se levanta del asiento, le da la mano al médico y sale del box de atención junto a su hija
--	--	---

ANEXO 3: Cuestionario

3.1 Pauta cuestionario

Lea atentamente cada pregunta y marque con una X

Fecha de aplicación:

1.- Sexo: Hombre_____ Mujer_____

2.- Comuna_____

3.- Edad: 60 a 65 años____ 66 a 71 años____ 72 a 77 años____ 78 años y más.

4.- Motivo por el que viene hoy al hospital:

- Retiro de medicamentos (Farmacia)_____
- Consulta de especialista_____
- Exámenes_____
- Otros_____

5.- Por lo general Ud. viene sólo_____ o acompañado: _____

6.- En relación al proceso de atención que usted recibe en el establecimiento, marque con una X, de acuerdo a la escala de valoración de 1 al 5, siendo el 1 el menos de acuerdo y el 5 el más de acuerdo.

Items	Valoración				
	1	2	3	4	5
Infraestructura					
La Sala de espera le pareció cómoda					
El espacio físico cuenta con buena iluminación					
El espacio físico cuenta con buena ventilación					
La sala de espera cuenta con el número de asientos necesario					
Se escuchan los mensajes emitidos por el altoparlante					
La letra de las señaléticas son legibles					
El espacio físico cuenta con acceso para silla de ruedas					

Interacción entre los actores					
El trato del funcionario fue amable.					
El funcionario entrega información de manera clara para que usted entienda.					
El funcionario muestra interés por ayudar.					
Siente alguna consideración especial en la atención por ser Adulto Mayor.					
El guardia cumple un rol importante en su atención.					
El médico entrega información sobre su diagnóstico y tratamiento de manera clara.					

¿Cómo le gustaría que fuera la atención hacia el adulto mayor?

3.2 Resultados Cuestionario

A.- Infraestructura

1.- La sala de espera le pareció cómoda.

Valoración	Cantidad	Porcentaje
5	10	66,6%
4	0	0
3	4	26,6%
2	1	6,6%
1	0	0

2.- El espacio físico cuenta con buena iluminación

Valoración	Cantidad	Porcentaje
5	7	46,6%
4	5	33,3%
3	2	13,3%
2	1	6,6%
1	0	0

3.- El espacio físico cuenta con buena iluminación

Valoración	Cantidad	Porcentaje
5	6	40%
4	0	0
3	8	53,3%
2	1	6,6%
1	0	0

4.- La sala de espera cuenta con el número de asientos necesario

Valoración	Cantidad	Porcentaje
5	9	60%
4	4	26,6%
3	1	6,6%
2	1	6,6%
1	0	0

5.- Se escuchan los mensajes emitidos por el altoparlante

Valoración	Cantidad	Porcentaje
5	1	6,6%
4	2	13,3%
3	1	6,6%
2	3	20%

1	8	53,3%
---	---	-------

6.- La letra de las señaléticas son legibles

Valoración	Cantidad	Porcentaje
5	1	6,6%
4	1	6,6%
3	3	20%
2	5	33,3%
1	5	33,3%

B.- Interacción entre los actores

1.- El trato del funcionario es amable

Valoración	Cantidad	Porcentaje
5	4	26,6%
4	4	26,6%
3	5	33,3%
2	2	13,3%
1	0	0

2.- El funcionario entrega información de manera clara para que usted entienda.

Valoración	Cantidad	Porcentaje
5	3	20%
4	4	26,6%
3	5	33,3%
2	2	13,3%
1	1	6,6%

3.- El médico entrega información sobre su diagnóstico y tratamiento de manera clara.

Valoración	Cantidad	Porcentaje
------------	----------	------------

5	6	40%
4	5	33,3%
3	2	13,3%
2	2	13,3%
1	0	0

4.- El funcionario muestra interés por ayudar.

Valoración	Cantidad	Porcentaje
5	4	26,6%
4	4	26,6%
3	4	26,6%
2	2	13,3%
1	1	6,6%

5.- Siente alguna consideración especial en la atención por ser Adulto Mayor.

Valoración	Cantidad	Porcentaje
5	1	6,6%
4	2	13,3%
3	2	13,3%
2	2	13,3%
1	8	53,3%

6.- El guardia cumple un rol importante en su atención.

Valoración	Cantidad	Porcentaje
5	4	26,6%
4	4	26,6%
3	4	26,6%
2	2	13,3%
1	1	6,6%

¿Cómo le gustaría que fuera la atención hacia el adulto mayor?

Entre las sugerencias que hicieron los adultos mayores encuestados, se destaca:

- Mejorar el trato hacia el adulto mayor.
- Tener una atención personalizada.
- No esperar tanto para la entrega de medicamentos en Farmacia Ambulatoria.
- Poder realizarse exámenes en su consultorio para evitar venir al hospital.
- Mejorar los accesos para el ingreso de silla de ruedas.
-

ANEXO 4. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURA A USUARIOS ADULTOS MAYORES

4.1.- Pauta Entrevista Semiestructura

La entrevista se realizó a cuatro adultos mayores, elegidos al azar, quienes se encontraban en las salas de espera, esperando ser atendidos por el especialista.

1.- ¿Usted siente que tiene un trato especial de parte de quienes lo atienden, sólo por ser adulto mayor? ¿Por qué?

2.- ¿Le parece que la infraestructura del hospital está acorde a las necesidades de los adultos mayores? ¿Por qué?

3.- ¿Le gustaría que existiera un monitor u orientador en las salas de espera respondiendo sus solicitudes o ayudándoles en sus requerimientos? ¿Por qué?

4.- ¿Cree que se debiese mejorar las señaléticas que están en el área ambulatoria del hospital?

5.- ¿Cree usted que es necesario que los funcionarios tanto de primera línea como el equipo de salud se capaciten para poder atender a los adultos mayores?

4.2 Entrevista Semiestructurada

Usuario 1:

Nombre: Sra. Ana Rosa Muñoz Becerra

Género: Femenino

Edad: 65 años

1.- ¿Usted siente que tiene un trato especial de parte de quienes lo atienden, sólo por ser adulto mayor? ¿Por qué?

No, para nada. Parece que mientras más anciano a uno lo vean es peor y lo atiende más mal. La gente cree que cuando uno es mayor es menos importante, no tenemos ningún trato especial, porque tenemos que esperar igual que toda la gente.

2.- ¿Por qué dice eso?

Acá nadie nos hace una diferencia porque somos adultos mayores. Uno espera que la atención sea distinta, pero no es así. Igual hay algunos médicos que son más buenas personas y nos tratan con más cariño.

3.- ¿Le parece que la infraestructura del hospital está acorde a las necesidades de los adultos mayores? ¿Por qué?

Creo que sí, o sea tiene lo necesario. Es lo normal. Tiene ascensores, acceso para silla de ruedas. A veces en los box las camillas son un poco altas, pero el médico nos ayuda a subir.

4.- ¿Le gustaría que existiera un monitor u orientador en las salas de espera respondiendo sus solicitudes o ayudándoles en sus requerimientos? ¿Por qué?

Eso me parecería súper buena iniciativa. Uno siempre tiene que hacer consultas y debe ir a la OIRS o preguntar a la gente que trabaja acá, pero no todos tienen la misma voluntad entonces a veces unos responde bien y otras veces, responden mal. Entonces sería muy bueno que haya alguien acá en la sala de espera, así nosotros no nos movemos tampoco.

5.- ¿Cree que se debiesen mejorar las señaléticas que están en el área ambulatoria del hospital?

¿Cuáles son las señaléticas? (se le explica cuáles son y dónde están). Ah, yo creo que deberían ser más grande. A veces a uno le cuesta leer, entonces si la letra es más grande sería más fácil. El CDT es muy complejo, uno se pierde, entonces podrían poner más señaléticas.

6.- ¿Cree usted que es necesario que los funcionarios tanto de primera línea como el equipo de salud se capaciten para poder atender a los adultos mayores?

Creo que es una muy buena idea. Siempre es necesario que la gente se capacite en todo, y no solo para atender a los adultos mayores, sino para que atiendan bien a todos los pacientes. Pero en nuestro caso es fundamental, porque nos tratan igual que a todos y muchas veces necesitamos de mayor comprensión por parte de ellos.

Usuario 2

Nombre: Carmen Gloria Muñoz Salas

Género: Femenino

Edad: 68 años

1.- ¿Usted siente que tiene un trato especial de parte de quienes lo atienden, sólo por ser adulto mayor? ¿Por qué?

Creo que si hablamos de un trato especial, no sé si será tan así, pero a veces hay personas que nos tratan con más cariño, nos explican mejor, nos hablan mejor, y nos entienden mejor

que otros. Pero también hay algunas personas que nos tratan mal, yo creo que lo hacen porque no tienen mucha paciencia, pero si trabajan acá atendiendo a gente deberían tener paciencia, porque si no ¿para qué están acá o no?

2.- ¿Le parece que la infraestructura del hospital está acorde a las necesidades de los adultos mayores? ¿Por qué?

Este hospital es muy viejo, tampoco tiene tantas cosas modernas. Pero en general tiene lo necesario, aunque las salas de esperas son muy chicas, pero bueno, qué más vamos a pedir si es un hospital tan antiguo.

3.- ¿Le gustaría que existiera un monitor u orientador en las salas de espera respondiendo sus solicitudes o ayudándoles en sus requerimientos? ¿Por qué?

Creo que sería súper bueno tener a alguien sólo para que nos ayude cuando tenemos alguna consulta, porque así no tenemos que desplazarnos a donde haya que ir a preguntar. Yo en lo particular puedo hacerlo, pero hay personas que vienen en silla de ruedas o usan bastón, entonces les dificulta poder desplazarse. Una persona que sepa resolver nuestros problemas, eso necesitamos.

4.- ¿Cree que se debiesen mejorar las señaléticas que están en el área ambulatoria del hospital?

Mmmm, yo creo que hay tanto papel acá, que uno no lee nada, porque son tantas cosas que no se sabe qué leer. Pero las señaléticas podrían ser mejores, de colores, con letras más grande, o no sé, pero son muy chicas.

5.- ¿Cree usted que es necesario que los funcionarios tanto de primera línea como el equipo de salud se capaciten para poder atender a los adultos mayores?

Siempre es bueno que las personas se capaciten, porque es mejor para ellos y para nosotros. Yo creo que la gente está muy estresada y por eso atiende tan mal, pero igual creo que no tienen tantas capacitaciones en cómo atender a adultos mayores. Yo creo que igual tenemos que recibir un trato distinto o ¿no? y para eso, deben hacer algún curso, o saber cómo hacerlo. De todas maneras creo que es necesario.

6.- ¿Cómo qué curso deben hacer cree usted?

No sé, de educación, de cómo escuchar, de cómo responder. Por lo general ellos responden lo que quieren y no lo que uno les está preguntando.

Usuario 3

Nombre: Sr. Juan Muñoz Rodríguez

Género: Masculino

Edad: 73 años

1.- ¿Usted siente que tiene un trato especial de parte de quienes lo atienden, sólo por ser adulto mayor? ¿Por qué?

Como en todos lados no más, a veces nos hacen pasar primeros, pero eso depende si el guardia es buena persona y si no, tenemos que esperar igual que todos. Podrían darnos prioridad en la fila de farmacia para retirar medicamentos o cuando venimos hacernos algún examen, pero eso no siempre pasa, sólo lo hacen algunas personas, pero parece que no es parte de lo que tienen que hacer acá en el hospital.

2.- ¿A qué se refiere con eso?

A que no es algo que la gente del hospital diga que hay que hacer, o sea sólo hay mejor trato cuando nos atienden alguna persona buena, y si no, todo es igual o nos atienden mal.

3.- ¿Le parece que la infraestructura del hospital está acorde a las necesidades de los adultos mayores? ¿Por qué?

Creo que tiene lo básico, tampoco podemos quejarnos tanto. Aunque si mejoraran algunas cosas sería bueno.

4.- ¿Cómo qué cosas?

Cómo las salas de espera, no hay muchas sillas. Los parlantes, no se escuchan muy bien y si uno no escucha bien, es peor pues mijita, porque alguna uno se queda esperando que lo llamen y no escuchamos.

3.- ¿Le gustaría que existiera un monitor u orientador en las salas de espera respondiendo sus solicitudes o ayudándoles en sus requerimientos? ¿Por qué?

Uy, eso sería muy bueno, así nos ayudaría mucho en lo que nosotros necesitamos, porque ahora no hay nadie que vea eso, entonces sería muy útil. La gente que trabaja en la OIRS a veces nos ayudar mucho, pero hay que ir para allá. Si alguien estuviera acá (en las salas de espera) se mejoraría un poco la atención, y alguien se preocuparía de nosotros un poco más.

4.- ¿Cree que se debiesen mejorar las señaléticas que están en el área ambulatoria del hospital?

Mmmm, no sé, seguro no es tan relevante para la atención, aunque igual si ponen más carteles o como se llamen, ayudaría a que uno no se pierda en el CDT.

5.- ¿Hay mucho problema con respecto a eso?

Sí, uno siempre se pierde acá, como hay tantos pasillos, se dificulta un poco.

6.- ¿Cree usted que es necesario que los funcionarios tanto de primera línea como el equipo de salud se capaciten para poder atender a los adultos mayores?

Yo creo que sí, porque muchas veces no nos tratan muy bien solo porque somos adultos mayores. Todos deberían saber cómo atendernos, igual los médicos son buenos con nosotros, nos hablan bien, lento, nos dicen todo lo que tenemos que saber, pero cuando le preguntamos a otras personas se nota mucho la diferencia.

7. ¿A qué diferencia se refiere?

A que por ejemplo, la señorita que está en ventanilla, no siempre atiende bien, se enoja cuando uno le pregunta dos veces lo mismo, y uno a veces no quiere ni preguntar más, porque si ya se enojó, para qué voy a preguntar más, así que mejor uno se va no más.

8.- ¿Pero usted no ha puesto algún reclamo por ese tipo de actitudes?

Para qué señorita, si no le hacen nada. Entonces para qué reclamar, si el sistema sigue siendo el mismo de siempre.

Usuario 4

Nombre: Sr. Marcos Zaror Arredondo

Género: Masculino

Edad: 70 años

1.- ¿Usted siente que tiene un trato especial de parte de quienes lo atienden, sólo por ser adulto mayor? ¿Por qué?

Yo he tenido buenas experiencias en este hospital, pero también he escuchado de gente que está disconforme con todo. La realidad que tenemos para atendernos es ésta, y lamentablemente no todo siempre es tan bueno, pero yo creo que en mi caso siempre he tenido una buena atención y no sé si será porque soy adulto mayor o porque la persona que me ha atendido ha sido buena persona. Eso influye bastante en la atención que nos dan, todo depende de la persona.

2.- ¿Usted cree que eso es muy importante?

Obvio, si hay alguien que no quiere atender, que está cansado o enojado, siempre va a influir de forma negativa en cómo atiende.

3.- ¿Le parece que la infraestructura del hospital está acorde a las necesidades de los adultos mayores? ¿Por qué?

Mmmm, puede ser que falten cosas como más luz en las salas de espera, los parlantes están medios malos, porque no se escuchan mucho. Pero tiene buen acceso, se puede entrar en silla de rueda y eso es bueno. Yo tengo que usarla muchas veces, entonces no tengo problemas, aparte los guardias siempre ayudan cuando ven a alguna persona con problemas, eso lo agradezco, porque no todos hacen eso.

4.- ¿y qué otras cosas le parecen que están bien o faltan?

Por lo general está bien, son solo esos detalles, pero que pueden arreglarse fácilmente yo creo. Ah, y también los baños podrían mejorarse, no todos tienen acceso a personas con discapacidad, parece que antes no era requisito, ahora por lo que yo sé, todos los lugares deben contar con baños para minusválidos.

5.- ¿Le gustaría que existiera un monitor u orientador en las salas de espera respondiendo sus solicitudes o ayudándoles en sus requerimientos? ¿Por qué?

Eso sería fantástico, porque siempre es útil que haya alguien ayudando, respondiendo las preguntas que uno tiene y que más encima se dedique a lo que a nosotros nos pasa. Cuando uno va al banco siempre se acerca alguna persona y nos ofrece ayuda, ¿por qué no se podría hacer eso acá en el hospital?, yo creo que se tendría que hacer, y sobre todo ahora que somos tantos adultos mayores.

4.- ¿Cree que se debiesen mejorar las señaléticas que están en el área ambulatoria del hospital?

El CDT tiene varios pasillos, entonces para una persona que viene por primera vez es muy enredado, y se puede perder. Hasta uno que viene siempre a veces se confunde, entonces podrían poner más afiches, de cómo llegar a los lugares, eso sería muy útil.

5.- ¿Mejorar el tamaño de letras, instalar más señaléticas usted dice?

Sí. Podría haber un sistema diferente a lo que hoy está. Algo más visible, algo que ayude más a uno.

6.- ¿Cree usted que es necesario que los funcionarios tanto de primera línea como el equipo de salud se capaciten para poder atender a los adultos mayores?

Como yo he tenido buena experiencia no puedo criticar mucho, pero creo que siempre es bueno que las personas se estén capacitando, porque eso hace que las personas aprendan cosas nuevas. Con respecto al trato siempre es útil que todos aprendan a cómo atender a los pacientes, más aún si es a pacientes adultos mayores. Yo creo que eso sería muy bueno, así todos sabrían qué hacer frente a un adulto mayor, y nos sentiríamos mejor y la gente que reclama también creo que lo hace con justa razón, si está claro que hay personas que no atienden muy bien.