

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERIA

**Tesis para optar por el grado de Licenciatura en
Enfermería**

**CONOCIMIENTO DE LA LEY GENERAL DE
SALUD NÚMERO 8239 POR PARTE DE LOS
ADULTOS ENTRE 18 Y 65 AÑOS Y SU
CUMPLIMIENTO DURANTE LA ASISTENCIA A
LOS CENTROS DE SALUD, CANTÓN DE
MORAVIA, ENERO- MARZO DEL 2017**

SUSTENTANTE MARIANGEL CASTILLO MONTERO

JULIO, 2017

TABLA DE CONTENIDOS

1	CAPÍTULO I MARCO CONTEXTUAL.....	13
1.1	Planteamiento del problema.....	14
1.1.1	Antecedentes del problema.....	14
1.1.2	Descripción del problema.....	22
1.1.3	Situación que presenta una debilidad, deficiencia o vacío	22
1.1.4	Justificación	23
1.2	Redacción del problema central.....	25
1.3	Objetivo general.....	25
1.3.1	Objetivos específicos.....	25
1.4	Alcances y limitaciones	26
1.4.1	Alcances.....	26
1.4.2	Limitaciones	26
2	CAPÍTULO II CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO.....	27
2.1	Contexto histórico.....	28
2.1.1	Ley 8239.....	28
2.1.2	Centros de salud.....	29
2.1.3	Cantón de Moravia	30
2.2	Contexto teórico-conceptual	30

2.2.1	Sistemas de salud.....	30
2.2.2	Conocimiento.....	31
2.2.3	Conocimiento de la Ley 8239.....	34
2.2.4	Prácticas de los centros de salud con respecto a los derechos y deberes.....	44
2.3	Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud”.....	49
2.3.1	Metaparadigmas.....	50
2.3.2	Diagrama del Modelo de Promoción de la Salud	51
3	CAPÍTULO III PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.....	54
3.1	Tipo de investigación.....	55
3.2	Área de estudio	56
3.2.1	Población	56
3.2.2	Muestra	56
3.2.3	Unidades de análisis u objetos de estudio	56
3.2.4	Fuentes de Información	58
3.2.5	Identificación, descripción y relación de variables	59
3.2.6	Proceso de operacionalización de variables	61
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	69
4	CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	70
4.1	Análisis e interpretación de datos	71

5	CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	162
5.1	CONCLUSIONES	163
5.2	RECOMENDACIONES.....	165
6	BIBLIOGRAFÍA	167
7	ANEXOS	175

ÍNDICE

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Distribución porcentual de usuarios, según sexo Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	72
Gráfico 2 Distribución porcentual de usuarios, según edad en años cumplidos Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	73
Gráfico 3 Distribución porcentual de usuarios, según lugar de residencia Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	75
Gráfico 4 Distribución porcentual de usuarios, según nacionalidad Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017.....	76
Gráfico 5 Distribución porcentual de usuarios, según estado civil Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017.....	77
Gráfico 6 Distribución porcentual de usuarios, según nivel de escolaridad Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	78
Gráfico 7 Distribución porcentual de usuarios, según condición laboral Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	80
Gráfico 8 Distribución porcentual de usuarios, según las condiciones en las que se encuentra la casa Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	81
Gráfico 9 Distribución porcentual de usuarios, según ingresos mensuales Canto de Moravia Enero-Marzo 2017	83

Gráfico 10 Distribución porcentual de usuarios, según número de personas con las que viven Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	85
Gráfico 11 Distribución porcentual de usuarios, según condición de propiedad de la casa donde habitan Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	88
Gráfico 12 Distribución porcentual de usuarios según seguro social Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017.....	89
Gráfico 13 Distribución porcentual de usuarios según el sector en el que busca la atención en salud Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017.....	91
Gráfico 14 Distribución porcentual de usuarios según conocimiento de la ley 8239 Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	93
Gráfico 15 Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre el cumplimiento de los derechos de la ley 8239 en los servicios de salud Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017 ...	103
Gráfico 16 Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre su propio cumplimiento de los deberes de la ley 8239 Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017.....	107
Gráfico 17 Distribución porcentual de usuarios según descontento generado por las experiencias negativas de amigos o familiares Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017.....	110
Gráfico 18 Distribución porcentual de usuarios según satisfacción generada por las buenas experiencias de amigos o familiares Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017.....	114
Gráfico 19 Distribución porcentual de usuarios que reciben atención en el sector público Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	118

Gráfico 20 Distribución porcentual de usuarios según atención en el sector privado Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	120
Gráfico 21 Distribución porcentual de usuario, según atención en el servicio de emergencias en el sector público y privado Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	145
Gráfico 22 Distribución porcentual de usuarios que recibieron atención oportuna en el servicio de emergencias del sector público Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	147
Gráfico 23 Distribución porcentual de usuarios que recibieron atención de forma oportuna en el servicio de emergencias del sector privado Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	149
Gráfico 24 Distribución porcentual de usuarios que han recibido educación sobre la donación de órganos y su derecho de aceptar o negar la donación Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	151
Gráfico 25 Distribución porcentual de usuarios según lugar donde les brindaron la educación sobre la donación de órganos Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	153
Gráfico 26 Distribución porcentual de usuarios según conocimiento del procedimiento para interponer una queja por mala atención del personal de salud Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	154
Gráfico 27 Distribución porcentual de usuarios que conocen el departamento ante el cual se debe interponer la denuncia por incumplimiento de derechos Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	156
Gráfico 28 Distribución porcentual de usuarios que han interpuesto una denuncia Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	158

Gráfico 29 Distribución porcentual de usuarios según satisfacción con la resolución de la queja o denuncia interpuesta Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	160
--	-----

Índice de Cuadros

Cuadro 1 Distribución de usuarios, según servicio o servicios con los que cuenta en el hogar Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017	86
---	----

Cuadro 2 Distribución de usuarios, según medio por el cual conoce la ley 8239 Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017	94
--	----

Cuadro 3 Distribución de usuarios, según conocimiento de los derechos de la ley 8239 Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017.....	96
--	----

Cuadro 4 Distribución de usuarios, según conocimiento de los deberes de la ley 8239 Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017.....	101
---	-----

Cuadro 5 Razones por las que los encuestados creen que los Servicios de Salud no cumplen con los derechos de la ley 8239 Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017.....	105
--	-----

Cuadro 6 Razones por las que los encuestados creen que no cumplen con los deberes de la ley 8239 Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017.....	108
--	-----

Cuadro 7 Consecuencias del descontento, por comentarios de terceros, con los servicios de salud Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017.....	112
---	-----

Cuadro 8 Consecuencias de la satisfacción, por comentarios de terceros, con los servicios de salud Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017.....	116
--	-----

Cuadro 9 Tiempos de espera de los usuarios para procedimientos en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017	122
--	-----

Cuadro 10 Trato amable por parte del personal de salud en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017.....	124
Cuadro 11 Personal de salud indica a los usuarios el nombre, apellidos y cargo que desempeña, en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017.....	126
Cuadro 12 Escucha y claridad en las indicaciones por parte del personal de salud en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017	128
Cuadro 13 Cumplimiento del consentimiento informado en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017	131
Cuadro 14 Permiso de negación a un procedimiento o tratamiento en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017	133
Cuadro 15 Confidencialidad del caso en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017.....	135
Cuadro 16 Acceso al expediente clínico y sacar una copia de este en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017	137
Cuadro 17 Atención en un lugar limpio, seguro y cómodo en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017	139
Cuadro 18 Permiso de llevar sus objetos personales durante un internamiento en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert Cantón de Moravia Enero-Marzo, 2017	141

Cuadro 19 Elaboración de lista de familiares con prioridad de visitas en el sector privado	
Cantón de Moravia Enero-Marzo 2017	143

PRÓLOGO

Los ciudadanos deben conocer las leyes que rigen la sociedad en la que vive, para que sus acciones vayan de acuerdo con las normas establecidas. La Ley 8239 estipula los derechos y deberes de los usuarios que asisten a centros de salud, públicos y privados dentro del país. El conocimiento de esta ley le brinda, al individuo, la seguridad de una atención adecuada, y en caso de que se irrespeten sus derechos, tiene las herramientas necesarias para defenderlos. También, a partir de esta, se conocen las correctas actitudes y prácticas que deben tener los usuarios con respecto a los centros de salud.

Los servicios de salud ponen en práctica acciones orientadas a la atención de los usuarios. Las acciones que se realizan en la atención, en algunas ocasiones, no cumplen con lo establecido por la ley 8239, por ende, es importante que los profesionales en salud conozcan los derechos y deberes de los usuarios para que los pongan en práctica y eduquen a la población sobre este tema.

El primer capítulo de la investigación incluye el planteamiento del problema, el cual corresponde al desconocimiento de la ley 8239 en la población. También se justifica la importancia del estudio y se describen otras investigaciones que estudian el conocimiento de la ley 8239 y las prácticas de los servicios de salud, tanto a nivel nacional como internacional.

Los objetivos de la investigación, los principales alcances y limitaciones durante su desarrollo se mencionan en ese mismo capítulo. También las variables desde sus inicios y los hechos más relevantes, en cualquier ámbito, con respecto a ellas.

El tercer capítulo muestra el tipo de investigación, el cual es cuantitativo, descriptivo, no experimental y transeccional. El apartado contiene las características de inclusión y exclusión de la muestra y la descripción de las variables, por medio del cuadro de operacionalización.

El siguiente apartado es el análisis de los datos obtenidos, el cual muestra los resultados que le dan una razón de ser al problema planteado y a partir de este se desarrollan las estrategias para combatirlo.

El último capítulo incluye las recomendaciones y conclusiones que se plantean de la investigación, con ellas se brindan los datos más importantes a los cuales arroja la investigación.

CAPÍTULO I

MARCO CONTEXTUAL

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Antecedentes del problema

El tema en investigación es estudiado en el campo nacional e internacional, por ende, es importante estar al tanto de cuáles aspectos del tema se conocen y a qué conclusiones llegan estos autores. Primeramente, se describen las investigaciones internacionales, por orden de año de publicación.

1.1.1.1 A nivel Internacional

En el 2010, Dellarole, desarrolla la investigación titulada: “Respeto de los derechos del paciente en la Atención de los enfermeros”, la cual tiene como objetivo identificar el respeto de los derechos del paciente, en la atención que brindan los enfermeros en un hospital de Argentina¹, es decir esta investigación se centra en la práctica de los derechos del paciente, por parte del profesional de enfermería.

El estudio es de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. La recolección de datos se obtiene a través del uso de una encuesta, que analiza el respeto de los derechos durante la atención diaria que brindan los enfermeros. El instrumento se aplica a los enfermeros que laboraban en el Hospital Central de Mendoza¹.

El 100% de los encuestados cumplen y respetan los derechos de intimidad, información, secreto profesional y la muerte digna de los pacientes. La edad de los profesionales y la cantidad de años laborados como enfermeros, no son un factor que interfiere en el respeto de los derechos¹.

La investigación anterior es similar a la presente ya que busca determinar cuáles son las prácticas de los funcionarios con respecto a los derechos y deberes de los usuarios, durante la atención en los centros de salud. El respeto de los derechos por parte del personal es fundamental para una atención de calidad y funciona como una herramienta para educar a los pacientes en este tema.

Camargo et al, son los autores de la investigación: “¿Conocen los y las usuarios(as) sus derechos y deberes? Una evaluación posterior a una intervención”, del 2011. El objetivo es describir el nivel de conocimientos que tienen los usuarios sobre sus derechos y deberes, en una institución de Salud de Bucaramanga, Colombia².

Camargo et al. mencionan que, con respecto a los derechos y deberes de los enfermos en el proceso de atención, “no siempre el personal de salud es consciente de promoverlos cuando desarrolla las actividades propias de su quehacer profesional”². Los autores proponen como solución “implementar estrategias a nivel organizacional que de manera permanente generen cambios en las actitudes del personal de salud, con respecto a la forma como promociona y fomenta el respeto de los derechos de los enfermos”². Ellos infieren que una de las problemáticas que afecta el conocimiento de los derechos y deberes es el déficit de educación por parte de los profesionales en salud.

El estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal. El autor primero realiza un proyecto educativo para sensibilizar a la población general y trabajadora sobre los derechos y deberes de las personas que son atendidas en el centro de salud, y posteriormente realiza una encuesta a 459 pacientes del ESE-HUS (Subgerencia Servicios de Enfermería de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander)².

La muestra del estudio no tiene conocimiento de sus propios derechos y deberes como usuarios(as) de los servicios de salud, según los autores Camargo et al “sólo el 4,6% (21) de las personas encuestadas aseguraron conocer sus derechos y deberes como usuarios(as) en la ESE-HUS.”², sin embargo, se observa que a pesar de que solo una pequeña parte de la muestra afirma conocer los derechos y deberes, una gran parte de la muestra reconoce al menos la mitad de los derechos y deberes².

El estudio de Camargo et al, al igual que la presente investigación, identifica los conocimientos que tienen los usuarios sobre sus derechos y deberes como pacientes de servicios de salud. El estudio anterior demuestra que solo un pequeño porcentaje de la muestra tiene conocimientos sobre este tema.

Erazo et al., elaboran en el 2012 la investigación: “Conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes en el SGSSS, Hospital San José de Buga, 2011”. El objetivo es determinar el conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes³.

El enfoque de la investigación es de tipo cualitativo y descriptivo. El estudio no generaliza las respuestas, sino descubre la percepción de un grupo según el contexto que lo rodea y observa el comportamiento del consumidor. La muestra es de 57 personas y se calcula tomando en cuenta como población a la cantidad promedio de pacientes que atiende el centro de salud. El instrumento de recolección de datos es una encuesta que evalúa el conocimiento de las leyes, por parte de los usuarios³.

Erazo et al. mencionan que el “medio de comunicación más efectivo por el cual los entrevistados conocieron estos derechos y deberes encontramos la difusión a través de funcionarios del Hospital.”³. Las demás investigaciones de este mismo apartado indican que

los profesionales de la salud no educan a la población sobre sus derechos y deberes, por desconocimiento de la ley o para evitar el recargo del trabajo.

Los tres derechos más conocidos por la muestra fueron el derecho de elegir libremente el profesional e institución de salud, el derecho a disfrutar de una comunicación clara con los profesionales de salud y el derecho a un trato digno. Los tres deberes más conocidos fueron: el deber de cumplir con las citas asignadas, el deber de brindar información real sobre su salud y el deber de informar claramente su afiliación a la salud³. Lo anterior demuestra que la población encuestada conoce al menos algunos de los derechos más importantes.

El presente estudio al igual que la investigación anterior, tienen como objetivo identificar si el usuario(a) conoce o no los derechos y deberes que los rigen durante su atención en los centros de salud, esto les permite determinar cuáles son los derechos más conocidos por los usuarios.

Gómez, en el 2015, realiza la investigación: “Derechos del paciente y su relación con la atención de enfermería en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora”. El objetivo es determinar el cumplimiento de los derechos de los pacientes durante la atención de enfermería en un servicio específico⁴.

El estudio es de tipo descriptivo y transversal, ya que enfoca un fenómeno en un tiempo determinado, y toma una muestra de 171 personas, hospitalizadas en el momento de la investigación⁴.

La investigación concluye que los derechos de los pacientes solo se cumplen un 71% de las veces⁴. Los que más se respetan son: el derecho a la atención digna, el derecho a no ser discriminado, el derecho a la confidencialidad y el derecho a la atención de emergencia. Sin

embargo, Gómez menciona que “muy pocos usuarios(as) han recibido información sobre los mismos por parte del personal de enfermería”⁴, es decir que aun cuando los derechos de los pacientes se cumplen o en su defecto, se irrespetan, los usuarios siguen sin conocer verdaderamente cuáles son los derechos que respaldan su atención en los centros de salud.

El estudio anterior se relaciona con el presente, ya que para cumplir con su objetivo primeramente determina el conocimiento de los usuarios sobre los derechos. El estudio concluye que muy pocas veces los usuarios son informados de sus derechos, por lo tanto, el conocimiento es el mínimo o nulo.

1.1.1.2 A nivel Nacional

Las investigaciones en Costa Rica, relacionadas con la ley 8239 y con la práctica de esta en los centros de salud, son pocas. Los siguientes párrafos explican los antecedentes a nivel nacional y su relación con la presente investigación.

Sánchez, en el 2003, realiza la tesis: “Los Testigos de Jehová y la negativa a la sangre, implicaciones jurídico-religiosas, su posición frente a las técnicas modernas de tratamiento médico sin sangre”⁵, en Costa Rica. El objetivo general es “aportar una posición jurídico-religiosa tolerante frente a la posición del grupo religioso de los Testigos de Jehová, con respecto a la negativa de someterse a tratamientos médicos que impliquen transfusiones sanguíneas”⁵. El estudio menciona que la ley 8239 es un gran avance en el país, que permite velar por respeto los derechos y deberes de los usuarios que son atendidos en los centros de salud.

La metodología que utiliza es la revisión bibliográfica de la legislación y jurisprudencia del país. La hipótesis planteada es demostrar que la población Testigos de Jehová tiene derecho a elegir otras opciones de tratamiento.

La investigación expone la negativa de los usuarios Testigos de Jehová a las transfusiones sanguíneas, ya que ellos afirman que este procedimiento atenta “contra su dignidad, creencias y convicciones”⁵. Además, menciona que algunos médicos “prefieren abstenerse de intervenir en su tratamiento”⁵, lo cual va en contra de los derechos planteados en la ley 8239, específicamente en el apartado del derecho a negarse a un tratamiento.

La investigación concluye que “estas personas están en pleno uso de sus derechos al negarse a una transfusión, ejerciendo no solo un derecho fundamental, como es la libertad religiosa, sino también el uso de la libertad de autodeterminación, lo que implica su derecho como paciente a rechazar un tratamiento, y a tener acceso a alternativas viables.”⁵ Lo anterior se evidencia en las legislaciones que protegen estos aspectos en la población, sin embargo, no siempre se respetan.

El estudio anterior se relaciona con la presente investigación, ya que en este se evidencia que los derechos de la ley 8239 no siempre son respetados en los centros de salud, aun cuando los profesionales los conocen. La investigación prueba que el desconocimiento es el principal culpable del incumplimiento de la ley.

Rodríguez, en el 2016, realiza la investigación: “El uso del consentimiento informado por parte de los profesionales de salud en la atención clínico asistencial”, en Costa Rica. El estudio “busca indagar acerca de cuán regular es la aplicación del consentimiento informado a los usuarios atendidos en los sistemas de salud”⁶.

La investigación utiliza el método de revisión bibliográfica. El estudio se realiza con 73 artículos científicos. El autor menciona que “en dos publicaciones se recalca la idea de que con la aplicación de un verdadero CI se da empoderamiento al usuario(a), para que pueda ejercer con plenitud su autonomía en cuanto a la atención dada”⁶, es decir se respalda el derecho del usuario(a) a decidir sobre su salud y el derecho a dar el consentimiento informado.

El autor concluye que el consentimiento informado es un “proceso de respeto constante a la autonomía de las personas, es frecuentemente malinterpretado por los profesionales del sector salud, quienes lo visualizan como una fórmula, rápida de llenar, con la cual se delega en el usuario(a) la responsabilidad de lo que pueda suceder tras una intervención médica.”⁶.

Él recalca que no siempre se respetan los derechos del paciente, a pesar de que este tiene derecho a una adecuada atención e información para tomar las decisiones con respecto a su salud.

El estudio pone de manifiesto que el consentimiento informado es mal utilizado y en algunos casos omitido por parte de los profesionales en salud. También menciona el principio de autonomía, en el cual el paciente debe decidir, con base en la información que le proporciona el profesional de salud, si acepta o niega un procedimiento o tratamiento.

Barrantes y Sifontes, en el 2016, realizan la investigación: “El consentimiento informado en la contratación de actividades médicas en la relación médico/médica-persona paciente”, el objetivo es analizar el consentimiento informado de los pacientes dentro de la relación médico paciente⁷.

El estudio investiga la documentación que existe sobre el tema y a su vez realiza una encuesta y una entrevista que prueban las teorías que se plantean. Los autores afirman que el consentimiento informado es un derecho que está presente en la Ley General de Salud, desde 1973 y en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica⁷. El derecho al consentimiento informado se incluye en la ley 8239 como derecho de los pacientes que son atendidos en el sector salud público y privado.

Barrantes y Sifontes mencionan, entre sus conclusiones, que “una gran parte de la población afirmó utilizar los servicios de salud del Centro de Atención Integral de Puriscal, pero muy pocas, como se indicó, tienen conocimiento de qué es el consentimiento informado. Incluso se refieren a este como un papel que deben llenar, siendo que se evidencia un total desconocimiento de lo que en realidad significa e importa este término.”⁷. Los derechos de los pacientes son violentados durante la atención, sin embargo, debido al desconocimiento de estos, el usuario no tiene la capacidad de notar la falta de la cual son víctimas.

La investigación afirma que el centro de salud en el que se realiza el estudio, pocas veces utiliza el consentimiento informado, por lo cual pocos pacientes lo conocen. También se evidencia que, al no conocer la ley, los usuarios no tienen la posibilidad de reclamar por la falta del documento, ya que desconocen su existencia.

Los estudios que se mencionan en este apartado son los antecedentes del tema de investigación. Las investigaciones a nivel internacional sí evalúan sus propias leyes, sin embargo, en Costa Rica los estudios únicamente abarcan un derecho específico de la ley 8239, no de la ley en general. Los estudios nacionales tampoco estudian los deberes de los usuarios.

1.1.2 Descripción del problema

La ley 8239 establece los derechos y deberes de las personas que reciben atención en los servicios de salud públicos y privados, sin embargo, pocos usuarios(as) conocen la existencia de esta ley, o al menos desconocen cuáles son los derechos y los deberes que están incluidos en esta.

Lo anterior, se debe a la poca educación que brindan los funcionarios de salud y miembros de los consejos encargados de la divulgación de la ley. También se puede deber a las deficiencias en el cumplimiento de estos durante la atención que se brinda al usuario(a).

La comunidad de Moravia se encuentra conformada por personas de diferentes estratos sociales y económicos, además en sus cercanías se encuentran clínicas y hospitales privados donde también reciben atención. Por lo tanto, es importante evaluar cualquier tipo de atención y no solo la que se brinda en el centro de salud público.

La población que habita en esta comunidad debe conocer la ley 8239, para poder exigir y corroborar una atención de calidad en cualquier centro de salud, además aumenta la capacidad de saber cómo actuar ante ciertas situaciones en la que se violenten sus derechos. Cabe destacar la importancia del conocimiento de sus deberes como paciente, y proporcionar, de esta manera, desde los dos extremos, una relación de respeto y empatía.

1.1.3 Situación que presenta una debilidad, deficiencia o vacío

En la comunidad de Moravia se observa una deficiencia en el conocimiento de los derechos y deberes que rigen a las personas con respecto a la atención en los centros de salud (ley 8239). En el momento de la atención estos derechos pueden o no, ser aplicados, sin embargo,

al no tener los conocimientos de la ley, no es posible que las personas puedan detectar cuándo se cumple o no con los derechos.

La deficiencia del conocimiento de la ley 8239, podría causar que el usuario no actúe conforme la ley, en los servicios de salud, ya que en esta ley también se incluyen los deberes como usuarios de los servicios. Por tanto, si no conocen cuáles son sus funciones como usuarios, no pueden ejercerlas correctamente. El incorrecto cumplimiento de los derechos y deberes por ambas partes (usuarios y profesionales), puede generar daños en la salud, por la falta de confianza con el sistema y los centros, lo que ocasiona que menos personas quieran recibir atención.

1.1.4 Justificación

La presente investigación se justifica bajo el criterio de relevancia social, el cual, para Sampieri et al., es aquel que representa una trascendencia para la sociedad, o para un grupo específico⁸.

El estudiar el conocimiento de la población sobre la ley 8239, permite conocer si las prácticas en el centro de salud son las correctas, es decir si las actividades diarias que se efectúan durante la atención de los usuarios, permiten el ejercicio de los derechos y deberes que poseen estos. También permite conocer si el centro cumple con otras disposiciones de la ley, por ejemplo, los apartados que mencionan las instituciones y entes encargados de regular y participar continuamente en la aplicación de esta.

La aplicación de la ley es un deber de los usuarios y de los profesionales de la salud, por lo tanto, aun cuando hay desconocimiento de la ley por parte los usuarios, el servicio de salud debe de respetar y educar a la población sobre los derechos y deberes de los y las usuarios(as) e incentivar estos como una práctica diaria en el quehacer del profesional. Esto se puede lograr mientras estas acciones sean parte de la cultura organizacional de la institución.

Los pacientes de los servicios públicos y privados son las personas más beneficiadas con la investigación, ya que esto les permite mejorar el conocimiento de sus derechos y deberes, con lo cual pueden defenderse ante situaciones en las que estos se violenten.

El conocimiento de los derechos y deberes que rigen a los usuarios de los centros de salud mejora la perspectiva de la calidad de atención que reciben en el centro de salud, lo cual le brinda a la institución mayor seguridad en la ejecución de sus prácticas.

La investigación se justifica, ya que, a nivel nacional no existen estudios que consideren la totalidad de la ley 8239. Los estudios que se realizan se encuentran relacionados con algunos de los derechos, dejando por fuera los demás contenidos de esta, por lo tanto no se ha evaluado en sí el conocimiento de la misma, ni de los deberes de cada usuario(a).

La población seleccionada son las personas de 18 a 65 años, ya que, como ciudadanos responsables, tienen mayor conocimiento de las leyes que los rigen. La experiencia de esta población, en el sector salud es mayor conforme aumentan los años, por las distintas dolencias que aparecen con la edad y los demás programas que los resguardan.

1.2 Redacción del problema central

El problema central de la investigación es la pregunta que se plantea ante una necesidad o deficiencia que se observa en el entorno. Para la presente investigación se formula la siguiente:

¿Cuál es el conocimiento de la Ley General de Salud número 8239 por parte de los adultos entre 18 y 65 años y su cumplimiento durante la asistencia a los centros de salud, cantón de Moravia, enero- marzo del 2017?

1.3 Objetivo general

Determinar el conocimiento de la Ley General de Salud número 8239 por parte de los adultos entre 18 y 65 años y su cumplimiento durante la asistencia a los centros de salud, cantón de Moravia, enero- marzo del 2017.

1.3.1 Objetivos específicos

1. Caracterizar a los adultos entre 18 y 65 años que asisten a los centros de salud, según los aspectos sociodemográficos, en el cantón de Moravia, enero-marzo 2017.

2. Identificar el conocimiento de la Ley General de Salud número 8239 por parte de los adultos entre 18 y 65 años que asisten a los centros de salud, cantón de Moravia, enero-marzo 2017.

3. Identificar el cumplimiento de los derechos y deberes de la ley 8239 durante la atención en los centros de salud, cantón de Moravia, enero-marzo 2017.

1.4 Alcances y limitaciones

1.4.1 Alcances

La presente investigación no presenta ningún alcance.

1.4.2 Limitaciones

La presente investigación no presenta ninguna limitación.

CAPÍTULO II
CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO

2.1 Contexto histórico

2.1.1 Ley 8239

La Resolución WHA55.18 que adopta la Asamblea Mundial de la Salud, número 55, que se realiza en mayo del 2002, invita a los países miembros a poner mayor atención a los problemas de seguridad del paciente, y a establecer un sistema de base científica para mejorar la seguridad y el cuidado de los servicios de salud. Por lo que en “octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó oficialmente la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”⁹, esto con el propósito de “lograr mejoras importantes para los pacientes de países ricos y pobres, desarrollados y en desarrollo, en todos los rincones del mundo”⁹.

La ley número 8239 decreta los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. La Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica crea esta ley el 2 de abril del 2002 y se publica en la gaceta número 75, el 19 de abril de ese mismo año.

El 21 de octubre del 2016 se realiza un proyecto de reforma integral a la ley regulatoria de los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. La razón que se plantea para la reforma es que la presente ley resulta insuficiente para el nuevo panorama de salud en el país. La reforma aún no se aprueba, por lo que la Ley 8239 del 2002, es la que continua vigente hasta el momento.

2.1.2 Centros de salud

La salud en Costa Rica es un derecho, sin embargo, el proceso de la reforma del sector salud fue un proceso lento, pero que trajo muchos beneficios a la población. El Sistema Nacional de Salud se crea como decreto en 1989, su propósito general consiste en preservar, mantener y mejorar la salud de la población¹⁰. El ente rector es el actual Ministerio de Salud, antes Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, la cual fue la primera institución pública del país.¹¹

El Sistema Nacional de Salud está integrado por: el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, las Universidades e institutos, públicos y privados encargados de formar y capacitar a los profesionales y técnicos de salud, los servicios de salud privados, cooperativas y empresas de autogestión que brindan servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de la salud de las personas, las municipalidades y las comunidades¹⁰.

En 1924 se crea el Banco de Seguros, actualmente el Instituto Nacional de Seguros (INS), en 1926 este incorpora los servicios médicos para cubrir riesgos laborales y el seguro obligatorio de vehículos. En 1941 se crea la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para atender a los trabajadores y en 1961 el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados, actualmente el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A)¹¹.

2.1.3 Cantón de Moravia

El cantón de Moravia pertenece a la provincia de San José. El nombre se da en honor al expresidente Juan Rafael Mora Porras. El cantón limita al norte y al este con Coronado, al oeste con Tibás, San Isidro y Santo Domingo y al sur con Goicochea. Moravia tiene tres distritos: San Vicente, San Jerónimo y la Trinidad y se caracteriza por la gran cantidad de centros educativos que se encuentran ubicados en su territorio, por la zona cafetalera y los sembradíos de achiote.

2.2 Contexto teórico-conceptual

2.2.1 Sistemas de salud

La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad.⁹ La salud implica el bienestar de cualquier ámbito de la vida cotidiana, no solo el físico, como comúnmente se cree.

El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social define el sistema de salud como aquel que “Incluye la totalidad de los elementos o componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta, con la salud de la población”¹⁰.

El sistema incluye a las instituciones que se dedican directa o indirectamente a la atención de la salud, por ejemplo, los entes encargados del agua potable, limpieza de la comunidad y otros.

2.2.2 Conocimiento

Segarra y Bou, definen el conocimiento como “un flujo en el que se mezclan la experiencia, valores importantes, información contextual y puntos de vista de expertos, que facilitan un marco de análisis para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e informaciones”¹².

González y Frassati, definen el conocimiento como: “la combinación de información, contexto y experiencia, que encierra además creencias, juicios, expectativas y hasta metodologías particulares, desarrolladas por cada individuo en su experiencia.”¹³.

Los autores anteriores mencionan que el conocimiento no solo es el adquirir la información por parte de un sistema o de una persona, sino que también depende de otros factores, como el contexto, la experiencia, etc., los cuales en conjunto generan un producto que le simplifica a la persona la toma de decisiones para la cotidianidad.

Segarra y Bou aseguran que hay dos concepciones de conocimiento identificadas por Nonaka y Takeuchi. La primera es la epistemología occidental tradicional, que indica que el conocimiento es estático y formal y destaca la existencia natural, abstracta y estática de este, más que algo del ser humano. La segunda concepción, al contrario, menciona que el conocimiento es un proceso humano; destaca la naturaleza activa y subjetiva de este y justifica la búsqueda de la verdad por parte del ser humano¹².

Las concepciones sobre el conocimiento son variadas y existen otros autores que las definen, sin embargo, para efectos de la presente investigación estas son los más relevantes. Los

autores anteriores concluyen que el conocimiento parte de una experiencia y de otros factores que contribuyen al análisis de la información, la cual genera una idea que favorece en el diario vivir.

2.2.2.1 Tipos de conocimiento

Los conceptos de conocimiento y la clasificación de los tipos o dimensiones son variados. La investigación trabaja con la Taxonomía de Alavi y Leidner, ya que, según Segarra y Bou, “recoge de forma más amplia una síntesis de algunas de las clasificaciones”¹², además, “diferencian entre una gran variedad de tipos de conocimiento con el fin de diseñar sistemas de gestión del conocimiento capaces de gestionar cualquier tipo de conocimiento”¹².

Los tipos de conocimiento que plantean los autores son: el tácito, el explícito, el individual, el social, el pragmático y el definido por el saber (el declarativo, el de procedimiento, el causal, el condicional y el relacional)¹². A continuación, se describe cada uno, con su ejemplo respectivo.

El conocimiento tácito es el relacionado con las acciones, experiencias y forma parte de un contexto específico. Este se divide en tácito cognitivo (modelo mental) y tácito técnico (aplicable a un trabajo específico)¹².

El conocimiento explícito es un conocimiento generalizado y articulado¹², por ejemplo, el conocimiento de los datos generales sobre los pacientes que se encuentran en un mismo servicio.

El conocimiento individual es el creado por el individuo y que es inherente a este¹², por ejemplo, el conocimiento adquirido a partir de una investigación. El conocimiento social es el creado por un grupo y que es inherente a las acciones colectivas de este¹².

El conocimiento pragmático es la utilidad de un conocimiento para una organización¹², es decir, a partir del conocimiento de una persona se genera el beneficio para una empresa u organización, como el conocimiento que se tiene sobre gestión de proyectos, experiencia en el campo y otros.

Los últimos cinco conocimientos están definidos por el saber (know), estos son: el conocimiento declarativo, el conocimiento procedural, el conocimiento causal, el conocimiento condicional y el conocimiento relacional¹². A continuación, se describe cada uno y se da un ejemplo de la misma línea de proceso.

El conocimiento declarativo (know-about) es en el que se conoce el “qué” de un tema en específico, por ejemplo, qué medicamento es apropiado para una enfermedad específica¹². El conocimiento de procedimiento (know-how) es el que señala el “cómo” de un tema específico, por ejemplo, cómo administrar dicho medicamento¹². El conocimiento causal (know-why) es en el que se sabe el “por qué” de un tema en específico, por ejemplo, el comprender por qué ese medicamento es eficaz para esa enfermedad¹². El conocimiento condicional (know-when) es en el que se sabe el “cuándo”, por ejemplo el conocer cuándo se debe colocar el medicamento¹². El conocimiento relacional (know-with) el cual indica la relación de una variable con otra, es decir el “con”, por ejemplo, el conocer con cuáles medicamentos hay interacción medicamentosa, con respecto al medicamento que se utiliza¹².

2.2.3 Conocimiento de la Ley 8239

El conocimiento de las leyes que existen en un país y su acatamiento es una obligación de cada ciudadano. En Costa Rica, esto se encuentra estipulado en la Constitución Política, en el artículo 129, el cual establece que “las Leyes son obligatorias y surten efectos desde el día que ellas designen”¹⁴.

Las organizaciones se deben encargar de divulgar la información de las leyes que rigen específicamente, como lo establece por ejemplo, el artículo 9 de la ley 8239, con respecto a la divulgación de sí misma, en la que menciona que es deber de la Auditoría General de Servicios de Salud el “asegurar la difusión y el conocimiento de los derechos y las responsabilidades de los pacientes”¹⁵. Lo anterior también se establece en esta misma ley, en el artículo 12, donde menciona como función de la Contraloría de Servicios de Salud, el “Informar y orientar oportunamente a los pacientes sobre sus derechos y responsabilidades, así como sobre la organización, el funcionamiento, la prestación de los servicios y demás trámites administrativos que sean de su interés”¹⁵.

La Ley 8239, rige los derechos y deberes que tienen los pacientes que asisten al centro de salud público o privado ⁸. Los usuarios deben conocer la ley para que puedan identificar cuándo estos son respetados o violentados y puedan defenderlos. Los usuarios también deben conocer sus obligaciones como pacientes con el propósito de facilitar un mejor servicio por parte de los diferentes profesionales de los centros de salud.

2.2.3.1 Ley 8239

La Ley 8239 o Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de Salud Públicos y Privados se crea el 13 de marzo del 2002 y su objetivo es tutelar los derechos y las obligaciones de las personas que utilizan todos los servicios de salud, públicos y privados, del territorio nacional¹⁵.

2.2.3.1.1 Derechos

La Real Academia Española define los derechos como un conjunto de: “principios y normas, expresivos de una idea de justicia y de orden, que regulan las relaciones humanas en toda sociedad y cuya observación puede ser impuesta de manera colectiva.”¹⁶. Los derechos de los pacientes son, el conjunto de principios y normas que regulan la atención de estos, en los centros de salud, públicos o privados.

La Ley 8239 de Costa Rica, en el artículo 2, establece los siguientes derechos para los usuarios en los centros de salud públicos y privados:

El derecho a recibir información clara y concisa de los derechos y deberes y de cómo ejecutarlos¹⁵. Los responsables de comunicar la ley deben hacerlo de manera clara. El objetivo de lo anterior es que el o la usuario(a) puedan comprender completamente lo que se les informa para su correcta ejecución.

El derecho a ser informados del nombre, apellidos, grado profesional y el puesto que desempeña el profesional de salud que les brinda atención¹⁵. La comunicación es la principal herramienta para proporcionar una atención de calidad, por lo que es importante establecer un ambiente agradable y que transmita confianza.

La comunicación incentiva a que cada parte se conozca, esto permite una mayor comodidad para expresar las ideas, sentimientos o preocupaciones que la aquejan. La presentación por parte del personal es el primer paso para establecer una comunicación eficiente y empática, para poder posteriormente explorar aspectos de índole personal y de los cuales generalmente el usuario(a) tiene recelo.

El derecho a recibir la información de su salud y con base en ella brindar o no la autorización para que se le realice un procedimiento o administre un tratamiento médico. La negación es permitida, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros¹⁵. Lo anterior, le permite al usuario(a) desde su autonomía y libertad como persona, tomar las mejores decisiones para su salud y realidad, ya que, dependiendo de las experiencias y creencias culturales, religiosas y sociales, así son las justificantes para aceptar o negar la atención.

Un ejemplo de lo anterior son las personas Testigos de Jehová, las cuales están en desacuerdo con las transfusiones sanguíneas por motivos religiosos. La negativa a este procedimiento se debe respetar, aun cuando la lógica médica indique que es la única solución de tratamiento para mejorar la salud del paciente. El respeto de este derecho es fundamental para las personas que tienen creencias contrarias a otros.

El derecho anterior establece la posibilidad de negarse ante un procedimiento o tratamiento, sin embargo, también menciona que, ante situaciones excepcionales, este derecho queda inválido; por ejemplo, el paciente no puede negarse ante situaciones en las que ponga en riesgo la salud pública, como en casos de tratamiento de una enfermedad infectocontagiosa como la tuberculosis o la administración de las vacunas en menores de edad.

El derecho se invalida cuando se violan los derechos de otros o en situaciones previstas en otras leyes. Un ejemplo de lo anterior es cuando un menor de edad, con padres testigos de Jehová, requiere de una transfusión sanguínea; el centro hospitalario puede omitir la decisión de los padres de negar el procedimiento, ya que según el artículo 46 del Código de la Niñez y Adolescencia " si el padre, la madre, los representantes legales o las personas encargadas negaren, por cualquier razón, su consentimiento para la hospitalización, el tratamiento o la intervención quirúrgica urgentes de sus hijos, el profesional en salud queda autorizado para adoptar las acciones inmediatas a fin de proteger la vida o la integridad física y emocional de ellos, en los términos del artículo 144 del Código de Familia"¹⁷.

El derecho a recibir un trato digno con respeto, consideración y amabilidad¹⁵. El estrés, la recarga de trabajo y otros factores a nivel laboral son razones por las cuales el trato de los profesionales hacia los clientes no siempre es el adecuado. Lo anterior, no es una justificante para el mal trato hacia el usuario(a), debido a que, como seres humanos, cada persona tiene derecho a ser respetado. El servicio que se brinda en los centros de salud no debe ser distinto a cualquier servicio de otros ámbitos, por lo tanto, la buena atención hacia el cliente, que en este caso es el usuario(a), es primordial.

El derecho a recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas y en un ambiente limpio, seguro y cómodo¹⁵. El usuario(a) siempre debe recibir una atención adecuada y de

calidad, en un ambiente que así lo permita y se le deben realizar todos los procedimientos necesarios para permitir su mejora, esto sin violentar los derechos anteriores. En la actualidad los usuarios “exigen soluciones efectivas que garanticen que los enfermos reciban los tratamientos adecuados, en el momento oportuno y dentro de un marco de equidad y respeto a sus valores y derechos.”¹⁸

El derecho a ser atendidos sin retrasos y puntualmente en situaciones de emergencia de acuerdo con la cita recibida, salvo en situaciones justificadas de casos fortuitos o de fuerza mayor¹⁵. Con respecto a lo anterior, se hace la salvedad de las situaciones en las cuales hay retrasos, pero que se encuentran justificados, por ejemplo, la complicación en el estado de salud de un paciente, que amerite recibir atención inmediata y retrase las demás citas, situaciones externas de la institución como por causas de fenómenos naturales u otras.

El derecho a obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en la decisión expresada previamente por el paciente¹⁵. En cuanto al consentimiento informado es “la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos”⁷. El proceso anterior se debe realizar con cada procedimiento y tratamiento que reciben los usuarios.

Derecho a aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica¹⁵. Los Comités de Bioética son entes encargados de investigar los estudios en los que

el ser humano es la variable principal. Estos tienen la potestad de permitir o negar la ejecución de estas investigaciones. Los entes anteriores deben resaltar la importancia del consentimiento informado de las personas que participarán en los estudios.

El derecho a tener acceso al expediente clínico y a una copia¹⁵. El expediente clínico es un documento público, pero en el caso del sector público, la materialidad del expediente clínico es propiedad de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Ugalde menciona que al momento de “reconocer que el paciente tiene derecho de acceso al expediente clínico, se debe aceptar por lo tanto, que tiene derecho a obtener la información más veraz y cercana a la realidad de modo que le pueda ser útil, primero para hacer uso de su derecho a la información y segundo para que dichos datos pueda validarlos para los efectos legales o de su propio interés.”¹⁹ La solicitud de la copia del expediente clínico es un proceso lento y burocrático, por lo tanto la entrega no es inmediata.

El derecho al respeto de la confidencialidad de la historia clínica y de toda la información relativa a la enfermedad salvo cuando, por ley especial, se deba informar alguna situación a las autoridades sanitarias. Las personas usuarias de los servicios de salud deben otorgar su consentimiento para que los estudiantes de salud puedan analizar su historia clínica ¹⁵. La confidencialidad es uno de los derechos más violentados en los últimos años. La nueva tecnología, es utilizada para divulgar información con mayor facilidad en las redes sociales, por medio de fotos, videos, audios y otros que generan de manera directa o indirecta la transmisión de datos personales de instituciones o pacientes.

El derecho a disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos¹⁵. El derecho anterior se encuentra contemplado y descrito más ampliamente en la

Ley 9222, la cual corresponde a la Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos. La donación de órganos voluntaria y sin remuneración de cualquier tipo es un acto que se puede hacer en vida siempre y cuando sea compatible con la vida. También se puede expresar en vida el deseo de donar los órganos al momento de la muerte para que los familiares puedan transmitir esta información al centro médico, y que los encargados realicen los procesos y trámites pertinentes para el cumplimiento de esto.

El derecho a presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se lesionen sus derechos¹⁵. Las Contralorías de los Servicios de Salud, de cada centro de salud, son los entes creados para este fin.

El derecho a hacer uso de sus objetos personales durante el internamiento, con sujeción a las reglas del establecimiento y siempre que con ello no se afecten los derechos de otros pacientes¹⁵. El usuario(a) debe hacerse cargo del cuidado de estos, por ende, generalmente se le indica traer solo lo necesario y que no sea de gran valor.

El derecho a recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento, en el caso de pacientes no asegurados, cuando acudan a consulta en los servicios públicos¹⁵.

2.2.3.1.1.1 Sector Privado

El artículo 3 de la Ley 8239, describe los derechos que tienen los pacientes que asisten únicamente a centros de salud privados, por lo que estos centros deben tomar en cuenta los derechos anteriores y los siguientes derechos: el derecho a recibir el detalle y la explicación

de todos los gastos de su tratamiento y a indicar los nombres de las personas que tienen prioridad para visitarlos, si su estado les permite recibir visitas¹⁵.

2.2.3.1.2 Deberes

Un deber es, según la Real Academia Española, cuando una persona tiene la “obligación de corresponder a alguien en la moral.”¹⁶. Los deberes de los usuarios que asisten a los centros de salud son responsabilidad de ellos con el sistema y con los profesionales de los centros de salud que lo integran.

Los deberes que la Ley 8239 estipula, para los centros de salud públicos y privados, son los siguientes:

El usuario(a) tiene el deber de proporcionar la información completa en relación con su condición actual, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros datos relacionados con su salud¹⁵. La información anterior le permite al equipo profesional de salud, atenderlo de una manera integral y personalizada. El deber anterior también está estipulado por la Ley General de Salud, en el artículo 5, mencionando que “Toda persona física o jurídica, está obligada a proporcionar de manera cierta y oportuna los datos que el funcionario de salud competente le solicite para los efectos de la elaboración, análisis y difusión de las estadísticas vitales y de salud y demás estudios especiales de administración, para la evaluación de los recursos en salud y otros estudios especiales que sea necesario hacer para el oportuno conocimiento de los problemas de salud y para la formulación de las medidas de soluciones adecuadas”.²⁰

La problemática recae en que si el usuario(a) no da la información necesaria sobre su salud, pone en riesgo su vida, ya que el profesional no conoce con claridad todos los aspectos característicos de su salud. El profesional debe saber cómo indagar esa información, brindándole confianza al usuario y permitiendo una buena relación profesional-paciente. “Una situación que ocurre con frecuencia es que, al estar frente a una persona profesional de medicina en busca de algún tratamiento, se experimenta miedo, pero este puede disminuir si el médico o médica entabla una buena relación y explica lo que pretende realizar, formando ambiente de confianza”⁷.

El usuario(a) debe cumplir las instrucciones e indicaciones que le brinda el personal de salud¹⁵, para que él o ella puedan tener una pronta recuperación o puedan evitar las enfermedades. El profesional debe brindar las instrucciones de forma clara, mediante un lenguaje sencillo, como lo demuestra en su estudio Dilla et al., en el que menciona que los pacientes no cumplen con el tratamiento ya que mencionan “comprender con dificultad las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento”²². El objetivo de la buena comunicación es la correcta adherencia al tratamiento, lo cual es definido como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”²².

El usuario(a) debe responsabilizarse por sus acciones u omisiones, cuando no siga las advertencias de su médico¹⁵. El expediente médico incluye todas las instrucciones, escritas, que se le brindan durante la atención; el usuario(a) tiene derecho a decidir si las sigue o no, sin embargo, este debe de responsabilizarse por las consecuencias y por los actos que cometa aun sabiendo que ponen en riesgo su salud.

El usuario(a) debe respetar los derechos del personal y de los demás usuarios(as) de los servicios de salud¹⁵, es decir, así como el paciente tiene derecho a que se le respete y se le dé un trato digno, los demás usuarios(as) y el personal de salud también merecen respeto.

En cuanto a esto último el artículo 309 del Código Penal de Costa Rica dicta que “será reprimido con prisión de un mes a dos años quien amenazare a un funcionario público a causa de sus funciones, dirigiéndose a él personal o públicamente, o mediante comunicación escrita, telegráfica o telefónica o por la vía jerárquica”²².

Las personas que asisten a la consulta deben comprender que los trabajadores del sector salud dan un servicio en pro del paciente y que los demás pacientes que asisten al centro también tienen sus dolencias o preocupaciones, por ende, esperan y merecen un buen trato. La persona tiene los mismos derechos y ninguna persona puede violentarlos por ninguna razón.

El paciente debe contribuir de manera oportuna, cuando cuente con los recursos, al financiamiento de los servicios de salud públicos de la República¹⁵. Según Rodríguez y Bustelo, “los servicios de salud son financiados totalmente por las contribuciones de los asegurados, que son obligatorias para asalariados y trabajadores independientes, y por los aportes del estado para las personas cuyos ingresos familiares las colocan por debajo de la línea de pobreza”²³. El usuario(a) aporta una cantidad determinada a la CCSS y el estado y patrono otra cantidad. Los trabajadores por ley deben contribuir al sistema y de esta manera gozan de los beneficios que esta implica.

El artículo 20 de la Ley General de Salud establece que las “personas deben proveer al restablecimiento de su salud y la de los dependientes de su núcleo familiar y tienen derecho

a recurrir a los servicios de salud estatales; para ello contribuirán económicamente, en la forma fijada por las leyes y los reglamentos pertinentes”.²⁰

2.2.4 Prácticas de los centros de salud con respecto a los derechos y deberes

2.2.4.1 Prácticas

Las prácticas son, según PROINAPSA/WHO, en el 2007, “toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.”²⁴ Las prácticas están orientadas en un marco de principios y objetivos que buscan hacer cumplir con lo planteado por la organización para obtener el producto final deseado.

Las prácticas en los centros de salud van orientadas hacia el bienestar del usuario(a) de los trabajadores y de la institución, sea pública o privada. Por tanto, debe hacer un equilibrio entre el beneficio y el respeto hacia todas las personas que la integran.

Las prácticas se enfocan en tres pilares fundamentales para una atención de calidad. El servicio al cliente y la ley 8239, favorecen al usuario(a), al proteger sus derechos y fomentar todas las funciones en pro de su bienestar como persona que recibe un servicio. La salud ocupacional les brinda mayor confort a los trabajadores del sector salud y aumenta de esta

manera la motivación. Y, por último, el cobro o financiamiento a partir del cual la organización se beneficia económicamente y con ello a los demás sistemas que lo integran (trabajadores y clientes).²³

2.2.4.2 Prestación de Servicios

Rodríguez y Bustelo, definen la prestación de servicios como “la entrega a los diferentes grupos poblacionales del conjunto de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación que la CCSS tiene el compromiso de brindar a la población del país.”²³ La definición anterior también se puede aplicar para el sector privado.

Montero y Cortes, expresan que “la atención sanitaria es un concepto más amplio y no está exclusivamente limitada a la actuación médica que implica acciones diagnósticas y terapéuticas.”²⁵, ya que también es “un evento participativo donde lo más importante es la calidad del servicio de atención prestado.”²⁵ La prestación de servicios en salud, incluye una atención de calidad y un trato digno al usuario(a), en el que se deben incluir los derechos y deberes de los usuarios en la continuidad de la atención.

El artículo 5 de la Ley 8239, estipula que la creación de la Auditoría General de Servicios de Salud es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, cuyo objetivo es velar porque se promueva el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud¹⁵

2.2.4.3 Calidad en la atención

Montero y Cortes, definen la calidad como “superioridad o excelencia”²⁵, o aquello que consiste en “entender los requisitos del cliente y proveer los procesos que satisfacen esos requisitos de manera coherente y sostenida.”²⁵

La calidad en salud, según Jara, es el “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima al tener en cuenta todos los factores del paciente y del servicio médico para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.”²⁶

Jara considera las siguientes características como parámetros de la calidad en los servicios de salud: la puntualidad, la presentación personal, la prisa en la atención, trato humano, prontitud para manejar medios de diagnóstico, prontitud para identificar un inconveniente, habilidades para resolver problemas que se presenten, seguridad en los procedimientos, comunicación con el usuario(a) y su familia, aprobación de sugerencias para mejorar, ética a cada momento de la atención, educación permanente del personal de salud y la presentación de las instalaciones físicas donde se atienden²⁶.

Los parámetros anteriores se evidencian en los derechos de los usuarios planteados en la Ley 8239 y están estrechamente relacionados con ellos, permiten analizar que al cumplir con la calidad, por ende, se cumplen y protegen los derechos de los usuarios o viceversa.

La OMS en el 2007 aprueba la resolución denominada: "Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente", en

esta se plantearon las siguientes estrategias para la calidad en la atención y la seguridad del paciente: el fortalecimiento de una cultura evolutiva, mejora de los servicios y la seguridad del usuario(a) al ser atendido, identificar líderes en cada país miembro, que sea proactivo y que realice acciones en beneficio de la calidad de la atención y la seguridad del paciente, involucrar al gobierno en la calidad y ejecución de la atención, fomentar el trabajo mediante los grupos interdisciplinarios, promover la gestión de la calidad mediante la participación activa de los trabajadores de la salud y la promoción del autocuidado mediante la inclusión del paciente, la familia y la comunidad²⁷.

2.2.4.4 Contraloría de Servicios de Salud

La Contraloría de los Servicios es la encargada de todo lo relacionado con los derechos y deberes de los usuarios en los centros de salud. El ente anterior permite una mejor regulación, atención a los derechos, a los inconvenientes o violaciones de estos, pero también se encarga de regular el cumplimiento de los deberes, brindando así un equilibrio entre el paciente y el personal de salud.

El artículo 10 de Ley 8239, indica que los “centros de salud, hospital, público o privado, y cada clínica, pública o privada, tendrá una contraloría de servicios de salud, la cual deberá contar con los recursos necesarios para el cumplimiento adecuado de sus funciones.”¹⁵

2.2.4.4.1 Funciones de la Contraloría de Servicios de Salud

La Contraloría de Servicios de Salud se encarga principalmente de la formación del personal que labora en los centros de salud en una cultura orientada al usuario(a), es decir verlo como un cliente que merece el respeto y atención de calidad. Además, se encarga de llevar un registro de las reacciones de los pacientes para evaluar la calidad de los servicios que se brindan en los diferentes departamentos de salud¹⁵.

La Contraloría se encarga de informarles a los pacientes sus derechos y deberes en los centros de salud y de velar por todo lo que se estipula en la ley. Los pacientes tienen derecho a interponer quejas o denuncias cuando sus derechos no sean respetados. El proceso para interponerlas se realiza ante este departamento, y en casos donde el reclamo implique peligro para la salud del paciente, la contraloría debe realizar las investigaciones necesarias para la solución del problema¹⁵.

2.2.4.5 Reclamos

El artículo 14 de la Ley 8239 menciona que cualquier persona “física o jurídica que se considere agraviada o violentada en sus derechos, podrá interponer los reclamos correspondientes sin discriminación alguna.”¹⁵ El reclamo debe hacerse inmediatamente después de que sucede la agresión o hasta cinco días posteriores a ella. Las personas internadas pueden interponer su demanda cinco días después de su egreso.

El reclamo lo debe presentar el ofendido o un tercero, ya sea por escrito o verbalmente. Se debe brindar la información de identificación del afectado, el domicilio de este para notificaciones, los hechos que motivaron a su reclamo, identificar a las personas o dependencias involucradas y pruebas de los hechos. La Contraloría, con los datos anteriores, realiza la investigación necesaria¹⁵.

La resolución se da en ocho días, a partir del día en que se interpuso la queja o demanda, y se le notifica al demandante por escrito. En el caso que no se consideren las acciones como violación de los derechos del usuario, la denuncia se desestima. En el caso que, sí se considere como una violación a los derechos, se procede a realizar un proceso administrativo, remitiendo el caso ante el superior jerárquico del profesional, el cual se encarga de abrir el proceso y determinar las sanciones¹⁵.

2.3 Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud”

Nola Pender nace en Lansing, Michigan el 16 de agosto de 1941. Su interés por la enfermería inició a las siete años al observar los cuidados que le brindaban a su tía. Finaliza sus estudios de enfermería en 1964 en la Universidad del Estado de Michigan.

Ella crea el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), a partir de su trabajo final de doctorado. EL MPS “pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud”²⁸. Pender postula que existe una relación entre características personales, experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales con los comportamientos o conductas de salud. El modelo está inspirado en la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather²⁸.

La teoría de Albert Bandura explica cuatro requisitos necesarios para que las personas aprendan y ajusten su comportamiento: el primero es la atención, el cual define como el estar expectante ante lo que sucede, la retención, la cual define como la capacidad de recordar lo que se ha observado, la reproducción es la habilidad de imitar esa conducta y la motivación es la justificante por la cual se quiere continuar imitando esa conducta.

El modelo de Feather afirma que la conducta es racional, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta. Considera que el componente motivacional para conseguir la meta es la intencionalidad, la cual se define como el compromiso personal de la acción.

2.3.1 Metaparadigmas

Los metaparadigmas son el conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de cada disciplina. Ellos intentan explicar con una visión global de los conceptos y principios claves, los fundamentos de una teoría.

El primer metaparadigma es el concepto de salud, el cual es definido por Pender como un estado altamente positivo.

El segundo es el concepto de persona, el cual se define como el individuo y el centro de la teoría. Las personas poseen su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Como tercero está el metaparadigma que corresponde al entorno, el cual es el espacio donde se dan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.²⁹

La enfermería se define como la disciplina que tiene la responsabilidad del cuidado sanitario, como base de cualquier plan de reforma de los ciudadanos. La enfermera es el principal agente encargado de motivar a los usuarios a mantener su salud personal.²⁸

2.3.2 Diagrama del Modelo de Promoción de la Salud

El diagrama que realiza Pender ubica los componentes en tres columnas de derecha a izquierda. La primera columna contiene las características y experiencias personales, en la segunda columna se encuentran los conceptos centrales del modelo y se relacionan con los modelos y afectos específicos de la conducta, en cuanto a la tercer columna, esta se relaciona con el resultado conductual.²⁸ A continuación se explican cada una de ellas.

La columna de las características y experiencias individuales contiene dos conceptos. El primero es la conducta previa relacionada⁸, es decir las experiencias que influyen directa o indirectamente en el compromiso o no, con las conductas de promoción de la salud. Un ejemplo de esto, son las malas experiencias relacionadas con la atención en los servicios de salud, que pueden influir en las visitas a los centros en otras ocasiones, por lo que podría afectarse la salud de la persona al no realizarse las valoraciones preventivas necesarias.

El otro concepto define los factores personales²⁸ (Biológicos, Psicológicos, Socioculturales), los cuales son predictivos de una cierta conducta. Por ejemplo, se sabe por un aspecto sociocultural que ciertas religiones se encuentran en contra de ciertos procedimientos hospitalarios, por tanto, el respeto a ellos y a sus derechos como usuarios, puede mejorar el concepto que se crea de esta situación y mejorar la experiencia, al obtener una conducta positiva ante la promoción de la salud.

Las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica comprenden seis conceptos²⁸. El primero son los beneficios percibidos por la acción, es decir los resultados positivos de la acción. Por ejemplo, si el usuario cree que al conocer los derechos y deberes de los centros de salud puede exigir una atención de calidad y brindar un trato adecuado según lo estipulado.

El segundo son barreras percibidas para la acción,²⁹ son las desventajas que pueden obstaculizar el compromiso con la acción, por ejemplo, la falta de educación de los servicios acerca de la ley 8239, el cual genera desconocimiento de la misma.

El tercer concepto es la auto eficacia percibida, es la percepción de competencia que tiene la persona de sí misma para ejecutar cierta conducta, conforme es mayor, aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras para una conducta de salud específica.

El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta.

El quinto concepto son las influencias interpersonales, es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos.

El sexto y último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.²⁸

La tercer columna menciona el resultado conductual. Los conceptos de las columnas anteriores (uno y dos) se relacionan e influyen la decisión del usuario para adoptar el compromiso con el plan de acción y obtener la conducta promotora de la salud deseada²⁸.

CAPÍTULO III
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio es una investigación cuantitativa, ya que usa la recolección de datos para probar una hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, de esta manera se establecen patrones de comportamiento y se prueban las teorías planteadas⁸.

La investigación es de tipo descriptiva, ya que el trabajo toma en cuenta el objeto en estudio y sus componentes, además mide los conceptos del fenómeno y define las variables específicas de la investigación⁸.

La investigación es no experimental cuantitativa. El estudio observa los fenómenos que afectan un entorno natural, es decir situaciones que existen en la actualidad y posteriormente las analiza para evaluar los efectos del objeto en estudio en esa población. Las variables independientes, en el estudio no experimental cualitativo, simplemente ocurren, no se pueden manipular⁸.

El estudio es transeccional, porque se utiliza la recolección de datos en un momento único en el tiempo. La investigación es transeccional descriptiva, debido a la caracterización de cada variable y la indagación de la incidencia de una variable en la población⁸.

3.2 Área de estudio

3.2.1 Población

La población que se analiza corresponde a personas entre 18 a 65 años, del cantón de Moravia. La población total entre 15 a 69 años es de 43 962 personas, esto según el INEC, en las proyecciones distritales del Censo 2011.

3.2.2 Muestra

La presente investigación cuenta con una población de 43 962, del cual se extrae una muestra de 381 personas. El cálculo se realiza con el software STATS, bajo los criterios de un máximo de error aceptable de 5%, y un nivel de confiabilidad deseado de 95%.

3.2.3 Unidades de análisis u objetos de estudio

Los hombres y las mujeres de edades entre los 18 y 65 años, que residen en el cantón de Moravia, los cuales asisten a los servicios de salud públicos o privados del país entre enero y marzo del 2017 y que cumplen con los criterios de inclusión del estudio.

3.2.3.1 Criterios de inclusión

Los criterios que se toman en cuenta para la participación de las unidades de análisis u objetos de estudio en la presente investigación son:

- ✓ Persona femenina o masculina.
- ✓ Edades entre 18 y 65 años.
- ✓ Residentes del cantón de Moravia.

3.2.3.2 Criterios de exclusión

Los criterios que se toman en cuenta para la exclusión de las unidades de análisis u objetos de estudio en la presente investigación son:

- ✓ Personas que no reciben atención médica en el sector público o privado dentro del país.

3.2.4 Fuentes de Información

3.2.4.1 Fuentes primarias

Las fuentes de información primarias que se utilizan, son la recolección de datos, adquirida por parte de las personas entre 18 y 65 años que participan en el instrumento de investigación, las cuales cuentan con los criterios de inclusión.

3.2.4.2 Fuentes secundarias

Las fuentes de información secundarias que se utilizan son: libros electrónicos de la biblioteca virtual CENIT de editoriales como McGraw Hill y del CENDEISSS. Tesis de universidades como la Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Católica de Manizales, Universidad Nacional de Loja Sánchez, Santa Lucía, Universidad de las Américas y Universidad de Costa Rica. Revistas virtuales como Revista Enfermería Actual de Costa Rica, Revista Universidad Industrial Santander, Revista Electrónica de Humanidades, Educación y Comunicación Social, Revista de Economía y Empresa, Revista Latinoamericana de Derecho Médico y la Revista Medicina Legal. Información de la página oficial de la OMS, ONU y OPS. Legislación costarricense proveniente de la página oficial de la Procuraduría General de la República.

3.2.5 Identificación, descripción y relación de variables

En la presente investigación se identifican las siguientes variables:

Las variables independientes son la causa de un fenómeno entre la relación de variables⁸, por lo que las prácticas en los servicios de salud y los factores sociodemográficos son las variables independientes.

La primera variable corresponde a las características sociodemográficas. Estas se definen como: “el conjunto de características biológicas, socio-económico-culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.”³⁰ La definición operacional de la variable es el conjunto de características que están presentes en una población.

La segunda variable es la puesta en práctica de la ley dentro de los servicios. PROINAPSA/WHO, describen la práctica en los servicios de salud como “toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.”²¹ La definición operacional de la variable es la siguiente: experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados que arroja resultados positivos, al demostrar su eficacia y utilidad en un contexto concreto.

La variable dependiente, se considera como el efecto provocado por la variable independiente (causa)⁸. El resultado del factor causal es el conocimiento, el cual se define por González y Frassati como: “la combinación de información, contexto y experiencia que encierra, además,

creencias, juicios, expectativas y hasta metodologías particulares, desarrolladas por cada individuo en su experiencia”¹³. La definición operacional de la variable se detalla como la combinación de información, contexto y experiencia.

3.2.6 Proceso de operacionalización de variables

Variable	Objetivos Específicos	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición Instrumental
Aspectos socio-demográficos	Caracterizar a los adultos entre 18 y 65 años que asisten a los centros de salud, según los aspectos sociodemográficos, en el cantón de Moravia, enero-marzo 2017.	“Son el conjunto de características biológicas, socio-económico-culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.” ³⁰	Conjunto de características que están presentes en una población.	Social	Estado Civil Escolaridad Ocupación Nivel económico Condiciones de la vivienda Ingresos mensuales Núcleo familiar actual	Ítem 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14.

					Residencia Nacionalidad Servicios básicos Seguro social	
				Demográfica	Sexo Edad	Ítem 1 y 2.
Conocimiento	Identificar el conocimiento de la Ley General de Salud	“La combinación de información, contexto y	Combinación de información,	Explícito	Conocimiento de los(as) usuarios(as) sobre	Ítem 15, 16, 17 y 18

	<p>número 8239 por parte de los adultos entre 18 y 65 años, de los centros de salud, cantón de Moravia, enero-marzo 2017.</p>	<p>experiencia, que encierra además creencias, juicios, expectativas y hasta metodologías particulares, desarrolladas por cada individuo en su experiencia”¹³</p>	<p>contexto y experiencia.</p>		<p>sus derechos establecidos en la Ley N° 8239.</p> <p>Conocimiento de los(as) usuarios(as) sobre sus deberes establecidos en la Ley N° 8239.</p> <p>Medio por el cual tiene conocimiento de Ley N° 8239.</p> <p>Divulgación por medio del cual</p>	
--	---	--	--------------------------------	--	---	--

					conocen los derechos y deberes de los usuarios de la Ley N° 8239.	
				Tácito	Aplicación de los derechos, según la Ley General de Salud, N° 8239. Aplicación de los deberes, según la Ley General de Salud, N° 8239.	Ítem 19, 20, 21 y 22
				Social	Influencia de otras personas en la	Ítem 23, 24, 25 y 26

					<p>exigencia de los derechos de la Ley N° 8239.</p> <p>Influencia de otras personas en los deberes que le corresponden como usuario que recibe el servicio.</p> <p>Comentarios de otros que provocan descontento con el servicio brindado.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					Comentarios de otros que provocan satisfacción con el servicio brindado.	
Prácticas en los servicios de salud	Identificar los derechos y deberes de la ley 8239 puestos en práctica durante la atención en los centros de salud, cantón de Moravia, enero-marzo 2017.	“Toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada	Experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimiento s apropiados que arroja resultados positivos, demostrando	Experiencia	Nivel de conformidad con la atención recibida en un servicio de salud público Nivel de conformidad con la atención recibida en un	Ítem 27, 28,29, 30, 31, 32, 33 y 34.

		<p>perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.”²⁴</p>	<p>su eficacia y utilidad en un contexto concreto.</p>		<p>servicio de salud privado</p> <p>Experiencias relacionadas con las puestas en práctica de la ley dentro de los sistemas de salud público.</p> <p>Experiencias relacionadas con la puesta en práctica de la ley dentro de los</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					sistemas de salud privado.	
				Objetivos	Cumplimiento de los objetivos de la ley dentro de las prácticas de los servicios de salud: en los derechos, en los deberes y la interpuesta de quejas o denuncias	Ítem 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36 y 7.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos en una investigación cualitativa, se define como la acción de recoger información sobre los atributos, conceptos o variables de las unidades de análisis o casos⁸.

El instrumento que se utiliza es el cuestionario, el cual consiste en un conjunto de preguntas relacionadas con la o las variables en estudio.⁸ El instrumento anterior se elige tanto por su facilidad para los participantes de la investigación como para el autor de la misma. Las encuestas de preguntas cerradas “son más fáciles de codificar y preparar para su análisis”⁸, también “requieren un menor esfuerzo por parte de los encuestados, que no tienen que escribir o verbalizar sus pensamientos, sino únicamente seleccionar la alternativa que sintetice mejor su respuesta”⁸.

El cuestionario que se utiliza es de preguntas cerradas. Sampieri et al. lo define como aquel que presenta “categorías u opiniones de respuestas que han sido previamente deimitadas”⁸, además, según el mismo autor este tipo es el ideal para las investigaciones cuantitativas⁸. La dinámica para su uso es el auto administrado individual, esto quiere decir que el cuestionario se le entrega a cada usuario y este lo lee y responde por cuenta propia.

CAPÍTULO IV

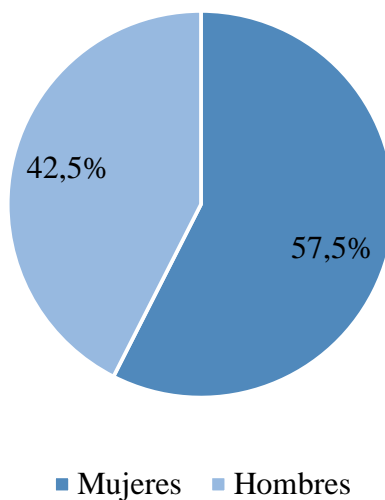
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 Análisis e interpretación de datos

Sampieri define el análisis de datos como un método para producir “teoría enraizada en los datos⁸”, es decir a partir de la organización de datos se generan unidades de significado y relación entre conceptos, que finalmente se convierten en teoría verídica y observable a través de resultados, la cual es demostrada a través de uno o varios métodos de recolección de datos⁸.

El presente análisis parte de los datos que se obtienen de la encuesta que se aplica a una muestra de 381 personas. Los usuarios de la muestra cumplen con las características de inclusión.

Gráfico 1
Distribución porcentual de usuarios, según sexo
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017

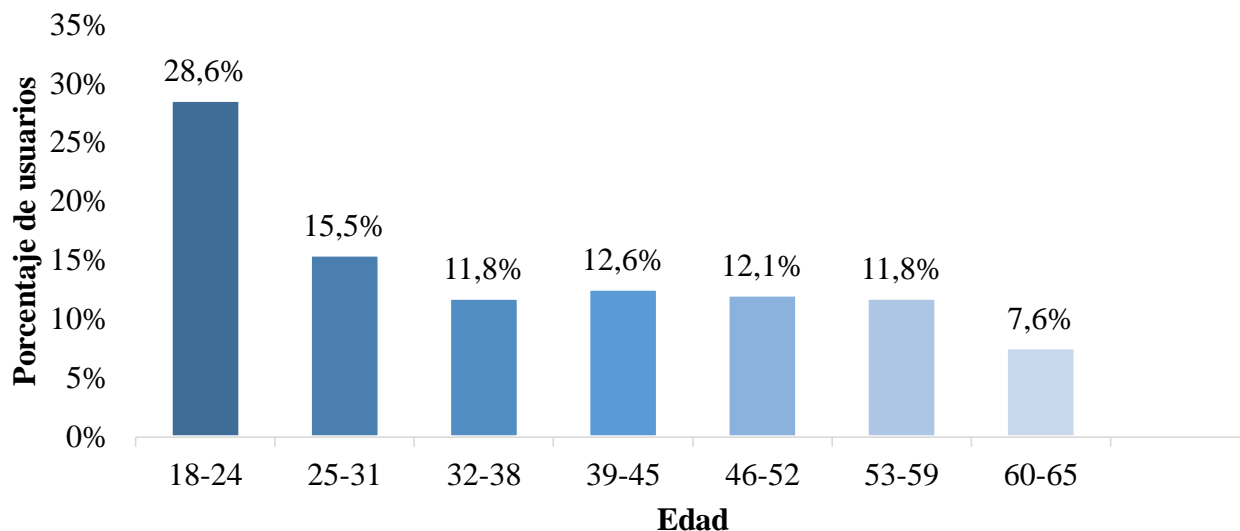


Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 42,5% (n=162) de los encuestados son hombres y el 57,5% (n=219) son mujeres.

La mayoría de los usuarios encuestados del presente estudio son mujeres. La mayoría de la población a nivel nacional es de sexo masculino³¹, sin embargo, también son el sexo mayoritario en las estadísticas de defunciones³². Los usuarios que asisten más a los centros de salud, sean públicos o privados, son del sexo femenino, ya que los hombres tienen una percepción más positiva de su salud³³.

Gráfico 2
Distribución porcentual de usuarios, según edad en años cumplidos
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



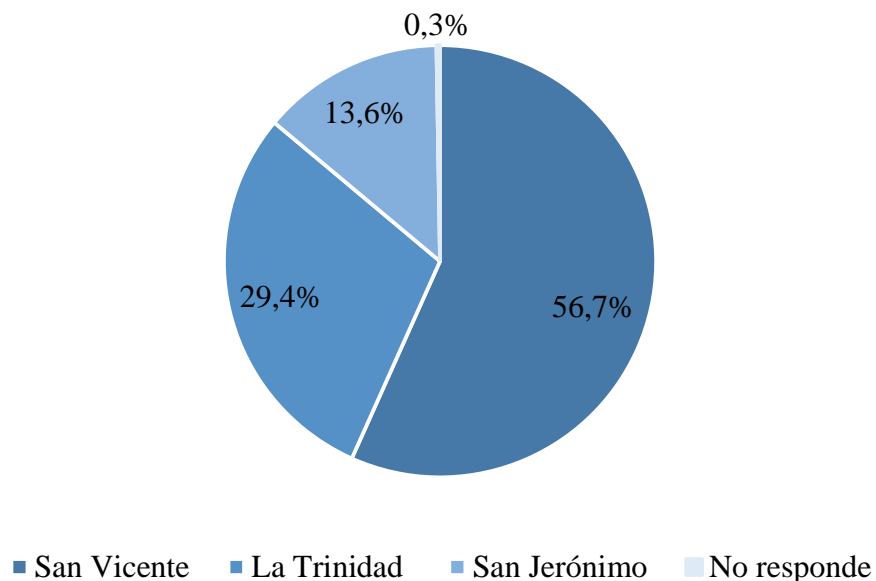
Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 28,6% (n=109) de los encuestados, se encuentran entre los 18 a los 24 años de edad, el 15,5% (n=59) tienen entre 25 y 31 años de edad, el 11,8% (n=45) se encuentran entre los 32 y 38 años de edad, el 12,6% (n=48) se encuentran entre los 39 y 45 años de edad, el 12,1% (n=46) se encuentran entre los 46 y 52 años de edad, el 11,8% (n=45) se encuentra entre los 53 y 59 años de edad y el 7,6% (n=29) se encuentra entre los 60 y 65 años de edad.

El mayor porcentaje de la muestra de usuarios, según el grupo etario, es un 28,6%, que corresponde a las edades entre 18 a 24 años de edad, seguido por los usuarios entre 25 y 31 años de edad; ambos rangos se encuentran dentro de las edades económicamente activas para el país²⁵. El menor porcentaje son los encuestados de 60 a 65 años. Las estadísticas

nacionales, demuestran que la mayor cantidad de población en el país se presenta en edades entre los 20 y 24 años³¹.

Gráfico 3
Distribución porcentual de usuarios, según lugar de residencia
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017

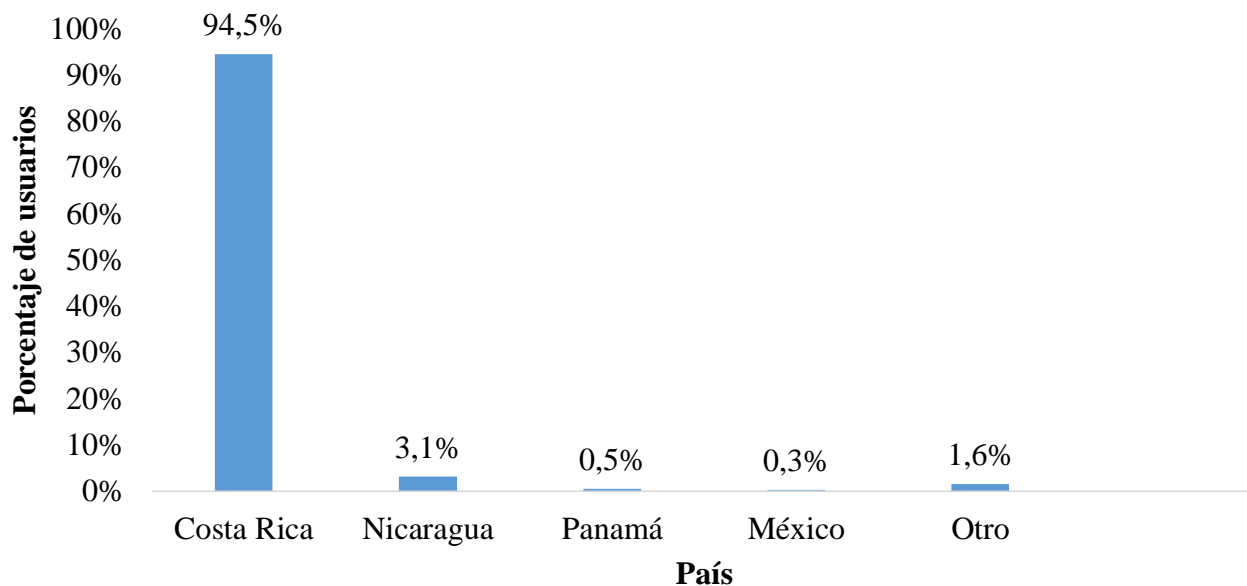


Fuente: Elaboración propia, 2017.

El cantón de Moravia se divide en tres distritos, de los cuales un 56,7% (n=216) viven en San Vicente, un 29,4% (n=112) viven en La Trinidad, 13,6% (n=52) viven en San Jerónimo y un 0,3% (n=1) no responde.

La mayoría de los encuestados viven en el distrito de San Vicente, seguido por el cantón de la Trinidad y por último en el distrito de San Jerónimo. Los porcentajes anteriores están relacionados con el Censo 2011, en el que la distribución de los usuarios por cantón y distritos se encuentra, siguiendo una relación de mayor a menor, en el mismo orden; según la cantidad total de personas que habitan en cada distrito. ³⁴

Gráfico 4
Distribución porcentual de usuarios, según nacionalidad
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017

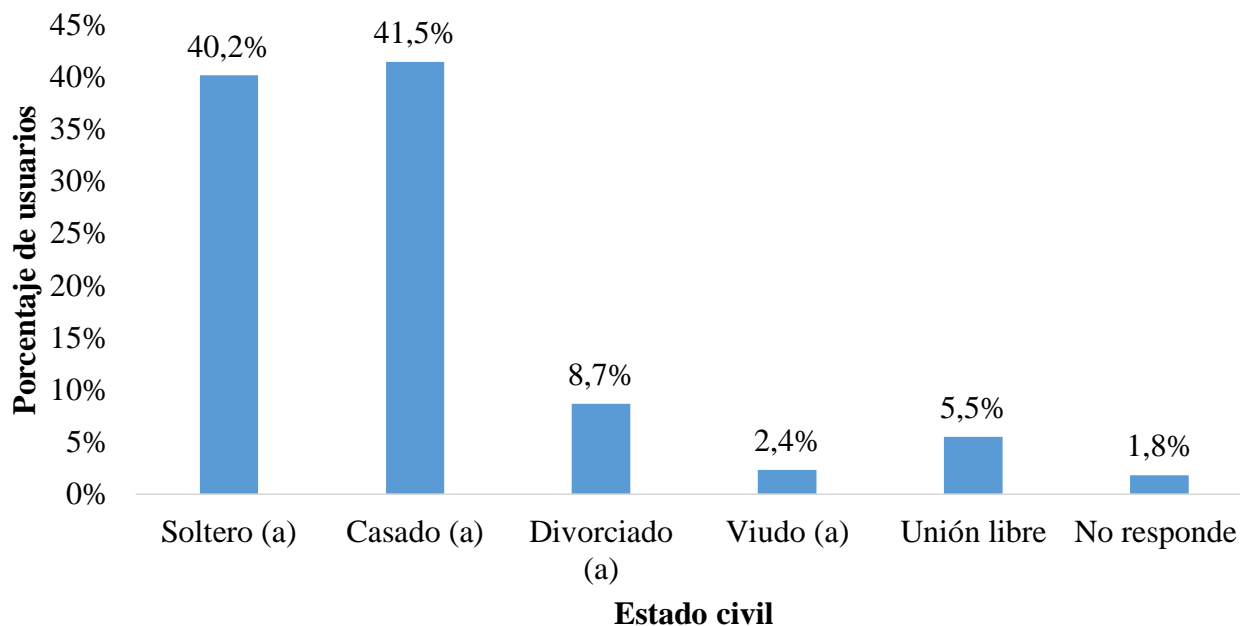


Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los encuestados son, en un 94,5% (n=360) costarricenses, un 3,1% (n=12) nicaragüenses, un 0,5% (n=2) son panameños, un 0,3% (n=1) mexicano y un 1,6% (n=6) de otra nacionalidad.

El mayor porcentaje de usuarios encuestados es de nacionalidad costarricense, con un 94,5% y en segundo lugar, con un 3,1% la nacionalidad nicaragüense. El 8,6% del total de la población del cantón de Moravia, son personas nacidas en el extranjero³⁴, por tanto se puede afirmar que la población de migrantes en el cantón no es tan elevado como en otros sectores del país.

Gráfico 5
Distribución porcentual de usuarios, según estado civil
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017

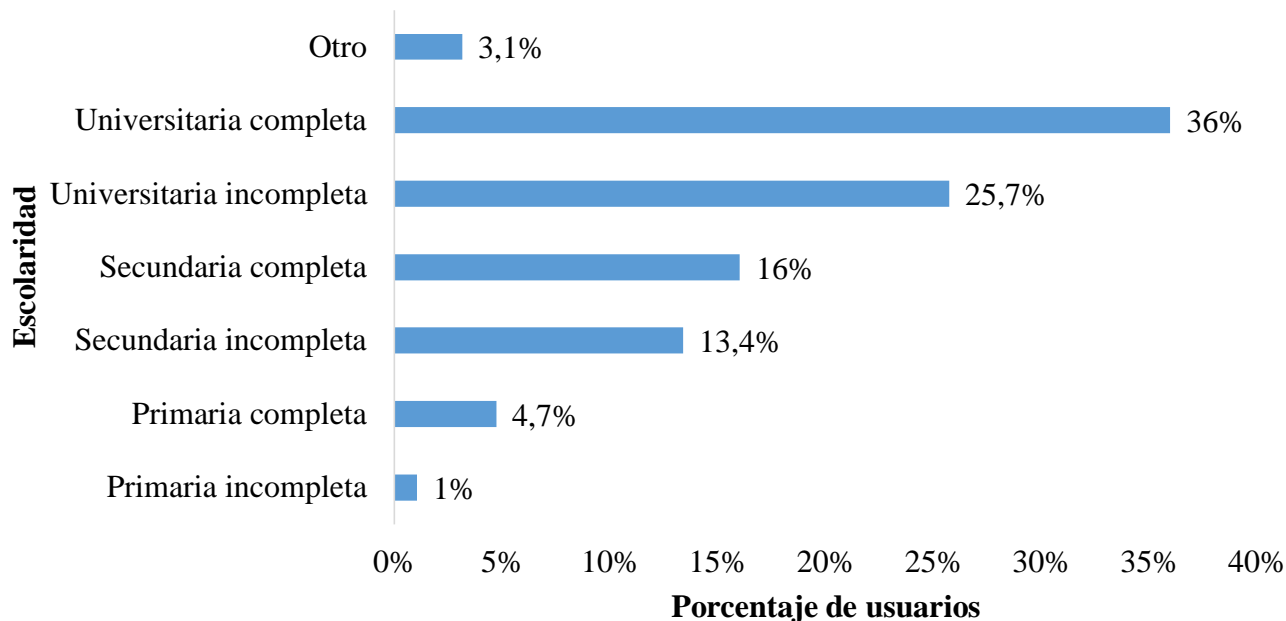


Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 40,2% (n=153) de la muestra encuestada son solteros, el 41,5% (n=158) son casados, un 8,7% (n=33) están divorciados, un 2,4% (n=9) son viudos, un 5,5% (n=21) se encuentran en unión libre y un 1,8% (n=7) no responden.

El estado civil casado y el soltero, son los más frecuentes en la muestra, con una diferencia de 1,31%. A mayor edad, mayor es la cantidad de matrimonios, ya que las personas jóvenes se casan a edades más elevadas para llegar al cumplimiento de metas establecidas. El INEC asegura que para el 2016 hubo, 26 718 matrimonios, de los cuales la mayoría(7144) son de personas entre los 25 y 29 años de edad, mientras que los matrimonios de personas menores a los 25 años apenas superan los 5000³⁵.

Gráfico 6
Distribución porcentual de usuarios, según nivel de escolaridad
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



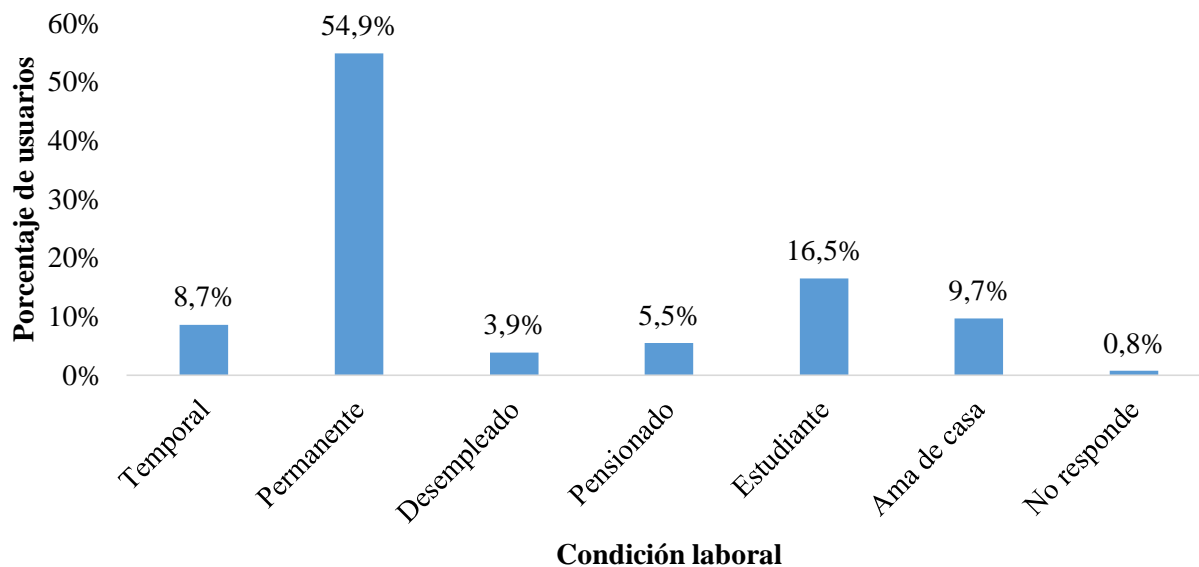
Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 36% (n=137) de las personas encuestadas culminaron la universidad, el 25,7% (n=98) tienen universidad incompleta, el 16% (n=61) terminaron la secundaria, el 13,4% (n=51) tienen secundaria incompleta, el 4,7% (n=18) terminaron la primaria, el 1% tienen primaria incompleta y el 3,1% (n=12) tienen otro tipo de escolaridad, como estudios parauniversitarios (diplomados), maestrías, técnicos o ningún estudio.

La mayoría de los usuarios encuestados (35,96%) tienen la universidad completa. La ENSA (Encuesta Nacional de Salud, 2004) asegura que las personas con un nivel educativo elevado tienen “mayor probabilidad de acudir al médico que los individuos con menor nivel educativo”³²

La mayoría de la población tiene estudios universitarios completos y en segundo lugar tienen universidad incompleta (mayor porcentaje de estudiantes que personas que no culminaron la educación). Morera y Aparicio consideran que la educación conduce a una producción más eficiente del capital de la salud, por tanto se espera una relación negativa entre el nivel educativo y la demanda por servicios de salud curativos, y una relación positiva con los servicios preventivos.³⁶

Gráfico 7
 Distribución porcentual de usuarios, según condición laboral
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo 2017



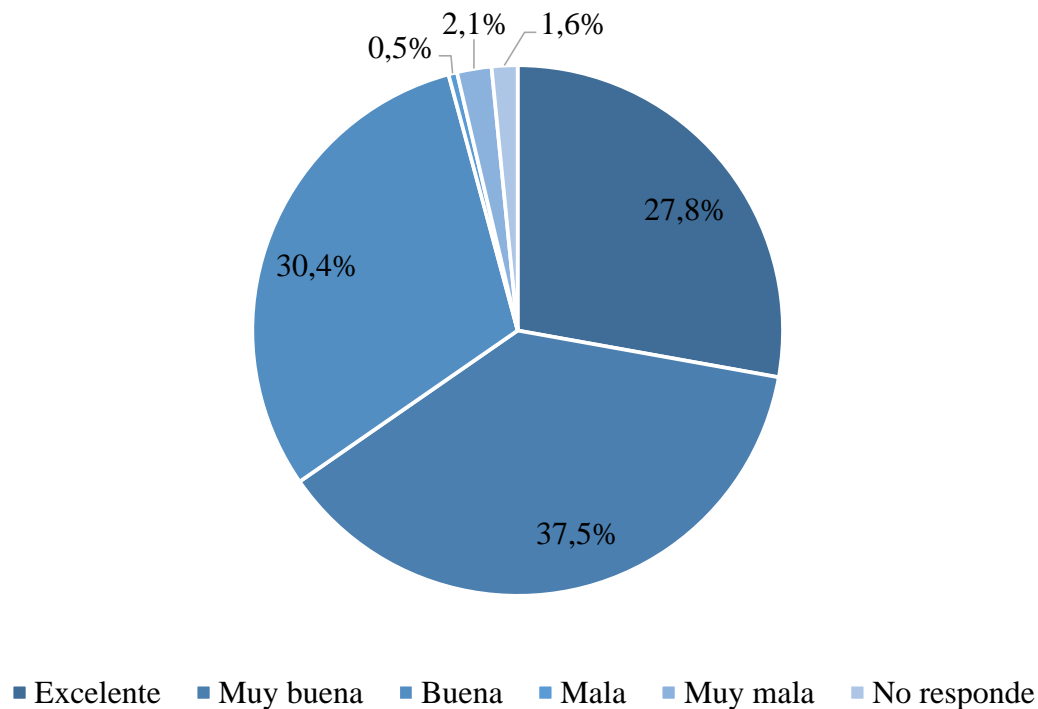
Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 8,7% (n=33) de la muestra tienen empleo temporalmente, el 54,9% (n=209) tiene trabajo permanente, el 3,9% (n=5) se encuentra desempleado, el 5,5% (n=21) están pensionados, el 16,5% (n=63) son estudiantes, el 9,7% (n=37) son amas de casa y el 0,8% (n=3) no responden

La mayoría de la muestra tiene un trabajo permanente (54,86% de la muestra), en segundo lugar los usuarios únicamente estudian y en tercer lugar tienen trabajo ocasional. El INEC afirma que para el 2014, la tasa neta de participación por cada 100 habitantes, de la población económicamente activa fue de 59,5³⁵. Es decir que al igual que en la presente encuesta, la mayoría de la población tiene un trabajo, sea permanente u ocasional.

Gráfico 8

Distribución porcentual de usuarios, según las condiciones en las que se encuentra la casa
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



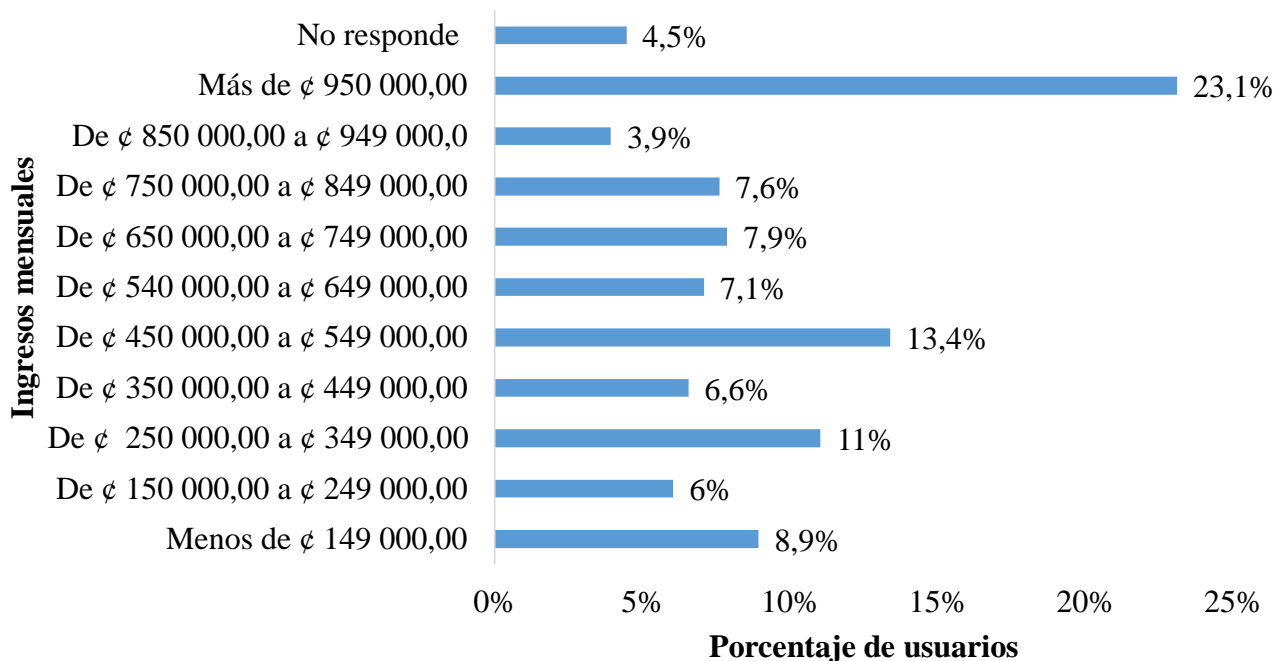
Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 37,5% (n=160) de los encuestados afirma que las condiciones de sus casas son excelentes, el 27,8% (n=143) refiere que las condiciones de sus hogares son muy buenas, el 30,4% (n=116) mencionan que sus casas se encuentran en buenas condiciones, el 0,5% (n=2) menciona que las condiciones de sus casas son malas, el 2,1% (n=8) menciona que las condiciones son muy malas y el 1,6% (n=6) no responden.

El INEC menciona que el 78,7% de las viviendas del cantón de Moravia, están en buenas condiciones³⁴. Los encuestados aseguran que la mayor cantidad de viviendas se encuentran en muy buenas condiciones, según la escala de excelente, muy bueno, bueno, malo y muy malo. Con respecto al Censo 2011, el cual se trabaja con la escala de bueno (equivalente al

excelente y muy bueno), regular (equivalente al bueno) y malo (equivalente a malo y muy malo), de las 16 874 viviendas ocupadas del cantón de Moravia, 13 288, se encuentran en buenas condiciones³⁴. Por tanto, en este caso los resultados de la investigación fueron similares a los del censo 2011.

Gráfico 9
 Distribución porcentual de usuarios, según ingresos mensuales
 Canto de Moravia
 Enero-Marzo 2017



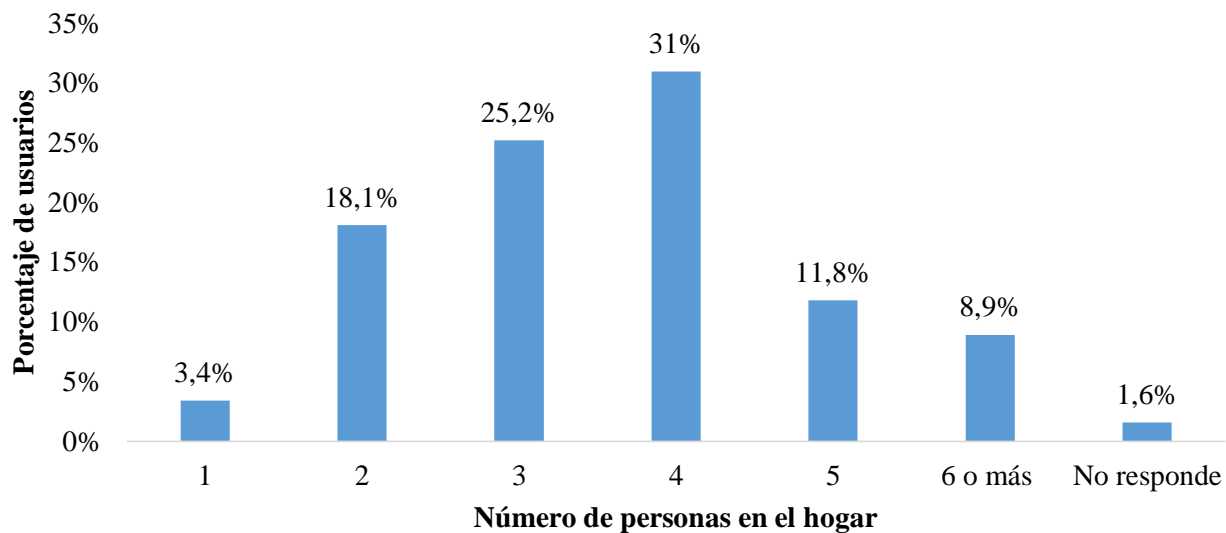
Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 23,1% (n=88) de los encuestados mencionan tener ingresos mayores a ¢950.000, el 3,9%(n=15) tiene ingresos entre ¢850.000 a ¢949.000, el 7,6% (n= 29) recibe ingresos entre ¢750.000 a ¢849.000, el 7,9% (n=30) tiene un ingreso entre ¢650.000 y ¢749.000, el 7,1% (n=27) tiene ingresos entre los ¢550.000 y los ¢649.000, el 13,4% (n=51) tiene ingresos de ¢450.000 a ¢549.000, el 6,6% (n=25) tiene ingresos de ¢350.000 a ¢449.000, el 11% (n=42) tiene ingresos entre los ¢250.000 y los ¢349.000, el 6% (n=23) tiene ingresos entre ¢150.000 a ¢249.000, el 8,9% (n=34) menciona tener ingresos menores a los ¢149.000 y el 4,5% (n=17) no responden.

Los ingresos más frecuentes en la muestra fueron los de mayor a los 950.000 colones mensuales, por lo que se infiere que esta población acude mayormente a los servicios de salud ya que, en el modelo de Grossman se explica que la producción de salud es una función del propio estado de salud, de la edad, de la renta, de los precios de los servicios de salud, de variables ambientales y del nivel de la educación, y en esta se predice que la demanda por servicios de salud aumenta con la edad y con la renta³⁴, por tanto a mayor renta mayor asistencia de los centros de salud, sean públicos o privados.

Gráfico 10

Distribución porcentual de usuarios, según número de personas con las que viven
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 3,4% (n=13) de los encuestados viven solos, en el 18,1% (n=69) de los hogares viven 2 personas, en el 25,2% (n=96) de los hogares viven 3 personas, en el 31% (n=118) de los hogares viven 4 personas, en el 11,8% (n=45) de los hogares, viven 5 personas, en el 8,9% (n=34) de los hogares viven 6 o más personas y el 1,6% (n=6) de los encuestados no responde.

Los hogares de los encuestados están integrados en primer lugar por 4 integrantes y en segundo lugar por 3 integrantes, siendo la minoría los hogares con una sola persona. El Censo 2011 indica que el promedio de ocupantes por vivienda en el cantón de Moravia fue de 3,4 personas por hogar³⁴, evidenciado los mismos datos que la investigación realizada.

Cuadro 1
Distribución de usuarios, según servicio o servicios con los que cuenta en el hogar
Cantón de Moravia
Enero-Marzo, 2017

Servicios	Frecuencia de Respuesta
Agua Potable	379
Electricidad	378
Desechos de Aguas Negras	258
Teléfono fijo	263
Internet	303
Televisión por cable	40

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los usuarios encuestados cuentan en sus hogares con los siguientes servicios: 379 encuestados cuentan con agua potable, 378 poseen electricidad, 258 cuentan con desechos de aguas negras, solo 263 tienen telefonía fija en el hogar, 303 poseen internet en el hogar y únicamente 40 personas poseen televisión por cable.

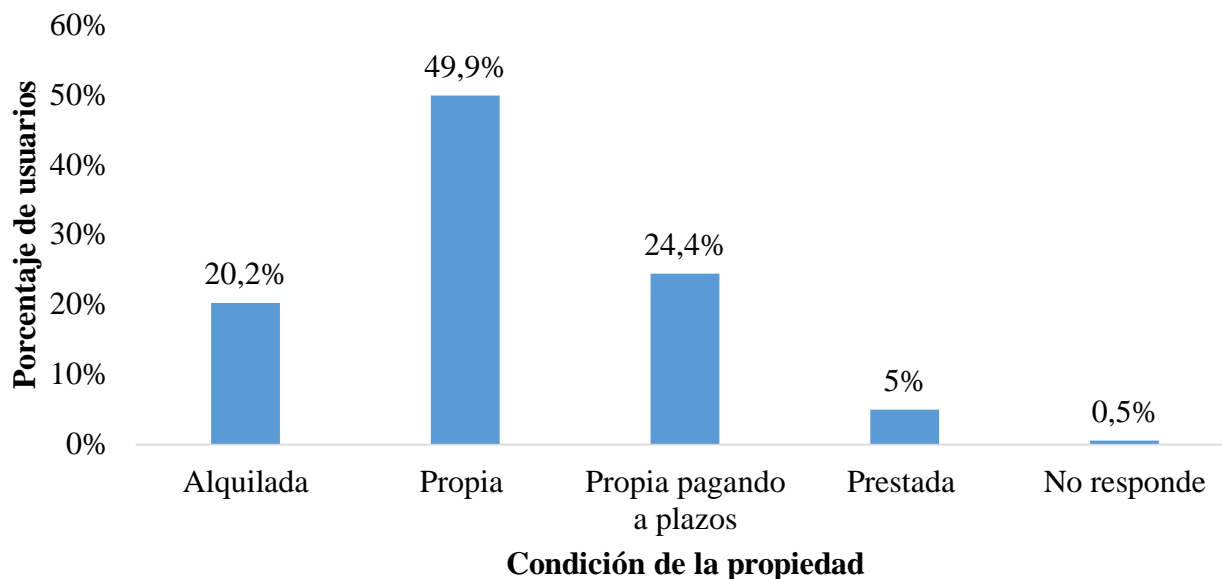
Los hogares de los encuestados cuentan principalmente con agua potable (379), electricidad (378) e internet (303) y con menor frecuencia utilizan la televisión por cable (40). Nolan menciona que los factores personales, como el factor socioeconómico, influye en la promoción de la salud, desde la capacidad de compromiso con la conducta promotora²⁸.

El censo 2011 demuestra que en el cantón de Moravia existe una cobertura de agua potable del 99,5%, un 99% de la población cuenta con desechos de aguas negras adecuados, un 99,9% cuentan con electricidad y en menor cobertura, se encuentran el servicio de telefonía fija con

un 73,2% y de televisión por cable con un 71,4%³⁴. Los datos obtenidos de la cobertura de agua y electricidad son los servicios públicos con mayor acceso en la población de Moravia.

Gráfico 11

Distribución porcentual de usuarios, según condición de propiedad de la casa donde habitan
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017

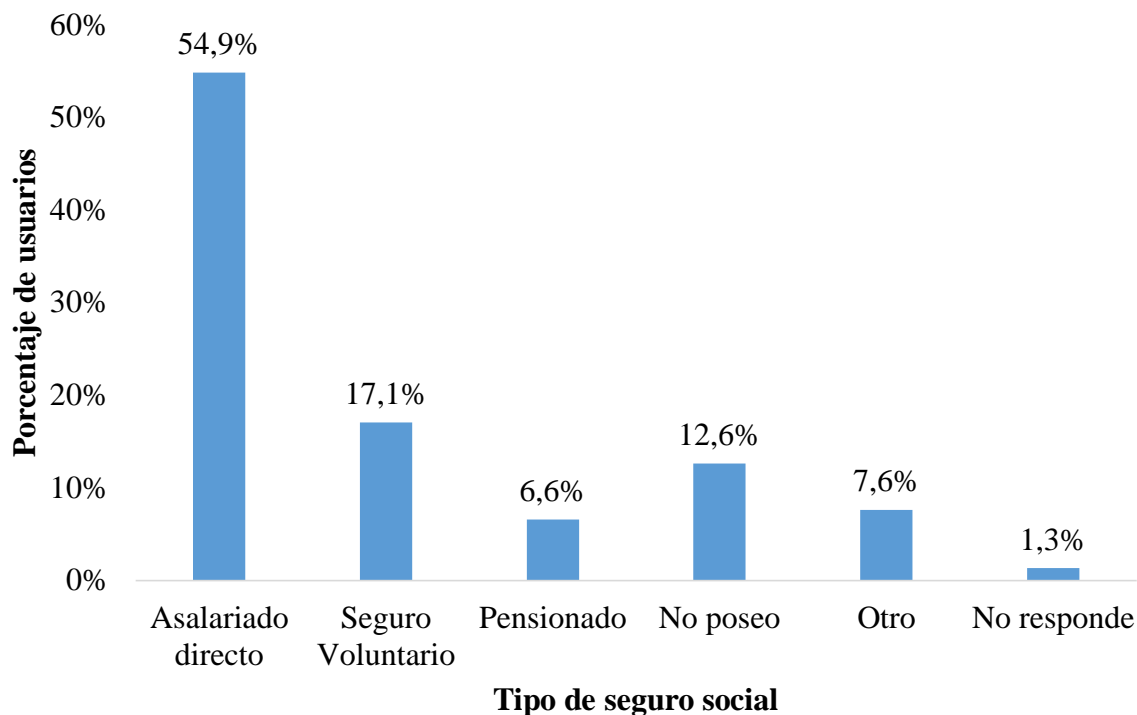


Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 20,2% (n=77) de los encuestados viven en casas alquiladas, el 49,9% (n=190) viven en casas propias totalmente pagadas, el 24,4% (n=93) viven en casas propias pagadas a plazos, el 5% (n=19) viven en casas prestadas y el 0,5% (n=2) no responden.

Los encuestados cuentan en su mayoría con casas propias totalmente pagadas, en segundo lugar, con casa propias pagadas a plazos y en tercer lugar con viviendas alquiladas. El censo 2011, afirma que el 71,1% de los hogares del cantón de Moravia son propias y solo el 24,4% alquiladas³⁴.

Gráfico 12
Distribución porcentual de usuarios según seguro social
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

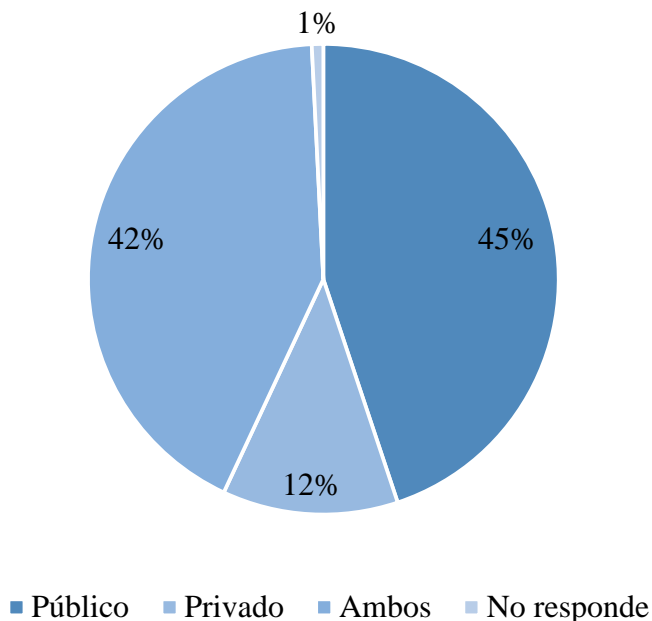
El 54,9% (n=209) de los encuestados tienen seguro directo, el 17,1% (n=65) tienen un seguro voluntario, el 6,6% (n=25) se encuentran pensionados, el 12,6% (n=48) no poseen un seguro, el 7,6% (n=25) tienen otro tipo de seguro como el seguro familiar, el indirecto y el escolar y 1,3% no responden.

La mayoría de los encuestados, son asalariados directos, en segundo lugar, se encuentra las personas con seguro voluntario y en tercer lugar se encuentra los usuarios que no poseen el seguro.

El INEC, en el 2014 afirma que la mayoría de la población costarricense tiene un seguro familiar por la población asegurada directa o un seguro directo, en segundo lugar los usuarios no se encuentran asegurados y en tercer lugar tienen seguro por cuenta propia (voluntario).³⁵

Gráfico 13

Distribución porcentual de usuarios según el sector en el que busca la atención en salud
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

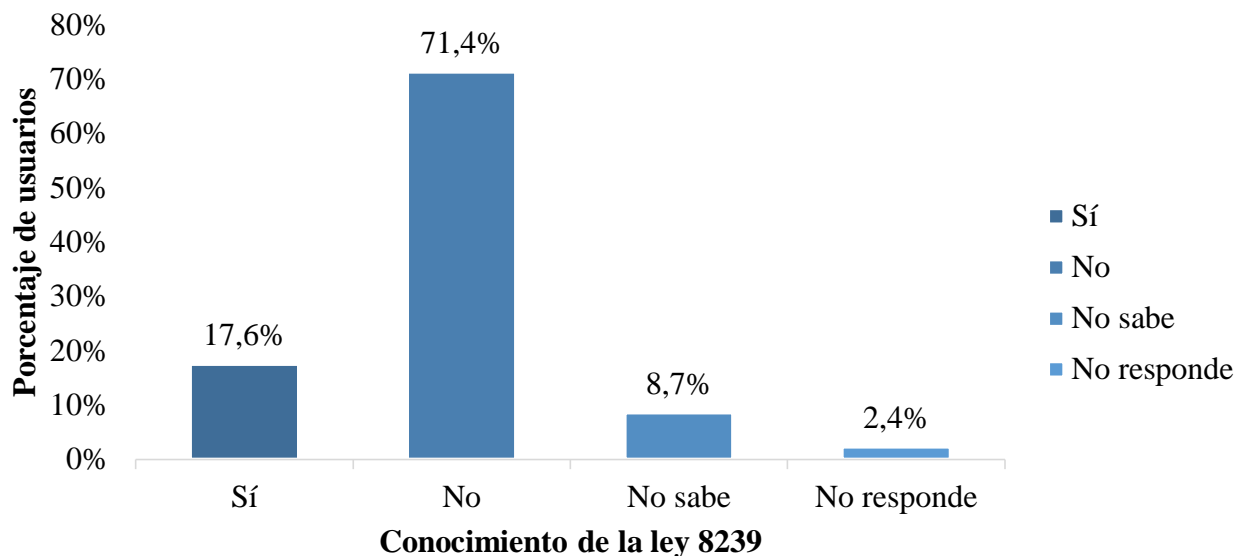
El 45% (n=171) de los encuestados asiste al sector público en busca de atención médica, el 12% (n=46) asiste al sector privado, el 42% (n=161) asiste a ambos sectores y el 1% (n=3) no responde.

La mayoría de los encuestados acuden al sector público, sin embargo, la diferencia con respecto a las personas que acuden a ambos sectores es de tan solo 2,62% (n=10), y en menor cantidad, se encuentran los usuarios que asisten únicamente al sector privado.

Los estudios realizados por Fernández X. y Robles A., afirman que, en la población costarricense, las personas adultas mayores consultan mayormente los servicios públicos que los del sector privado, sin embargo, entre más jóvenes, la media de consultas en ambos

sectores es muy similar³³. La razón para lo anterior se puede deber a que los ingresos de estas personas son más elevados y seguros que las pensiones que generalmente tienen los usuarios de la tercera edad. Además, se deben tomar en cuenta aspectos como las enfermedades crónicas, las cuales son más comunes en los adultos mayores, en cambio los usuarios con edades menores, asisten mayormente por consultas preventivas o de rutina.

Gráfico 14
 Distribución porcentual de usuarios según conocimiento de la ley 8239
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 17,6% (n=67) de los encuestados afirman conocer la ley 8239, el 71,4% (n=272) negaron conocer la ley, el 8,7% (n=33) no saben si la conocen o no y el 2,4% (n=9) no responden.

El 17,6% de las personas encuestadas afirmaron conocer la ley, esto aun cuando en la ley 8239 se establece que es deber de la Auditoría General de Servicios de Salud el “asegurar la difusión y el conocimiento de los derechos y las responsabilidades de los pacientes”¹⁵. La auditoría del cantón de Moravia no cumple con esta función, ya que el 99,21% de los encuestados aseguran recibir atención en el sector público, privado o en ambos, pero solo el 17,6% conoce la ley.

Cuadro 2
 Distribución de usuarios, según medio por el cual conoce la ley 8239
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo, 2017

Medio de comunicación	Frecuencia de Respuesta
Periódico	16
Internet	17
Documento escrito	13
Radio	3
Personal de Salud	21
Televisión	10
Otro	9

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La ley 8239 es conocida por al menos 67 personas, de las cuales , 16 mencionan el periódico como el medio transmisor de la información, 17 personas la conocieron a través del internet, 13 personas utilizaron un documento escrito para conocer la ley, 3 personas se informaron a través del radio, 21 personas, mencionan haber conocido la ley por medio del Personal de Salud de centros públicos y privados, 10 personas a través de la televisión y 9 personas afirmaron conocer la ley por otro medio, como lo fue la universidad e investigación propia.

La mayoría de los encuestados (21 personas) se enteran de la existencia de la ley 8239 a través de la educación que les brinda el personal que labora en los centros de salud. Pender menciona en uno de sus supuestos que "los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida"²⁹. El educar a la población, es un deber de los profesionales en salud, y según la presente ley, también es un

derecho del usuario el que se le explique esta de forma detallada. El conocimiento que estos usuarios adquieren, influyen en su vida, marcando un compromiso de acción en su propia salud, haciendo valer sus derechos y ejerciendo sus deberes durante la atención que reciben en los centros.

En segundo lugar los usuarios conocen la ley a través del internet, el cual es el medio más utilizado en la actualidad para buscar información. Los ciudadanos “han adquirido autosuficiencia en la búsqueda y gestión de la información a través de las fuentes de información en la Web”³⁷ y por último el tercer medio más utilizado es el periódico, el cual es de fácil acceso, ya que la mayoría de los hogares o sitios de trabajos cuentan con la entrega diaria del periódico, por tanto es una gran herramienta de información rápida para la población.

Cuadro 3
 Distribución de usuarios, según conocimiento de los derechos de la ley 8239
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo, 2017

Derecho	Frecuencia de Respuesta
Recibir un trato digno con respeto, consideración y amabilidad	58
Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.	57
Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.	54
Información de los derechos y deberes de la ley	49
Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida.	49
Recibir información para aceptar un procedimiento, tratamiento u otro	44
Ser atendidas sin esperar en situaciones de emergencia.	44
Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia	44
Información del profesional que le atiende	42
Firmar el consentimiento informado	42
Respeto a la confidencialidad de su caso	41
Presentar reclamos, cuando se hayan lesionado sus derechos.	41
Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos de su tratamiento	41
Hacer uso de sus objetos personales durante el internamiento	37
Indicar los nombres de las personas que tienen prioridad para visitarlas	35
Negarse a un procedimiento o tratamiento	34
Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.	34
Disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos.	34

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La ley 8239 posee 18 derechos, el primer derecho corresponde a la información de los derechos y deberes que se encuentran en la ley, de la totalidad de usuarios que afirman conocer esta ley, 49 mencionan conocer este derecho, 42 personas afirman conocer el derecho a que el personal de salud se presente por su nombre, apellidos y cargo que desempeña en el centro de salud, 44 personas conocen el derecho a recibir la información necesaria para aceptar un procedimiento o tratamiento y 58 personas conocen el derecho a recibir un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.

El derecho a recibir una atención médica con la eficiencia y diligencia debidas es conocido por 57 personas, 44 encuestados afirman conocer el derecho a ser atendidos sin esperar en situaciones de emergencias, 49 personas afirman conocer el derecho a ser atendidos puntualmente de acuerdo con la cita recibida y 34 personas conocen el derecho a negarse a un procedimiento o tratamiento.

Los usuarios tienen derecho a llenar el consentimiento informado o en caso de que se encuentren inconscientes, poseer un representante legal que tome las decisiones por ellos. El derecho anterior solo lo conocen 42 de las personas encuestadas, 34 personas conocen el derecho de aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica y 44 personas mencionan conocer el derecho a tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia en caso de solicitarlo.

El derecho a recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo es conocido por 54 encuestados, 41 personas conocen el derecho a la confidencialidad, 34 personas conocen el derecho a la donación de sus órganos, 41 personas conocen el derecho a presentar reclamos, cuando se hayan lesionado sus derechos y 37 personas conocen el derecho de hacer uso de sus objetos personales durante el internamiento.

El derecho a recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos del tratamiento, ya sea en el sector privado o en el sector público cuando el usuario no se encuentre asegurado, solo lo conocen 41 personas. El derecho de indicar los nombres de las personas que tienen prioridad para visitar a los usuarios internados en el sector privado, solo es conocido por 35 personas.

Los datos anteriores, demuestran que el derecho más conocido por los encuestados es el de recibir un trato digno con respeto, consideración y amabilidad, el segundo derecho más conocido es el de recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debida y el tercer más conocido es el de recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.

Los derechos más destacados por los usuarios están relacionados con la atención de calidad. Esta se puede definir como el “concepto multidimensional que implica el comportamiento interrelacionado de diversos atributos o condicionantes³⁸” como en este caso el ambiente, el buen trato y atención oportuna, el cual se encuentra en la búsqueda de la “eficacia y eficiencia de los servicios prestados³⁸”.

La atención amable, con respecto y dignidad, es un derecho que basa las principales funciones del quehacer de la enfermería. Una de las funciones es brindar cuidados orientados y fundamentados “en el respeto a la vida, la dignidad y los derechos humanos³⁸”, características representadas en el primer derecho más conocido por los usuarios . Los pacientes esperan ser tratados como seres humanos, que presentan una necesidad y que se encuentran en búsqueda de ayuda especializada y de calidad, no como un motivo de la recarga de trabajo.

La atención que se recibe en los centros de salud debe ser eficiente y con las diligencias debidas; este derecho se refiere a las “diferentes acciones y actividades necesarias para promover, mantener y restablecer de manera integral la salud³⁸”; las acciones por ejecutar deben ser oportunas, personalizadas, integrales, continuas y de acuerdo con los estándares de calidad³⁸. La responsabilidad del cumplimiento de los derechos de los pacientes es un deber del profesional, pero también es un deber del usuario, considerando que este debe ser un actor responsable de su salud y bienestar.

El derecho a recibir la atención en un lugar limpio, seguro y cómodo, es un aspecto por tomar en cuenta en todos los ámbitos de la atención, sin embargo Ortega C, considera que para brindar un trato de calidad a nivel de enfermería, el profesional debe velar porque los cuidados prestados, se establezcan al tomar en cuenta “las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones³⁸” necesarias para evitar los errores en la atención y mejorar de esta manera la salud del usuario.

Los derechos menos conocidos son: el derecho a negarse a un procedimiento o tratamiento, el derecho a aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica y el derecho de disponer de la donación de sus órganos.

El usuario siempre tiene derecho a decidir sobre su estado de salud, si acude o no al centro a recibir atención, si quiere o no recibir un tratamiento, sin embargo, en casos donde la salud de terceros esté en peligro o en caso donde el usuario no tenga las capacidades cognitivas o se encuentre en peligro inminente, no se puede respetar, ya que salvar la vida del usuario prevalece sobre estas situaciones.

La participación de paciente en investigaciones clínicas es relativamente poca, ya que los trámites y los requisitos de los Comité de Bioética son tediosos, sin embargo, ante la eventual posibilidad de estas, el usuario debe saber que no se encuentra obligado a participar en estas si no lo desea. Ya que muchas veces se percibe como algo obligado y definitivo, cuando el usuario tiene toda la autonomía suficiente para decidir.

El proceso de donación de órganos es un acto voluntario y desinteresado, sin embargo, muchas personas no conocen las leyes o procesos con respecto a este tema. Por tanto, pocos usuarios conocen que tienen la capacidad de decidir si se acepta o no, hasta que se encuentran en circunstancias donde se necesite de una donación o se deba decidir si otro miembro puede ser o no ser donante, generalmente un miembro de la familia fallecido.

En estos tres derechos anteriores se pone en evidencia, ejemplos fundamentales del principio de autonomía en el que se plantea que la “prioridad en la toma de decisiones relacionado con la enfermedad es del paciente³⁹”.

El usuario es quien toma finalmente la decisión ante casos como una investigación, un procedimiento o tratamiento o la donación de órganos, sin embargo si el usuario no conoce que está en su derecho de negarse ante cualquiera de estos, probablemente acepte la acción por presunta obligación.

Cuadro 4
 Distribución de usuarios, según conocimiento de los deberes de la ley 8239
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo, 2017

Deberes	Frecuencia de Respuesta
Cumplir con indicaciones brindadas por el personal de salud	57
Proporcionar información completa de su estado de salud	55
Responsabilizarse por sus acciones u omisiones cuando no siga con las indicaciones	54
Respetar los derechos del personal y de los demás usuarios de los servicios de salud	53
Contribuir con el financiamiento de los servicios públicos de la República	35

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La ley 8239 presenta los deberes de los usuarios durante la atención en los servicios de salud. En cuanto al deber de brindarle a los profesionales, que le proporcionan la atención, la información completa de su estado de salud (historia, enfermedades, procedimientos y tratamientos) es conocido por 55 personas, 57 personas conocen el deber de cumplir con las indicaciones brindadas por los profesionales de la salud, 54 aseguran conocer el deber de ser responsables por sus acciones u omisiones cuando no se cumplen con las indicaciones que se le brindan, 53 personas aseguran conocer el deber de respetar los derechos tanto del personal que los atiende como de los demás usuarios del centro y 35 personas mencionan conocer el deber de contribuir con el financiamiento de los servicios públicos de la República.

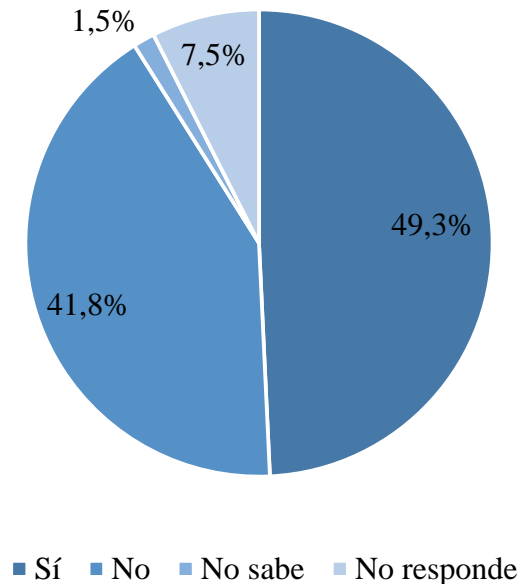
El deber más conocido por los encuestados es el de cumplir con las indicaciones brindadas por el personal de salud y el segundo es el deber de proporcionar toda la información relacionada con su estado de salud.

Los usuarios conocen el deber de dar la información completa de su estado de salud y de seguir las indicaciones brindadas, sin embargo, la mayoría de estos no lo cumple, y ponen en peligro su estado de salud. Esto significa que a pesar de tener el conocimiento la acción promotora no se cumple.

El deber menos conocido es el de contribuir con el estado por medio del pago del seguro, sin embargo, el Reglamento del Seguro de Salud, estipula que la “afiliación al seguro de salud es obligatoria para todos los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes y para los pensionados de los regímenes nacionales de pensión, en el territorio nacional⁴⁰”. La mayoría de los encuestados que tiene trabajo permanente, a pesar de no conocer este deber, sí cotizan con la Caja Costarricense del Seguro Social, ya que esta se descuenta o debería ser descontado por los patronos, del salario. Sin embargo, muchas veces las acciones realizadas no siempre van de la mano con el conocimiento del deber u obligatoriedad de su ejecución.

Gráfico 15

Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre el cumplimiento de los derechos de la ley 8239 en los servicios de salud
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 49,3% (n=33) de los usuarios que afirman conocer la ley consideran que los servicios de salud a los que asiste, si cumplen con los derechos establecidos en esta, el 41,8% (n=28) consideran que los servicios a los que asiste no cumplen con los derechos establecidos, el 1,5% (n=1) no sabe si los centros cumplen o no con los derechos y el 7,5% (n=5) no responde.

El gráfico anterior muestra que el 49,2% de Los usuarios encuestados creen que los servicios de salud a los que asisten sí cumplen con los derechos establecidos en la ley 8239, lo cual es un aspecto positivo para los servicios ya que obtienen un usuario satisfecho. Pérez J. y Tamayo C., afirman que cuando un usuario se encuentra satisfecho con un servicio se genera la fidelidad hacia una institución, generando que el usuario permanezca mayor tiempo en

esta⁴¹. Lo anterior genera ventajas en el momento de las consultas ya que si el usuario busca información siempre en el mismo lugar, la atención es más personalizada y de mejor calidad. El sector privado obtiene mayor beneficio a nivel económico con esta situación, ya que el usuario siempre asiste al mismo sitio para consultar.

Los usuarios que creen que los servicios no respetan sus derechos, se encuentran a una diferencia de tan solo un 7,46% (n=5). Esto quiere decir que a pesar del aspecto positivo de que la mayoría de usuarios tengan buenas perspectivas de los servicios, otra parte importante de la población considera que la calidad de los servicios que les brindan no son los adecuados, lo cual genera un usuario insatisfecho⁴¹.

Cuadro 5
 Razones por las que los encuestados creen que los Servicios de Salud no cumplen con los
 derechos de la ley 8239
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo, 2017

Deberes	Frecuencia de Respuesta
Trato irrespetuoso	29
Tiempos largos de espera	32
El personal no se presenta al brindar la atención	23
Personal no explica las indicaciones para mejorar la salud	16
Personal le ha obligado a someterse a un tratamiento o procedimiento	5
No ha llenado el consentimiento informado	11
Negación de sacar copia al expediente clínico	10
No se guardó la confidencialidad del caso	4
Total	130

Fuente: Elaboración propia, 2017.

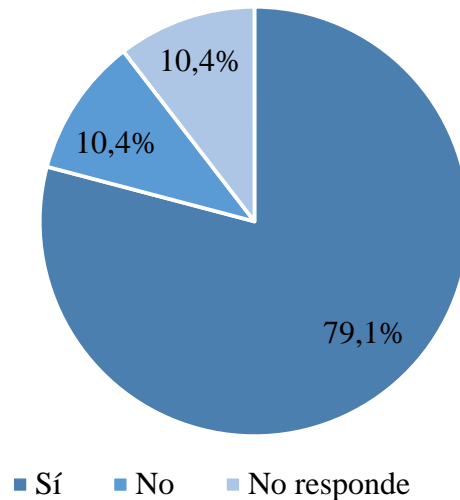
Una parte de los encuestados creen que los centros de salud no cumplen con los derechos de la ley 8239, las razones que se dieron fueron las siguientes: 29 personas creen que los servicios de salud brindan un trato irrespetuoso a los usuarios, 32 personas creen que los tiempos de espera son muy largos, 23 personas afirman que el personal no se presenta con su nombre, apellidos y cargo que desempeña, cuando brinda la atención, 16 personas mencionan que el personal no explica con claridad las indicaciones que brinda, 5 personas afirman que el personal le ha obligado a someterse a un tratamiento o procedimiento, 11 personas no han llenado el

consentimiento informado, a 10 personas se les negó el derecho a sacar la copia de su expediente y 4 personas aseguran que no se guardó la confidencialidad de su caso.

La principal razón por la cual los usuarios consideran que los servicios no cumplen con los derechos, es debido a los largos tiempos de espera para una cita, procedimiento o estudio diagnóstico y en segundo lugar se menciona el mal trato que reciben al momento de la atención; sin embargo, cada vez son más los usuarios que no están dispuestos a tolerar estas situaciones⁴¹, y deciden hacer valer sus derechos.

Nola Pender en su Modelo de Promoción de la Salud, menciona el concepto de "conductas previas relacionadas"²⁹, las cuales son las experiencias previas del usuario que determinan el grado de compromiso con la promoción de la salud. Las experiencias negativas durante la atención, como el mal trato por parte de los profesionales, los largos tiempos de espera y otras razones que se mencionaron en el cuadro, pueden ocasionar que los usuarios tengan menos apego a las buenas conductas para el control de su salud.

Gráfico 16
 Distribución porcentual de usuarios según opinión sobre su propio cumplimiento de los deberes de la ley 8239
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 79,1% (n=53) de los usuarios que afirma conocer la ley cumple con los deberes establecidos en esta, el 10,4% (n=7) reconoce que no cumple con los deberes establecidos en la ley, y el otro 10,4% (n=7) no responde.

El 79,10% de los encuestados afirman cumplir con sus deberes como usuarios de las instituciones que brindan servicios de salud. Cabarcas menciona que en el “quehacer de preferir cuidados de calidad juega un papel importante la institución, la persona que brinda el servicio y el usuario³⁸”, por tanto, es también responsabilidad del usuario su participación en la atención, y si esta es la adecuada desde las tres partes, se puede inferir que la atención es de calidad.

Cuadro 6

Razones por las que los encuestados creen que no cumplen con los deberes de la ley 8239
Cantón de Moravia
Enero-Marzo, 2017

Deberes	Frecuencia de Respuesta
Trato irrespetuoso hacia el personal de salud	5
Trato irrespetuoso a otros usuarios	4
No ha brindado toda la información relacionada con su salud	1
No ha seguido las indicaciones brindadas por el personal de salud	3
No ha tomado los medicamentos que le brindan	4
No se ha responsabilizado por sus acciones u omisiones en las indicaciones	3
No ha pagado las cuotas correspondientes al seguro social	0
Otras razones	0
Total	20

Fuente: Elaboración propia, 2017.

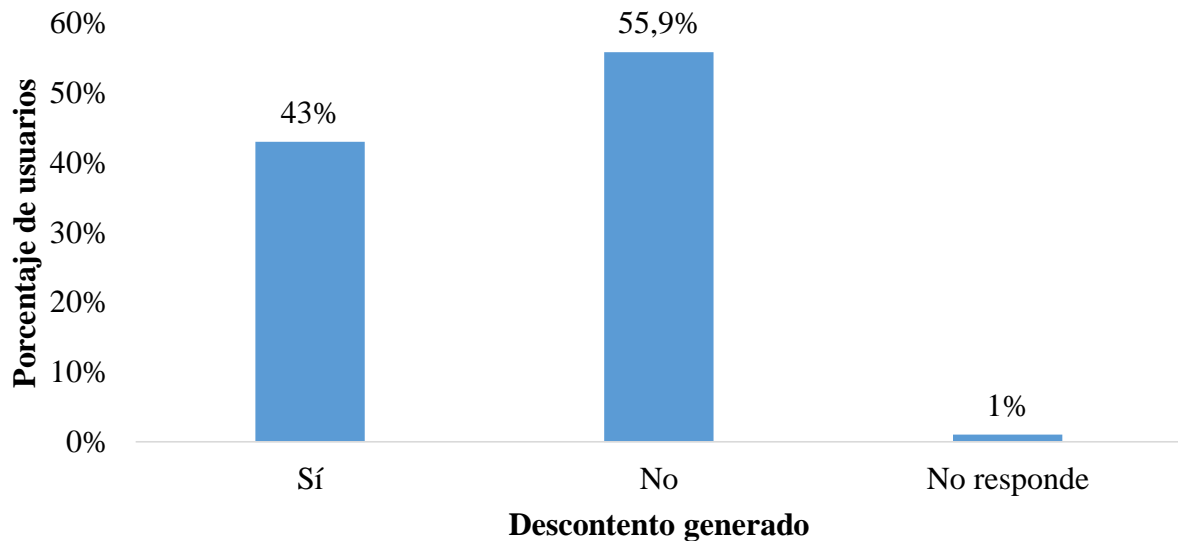
Una parte de los encuestados aseguran que no cumplen con los deberes establecidos por la ley 8239, ya que 5 personas han tratado mal al personal de salud que los atiende, 4 personas han sido irrespetuosas con los demás usuarios de los centros de salud, 1 persona no ha brindado toda la información relacionada con su salud, 3 personas no han seguido con las indicaciones que se le brindan en el centro, 4 personas no se han tomado los medicamentos que le brindan o indican en los centros de salud y 3 personas no se han responsabilizado por sus acciones u omisiones al no cumplir con las indicaciones que les brinda el personal. Y ninguno ha faltado en el cumplimiento con las cuotas correspondientes al seguro social.

Los usuarios mencionan no cumplir con los deberes que se encuentran en la ley, a pesar de tener algún grado de conocimiento de esta. Los tres principales deberes que se incumplen son: en primer lugar, el trato irrespetuoso hacia los profesionales de la salud, luego el trato irrespetuoso hacia los demás usuarios y en tercer lugar el no cumplir con el tratamiento que se le prescribió. El último deber no es cumplido por algunos de los usuarios pese a ser el más conocido por estos, según el cuadro 3 de la investigación.

Las acciones negativas descritas se consideran como barreras percibidas de la acción, las cuales, según Pender, son "bloques anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada"²⁹. Las barreras establecidas anteriormente generan una conducta negativa de salud para el usuario, ya que estas acciones pueden ocasionar consecuencias graves, poniendo en riesgo su vida y la de los demás usuarios cercanos a él o a su cargo.

Gráfico 17

Distribución porcentual de usuarios según descontento generado por las experiencias negativas de amigos o familiares
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 43% (n=164) de la muestra se siente descontenta con los servicios de salud, debido a los comentarios generados por familiares o amigos, el 55,9% (n=213) afirman no sentir descontento con los servicios de salud por estos comentarios y el 1% (n=4) no responden.

La mayoría de los usuarios no siente descontento con los servicios de salud por las experiencias de otros, es decir que en este caso el conocimiento individual (conocimiento creado por las propias experiencias¹²), tiene mayor valor que el conocimiento social (conocimiento creado por las experiencias de un grupo¹²).

Lo anterior, es un ejemplo de auto eficiencia percibida, termino definido por Pender, ya que en esta se fomenta el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar la conducta promotora de la salud, donde las barreas percibidas de acción, son menores a las propias

capacidades o experiencias analizadas²⁹. Las barreras se pueden considerar como los comentarios de los demás, pero que a pesar de ellos, el usuario cree que su juicio o sus propias experiencias son más importantes.

Cuadro 7
 Consecuencias del descontento, por comentarios de terceros, con los servicios de salud
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo, 2017

Consecuencias del descontento con centros de salud	Frecuencia de Respuesta
Cambio de centro médico	29
Cambio de médico	29
Asistir a la farmacia antes que al centro de salud	87
Compra medicamentos en tiendas antes que ir al centro de salud	55
Ya no contribuye con el seguro social	23
Dejo el tratamiento	4
Dejo de asistir a las citas de control	13
Otras	17
Total	257

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Las acciones de los centros de salud públicos o privados, donde son atendidos los usuarios, generan en algunos de los encuestados, descontento con los servicios que se les brindan. Lo anterior ocasiona que 29 personas cambien de centro médico, 29 personas cambien de médico, 87 personas asisten primero a las farmacias, antes que a los centros de salud, 55 personas compran medicamentos en tiendas en lugar de asistir al centro de salud, 23 personas no contribuyen con el Seguro Social debido al descontento, 4 personas dejaron el tratamiento indicado, 13 personas dejaron de asistir a las citas de control y 17 personas toman otras acciones, como por ejemplo, interponer quejas en los entes encargados, deseos de mejorar

los servicios de salud y enojarse sin tomar acciones debido a la necesidad de ser atendidos por enfermedades u otras razones.

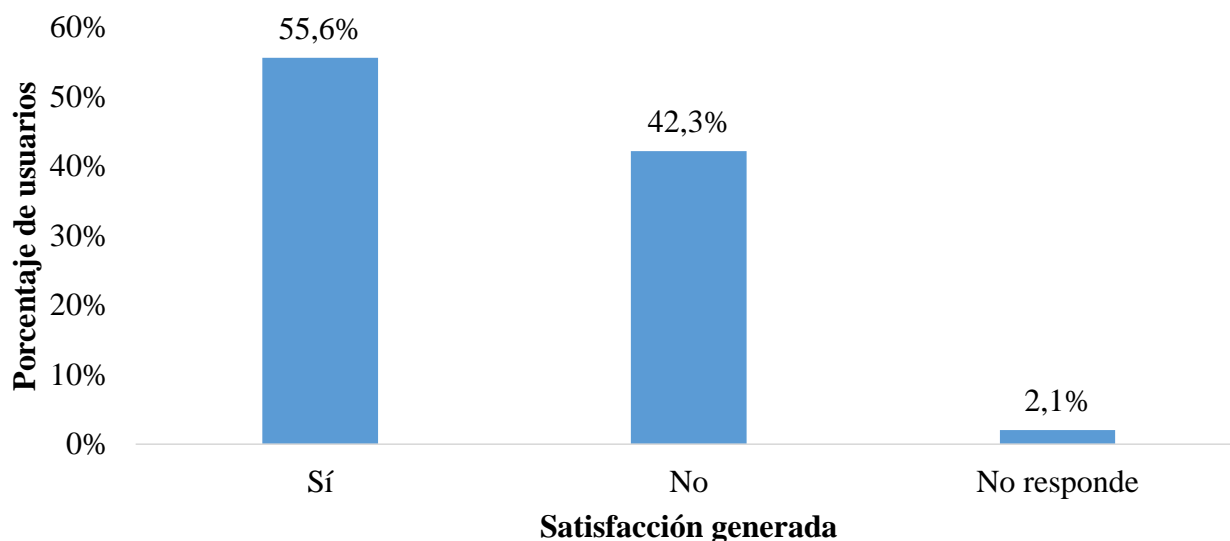
Los usuarios encuestados que tenían un cierto descontento con los servicios de salud por influencia de terceros, prefieren en primera instancia (87 personas) asistir a la farmacia en busca de una solución a su problema de salud, en segundo lugar 55 usuarios prefieren ir al supermercado o tienda y comprar los medicamentos que creen que resuelve su problema de salud (automedicación) y en menor frecuencia pero igual de preocupante, 4 personas afirmaron dejar su tratamiento debido al malestar con los centros, ya que esto generó falta de confianza en la relación médico-usuario.

Nola Pender en su Modelo de Promoción de la Salud, menciona el concepto de "influencias interpersonales"²⁹, las cuales se refieren a los conocimientos, conductas o experiencias de terceros cercanos al usuario que influyen en las actitudes de este. Las acciones anteriores evidencian que la influencia es negativa para el usuario.

El tipo de conocimiento que se evidencia en estas acciones se conoce como social. El conocimiento social se define como el que adquiere un grupo de personas a partir de experiencias que generan una enseñanza¹². Los usuarios en el momento en que toman en consideración las experiencias de los demás y generan ciertas actitudes o cambios, forman parte de un grupo que se basa en el descontento hacia cierto centro de salud o profesional para generar conductas negativas, como lo es el no acudir al médico, ir a la farmacia antes que al centro de salud, abandonar el tratamiento u otros.

Gráfico 18

Distribución porcentual de usuarios según satisfacción generada por las buenas experiencias de amigos o familiares
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 55,6% (n=212) de los encuestados afirman estar satisfechos con los servicios de salud por los comentarios de familiares y amigos, el 42,3% (n=161) niega estar satisfechos por los comentarios de terceros y el 2,1% no responde.

La mayoría de las personas encuestadas indican que los buenos comentarios, generan en ellos satisfacción con los servicios, este sería un ejemplo de conocimiento social¹². El individuo aprende de las acciones o experiencias de terceros, y a partir de ellas toma sus propias decisiones. El cuadro anterior evidencia que los resultados positivos de las experiencias de los demás, aumentan la posibilidad de que el usuario decida imitarlas.

La satisfacción que generan los demás y que influye en el usuario, beneficia al individuo obteniendo mejoras en su salud y a la institución, a nivel económico, estadístico y en la construcción de la fidelidad y confianza del usuario hacia el personal y el centro de salud.

Cuadro 8
 Consecuencias de la satisfacción, por comentarios de terceros, con los servicios de salud
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo, 2017

Consecuencias de la satisfacción con centros de salud	Frecuencia de Respuesta
Asisten más seguido a los centros de salud	63
Asisten al médico que les recomendaron	61
Asisten al centro de salud que les recomendaron	56
Recomendaron el servicio de salud	82
Recomendaron al médico	47
Otras	24
Total	333

Fuente: Elaboración propia, 2017.

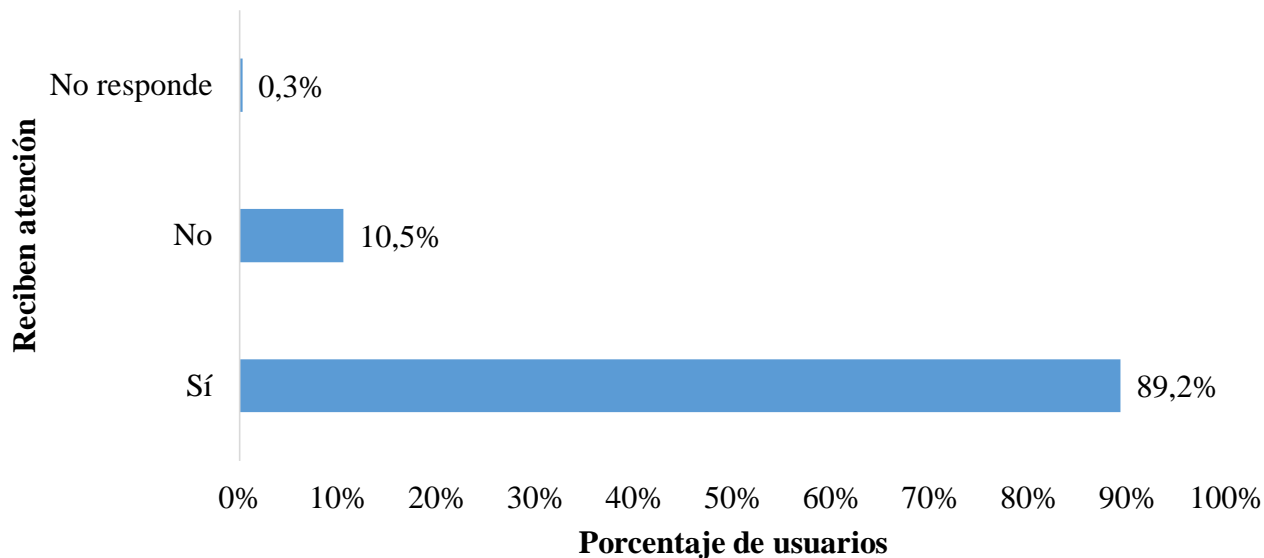
Las acciones de los centros de salud genera en los usuarios satisfacción con el servicio que se les brinda, lo cual ocasiona las siguientes actitudes y acciones: 63 personas asisten más seguido a los centros de salud, 61 personas asisten al médico que les recomendaron, 56 personas asisten al centro de salud que les recomendaron, 82 personas recomiendan el centro de salud, 47 personas recomiendan al médico que les atendió, y 24 personas toman otras acciones como por ejemplo: mayor confianza, sentimientos de orgullo, sentimientos de satisfacción con los servicios, seguridad y percepción de mejora de algunos servicios.

Nola Pender establece el concepto de "influencias interpersonales"²⁹, en el que se evidencian las consecuencias de las influencias de personas cercanas al usuario que tienen buenas

experiencias con la atención y generan la recomendación del centro de salud (82 personas). Lo anterior produce beneficios para la institución, ya que estas son una “forma de comunicación y difusión gratuita⁴¹” y también para los nuevos usuarios que reciben la atención.

La satisfacción que se genera en el usuario motiva a 63 usuarios a asistir más seguido a los centros de salud del que provienen las buenas experiencias de sus amigos o familiares. Lo anterior permite la formación de la fidelidad hacia la institución; como lo explica Pérez J. y Tamayo C. en su estudio, el cual afirma que la satisfacción del usuario hacia una institución genera un sentimiento de apego y confianza hacia el centro de salud y provoca que este sea su primera elección ante la necesidad de atención.⁴¹.

Gráfico 19
Distribución porcentual de usuarios que reciben atención en el sector público
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

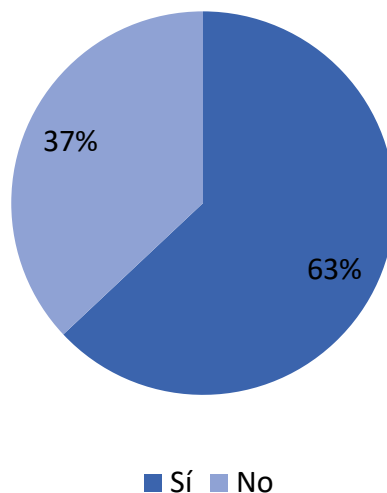
El 89,2% (n=340) de los encuestados afirman utilizar los servicios de salud del sector público, el 10,5% (n=40) niega utilizar los servicios del sector público y el 0,3% (n=1) no responde.

El 89,2% de los encuestados cuando requieren algún tipo de atención médica asisten al sector público. Briceño menciona que en Costa Rica “la prestación de servicios sanitarios se concentra en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que acumula el 80% del presupuesto público de salud y cubre un 86% de la población del país³⁶”, es decir una amplia cantidad de la población nacional recibe servicios del sector público.

Costa Rica es “una de las economías que destaca por el alto grado de participación pública en el financiamiento de la salud⁴²”, debido a la “existencia de un seguro de salud universal

que se financia principalmente mediante cuotas obrero-patronales-estatales⁴²” Los trabajadores aprovechan las cuotas que ellos mismo brindan al sector, aumentando de esta manera la cantidad de personas que acuden a los servicios públicos.

Gráfico 20
Distribución porcentual de usuarios según atención en el sector privado
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 63% (n=240) de los encuestados reciben atención en el sector privado y el 37% (n=141) niegan recibir atención en el sector privado.

El 63% de los usuarios encuestados afirman recibir atención en el sector privado, porcentaje menor al que acude al sector público. Briceño menciona en su estudio del Gasto privado de salud en Centroamérica, que en Costa Rica las principales razones por las cuales el usuario asiste a este sector son por “la compra de medicamentos, uso de servicios cosméticos (principalmente de ortodoncia) y la proliferación de proveedores de salud privados que proveen una forma inmediata de atención que reduce el costo de oportunidad que representa la atención en el sector público⁴²”.

La mayoría de los servicios que brinda el sector privado son de índole preventiva o atención de problemas agudos, sin embargo, para los problemas de salud crónicos o que representa un

mayor gasto, el usuario prefiere el sector público. Lo anterior deja al sector privado como un comodín en caso de procesos lentos o de procedimientos o tratamientos ajustables a los ingresos del paciente, evidenciando de esta manera el porqué del 63% de usuarios que asisten a los centros de salud privados.

Cuadro 9

Tiempos de espera de los usuarios para procedimientos en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert
Cantón de Moravia
Enero-Marzo, 2017

	Sector Público	Sector Privado
Muy de acuerdo	35	121
Algo de acuerdo	73	74
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	68	24
Algo en desacuerdo	75	15
Muy en desacuerdo	88	5
No aplica	5	2
Total	344	241

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los tiempos de espera del sector privado es un tema polémico; según la escala de Likert 35 personas están muy de acuerdo con estos, 73 personas están algo de acuerdo, 68 personas no están ni en acuerdo ni en desacuerdo, 75 personas están algo en desacuerdo, 88 personas están muy en desacuerdo y para 5 personas esta acción no aplica en su vida cotidiana. Los usuarios del sector privado opinan lo siguiente: 121 personas están muy de acuerdo con los tiempos de espera, 74 personas están algo de acuerdo, 24 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 15 personas están algo en desacuerdo, 5 personas están muy en desacuerdo y 2 personas aseguran que esto no aplica en sus vidas diarias.

El sector público tiene mayor cantidad de personas en desacuerdo con la puesta en práctica de los tiempos de espera, con 88 personas y el sector privado tiene solo 5 personas en desacuerdo con este aspecto de la atención. El sector privado tiene 121 personas muy de

acuerdo con el cumplimiento del tiempo y solo 35 personas que reciben atención en el sector público están muy de acuerdo con este aspecto.

Los servicios privados tienen un mejor tiempo de atención que los centros públicos. Arce C., considera que “en presencia de precios las listas de espera desaparecen⁴³”, ya que los “tiempos de espera tienen su origen en la aplicación de la justicia social ⁴³“, de lo cual se obtiene un “efecto secundario indeseable de la equidad producido por mecanismos económicos⁴³”, como el precio y la cantidad, por tanto, ante la inexistencia de cobro en el sector público, las listas de personas en espera o los tiempos de atención durante la consulta aumentan.

Fernández X. y Robles A., mencionan que, ante situaciones de internamiento o enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial o la diabetes, la mayoría de los usuarios asisten al sector público, debido a los altos precios de medicamentos o constantes consultas, mientras que ante situaciones más estéticas, o consultas preventivas, el usuario prefiere los centros de salud privados³³.

Los centros de salud públicos tienen una mayor demanda de usuarios de la que pueden recibir, debido a la gran concentración de usuarios con enfermedades crónicas a nivel nacional que buscan los servicios públicos en estas situaciones. Lo anterior ocasiona el aumento de los tiempos de espera y el usuario percibe y recibe atención a plazos más largos de tiempo, justificando la insatisfacción en este aspecto de la atención.

Cuadro 10
 Trato amable por parte del personal de salud en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo, 2017

	Sector Público	Sector Privado
Muy de acuerdo	91	156
Algo de acuerdo	102	63
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	75	9
Algo en desacuerdo	58	6
Muy en desacuerdo	13	4
No aplica	5	3
Total	344	241

Fuente: Elaboración propia, 2017.

El trato amable por parte del personal de salud es un aspecto importante en la atención, en el sector público, 91 personas están muy de acuerdo con que los centros de salud de este sector cumplen con esta acción, 102 personas están algo de acuerdo, 75 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 58 personas están algo en desacuerdo, 13 personas están muy en desacuerdo y 5 personas mencionan que este aspecto no aplica en su vida diaria.

Los usuarios que asisten al sector privado afirman lo siguiente: 156 personas están muy de acuerdo con el trato amable que les brindan los profesionales durante la atención, 63 personas están algo de acuerdo, 9 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 6 personas están algo en desacuerdo, 4 personas están muy en desacuerdo y 3 personas mencionan que esto no aplica en sus vidas diarias.

La mayoría de las personas del sector público (102 personas), están algo de acuerdo con el buen trato durante la atención, pero en el sector privado la mayoría de las personas (156) mencionaron estar muy de acuerdo con este aspecto en los servicios que frecuentan.

Porra J. cree que el o la profesional de enfermería debe “garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios³⁹”, al igual que todos los profesionales de la salud e independientemente del sector que sea. La práctica de esta acción fomenta el derecho de los usuarios a un trato digno con respeto, consideración y amabilidad¹⁵.

Los datos anteriores reflejan que el buen trato es parte de ambos sectores, sin embargo, el sector privado brinda un mejor trato que el público. Los servicios privados tienen menor cantidad de pacientes, por ende, menos recarga de trabajo, lo cual genera un trato más personalizado y directo que en los sectores en donde la atención debe distribuirse entre más pacientes de la capacidad del personal.

Cuadro 11

Personal de salud indica a los usuarios el nombre, apellidos y cargo que desempeña, en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert
Cantón de Moravia
Enero-Marzo, 2017

	Sector Público	Sector Privado
Muy de acuerdo	33	110
Algo de acuerdo	41	54
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	75	32
Algo en desacuerdo	66	28
Muy en desacuerdo	125	15
No aplica	4	2
Total	344	241

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los usuarios tienen el derecho de conocer quién es la persona que los va a atender, por tanto, el personal que brinda el servicio debe presentarse formalmente con el usuario, mencionar su nombre, apellidos y cargo que desempeña en el centro de salud. Los encuestados que asisten al sector público aseguran lo siguiente: 33 están muy de acuerdo en que los usuarios sí brindan estos datos, 41 personas están algo de acuerdo, 75 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 66 personas están algo en desacuerdo, 125 personas están muy en desacuerdo y 4 personas mencionan que esta situación no aplica para la atención que reciben.

Los usuarios del sector privado afirman lo siguiente: 110 personas están muy de acuerdo con que el profesional que los atiende realiza esta acción, 54 están algo de acuerdo, 32 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 28 personas están algo en desacuerdo, 15 personas están muy en desacuerdo y solo 2 personas mencionan que esta acción no aplica para ellos.

La mayoría de los usuarios que asisten al sector público, 125 personas, están muy en desacuerdo con el cumplimiento del derecho a que el profesional que le brinda la atención se presente por medio del nombre, apellidos y cargo. Sin embargo, en el sector privado la mayoría de los usuarios , 110, están muy de acuerdo con el cumplimiento de este en los servicios que frecuentan. Por tanto, el sector privado brinda una mejor atención en lo que respecta a esta acción.

“La relación médico/paciente no solo está formada por el intercambio de instrucciones para el cuidado de la salud, sino que hay una serie de valores influyendo tanto en la evolución del paciente como en la calidad de los servicios brindados⁴⁴”, como lo es la confianza. Esta se logra a través, no solo de conocer al usuario, sino permitir que este también conozca al profesional que le brinda el servicio.

La confianza del usuario se consigue cuando el personal se enfoca en el principal factor de esta, la comunicación, “ya que establece las bases de la honestidad sobre las cuales se construye cualquier relación humana⁴⁴”. Sin embargo, a nivel público se confirma la poca importancia que se le muestra a este aspecto en la práctica de la atención al negar la posibilidad de fortalecer la relación con el paciente y la confianza necesarias para brindar una mejor atención al usuario, esto origina barreras en la comunicación y en la relación.

Cuadro 12
Escucha y claridad en las indicaciones por parte del personal de salud en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert
Cantón de Moravia
Enero-Marzo, 2017

	Sector Público	Sector Privado
Muy de acuerdo	83	150
Algo de acuerdo	95	62
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	82	15
Algo en desacuerdo	51	7
Muy en desacuerdo	29	4
No aplica	4	3
Total	344	241

Fuente: Elaboración propia, 2017.

El usuario tiene derecho a ser escuchado y que le brinden las indicaciones de forma clara, para así mejorar su estado de salud o prevenir ciertas afecciones. Los usuarios del sector público afirman lo siguiente: 83 usuarios están muy de acuerdo con que esto se cumple durante la atención, 95 personas están algo de acuerdo, 82 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 51 personas están algo en desacuerdo, 29 personas están muy en desacuerdo y 4 personas no creen que esta acción aplique en sus vidas cotidianas. Los usuarios del sector privado opinan lo siguiente: 150 personas están muy de acuerdo con la capacidad de escucha y que se les brinden las indicaciones de forma clara, 62 personas están algo de acuerdo, 15 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 7 personas están algo en desacuerdo, 4 personas están muy en desacuerdo y 3 personas no consideran que esto aplique en el servicio que reciben.

El sector privado tiene mayor capacidad de escucha y de brindar indicaciones con un lenguaje claro y sencillo. El sector público de igual forma tiene buenos resultados para este aspecto, sin embargo, la mayoría de usuarios están algo de acuerdo, en cambio en el sector privado la mayoría de usuarios están muy de acuerdo con el cumplimiento de esta.

La correcta comprensión del usuario depende de la forma en que los profesionales comunican las situaciones o indicaciones. Parra considera que el principal factor que media en este resultado son las “características de comunicación que se utilizan al momento de la atención, ya que hay aspectos tanto en las palabras como en las expresiones corporales que comunican más allá que lo dicho con la voz⁴⁴”. Las palabras, en algunas ocasiones, vienen acompañadas de gestos o acciones que comunican desinterés, enojo, pereza u otras actitudes, y ocasionan que el mensaje no sea captado de la mejor forma. Lo anterior provoca que el usuario no comprenda el mensaje y hasta sienta temor a preguntar, por las malas actitudes transmitidas en este.

El sector privado tiene un mejor nivel de claridad en las indicaciones que el público, y esto se debe a que en el sector público la atención es más individualizada, es decir es centrada en el usuario y en sus propias características. Además, brinda las indicaciones en un ambiente favorable para la buena comunicación.

Los servicios del sector privado tienen en cuenta que:

“La información no es una mera transmisión de contenidos, datos o indicaciones, constituye la esencia de la relación entre las personas y promueve un factor primordial de la atención sanitaria que es la relación de comunicación y ayuda con el paciente, a través de la cual se transmiten principios, valores,

creencias y emociones, como escucha, empatía, generosidad, seguridad, calma, cercanía, confianza⁴⁵”

El mejor nivel de satisfacción se consigue cuando el profesional supera las expectativas de la atención, lo cual genera mayor confianza para este aspecto en el nivel privado.

Pender menciona el concepto de “influencias situacionales”, las cuales son las percepciones personales de la situación que facilita o impide una conducta²⁹. El usuario percibe, como lo demuestra el cuadro, que los profesionales sanitarios sí respetan su derecho a ser escuchado, independientemente del sector, cuando comenten sus problemas de salud y preocupaciones o alguna de las dos.

Lo anterior puede ser un condicionante para que los usuarios respeten y ejecuten su deber al brindar la información completa sobre su historial de salud, y establezcan un efecto recíproco de la comunicación.

Cuadro 13
 Cumplimiento del consentimiento informado en el sector público y el sector privado,
 de acuerdo con la escala de Likert
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo, 2017

	Sector Público	Sector Privado
Muy de acuerdo	72	105
Algo de acuerdo	58	53
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	72	34
Algo en desacuerdo	50	14
Muy en desacuerdo	86	26
No aplica	6	9
Total	344	241

Fuente: Elaboración propia, 2017.

El consentimiento informado debe ser entendido y firmado por todos los usuarios a los que se va a intervenir en un procedimiento médico, en algunas ocasiones si el usuario no está consciente, tiene derecho a que un representante legal decida por él.

La población encuestada afirma que en el sector público: 72 personas están muy de acuerdo con que esta acción se cumple, 58 personas están algo de acuerdo, 72 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 50 personas están algo en desacuerdo, 86 personas están muy en desacuerdo y 6 personas mencionan que esto no aplica para ellos.

Los usuarios del sector privado mencionan lo siguiente: 105 personas están muy de acuerdo con el cumplimiento de esta acción, 53 personas están algo de acuerdo, 34 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 14 personas están algo en desacuerdo, 26 personas están muy

en desacuerdo y 9 personas mencionan que esta acción no aplica en los servicios a los que acuden.

La mayoría de personas que asisten al sector público (81) están muy en desacuerdo con la puesta en práctica de este derecho, ya que se aplica el mínimo de las veces o en algunas ocasiones no se aplica. Sin embargo, en el sector privado 105 personas (la mayoría), están muy de acuerdo con la puesta en práctica de este derecho.

El usuario que se encuentra inconsciente tiene derecho a un representante legal que tome las decisiones conforme a su salud, sin embargo, en la mayoría de los casos, los representantes de los usuarios no se encuentran cerca y se deben tomar decisiones para proteger la vida del paciente, por tanto, los médicos o profesionales deciden, aplica el principio de beneficencia, el cual se define como “buscar el bien del paciente en términos terapéuticos³⁹”.

Sánchez afirma que los representantes de los usuarios del sector público, tienen menor acceso a las instalaciones, por tanto, hay mayor dificultad de encontrarlos para tomar las decisiones de forma oportuna, en cambio en el sector privado, el paciente generalmente siempre está acompañado por uno o más familiares que en su defecto pueden ser los representantes del mismo, por lo que la autorización por parte de estos es más sencilla⁴⁶.

Cuadro 14

Permiso de negación a un procedimiento o tratamiento en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert
Cantón de Moravia
Enero-Marzo, 2017

	Sector Público	Sector Privado
Muy de acuerdo	81	96
Algo de acuerdo	50	37
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	130	59
Algo en desacuerdo	18	9
Muy en desacuerdo	46	22
No aplica	19	18
Total	344	241

Fuente: Elaboración propia, 2017.

El presente cuadro muestra la opción de las personas con respecto a la puesta en práctica del derecho a negarse ante un procedimiento o tratamiento. Los pacientes que asisten al sector público mencionan lo siguiente: 81 personas manifiestan estar muy de acuerdo con la aplicación de este derecho, 50 personas están algo de acuerdo, 130 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 18 usuarios están algo en desacuerdo, 46 personas están muy en desacuerdo y 19 personas mencionan que este no aplica en su experiencia en este sector.

Los usuarios que asisten al sector privado afirman lo siguiente: 96 personas están muy de acuerdo con la puesta en práctica de este derecho, 37 usuarios están algo de acuerdo, 59 usuarios no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 9 personas están algo en desacuerdo, 22 personas están muy en desacuerdo y 18 usuarios afirman que este derecho no aplica para su experiencia.

El cuadro anterior evidencia que 130 personas del sector público no están ni de acuerdo ni en desacuerdo con la opinión de si los servicios a los que asisten ejercen este derecho, sin embargo, en el sector privado la mayoría de las personas (96), están muy de acuerdo con la puesta en práctica de este derecho.

El derecho a negar un procedimiento o tratamiento está relacionado con el principio de bioética de autonomía del paciente, en el cual se describe claramente el derecho de este a tomar las decisiones por su salud ³⁹. Lo anterior puede ser omitido en casos donde la salud de terceras personas está comprometida, como en el caso de las enfermedades transmisibles en donde el profesional debe intervenir para evitar la propagación de la enfermedad.

Los datos obtenidos afirman que tanto el presente derecho como la autonomía del paciente se toman en cuenta en ambos sectores de la salud, lo que beneficia a los usuarios y les brinda mayor confianza para la atención. Los dos sectores fomentan en los y los usuarios(as) el autocuidado necesario.

Cuadro 15
Confidencialidad del caso en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert
Cantón de Moravia
Enero-Marzo, 2017

	Sector Público	Sector Privado
Muy de acuerdo	149	153
Algo de acuerdo	84	43
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	91	31
Algo en desacuerdo	8	2
Muy en desacuerdo	7	4
No aplica	5	8
Total	344	241

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los usuarios que asisten al sector público afirman lo siguiente: 149 están muy de acuerdo con la confidencialidad de sus casos, 84 están algo de acuerdo, 91 no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 8 están algo en desacuerdo, 7 están muy en desacuerdo y 5 usuarios afirman que este aspecto no aplica en sus experiencias.

Los usuarios que asisten al sector privado afirman lo siguiente: 153 personas están muy de acuerdo con la confidencialidad de sus casos, 43 están algo de acuerdo, 31 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2 están algo en desacuerdo, 4 están muy en desacuerdo y 8 personas afirman que esto no aplica en sus experiencias.

La mayoría de las personas indicaron que tanto el sector público como privado resguardan la confidencialidad de los casos, por lo que están muy de acuerdo con la puesta en práctica de

este. El cumplimiento de este es un aspecto positivo de la atención de salud en el país, ya que independientemente del sector al que se asiste, los usuarios tienen la confianza necesaria para tener una mejor comunicación con los profesionales.

Rodríguez afirma que cuando el usuario tiene una mala experiencia con la confidencialidad del caso, su reacción es comentar la situación con personas cercanas, las cuales a su vez transmiten el mensaje a otras personas. Una de las consecuencias es que el individuo evite asistir al centro médico o ser atendido por ese profesional en específico y genere barreras en la atención y confianza con el gremio⁴⁷.

Cuadro 16

Acceso al expediente clínico y sacar una copia de este en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo, 2017

	Sector Público	Sector Privado
Muy de acuerdo	80	104
Algo de acuerdo	49	36
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	108	67
Algo en desacuerdo	28	12
Muy en desacuerdo	68	10
No aplica	11	12
Total	344	241

Fuente: Elaboración propia, 2017.

El cuadro anterior muestra que con respecto a la atención en el sector público, 80 personas están muy de acuerdo con el cumplimiento del derecho a tener una copia de su expediente, 49 personas están algo de acuerdo, 108 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 28 personas están algo en desacuerdo, 68 personas están muy en desacuerdo y 11 personas mencionan que este caso no se aplica a sus experiencias en el sector.

Los usuarios del sector privado afirman lo siguiente: 104 personas están muy de acuerdo con que se respeta este derecho en la atención, 36 personas están algo de acuerdo, 67 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 12 personas están algo de acuerdo, 10 personas están muy en desacuerdo y 12 personas mencionan que esta acción no aplica para su experiencia en este sector.

La acción anterior se cumple de mejor forma en el sector privado, ya que la mayoría de los usuarios mencionan estar muy satisfechos con el cumplimiento de esta, sin embargo, en el sector público a la muestra en estudio le es indiferente, ya que no siempre piden o necesitan la copia del expediente clínico, por tanto, este aspecto no es de gran importancia para todos los pacientes.

El usuario tiene derecho al acceso de su información de salud y respeta de esta manera el derecho a la vida privada y a la salud. El no entregar la copia del expediente clínico, violenta el derecho a la libertad individual y a la libertad de decidir sobre su cuerpo y salud. Los derechos anteriores son derechos humanos⁴⁸.

Cuadro 17

Atención en un lugar limpio, seguro y cómodo en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert
Cantón de Moravia
Enero-Marzo, 2017

	Sector Público	Sector Privado
Muy de acuerdo	137	187
Algo de acuerdo	92	34
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	59	8
Algo en desacuerdo	41	5
Muy en desacuerdo	11	1
No aplica	4	6
Total	344	241

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los encuestados que asisten al sector público afirman lo siguiente con respecto al cumplimiento del derecho a recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo: 137 están muy de acuerdo, 92 personas están algo de acuerdo, 59 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 41 usuarios están algo en desacuerdo, 11 están muy en desacuerdo y 4 personas mencionan que este aspecto no es parte de sus experiencias en los servicios públicos.

Los usuarios que asisten al sector privado, opinan lo siguiente de este mismo aspecto: 187 están muy de acuerdo, 34 personas están algo de acuerdo, 8 usuarios no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5 personas están algo en desacuerdo, 1 persona está muy en desacuerdo y 6 personas consideran que este aspecto no aplica en su vivencia en la atención privada.

La atención de salud en un entorno limpio, cómodo y seguro le da mayor confianza y satisfacción al cliente y mejora su perspectiva sobre la atención. Nola Pender menciona que

este aspecto influye en las conductas promotoras de la salud al aumentar la motivación para asistir a los centros de salud.

La mayoría de los encuestados del sector público (137 usuarios) y privado (187 usuarios), están muy de acuerdo con que los servicios de salud, que frecuentan, cumplen con un ambiente de atención cómodo, limpio y seguro.

Cabarcas menciona que el personal de salud debe estar atento ante las circunstancias del entorno, tomando en cuentas las condiciones de estructura y procesos que minimicen los posibles riesgos durante la atención³⁸, de esta manera logran una atención de calidad.

Pender menciona el concepto de “influencias situacionales”, en la cual se toman en cuenta ciertos aspectos del entorno, entre ellos los rasgos estéticos, para el desarrollo de conductas promotoras²⁹.

Los rasgos estéticos influyen en las decisiones sobre la salud del individuo, como por ejemplo el aumento o disminución del “compromiso o la participación en la conducta promotora de salud”²⁹. Los usuarios de Moravia están dispuestos y motivados a asistir a los centros de salud, tomando en cuenta su opinión sobre el ambiente en el cual se desarrolla la atención.

Cuadro 18

Permiso de llevar sus objetos personales durante un internamiento en el sector público y el sector privado, de acuerdo con la escala de Likert
Cantón de Moravia
Enero-Marzo, 2017

	Sector Público	Sector Privado
Muy de acuerdo	143	162
Algo de acuerdo	74	37
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	82	24
Algo en desacuerdo	23	4
Muy en desacuerdo	12	4
No aplica	10	10
Total	344	241

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los encuestados, que mencionan recibir atención en el sector público, opinan lo siguiente con respecto al cumplimiento del permiso para llevar las pertenencias durante el internamiento: 143 están muy de acuerdo, 74 están algo de acuerdo, 82 no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 23 están algo en desacuerdo y 12 están muy en desacuerdo. Los usuarios que afirman recibir atención en el sector privado opinan lo siguiente: 162 están muy de acuerdo, 37 personas están algo de acuerdo, 24 personas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 están algo en desacuerdo, otras 4 están muy en desacuerdo y 10 personas mencionan que esto no aplica en su experiencia.

Las mayorías de personas que asisten al sector público y el privado, 143 personas y 162 personas, respectivamente, mencionan estar muy de acuerdo con la aplicación del derecho a llevar sus pertenencias durante los internamientos.

La Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, España considera este derecho como un acto de humanización, debido a que durante el proceso de hospitalización el usuario “se ve alejado, durante un período de tiempo variable, muchas veces incierto, de su entorno, de sus seres queridos, de sus rutinas de ocio y de trabajo⁴⁵”, lo cual le genera ansiedad, inseguridad, depresión y otras alteraciones. La tenencia de los objetos personales le brinda al usuario mayor seguridad y confianza⁴⁵.

Cuadro 19
Elaboración de lista de familiares con prioridad de visitas en el sector privado
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017

	Frecuencia de Respuesta
Muy de acuerdo	162
Algo de acuerdo	37
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	24
Algo en desacuerdo	4
Muy en desacuerdo	4
No aplica	10
Total	241

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los usuarios tienen derecho a realizar una lista de personas que tienen prioridad de visita cuando están internados. El derecho anterior solo aplica para el sector privado. Los pacientes que reciben atención en este sector opinan lo siguiente: 162 están muy de acuerdo en que este derecho se cumple, 37 están algo de acuerdo, 24 usuarios no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 están algo de desacuerdo, 4 están muy en desacuerdo y 10 personas mencionan que este aspecto no aplica en su experiencia.

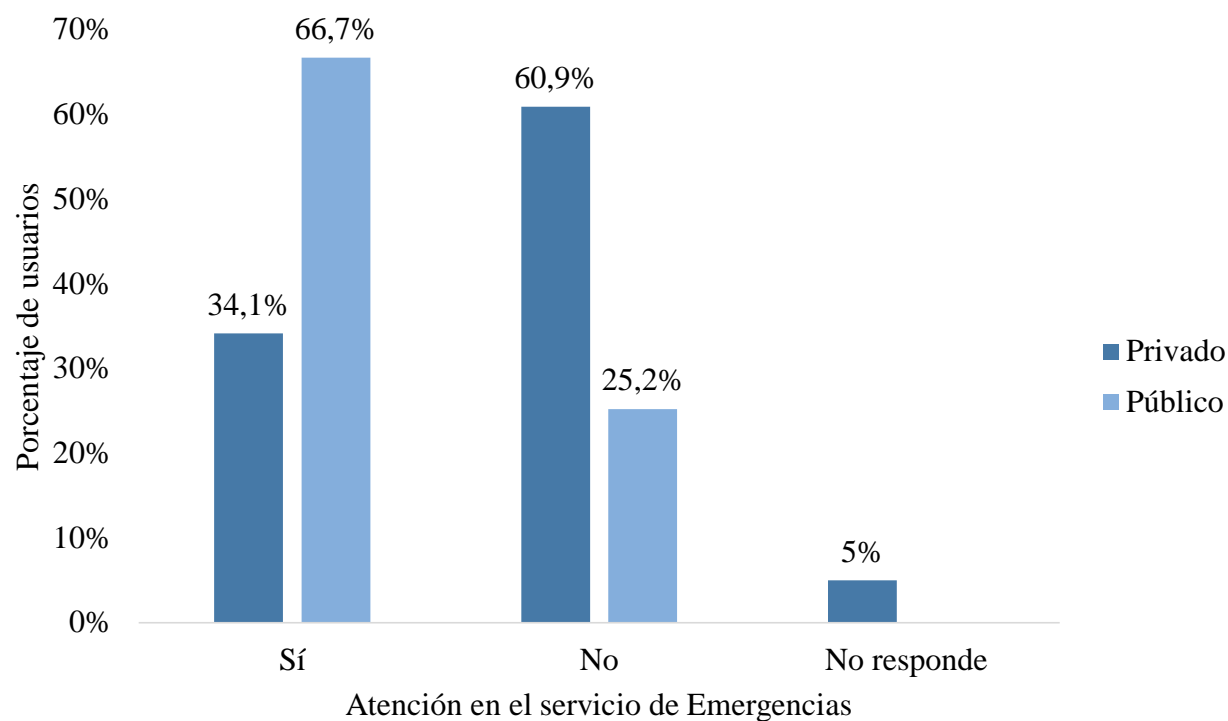
Los hospitales públicos solo permiten un familiar por turno y únicamente en un horario específico. Sin embargo, en el sector privado el usuario puede estar acompañado las 24 horas del día y se permiten mayor cantidad de personas en la habitación, sin importar el horario. El usuario debe realizar una lista de personas que tienen prioridad de visita.

Los resultados anteriores demuestran que la mayoría de los usuarios están muy de acuerdo con el cumplimiento de esto. Zomeño afirma que la visita de familiares o de personas cercanas beneficia la salud del usuario, ya que las redes de apoyo generan mayor confianza⁴⁹. La actitud del usuario hacia el proceso de la enfermedad y la recuperación es más sencilla cuando cuenta con este apoyo.

Los profesionales deben permitir el ingreso de los familiares y darle prioridad a los miembros que son de mayor importancia para el paciente. Zomeño menciona que en la familia siempre existe un cuidador principal, el cual es el que permanece por más tiempo junto al paciente, es atento, está pendiente de sus necesidades y al cual la familia, y el mismo paciente, le tienen mayor confianza⁴⁹. El cuidador principal deber ser el primero de la lista de prioridades en la visita.

Gráfico 21

Distribución porcentual de usuario, según atención en el servicio de emergencias en el sector público y privado
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 66,7% (n=254) de los encuestados afirman recibir atención en el servicio de emergencias del sector público y el 25,2% (n=96) niegan recibir atención en este sector. Y con respecto al sector privado el 60,9% (n=232) niegan recibir atención en el servicio de emergencias, el 34,1% (n=130) afirma recibir atención en este servicio y el 5% (n=19) no responde.

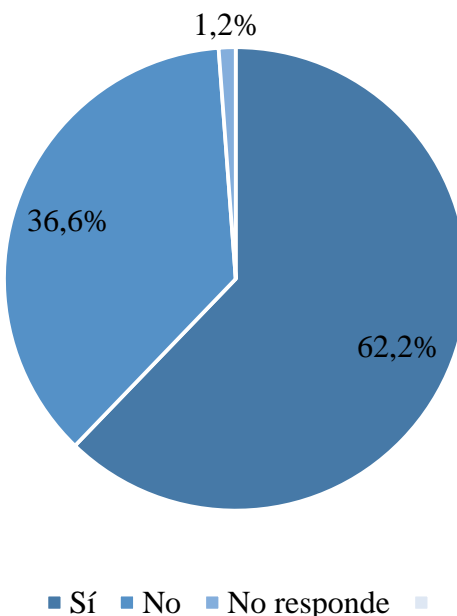
La Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria afirma que la mayoría de los usuarios prefieren el sector público para la atención de situaciones de emergencias o urgencias hospitalarias, ya que consideran que el sistema público de salud constituye el nivel asistencial más habitual para la atención⁴⁵.

Los usuarios prefieren ante una emergencia asistir al centro público, ya que al ser incierto su diagnóstico, se desconocen los costos de tratamientos y procedimientos diagnósticos, además en algunos casos existe la posibilidad de internamiento, donde el gasto sería mayor.

Los tiempos de espera del sector son más largos por la alta demanda. Además, el orden de atención depende de la clasificación del estado de salud del usuario, es decir no hay un orden según llegada al centro de salud, sino que se debe valorar primero el estado del usuario y conforme a este se decide quiénes tienen prioridad en la atención, según el riesgo que represente la emergencia para su vida.

El paciente que no está en las posibilidades económicas de pagar por todos los gastos que representa la atención en emergencias del sector privado, prefiere acudir al sector público, como lo comprueban los datos anteriores en los usuarios del cantón de Moravia.

Gráfico 22
 Distribución porcentual de usuarios que recibieron atención oportuna en el servicio de emergencias del sector público
 Cantón de Moravia
 Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

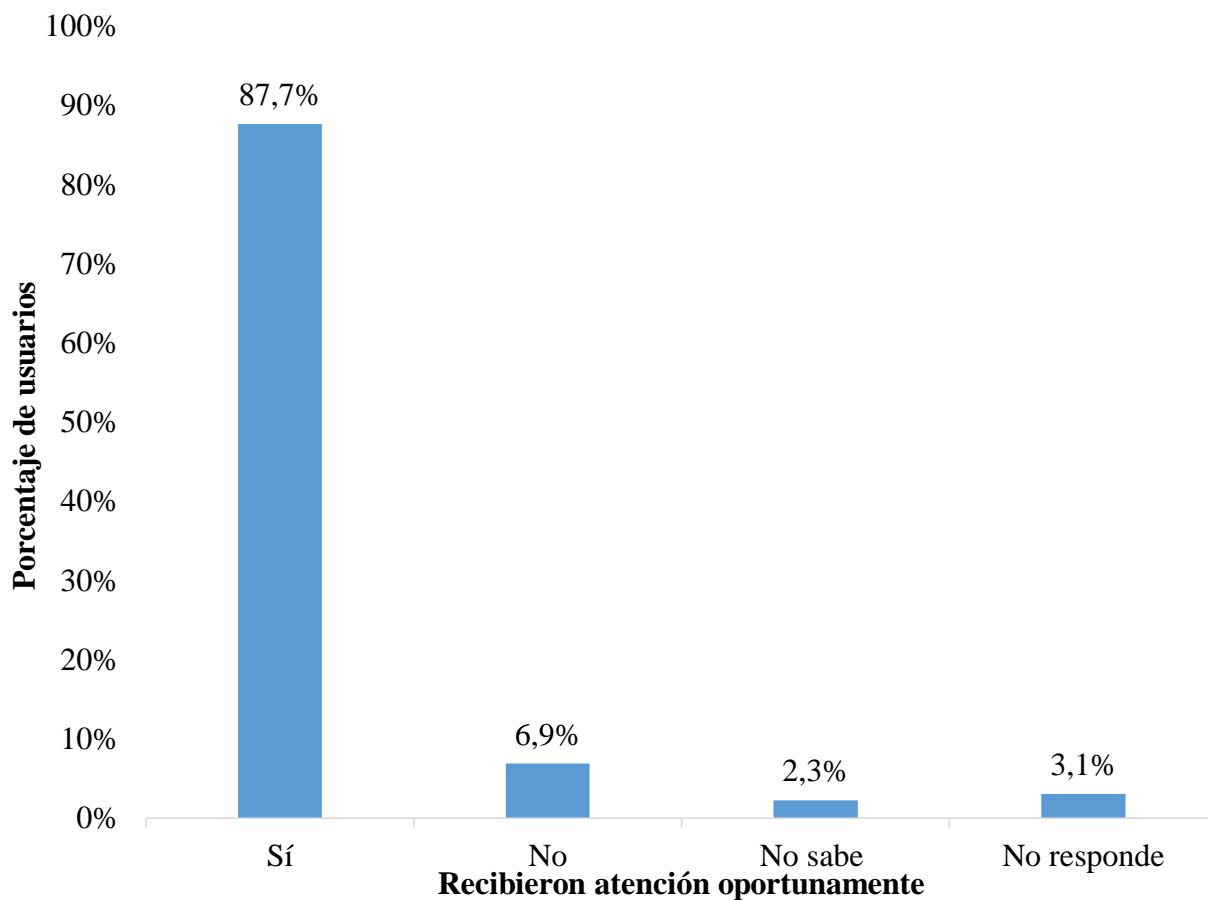
El 62,2% (n=158) que recibe atención en el servicio de emergencia del sector público afirma que se da en un tiempo prudente con su estado de salud, el 36,6% (n=93) niega recibir la atención en un tiempo prudente según su condición y el 1,2% (n=3) no responde.

Los usuarios que mencionan no recibir atención en un tiempo prudente, deben tomar en cuenta que las salas de emergencia de este sector son las más utilizadas, por tanto la cantidad de usuarios(as) que asisten, es mayor a la capacidad del personal, por lo que la atención es más lenta. Burgos, García y Mayorga mencionan que la prioridad a eventos verdaderamente críticos es de gran importancia en el servicio⁵⁰, por lo que se comprende que el “flujo de acceso a estos servicios no sea controlable por la organización, pues depende en última

instancia de percepciones subjetivas de los y las usuarios(as) o de las personas cercanas a ellos⁴⁵”.

Gráfico 23

Distribución porcentual de usuarios que recibieron atención de forma oportuna en el servicio de emergencias del sector privado
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

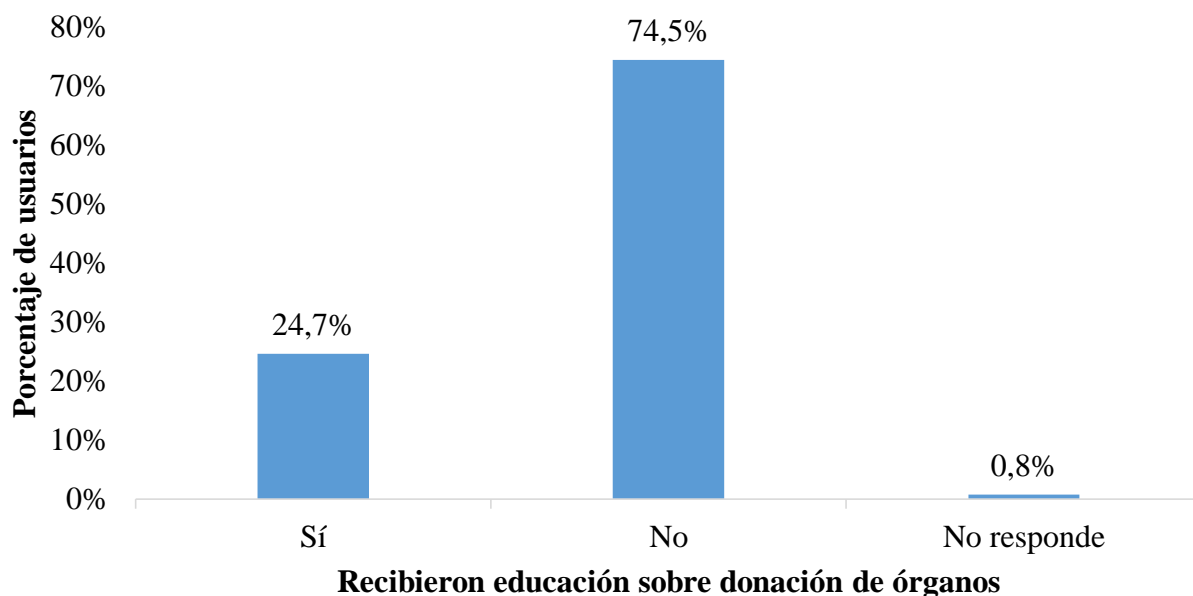
El 87,7% (n=114) de los usuarios que reciben atención en el servicio de emergencias del sector privado, afirman que la atención se da en un tiempo adecuado según su condición, el 6,9% (n=9) menciona que el servicio no se da a tiempo, el 2,3% (n=3) menciona que no saben y el 3,1% (n=4) no responde.

La mayoría de los usuarios mencionan que, al consultar en los servicios de emergencias del sector privado, la atención se dio en un tiempo oportuno según la situación de salud. Zurita

y Ramírez mencionan que esto se debe a que en los sistemas privados la infraestructura, el número de camas, cantidad de usuarios que son atendidos y relación de cantidad de médicos por paciente, mejora las lista y los tiempos de espera, esto ocasiona una atención más rápida⁵¹.

Gráfico 24

Distribución porcentual de usuarios que han recibido educación sobre la donación de órganos y su derecho de aceptar o negar la donación
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

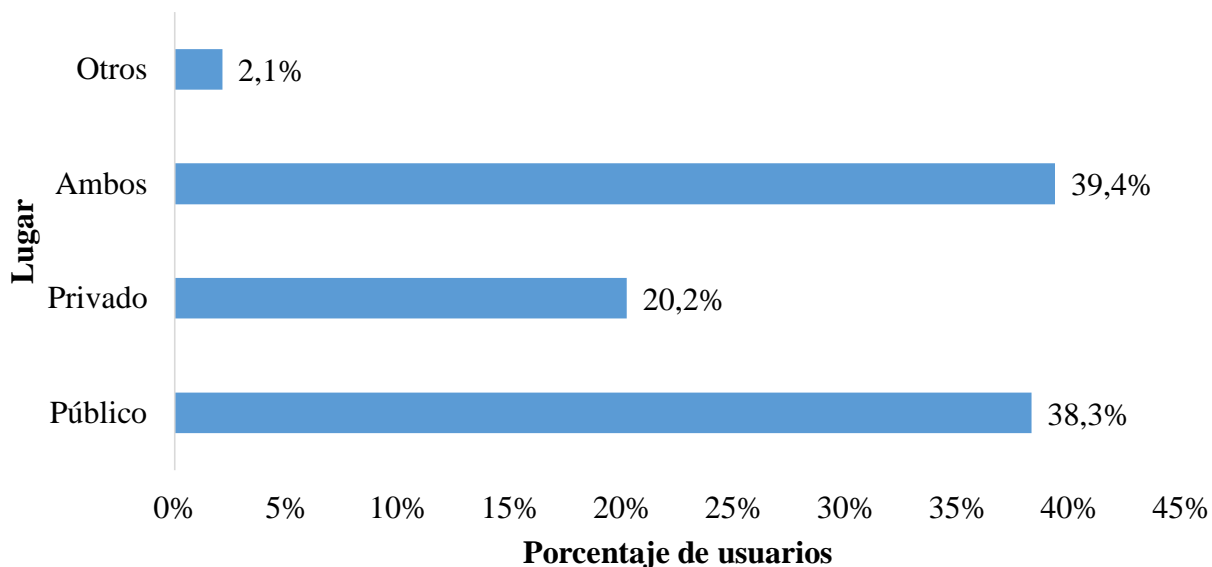
El 24,7% (n=94) de los usuarios reciben educación sobre la donación de órganos, incluyendo el derecho que tienen de aceptar o negar la donación, el 74,5% (n=284) niega recibir este tipo de educación y el 0,8% (n=3) no responde.

La información sobre la donación de órganos es de suma importancia, ya que es un tema del cual las personas tienen muchas dudas y temores, debido a los frecuentes delitos de la trata de personas. El temor que genera lo anterior, ocasiona que los usuarios no quieran ser donadores. Las buenas campañas de educación que promueven donar son métodos para aumentar la cantidad de donadores, mayormente cuando se destaca el carácter voluntario de esta.

El Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, es el encargado de organizar y desarrollar acciones de información y educación de la población en materia de donación de órganos y tejidos⁵², esto en los diferentes sectores de la salud. Sin embargo, solo el 26,67% de los vecinos de Moravia reciben la información sobre donación de órganos, por tanto, es un aspecto deficiente en la educación del sector.

Gráfico 25

Distribución porcentual de usuarios según lugar donde les brindaron la educación sobre la donación de órganos
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



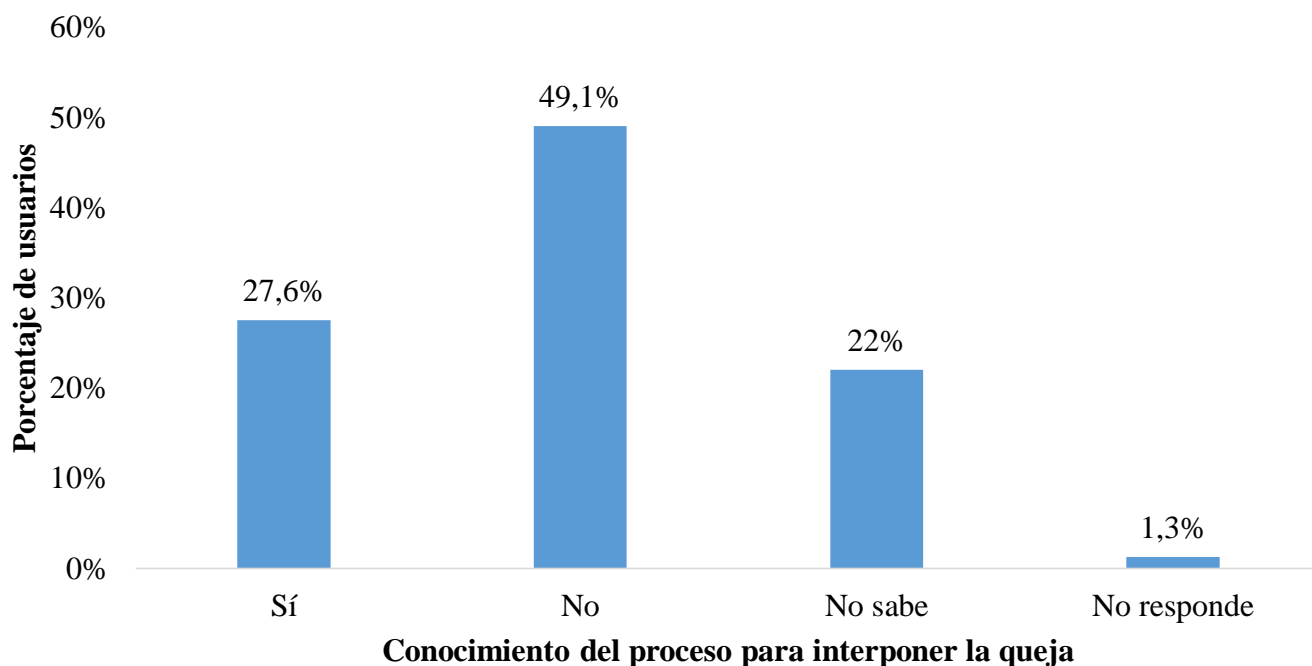
Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 39,4% (n=37) de los usuarios que reciben educación sobre la donación de órganos, afirma que la información proviene tanto del sector público como privado, el 20,2% (n=19) la recibe solo del sector privado, el 38,3% (n=36) la recibe solo del sector público y el 2,1% (n=2) la recibe en otros lugares, como, por ejemplo: en instituciones públicas o por investigación propia.

La mayoría de los usuarios reciben la educación en ambos sectores, esto demuestra que los esfuerzos del Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, al capacitar al personal de salud en el tema de donación de órganos⁵², es el adecuado, sin embargo, se requiere trabajar en el aumento del alcance de la información a más usuarios.

Gráfico 26

Distribución porcentual de usuarios según conocimiento del procedimiento para interponer una queja por mala atención del personal de salud
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 27,6% (n=105) de los encuestados conocen el proceso para interponer la denuncia en caso de una mala atención por parte del personal de salud, el 49,1% (n=187) no conoce el proceso, el 22% (n=84) no sabe si conocen el proceso y el 1,3% (n=5) no responde.

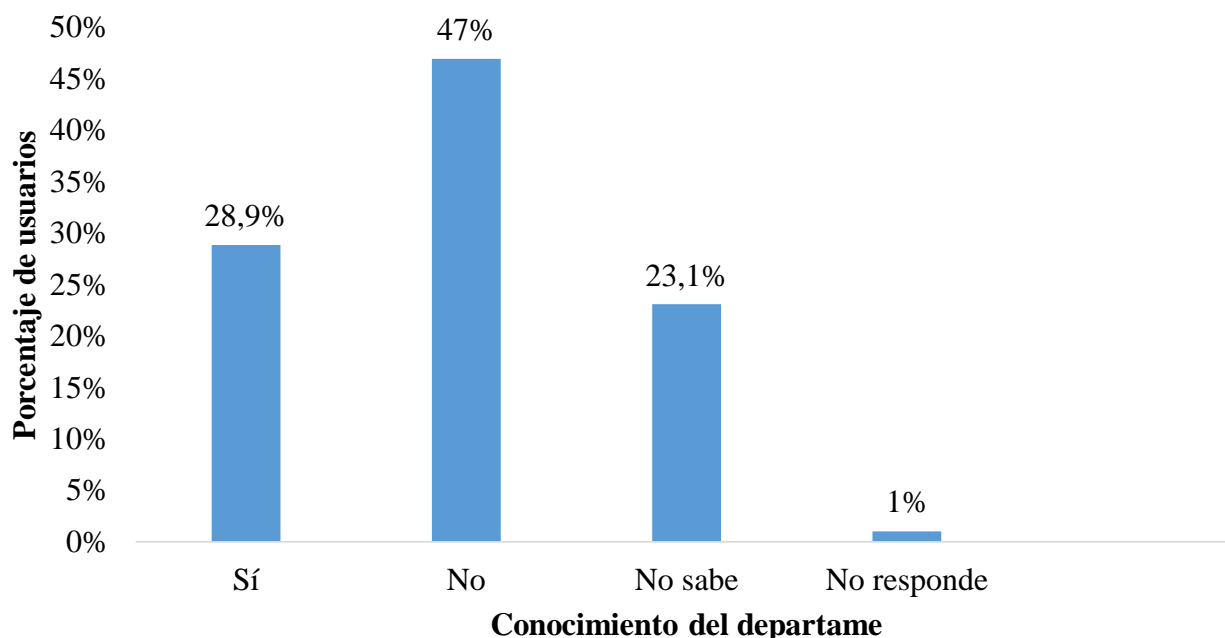
La denuncia por violación de los derechos de los usuarios se debe realizar 5 días hábiles desde el incidente, debe ser de forma verbal o escrita y debe tener toda la información necesaria para identificar al ofensor y para determinar la situación. Los datos anteriores permiten realizar la investigación y posteriormente se da la resolución¹⁵. El trámite es sencillo, sin embargo, el 49,1% de los usuarios no conoce el proceso para interponer la

denuncia o queja en caso de algún problema con la atención en los servicios de salud y el 22% no está segura de conocerlo.

Las instituciones utilizan las quejas y denuncias como medios para “identificar los cambios necesarios y para evitar la recurrencia del problema⁵³”. El desconocimiento de los usuarios sobre el proceso para interponer las denuncias o quejas impide que la institución conozca la situación y obstaculiza la mejora del servicio. Lo anterior produce que más usuarios sean afectados por las mismas situaciones; por tanto, además de ser un derecho, esta acción debe considerarse como un acto de solidaridad hacia los demás usuarios.

Gráfico 27

Distribución porcentual de usuarios que conocen el departamento ante el cual se debe interponer la denuncia por incumplimiento de derechos
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 28,9% (n=110) de los usuarios conoce el departamento ante el cual se interpone la denuncia, el 47% (n=179) no conoce el departamento, el 23,1% (n=88) no sabe si conoce o no el departamento y el 1% (n=4) no responde.

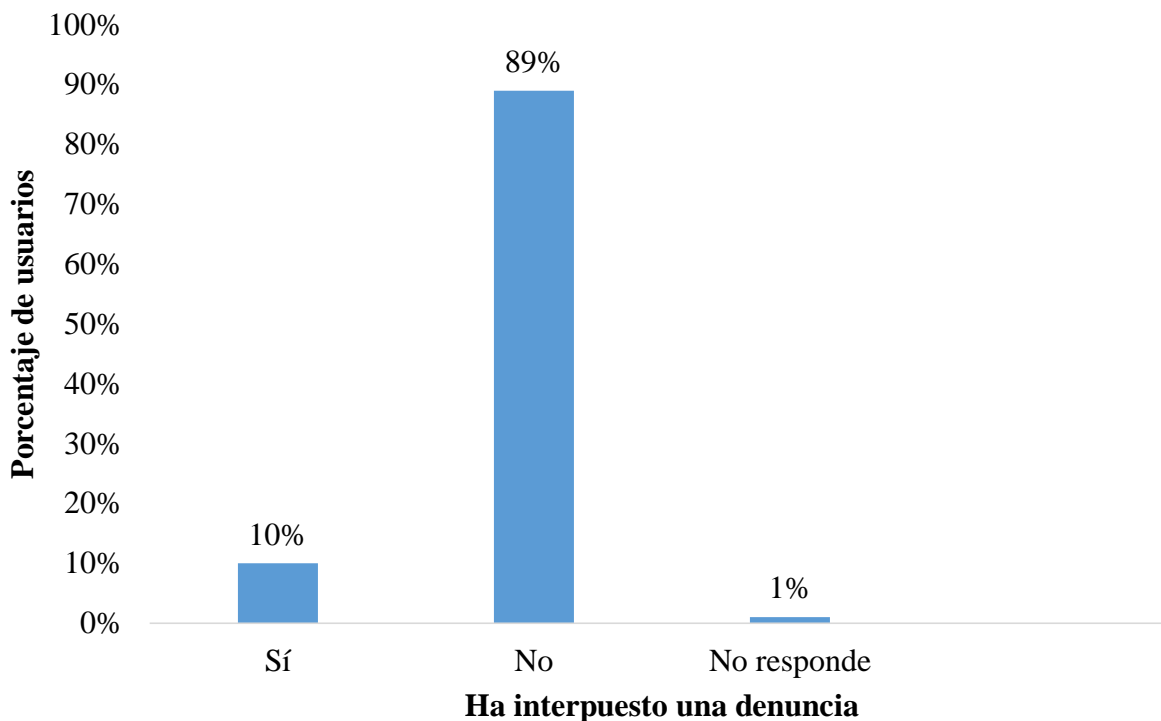
La Contraloría de Servicios de Salud es el ente que recibe las quejas sobre problemas con los derechos del paciente¹⁵, sin embargo, solo un 28,87% de los usuarios conocen este ente. La situación es preocupante ya que usuarios no conocen a la institución que los respalda cuando se violenta un derecho.

El desconocimiento de este dato se debe a la poca información que los usuarios reciben de la ley. La problemática planteada es responsabilidad de la Auditoría General de Servicios, ente

encargado de la educación sobre la ley¹⁵. La Contraloría de Servicios de las instituciones debe ponerse a disposición de los usuarios, y educarlos sobre los procesos de quejas, denuncias o insatisfacción con los servicios prestados.

Los demás servicios del centro de salud deben estar informados sobre las funciones de la Contraloría de Servicios de Salud, para que cuando el usuario consulte sobre alguna situación de violación de derechos o quejas, estos pueden responder de forma oportuna.

Gráfico 28
Distribución porcentual de usuarios que han interpuesto una denuncia
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

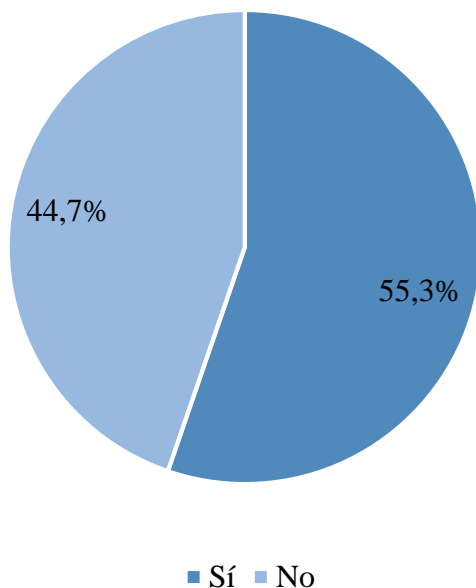
El 10% (n=38) de los usuarios encuestados ha hecho una demanda por mal trato del personal de salud, el 89% (n=339) no lo ha hecho y el 1% (n=4) no responde.

Vítolo afirma que los pacientes tienen derecho a quejarse cuando están insatisfechos con la atención recibida⁵³. Según los datos anteriores solo el 10% de la población ha interpuesto una denuncia o queja por un mal servicio. La mayoría de las “quejas sobre la atención médica se originan en problemas de comunicación⁵³”, mayormente por el estrés que representa la enfermedad, la hospitalización o tener a seres queridos en estas circunstancias⁵³. La escucha activa y las indicaciones claras por parte del profesional son de gran importancia para disminuir estas situaciones.

Vítolo considera que las quejas o denuncias no son una amenaza para las instituciones, sino son herramientas para mejorar los servicios que se prestan, mejorando la calidad de la atención⁵³. Sin embargo, un bajo porcentaje de la población está dispuesta a interponer las quejas o denuncias. Lo anterior se afirma con base en que el 88,8% de la muestra no ha interpuesto una queja o denuncia. El autor afirma que las principales razones de esto son el temor del usuario a represalias por parte de los profesionales o por desconocimiento del proceso para realizar la queja⁵³.

Gráfico 29

Distribución porcentual de usuarios según satisfacción con la resolución de la queja o denuncia interpuesta
Cantón de Moravia
Enero-Marzo 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017.

44,7% (n=17) que ha interpuesto una queja no está satisfecho con la resolución de esta y el 55,3% (n=21) sí está satisfecho.

Vítolo afirma que el manejo rápido y oportuno de las quejas beneficia directamente a la institución, ya que reduce la posibilidad de litigios y ahorra los costos que derivan de eventos adversos o demandas. Sin embargo, cuando los usuarios no están satisfechos con las resoluciones, se generan problemas en la evolución del usuario⁵³. En el caso del cantón de Moravia, solo el 44,7% se sentían conformes o satisfechos con la resolución de su queja.

Según lo anterior se puede afirmar que más de la mitad de los usuarios encuestados (55,3%) que interpusieron demandas están inconformes con su resolución, lo cual puede ocasionar

que el usuario no asista al centro médico o asista a otro, barreras en la confianza con la institución de salud a la que acude, malas referencias a terceros, interferencias para creación del vínculo de fidelidad hacia el centro y otras⁵³. También afecta la salud del usuario, ocasionando que este deje su tratamiento o no acuda a citas de control.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La investigación concluye que el conocimiento de la ley 8239 es inadecuado en los usuarios encuestados. El desconocimiento influye en el cumplimiento de la ley durante la atención en los centros de salud. Esto pone en riesgo la defensa de los derechos del usuario e impide que este adquiera una actitud responsable con respecto a sus deberes, además en algunas ocasiones omite sus deberes, entorpeciendo el correcto desarrollo del cuidado profesional.

El estudio demuestra que los profesionales de la salud incumplen con los derechos de los usuarios durante la atención, sin embargo son pocos los usuarios que actúan de manera correcta e interponen quejas o demandas, lo cual genera que las infracciones de los derechos se continúen dando.

Las principales características que se hallan en la muestra son: mayoría de usuarios entre los 18 a 31 años, universidad completa e ingresos mensuales mayores a los 950.000 colones, por lo cual se afirma que los niveles económicos promedio encuestados son medio altos y altos. La mayoría de usuarios presentan seguro de asalariados directos y con respecto a la atención de salud, el 46% utiliza el sector público y el 48% el privado, sin embargo en situaciones de emergencias, el 66,7% utiliza el sector público.

El conocimiento de la ley 8239 por parte de los usuarios que realizan la encuesta, es deficiente, ya que solo un 17,6% de la población afirma conocer la ley. La mayoría de los pacientes la conocen a través de la educación del personal de salud. El derecho más conocido es el de recibir un trato digno con respeto, consideración y amabilidad y el menos conocido es el de negarse a un procedimiento o tratamiento. El deber más conocido es el de cumplir

con las indicaciones brindadas por el personal de salud y el menos conocido es el de contribuir con el estado por medio del pago del seguro.

El cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios en los servicios de salud, es superior en el sector privado, ya que los encuestados afirman que en el sector público, aspectos como los tiempos de espera, consentimiento informado y otros, no se cumplen en la mayoría de las ocasiones, sin embargo con respecto al trato, el ambiente de atención e indicaciones, el personal si los cumple (“muy de acuerdo” y “algo de acuerdo” según la escala de Likert). Lo más preocupante con respecto al cumplimiento de la ley es la poca información que tienen los usuarios sobre la correcta formulación de quejas o demandas por violación a sus derechos, ya que solo el 27,6% conoce cómo realizar el proceso.

5.2 RECOMENDACIONES

Para las instituciones de Salud:

- ✓ Elaborar nuevas estrategias para educar a la población que asiste a los centros de Salud, públicos o privados, al tomar en cuenta aspectos como edades, número de personas que reciben la información, ambiente adecuado y otras características que beneficien al proceso de aprendizaje del usuario.
- ✓ Innovar en nuevos y diferentes métodos que utilicen medios interactivos, como las redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram y otras).
- ✓ Educar a los profesionales de salud sobre los beneficios para los pacientes y para ellos mismo, sobre la divulgación de la ley, fomentado de esta manera la puesta en práctica de las principales funciones y principios de los profesionales de la salud.
- ✓ Destacar las acciones que han sido eficientes con respecto a la divulgación de la ley y seguir incentivando su aplicación, buscando métodos de rescate de buenas acciones para replicarlas. Como, por ejemplo, observación, evaluación continua de los métodos utilizados, buzones de sugerencias u otros.
- ✓ Incrementar los recursos económicos y humanos utilizados por la Auditoría General de Servicios de Salud, para la divulgación de la ley para lograr aumentar el alcance de la información a cada uno de los centros de salud públicos y privados del país.
- ✓ Empoderar al usuario en la defensa de sus derechos como paciente, mediante medios accesibles a la población, como la televisión, periódicos, redes sociales, carteles, panfletos, información verbal de los profesionales de la salud y otros.

- ✓ Incentivar a la retroalimentación, mediante quejas o sugerencias para la mejora de la calidad de la atención, y aumentar la satisfacción del cliente con los servicios brindados y las actitudes promotoras de la Salud mencionadas por Pender.

Para los usuarios de los Servicios de Salud:

- ✓ Tener una actitud de escucha y estar anuentes a la educación brindada por los profesionales de la salud con respecto al contenido de la ley.
- ✓ Investigar sobre los derechos y deberes establecidos en la ley en los servicios de salud, para que puedan ejercer una correcta actitud promotora de salud.
- ✓ Seguir los deberes establecidos por la ley, ya que estos son en beneficio de su integridad y su salud y facilitan la atención que se presta en los centros.
- ✓ Investigar los procesos correctos para la formulación de las quejas o denuncias cuando sus derechos sean violentados, y definir claramente los canales disponibles para la resolución de conflictos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dellarole AS. Respecto de los derechos del paciente en la atención que brindan los enfermeros [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, España.2010
2. Erazo TM, Sepúlveda G y Rojas OP. Conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes en el SGSSS, hospital San José de Buga, 2011 [Tesis para optar por la especialidad de Administración de la Salud]. Universidad Católica de Manizales. Centro Regional Buga. 2012
3. Camargo FA, Parra DI, Rey R, Gómez WJ, et al. ¿Conocen los usuarios sus deberes y derechos? Una evaluación posterior a una intervención. Rev. Univ. Ind. Santander. 2011; 43 (1)
4. Gómez DM. Derechos del paciente y su relación con la atención de enfermería en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador.2015
5. Sánchez A. Los Testigos de Jehová y la negativa a la sangre, implicaciones jurídico-religiosas, su posición frente a las técnicas modernas de tratamiento médico sin sangre [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Costa Rica, San José.2003
6. Rodríguez A. El uso del Consentimiento Informado por parte de los Profesionales de Salud en la atención clínico asistencial. REVENF. 2012; 22(1)
7. Barrantes E y Sifontes M. El consentimiento informado en la contratación de actividades médicas en la relación médico/ médica- personas paciente [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 2016

8. Sampieri R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: McGraw Hill; 2010.
9. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Estados Unidos: OMS; c2016 [actualizado en el 2016; citado el 9 de octubre del 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/
10. CENDEISS. El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades [Internet]. Costa Rica; UCR; 2004. [citado el 16 de octubre del 2016]; Disponible desde: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>
11. OPS. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica [Internet]. Costa Rica; OPS/OMS; 2004. [citado el 16 de octubre del 2016]; Disponible desde: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf>
12. Segarra M y Bou J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista de economía y empresa. España; 2004-2005; 22 (52-53)
13. González Y e Frassati E. Gestión del Conocimiento en el área de Investigación de las universidades públicas. Caso Luz. REDHECS. 2010; 8 (1)
14. Constitución Política. (8 de setiembre de 1949)
15. Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de Salud Públicos y Privados. Ley 8239, La Gaceta n° 75, (13 de marzo del 2002).
16. Diccionario de la lengua española. 23ª edición. Madrid: Real Academia Española; 2014.
17. Reforma Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley9001, La Gaceta n°225, (31 de octubre del 2011)

18. D'empaire. Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioethica* 2010; 16(2).
19. Ugalde J y Valerio C. El derecho del paciente al uso correcto del expediente clínico. *Rev.Latinoam.Der.Méd. Medic. Leg.* 1998; 2(2)
20. Ley General de Salud. Ley 5395, La Gaceta nº 222, (24 de febrero de 1973).
21. Código Penal. Ley 4573, La Gaceta nº257, (15 de setiembre de 1970)
22. Dilla T, Valladares A, Lizán L, et al. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria.* 2009, 41(6), 342-348. Disponible desde <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001504>
23. Rodríguez A y Bustelo C. La compra de servicios de salud en Costa Rica [Internet]. Santiago, Chile: Naciones Unidas; 2008. [Citado el 1 de octubre del 2016]; Disponible desde: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5177/S08003_94_es.pdf;jsessionid=E889CBD179429A7E89E077A3C802CD35?sequence=1
24. PROINAPSA/WHO. Concepto de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar y la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud [Internet]. Bucaramanga, Colombia: Presentación Instituto de Programas Interdisciplinarios para la Atención Primaria y Organización Mundial de la Salud; 2007. [Citado l 15 de octubre del 2016]; Disponible desde: <https://www.google.com/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=que+significa+PROINAPSA>
25. Montero M y Cortez Z. Análisis del Grado de Satisfacción en la Atención y el Impacto en la Evolución de Paciente Post Operatorios, en el Servicio de Recuperación del Hospital

- Calderón Guardia, II Semestre, 2014 [Tesis de Maestría]. Universidad Santa Lucia. Costa Rica; 2014
26. Jara JC. Estudio de Satisfacción del usuario externo en los Servicios de Salud del Hospital Provincial General de Latacunga [Tesis para optar por Especialidad]. Universidad de las Americas;2016
27. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Estados Unidos: OMS; c2016 [actualizado en el 2016; citado el 17 de octubre del 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3412%3A2010-calidad-atencion-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=1557&lang=es
28. Aristizábal GP. El modelo de promocióne la Salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. Univ [Internet]. 2011 [citado el 20 de abril del 2017]; 8(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
29. Sakraida T. Modelos y Teoría en Enfermería 7ª Edición [Internet]. España: Elsevier: 2011. Capítulo 21, Nola J Pender; [citado el 15 de abril del 2017]; p. 434-453. Disponible desde:<https://enfermeriavulare16.files.wordpress.com/2016/05/teorc3ada-nola-j-pender-modelo-de-la-promocic3b3n-de-la-salud.pdf>
30. Rabines A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. 2002
31. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud Costa Rica. [Internet]. Costa Rica: Ministerio de Salud; 2004. [Citado el 1 de mayo del 2017]. Disponible desde:

- <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
32. Rosero-Bixby, L. La situación demográfica en Costa Rica. PSM [Internet].2016 [Citado el 30 de abril del 2017]; 13(2). Disponible desde: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012016000100237
 33. Fernández X y Robles A. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica [Internet]. San José: ESPAM.2008. Capítulo 7, Uso y acceso a los servicios de salud.; [citado el 26 de abril del 2017]; p.123-148. Disponible desde: http://www.sinabi.go.cr/Biblioteca%20Digital/LIBROS%20COMPLETOS/Informe%20Conapam/ESPAM_cap7web.pdf
 34. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo 2011[Internet]. Costa Rica, INEC [citado el 1 de mayo del 2017]. Disponible desde: http://www.inec.go.cr/publicaciones?fuentes_titulo=157
 35. Instituto Nacional de Seguros et al. Indicadores de Género y Salud, Costa Rica 2014.Costa Rica: INEC; 2014.
 36. Morera M y Aparicio A. Determinantes de la utilización de los Servicios de Salud en Costa Rica. Gac Sanit [Internet]. 2010 [Citado el 5 de abril del 2017]; 24(5). Disponible desde: <http://www.gacetasanitaria.org/en/determinantes-utilizacion-servicios-salud-costa/articulo/S0213911110001718/>
 37. Muñoz D y Nicaragua R. Un acercamiento a la brecha digital en Costa Rica desde el punto de vista del acceso, la conectividad y la alfabetización digital. E-ciencias de la

- Información [Internet].2014 [citado el 1 de mayo del 2017] ,4(1):1-29. Disponible desde: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/eciencias/article/view/12866/12328>
38. Cabarcas N. Gestión de la calidad del cuidado de enfermería con principios éticos. *Rev.cienc. biomed.* [Internet].2011 [Citado el 4 de mayo del 2017], 2(1):144–148. Disponible desde: <http://docplayer.es/12290725-Gestion-de-la-calidad-del-cuidado-de-enfermeria-con-principios-eticos-management-of-nursing-care-quality-with-ethical-principles.html>
39. Porra J. Aplicación de los principios bioéticos en la calidad de la atención de enfermería [Internet]. s.f. [citado el 1 de mayo del 2017]. Disponible desde: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/etica_en_enfermeria.pdf
40. Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social. Reglamento 7082, La Gaceta n°25 (1 de enero del 1997)
41. Pérez J y Tamayo C. Medición de la satisfacción del usuario en el servicio de Fisioterapia del Centro de Medicina del Ejercicio y Rehabilitación Cardíaca, CEMDE S.A. [Tesis Postgrado]. Universidad Centros de Estudios de la Salud CES. Medellín, Colombia.2012
42. Briceño R. Gasto privado en salud en Centroamérica. Managua, Nicaragua. Estado de la región; 2008.
43. Arce C. Las listas y tiempos de espera: sus razones y su efecto sobre la gobernanza en la Caja Costarricense de Seguro Social. *Rev. cienc. adm. financ. segur. Soc.* [Internet]. 2003 [Citado el 2 de mayo del 2017], 11(2). Disponible desde: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592003000200003

44. Parra Mulato. Comunicación efectiva en la relación médico/paciente. Boletín OMS [Internet]. 2016 [citado el 30 de mayo del 2017], 5(1): p. 26-29. Disponible desde: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/BCCCSP/article/view/415/720>
45. Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. Madrid; Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria;2016 [Citado el 3 de mayo del 2017]; Disponible desde <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
46. Sánchez M. Evaluación del Trato: perspectiva de los usuarios de consulta externa de especialidades del Hospital General Zona 11 del IMSS [Tesis de Maestría]. Universidad Veracruzana, México; 2012.
47. Rodríguez G. La confidencialidad en el ámbito de la salud y sus valores implícitos: secreto, intimidad y confianza [Tesis de Maestría]. Universidad del Bosque, Bogotá: 2009
48. Gómez A. El acceso al expediente clínico como derecho humano fundamental [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México, México: s.f.
49. Zomeño G. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios [Tesis de Doctorado]. Universidad de Alicante, España: 2015
50. Burgos E, García C y Mayorga D. Demanda inapropiada a los servicios de urgencia y factores asociados [Tesis de Licenciatura]. Universidad Austral de Chile, Valdivia: 2014

51. Zurita B y Ramírez T. Desempeño del sector privado de la salud en México. Caleidoscopio de Salud [Internet]. 2013 [citado e 1 de mayo del 2017]. 1(1): p 153-161. Disponible desde: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/10-Desempenio.pdf>
52. Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos. Ley 9222, La Gaceta n° 76, (13 de marzo del 2014).
53. Vítolo F. Manejo de quejas. Biblioteca Virtual Noble [Internet]. Febrero 2013 [Citado el 10 de mayo del 2017]. Disponible desde: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/82.pdf

ANEXOS

Cuestionario de Conocimiento de la Ley General de Salud número 8239 por parte de los adultos entre 18 y 65 años y su cumplimiento durante la asistencia a los centros de salud, cantón de Moravia, enero- marzo del 2017

Buenos días (tardes),

Estoy realizando un estudio que pretende determinar el conocimiento de la población con respecto a la Ley 8239 o Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, esto para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, por medio del modo de tesis. Por ello quisiera pedirle su ayuda respondiendo las siguientes preguntas; sus respuestas serán anónimas y confidenciales, utilizadas únicamente para el fin de la investigación.

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y marque con una equis, “X”, en el cuadro que contiene la opción que desea. Conteste de manera sincera y ordenada.

Agradezco mucho su colaboración.

I parte. Aspectos sociodemográficos

1. Sexo

Femenino

Masculino

2. Indique cuál es su edad en años cumplidos:

Entre 18-24 años

Entre 39-45 años

Entre 60-65 años

Entre 25-31 años

Entre 46-52 años

Entre 32-38 años

Entre 53-59 años

3. Lugar de Residencia:

San Vicente de Moravia

San Jerónimo de Moravia

La Trinidad de Moravia

4. Nacionalidad :

- Costarricense Panameño Otro (indique):
 Nicaragüense Mexicano _____

5. Estado Civil

- Soltero(a) Divorciado(a) Unión Libre
 Casado(a) Viudo(a)

6. Escolaridad

- Primaria incompleta Universitaria incompleta
 Primaria completa Universitaria completa
 Secundaria incompleta Otro, (indique): _____
 Secundaria completa

7. ¿Cuál es su condición laboral?

- Ocasional Desempleado Estudiante
 Permanente Pensionado Ama de casa

8. ¿En qué condiciones cree usted que se encuentra la estructura de su casa?

- Excelente Buena Muy mala
 Muy Buena Mala

9. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales, de su hogar?

- Menos de ₡149.0000 De ₡450.000 a ₡549.000
 De ₡150.000 a ₡249.000 De ₡550.000 a ₡649.000
 De ₡250.000 a ₡349.000 De ₡650.000 a ₡749.000
 De ₡350.000 a ₡449.000 De ₡750.000 a ₡849.000

De ¢850.000 a ¢949.000

Más de ¢950.000

10. Actualmente, ¿cuántas personas viven en su hogar?, contándose a usted.

1

2

3

4

5

6 o más

11. ¿Con cuáles servicios cuenta en su hogar? Puede elegir más de una respuesta.(Opción múltiple)

Agua Potable

Desecho de aguas
negras

Internet

Cable de TV

Electricidad

Teléfono fijo

12. La casa en la que usted vive, es:

Alquilada

Propia pagando a plazos

Propia Totalmente pagada

Prestada

13. ¿Cuál es su tipo de seguro social?

Asalariado directo

Pensionado

Otro, (indique):

Seguro voluntario

No poseo

14. Cuando debe acudir a algún servicio de salud, asiste al sector:

Público

Ambos

Privado

II parte. Conocimiento de la Ley 8239

15. ¿Conoce usted la ley 8239 o Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados?

Si

No sabe

No

No responde

Nota: Si su respuesta es **NO**, continúe con la pregunta **23**.

16. ¿A través de cuál medio conoció usted la ley?

- Periódico
 Personal de Salud
 Internet
 Televisión
 Documento escrito
 Otros (indique): _____
 Radio

17. ¿Cuáles de los siguientes derechos conoce usted? Puede marcar más de una respuesta.
(Opción múltiple)

<input type="checkbox"/>	Recibir información sobre sus derechos y deberes, y el cómo ejercerlos.
<input type="checkbox"/>	Ser informadas del nombre, apellidos, grado profesional y puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.
<input type="checkbox"/>	Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.
<input type="checkbox"/>	Recibir un trato digno con respeto, consideración y amabilidad
<input type="checkbox"/>	Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.
<input type="checkbox"/>	Ser atendidas sin esperar en situaciones de emergencia.
<input type="checkbox"/>	Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida.
<input type="checkbox"/>	Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones de emergencia, en la que se proteja la salud pública, el bien común y el derecho de otros.
<input type="checkbox"/>	Obtener el consentimiento de un representante legal, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad.
<input type="checkbox"/>	Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.

<input type="checkbox"/>	Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.
<input type="checkbox"/>	Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.
<input type="checkbox"/>	Respeto a la confidencialidad de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando deba darse noticia a las autoridades sanitarias.
<input type="checkbox"/>	Disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos.
<input type="checkbox"/>	Presentar reclamos, cuando se hayan lesionado sus derechos.
<input type="checkbox"/>	Hacer uso de sus objetos personales durante el internamiento, respetando las leyes de los establecimientos y sin que se afecten los derechos de otros pacientes.
<input type="checkbox"/>	Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos de su tratamiento, en el sector privado y en pacientes no asegurados cuando acudan a consulta en los servicios públicos.
<input type="checkbox"/>	Indicar los nombres de las personas que tendrán prioridad para visitarlas, si su estado les permite recibir visitas (sector privado).

18. ¿Cuáles de los siguientes deberes, conoce usted? Puede marcar más de una respuesta.
(Opción múltiple)

<input type="checkbox"/>	Proporcionar la información completa de su estado de salud, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otras condiciones.
<input type="checkbox"/>	Cumplir las instrucciones e indicaciones que le brinde el personal de salud.
<input type="checkbox"/>	Responsabilizarse por sus acciones u omisiones, cuando no sigan las instrucciones de su médico.
<input type="checkbox"/>	Respetar los derechos del personal y de los demás usuarios de los servicios de salud.
<input type="checkbox"/>	Contribuir de manera oportuna, cuando cuenten con los recursos, al financiamiento de los servicios de salud públicos de la República.

19. ¿Usted considera que los servicios de salud a los que asiste, cumplen con los **derechos** anteriores?

- Sí No sabe
- No No responde

Nota: Si su respuesta es **Sí**, continúe con la pregunta **21**.

20. ¿Cuáles son las razones por las que considera que los servicios de salud **NO** cumplen con los **derechos** anteriores?

<input type="checkbox"/>	El personal lo trata de forma irrespetuosa
<input type="checkbox"/>	Tiempos de espera largos
<input type="checkbox"/>	El personal no se presenta con usted al atenderlo
<input type="checkbox"/>	El personal no le explica lo que debe hacer para mejorar su salud o aliviar su malestar
<input type="checkbox"/>	Le han obligado a someterse a un tratamiento o procedimiento
<input type="checkbox"/>	No ha llenado el consentimiento informado, en el que le establecen los riesgos y beneficios de un procedimiento o tratamiento
<input type="checkbox"/>	Le han negado la posibilidad de sacarle copia a su expediente clínico
<input type="checkbox"/>	El personal de salud ha divulgado su información personal y condición de salud a otras personas.
<input type="checkbox"/>	Otras razones, (indique): _____ _____

21. ¿Considera usted que ha cumplido con los **deberes** anteriores, durante la atención en los servicios de salud?

- Sí No responde
- No

Nota: Si su respuesta es **SI**, continúe en la pregunta **23**.

22. ¿Cuáles son las razones por las que considera que usted **NO** ha cumplido con los **deberes** anteriores?

<input type="checkbox"/>	He tratado de manera irrespetuosa al personal de salud.
<input type="checkbox"/>	He tratado de manera irrespetuosa a otros usuarios que se encontraban en el centro de salud.
<input type="checkbox"/>	No he brindado toda mi información de salud.
<input type="checkbox"/>	No he seguido las indicaciones que el personal de salud me ha indicado.
<input type="checkbox"/>	No he tomado los medicamentos que me envían de la manera que me dijeron.
<input type="checkbox"/>	No se ha responsabilizado por las acciones u omisiones, cuando no ha seguido las órdenes de los médicos
<input type="checkbox"/>	No he pagado el seguro social, aún cuando mis recursos me lo permiten, para el financiamiento de los servicios de salud.
<input type="checkbox"/>	Otras razones, (indique): _____ _____

23. ¿Los comentarios de familiares o conocidos han provocado en usted descontento con los servicios que le son brindados por el sector salud?

Si

No

Nota: Si su respuesta es **NO**, continúe con la pregunta **25**.

24. El descontento que generaron estos comentarios causó que usted:

<input type="checkbox"/>	Cambiara de centro médico.
<input type="checkbox"/>	Cambiara de médico.
<input type="checkbox"/>	Prefiera asistir a la farmacia antes que al médico.
<input type="checkbox"/>	Prefiera comprar medicamentos en la farmacia o supermercado, antes que asistir al médico.

<input type="checkbox"/>	Ya no quisiera contribuir con el seguro social.
<input type="checkbox"/>	Dejara el tratamiento.
<input type="checkbox"/>	Dejara de asistir a las citas de control.
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

25. ¿Los comentarios de familiares o conocidos han provocado en usted satisfacción con los servicios que le son brindados por el sector salud?

Si

No ¿Por qué?_____

Nota: Si su respuesta es **NO**, continúe con la pregunta **27**.

26. La satisfacción que le generaron los comentarios, ocasionaron que usted :

<input type="checkbox"/>	Asistiera más seguido al médico por chequeos generales de la salud.
<input type="checkbox"/>	Asistiera al médico que me recomendaron.
<input type="checkbox"/>	Asistiera al centro de salud que me recomendaron.
<input type="checkbox"/>	Recomendara el servicio de salud.
<input type="checkbox"/>	Recomendara el médico.
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

III parte. Prácticas de la ley 8239 en los servicios de salud

27. ¿Usted ha recibido atención en algún centro de salud del sector público?

Si

No

Nota: Si su respuesta es **NO**, continúe con la pregunta **31**.

28. ¿Cómo evaluaría la atención brindada, por parte del personal de salud, en este sector?

Acción	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
Tiempo de espera para tratamientos o procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal de salud le brindó un trato amable, respetuoso y digno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal se ha presentado con usted, brindándole nombre, apellidos y puesto que desempeña.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal escucha y le brinda indicaciones claras sobre su estado de salud y tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El consentimiento informado es un documento en el cual se explican los riesgos y las ventajas de un procedimiento. El personal de salud le ha explicado este documento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal le ha permitido negarse a un procedimiento o tratamiento que usted no desea por motivos religiosos, culturales u otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal de salud a resguardo la confidencialidad de su caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El personal le ha permitido ver su expediente clínico y sacar una copia en caso que usted lo haya solicitado o requerido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió atención en un lugar limpio, seguro y cómodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le permitieron llevar sus objetos personales al centro, respetando lo indicado en las normas internas de la institución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. ¿Usted ha sido atendido en alguna situación de emergencia en el sector público?

Si

No

Nota: Si su respuesta es **NO**, continúe con la pregunta **31**.

30. ¿Fue atendido inmediatamente o en un tiempo prudente según su situación?

Si

No

No sabe

31. ¿Usted ha recibido atención en algún centro de salud del sector privado?

Si

No

Nota: Si su respuesta es **NO**, continúe con la pregunta **33**.

32. ¿Cómo evaluaría la atención brindada, por parte del personal de Salud?

Acción	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
Tiempo de espera para tratamientos o procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal de salud le brindó un trato amable, respetuoso y digno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal se ha presentado con usted, brindándole nombre, apellidos y puesto que desempeña.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal escucha y le brinda indicaciones claras sobre su estado de salud y tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El consentimiento informado es un documento en el cual se explican los riesgos y las ventajas de un procedimiento. El personal de salud le ha enseñado y explicado este documento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal le ha permitido negarse a un procedimiento o tratamiento que usted no desea por motivos religiosos, culturales u otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal de salud a resguardo la confidencialidad de su caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal le ha permitido ver su expediente clínico y sacar una copia en caso que usted lo haya solicitado o requerido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recibió atención en un lugar limpio, seguro y cómodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le permitieron llevar sus objetos personales al centro, respetando lo indicado en las normas internas de la institución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de internamiento, le pidieron la lista de personas que tendrían prioridad para visitarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. ¿Usted ha sido atendido en alguna situación de emergencia en el sector privado?

Si

No

Nota: Si su respuesta es **NO**, continúe con la pregunta **35**.

34. ¿Fue atendido inmediatamente o en un tiempo prudente según su situación?

Si

No

No sabe

35. ¿Ha recibió educación sobre la donación de órganos y su derecho a aceptarla o rechazarla?

Si

No

Nota: Si su respuesta es **NO**, continúe con la pregunta **37**.

36. ¿En cuál centro de salud le brindaron esta información?

En uno público

Otros: _____

En uno privado

En ambos

37. ¿Conoce cuál es el proceso para interponer una denuncia o queja por una mala atención del personal de salud?

Si

No sabe

No

No responde

38. ¿Conoce ante cuál departamento se debe interponer la denuncia o queja?

Si

No responde

No

No sabe

39. ¿Ha interpuesta una queja o denuncia por un mal servicio en algún centro de salud?

Si

No

No sabe

No responde

Si su respuesta es **NO**, ha finalizado la encuesta. Muchas gracias por su tiempo.

40. ¿Estuvo satisfecho con la resolución de su queja?

Si

No

No sabe

No responde

DECLARACIÓN JURADA

Yo Mariangel Castillo Montero , mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 115920816 egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: CONOCIMIENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD NÚMERO 8239 POR PARTE DE LOS ADULTOS ENTRE 18 Y 65 AÑOS Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DURANTE SUS VISITAS A LOS CENTROS DE SALUD, CANTÓN DE MORAVIA, ENERO- MARZO DEL 2017, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los veinte días del mes de mayo del año dos mil diecisiete.


Firma del estudiante
Cédula 115920816

CARTA DEL TUTOR

San José, 20 de mayo del 2017

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante Mariangel Castillo Montero, cédula 1-1592-0816 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: CONOCIMIENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD NÚMERO 8239 POR PARTE DE LOS ADULTOS ENTRE 18 Y 65 AÑOS Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DURANTE SUS VISITAS A LOS CENTROS DE SALUD, CANTÓN DE MORAVIA, ENERO- MARZO DEL 2017, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	17%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		93%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



M.Sc. Maricruz Pérez Retana
Cédula identidad 1-1262-0892
Carné Colegio Profesional E-8704

CARTA DE LA LECTORA

San José, 10 de julio 2017.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante, Mariangel Castillo Montero, cédula de identidad número 1-1592-0816, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“CONOCIMIENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD NÚMERO 8239 POR PARTE DE LOS ADULTOS ENTRE 18 Y 65 AÑOS Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DURANTE SUS VISITAS A LOS CENTROS DE SALUD, CANTÓN DE MORAVIA, ENERO-MARZO DEL 2017”**. el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

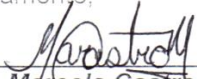
En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	25
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	17
	TOTAL		87%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,


 MSc. Marcela Castro Méndez
 Cédula identidad 1-1034-0377
 Carné Colegio Profesional E-4705

Martes 18 de julio, 2017

Sres.

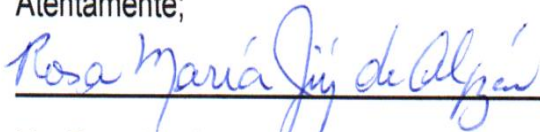
Departamento de Registro

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

Por este medio señalo que se le revisó la Tesis titulada "Conocimiento de la Ley General de Salud número 8239 por parte de los adultos entre 18 y 65 años y su relación con las prácticas durante sus visitas a los centros de salud, cantón de Moravia, enero- marzo del 2017", a la estudiante Mariangel Castillo Montero con cédula de identidad 1-1592-0816, para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

Atentamente;



Lic. Rosa María Jiménez

Filóloga Española

Céd. 1-0607-0402

Carné: 6196

**CARTA VISTO BUENO TUTOR PARA
ENTREGA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

San José, 12 de agosto del 2017

*Departamento de Admisión y Registro
Universidad Hispanoamericana*

Estimado(a)(s)(as):

La estudiante Mariangel Castillo Montero, cédula 1-1592-0816 con el trabajo de investigación denominado: CONOCIMIENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD NÚMERO 8239 POR PARTE DE LOS ADULTOS ENTRE 18 Y 65 AÑOS Y SU CUMPLIMIENTO DURANTE LA ASISTENCIA A LOS CENTROS DE SALUD, CANTÓN DE MORAVIA, ENERO- MARZO DEL 2017, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería, en mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de la defensa, por lo tanto puede proceder a entregar la versión final del documento.

Atentamente,



M.Sc. Maricruz Pérez Retana

Cédula identidad 1-1262-0892

Carné Colegio Profesional E-8704

DEDICATORIA

Le dedico esta tesis a todas las personas que me han impulsado para que siga mis sueños y a aquellas que me han inspirado para seguir con esta profesión.

En especial a cuatro personas importantes en mi carrera:

Mis papas, porque este fruto de mi esfuerzo no sería sin sus enseñanzas, apoyo, amor y confianza en mí. Por ser mis primeros pacientes para tomar la presión.

A Tía Mari, quien siempre me ha inspirado a ser una gran enfermera como ella, a sentir esa pasión por la enfermería y a nunca rendirme por mis sueños. Por todas las veces que me ha ayudado a estudiar y a ser mejor profesional.

También se la dedico a Tía Lili, ya que sin su apoyo incondicional no podría ser la profesional que soy el día de hoy.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, le agradezco a Dios por todas las bendiciones que me ha dado, por cada experiencia vivida y sueño cumplido también, por cada detalle de la carrera que me ha enamorado más de esta profesión.

Le agradezco a mis papás, Monika y Wilman, por darme la oportunidad de estudiar y siempre apoyarme, por sus abrazos, palabras de aliento y caritas de WhatsApp, a mis abuelos Lucrecia y Juan por todas las velitas encendidas, a mis tíos María del Mar, Eduardo, Ana, Jose, Aderith, Lili y la Machita por siempre preguntarme y darme apoyo, a mis primos Carolina, Sofía, María Fernanda y Estefanía por ser mi apoyo siempre, a mi ahijado Juan Luis por hacer tesis conmigo y no llorar mientras lo cuidaba, a mi novio Walter por su apoyo incondicional y palabras de aliento y a su familia, Doña Rosa, Don Walter, Marco, Yehilyn, Patricia, Andrés, Lizzy y Ana por todo el apoyo y ayuda.

A todos mis amigos que también me han apoyado en este proceso, a los de la Comunidad de Sant'Egidio y a los de la universidad. Infinitas gracias por el apoyo, las risas y las tardes de receso de la tesis. Y a Bri, por creer que yo sería una gran enfermera, aun cuando ya no estás, desde el cielo me iluminas para chinear a más pacientes como tú.

A cada profesor que ha dejado una semilla en mi corazón; recordaré sus palabras y enseñanzas por siempre.

A mi tutora Maricruz por guiarme en este camino y juntas llegar a la meta. Muchas gracias por todo su tiempo y consejos.

A todos ellos muchas gracias, siempre serán parte de mi vida y de mi triunfo, un abrazo y bendiciones.