

ENTRE LA TÉCNICA Y LA HUMANIDAD: DESAFÍOS DE LA CALIDAD Y CALIDEZ INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE GINECO-OBSTETRICIA UNA MIRADA DESDE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

BETWEEN TECHNIQUE AND HUMANITY: CHALLENGES OF QUALITY AND INTERCULTURAL WARMTH IN GYNECOLOGICAL AND OBSTETRIC SERVICES A PERSPECTIVE FROM SOCIAL WORK INTERVENTION

Reyes Ortega Aleyda Rosa Reina²

reyes.aleyda@usfx.bo

<https://orcid.org/0000-0001-5864-9759>

Recibido: 12 de diciembre de 2025 / Aceptado: 10 de enero de 2026

Resumen

El presente artículo analiza la relación entre la calidad técnica y la calidez humana en los servicios de Gineco-obstetricia desde la perspectiva del Trabajo Social. En el contexto hospitalario público boliviano, se observa una persistente brecha entre los protocolos asistenciales y la experiencia subjetiva de la paciente, especialmente en poblaciones con diversidad cultural. Bajo un enfoque cualitativo de diseño fenomenológico, se analizaron testimonios de usuarias y profesionales, identificando barreras críticas como la incomunicación

idiomática, la falta de empatía y el choque de cosmovisiones entre la medicina científica y la tradicional. Los resultados revelan que la deshumanización y la violencia simbólica impactan negativamente en la adherencia terapéutica y la satisfacción del usuario. Se concluye que el Trabajador Social actúa como un agente de mediación intercultural indispensable, cuya intervención debe orientarse a transformar la gestión hospitalaria hacia un modelo centrado en la dignidad, el respeto a la identidad y la humanización del cuidado.

² Docente de la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca

Palabras clave: Calidad de atención, calidez, Trabajo Social, interculturalidad, ginecología y obstetricia, humanización de la salud.

Abstract

This article analyzes the relationship between technical quality and human warmth in gynecological and obstetric services from a social work perspective. In the Bolivian public hospital context, a persistent gap is observed between clinical protocols and the patient's subjective experience, especially in culturally diverse populations. Using a qualitative, phenomenological approach, testimonies from patients and professionals were analyzed, identifying critical barriers such as language barriers, lack of empathy, and the clash of worldviews between scientific and traditional medicine. The results reveal that dehumanization and symbolic violence negatively impact therapeutic adherence and patient satisfaction. It is concluded that social workers act as indispensable intercultural mediators, whose intervention should be geared towards transforming hospital management towards a model centered on dignity, respect for identity, and the humanization of care.

Keywords: Quality of care, warmth, Social

Work, interculturality, gynecology and obstetrics, humanization of health.

1. INTRODUCCIÓN

En el marco de las políticas de salud contemporáneas, la gestión hospitalaria enfrenta el reto de trascender la eficacia clínica para alcanzar una atención integral. Esta investigación se fundamenta en la interacción de dos variables críticas: la calidad y la calidez del servicio, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2023), la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales basados en la evidencia. Sin embargo, para que esta calidad sea efectiva, debe converger con la calidez, entendida como la dimensión humana y empática del cuidado clínico.

Sin embargo, existe una brecha persistente entre los estándares normativos y la experiencia del usuario. La revisión de los autores coincide en que los pacientes actuales no solo demandan fiabilidad diagnóstica, sino también una reducción en los tiempos de respuesta y una comunicación empática. No obstante, la realidad desde la praxis, suele distar de este ideal.

Testimonios recurrentes en las salas

de espera donde los usuarios reportan largas horas de demora y una percepción de indiferencia por parte del personal, evidencian una deshumanización de la asistencia; “Tenemos horas esperando y nadie nos atiende. Solo vine para mis controles de embarazo, pero entran y salen las enfermeras y dicen que ahorita nos van a atender. Ya ha pasado una hora y no sucede nada” E1.³

Esta disonancia obliga a las instituciones a reevaluar su modelo de servicio. La calidez, entendida como la dimensión humana del cuidado, actúa como el puente necesario para generar confianza y seguridad en el paciente. Tal como señala Roses (2001), la satisfacción del usuario depende de que el hospital funcione como un sistema articulado que no solo rehabilite físicamente, sino que motive y acompañe al enfermo en su proceso. En consecuencia, este artículo analiza cómo la falta de calidez en los centros públicos impacta directamente en la percepción de calidad, transformando el derecho a la salud en una experiencia de incertidumbre para las pacientes.

A nivel nacional, las políticas públicas exigen que las instituciones de salud brinden atención con dignidad. No obstante, persiste una brecha significativa

entre la competencia técnica y la percepción del usuario. Mientras el personal sanitario suele priorizar la eficacia clínica, el paciente evalúa su experiencia a través de las condiciones psicológicas, administrativas y éticas del trato recibido. En este marco, la intervención del Trabajo Social emerge como el eje fundamental para transformar la cultura institucional y garantizar que el sistema trate personas, no solo patologías, es decir trascender la gestión administrativa para enfocarse en la transformación de la realidad hospitalaria.

A pesar de la existencia de estándares globales para la calidad de atención sanitaria, persisten brechas entre dichos estándares y la experiencia vivida por los usuarios del sistema público de salud. En particular, numerosos estudios han encontrado que la percepción de la calidad asistencial está estrechamente relacionada con la empatía demostrada por el personal sanitario y con la satisfacción del paciente durante todo el proceso de atención (Nembhard et al., 2023).

Contrariamente a los avances normativos, la realidad en los hospitales públicos evidencia una preocupante crisis de empatía. Estudios recientes sobre fatiga laboral o burnout en el personal de salud (García & López, 2024) señalan que el estrés

³ (E1,2,3, etc. Hace referencia al número de entrevistas realizados en el recojo de información, precautelando la identidad de las entrevistadas)

asistencial genera un “adormecimiento” emocional, derivando en tiempos de espera excesivos y una comunicación deficiente. Esta situación se traduce en testimonios de desprotección por parte de los usuarios, quienes manifiestan que la “mala gana” o la indiferencia del personal se convierte en una barrera de acceso tan crítica como la falta de insumos médicos.

Como señala Pizzo (2021) en revisiones actualizadas sobre servicios de salud, la calidez no es un lujo, sino una “sombra inseparable” de la atención. Al trabajar con seres humanos en situaciones de vulnerabilidad, el personal debe poseer la capacidad de escucha activa y observación profunda. Siguiendo a Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), esta inmersión en la realidad social del paciente exige un papel activo y una reflexión permanente, donde el profesional no solo “ve”, sino que comprende el sufrimiento del otro a través de todos sus sentidos.

Asimismo, investigaciones transversales en atención primaria han mostrado que dimensiones como la fiabilidad, la capacidad de respuesta y la empatía se asocian significativamente con la satisfacción del paciente, requiriendo que los sistemas de salud fortalezcan estas áreas para mejorar la percepción del usuario y los resultados generales de atención (Becerra-Canales et al., 2024)

En el contexto de la diversidad cultural de nuestro país, la calidad de la atención debe integrar necesariamente la interculturalidad. Esto implica el reconocimiento de los sujetos como portadores de cosmovisiones y sentidos propios. La validación cultural, como pilar de la intervención social, no exige que el profesional adopte el mundo simbólico del paciente, sino que lo respete e integre elementos de su identidad en el proceso de recuperación.

La calidez, bajo esta mirada, se transforma en un arte de relaciones interpersonales basado en la empatía. Autores contemporáneos como Sarmiento (2022) subrayan que el profesionalismo sanitario debe estar dotado de integridad, humildad y compromiso permanente. No se trata simplemente de “hacer sentir bien” al paciente (cortesía), sino de “hacerle un bien” (servicio integral), resolviendo sus necesidades desde un enfoque de justicia social.

Por ello, el presente estudio se propone analizar la relación entre la calidad técnica y la calidez humana influye en la recuperación y satisfacción del paciente en el sistema público de salud boliviano desde la perspectiva del Trabajo Social, con el fin de proponer estrategias que humanicen

la atención en el sistema público. La investigación se delimita espacialmente en los servicios de atención gineco-obstétrica, abordando las dimensiones de empatía, competencia profesional y respeto intercultural durante el periodo 2025.

2. METODOLOGÍA

La presente investigación se inscribe en un enfoque cualitativo, con un alcance descriptivo y propositivo. El interés central no reside en la medición estadística, sino en la comprensión profunda de las dinámicas de interacción entre el personal de salud y los usuarios, priorizando los significados que estos últimos otorgan a la atención recibida. El diseño fenomenológico, permitió explorar las experiencias subjetivas de los pacientes respecto a la calidad y calidez en el servicio. Este diseño es fundamental para captar la esencia de fenómenos sociales complejos, como el trato humanizado y las barreras interculturales en entornos hospitalarios (Creswell & Poth, 2023).

Al llevarse a cabo la investigación en centros hospitalarios del sistema público de salud, se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia, se encuentra representada por un total de Veinte (20) mujeres en etapa de gestación, parto y puerperio, usuarias/Pacientes que asisten a consulta externa y hospitalización, con énfasis en la diversidad cultural del

contexto local, además del personal de salud de los hospitales.

Las técnicas que acompañaron este proceso investigativo fue el de la Entrevista Semi-estructurada, que estuvo dirigida a las pacientes para explorar su percepción sobre la calidad y calidez de atención en el servicio. Fortalecido este recojo de información con la Observación No Participante, realizada en áreas de sala de espera y ventanillas de atención, con el fin de registrar las interacciones entre el personal de salud y las usuarias (basado en criterios de Hernández-Sampieri, 2018). Además de la Revisión Documental con el análisis de normativas vigentes sobre interculturalidad y protocolos de atención al usuario emitidos por el Ministerio de Salud.

El análisis de los datos se realizó a través de la codificación temática, acompañado de la transcripción de testimonios (garantizando el anonimato de las participantes), y notas de campo, la identificación de categorías emergentes y la triangulación de datos para contrastar la teoría de autores contemporáneos con la realidad observada.

3. RESULTADOS

La presente investigación, desarrollada en los servicios de Ginecología y Obstetricia, evidencia una marcada brecha entre los

lineamientos normativos de atención y la praxis clínica cotidiana. Los resultados muestran que la calidad y la calidez en la atención no se ven limitadas únicamente por deficiencias organizativas, sino que están profundamente condicionadas por barreras idiomáticas, choques culturales, prácticas de deshumanización y estrategias informativas poco pertinentes para las usuarias provenientes del área rural.

A partir de las entrevistas realizadas tanto a usuarias como al personal de salud, se identificaron percepciones convergentes respecto a la existencia de dificultades estructurales en la atención. En particular, las pacientes señalaron que la información proporcionada (folletos impresos), no responde a sus necesidades reales, ya que en muchos casos no se considera su nivel de alfabetización ni su lengua materna, lo cual limita su comprensión y participación activa en el proceso de atención.

Los resultados muestran que son diversos los factores que resaltan la falta de atención, por ejemplo, cuando no es atendida con calidad y calidez en su paso por el área de ginecología y obstetricia del hospital, es caracterizado por las reflexiones, significaciones y testimonios donde aparecen el mal trato, la incomunicación, y el temor a la hora de ser atendidas *"me tratan mal"; "de nuevo esta gorda... como pues"* E₂. Comentarios despectivos

relacionados con el cuerpo de la paciente evidencian prácticas que vulneran la dignidad humana y refuerzan sentimientos de humillación y desprotección, influyendo negativamente en la percepción del servicio y en la confianza hacia el sistema de salud.

Asimismo, se constató que muchas usuarias manifiestan temor a formular preguntas durante la consulta médica, lo que profundiza la distancia comunicacional entre profesionales y pacientes. Lo que resalta la necesidad de diseñar acciones, para mejorar la comunicación y la atención a la mujer, sobre todo a aquella que viene de las comunidades aledañas a la ciudad. Esta situación es especialmente frecuente entre mujeres provenientes de comunidades rurales, quienes, tras la atención, refieren no haber comprendido las indicaciones médicas ni haber recibido una explicación clara sobre su diagnóstico o tratamiento. Una entrevistada señaló: *"ni me escuchó, no le he entendido nada y no me explica, la enfermera se ríe o esta con su celular"* E₃.

- **La falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte del personal de salud**

El no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de la que son objeto, son factores que terminan por incidir en la insatisfacción que reciben del servicio y

de la atención del personal, lo que influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural. Los datos revelan también la falta de contacto visual durante la consulta reduciendo a la mujer a un objeto de intervención, no a un sujeto de cuidado.

- **La Incomunicación como Barrera y el “Triple Trastorno” del Migrante.**

Se ha identificado que las pacientes provenientes de comunidades rurales enfrentan lo que denominamos un “triple trastorno”: el desarraigo de su entorno, la inmersión en una lengua ajena (predominancia del castellano sobre el quechua) y el enfrentamiento a códigos de conducta ofensivos para su cultura.

- **La barrera idiomática**

No es solo un problema lingüístico, es un generador de indefensión. Los testimonios son desgarradores: “He llegado para tener a mi wawa y no sabía a dónde ir... el médico me reñía, mejor quería irme a mi casa” E₅. *“Cuando me atienden a veces hay alguien que traduce, pero casi siempre no me entienden, no sé cómo decirles lo que me pasa, las enfermeras más que los médicos se enojan no nos ayudan”* E₉ entrevista que

muestra la realidad de la falta de calidez en la atención cuando son atendidas.

Desde la percepción del personal de salud en relación a lo manifestado, expresan que: *“no hablo quechua, pero respeto sus creencias”, “Yo creo que no hay espacio preparado para la atención de parto como se hace en el campo, por lo que tenemos que hacer lo que sabemos”* E₁₁.

A su vez para las pacientes el idioma, como la comunicación, la falta de comprensión, o simplemente el no recibir una buena explicación, o no entenderse por el idioma, se convierte en una barrera entre el personal de salud y ellas, a lo que expresan: *“Como no le entiendo, trato de complementar lo que recetó con medicina casera..., quizá debía curarme sola”, “Recetó agua de manzanilla para el aseo perineal, no sé qué me quiso decir”.* E₁₄

Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos, desde diferentes fuentes, sino que manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas y esto se agrava porque frecuentemente existe descalificación del personal de salud respecto de las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a la enfermedad. A lo que un entrevistado del personal de salud decía: *“si se van a curar solo con yerbas a que vienen, cuando se empeoran recién recurren al hospital”.* E₁₇; “Ay

que concientizar a la población que, si bien es importante el uso de medicina tradicional y se lo respeta, la medicina científica es primordial para tratar y sanar una enfermedad” E18.

Esta incomunicación anula el derecho al reclamo y a la autonomía. La entrega de folletos y banners informativos se revela como una estrategia estéril y tecnocrática, dado que ignora los índices de analfabetismo y las formas de aprendizaje oral de las usuarias, quienes deambulan por pasillos laberínticos sin una señalética que respete su realidad, porque si bien ciertos hospitales cuentan con toda esta información, que pasa si es que la paciente que llega de comunidades lejanas ¿no sabe leer?, ¿cómo pueden dirigirse al servicio que requiere?

Los resultados también exponen una preocupante persistencia de **violencia obstétrica y simbólica**, reflejado en el trato recibido descrito por las pacientes con metáforas de deshumanización: *“Me tratan peor que a un animal”*. Manifestadas en la pérdida de la privacidad, ya que son expuestas frente a terceros, vulnerando su pudor y dignidad. La rigidez clínica que descalifica la medicina tradicional. Mientras la paciente busca el consuelo de sus yerbas o el abrigo de su faja (chumpi), el sistema responde con burla o castigo: *“Debías quedarte en tu casa... eso no sirve”*.

El personal de salud, aunque manifiesta “respetar creencias”, en la práctica impone un modelo hegemónico. La investigación detectó que el médico tradicional enfatiza el entorno familiar, mientras que el hospital aísla a la mujer. Esta falta de validación cultural provoca que las pacientes retrasen su llegada al hospital, acudiendo solo cuando han agotado sus recursos, lo que incrementa el riesgo obstétrico.

El desprecio hacia prácticas como el entierro de la placenta o el uso de infusiones naturales genera una resistencia que el personal interpreta erróneamente como “desobediencia” o “falta de higiene”. Otra entrevistada puntualizó: *“Cuando me estaba yendo del hospital le dije al doctor si podía tomar hiervas medicinales para sanarme y me dijo entonces a que has venido debías quedarte en tu casa a curarte vos nomas eso no sirve” E17*, entrevistas que expresan el sentir de las pacientes y la necesidad de incluir recetas naturales a lo expuesto por el médico.

A su vez, las **largas filas y tiempo de espera para adquirir una ficha** en muchos de los casos, desde la madrugada (6:00 a.m.) se ve sofocada, porque los hospitales tienen un cupo limitado para la atención, lo que hace que las pacientes tengan que venir a tempranas horas para lograr ser atendidos. Lamentablemente mencionan

las entrevistadas y la observación no participante es rápida: *“Tardé más tiempo en entrar que en salir, no fueron ni 5 minutos”* E8. Esta “atención rápida” impide cualquier intento de calidez y deja a la paciente con dudas sin resolver, desconfianza y una profunda insatisfacción.

- **La administración de medicamentos.**

Otro factor que denota la falta de atención con calidad en el servicio en cuestión es el de la administración de medicamentos proporcionados bajo la responsabilidad de las enfermeras, a lo que las pacientes manifiestan: *“Yo no sé qué medicamento me dan ni en qué hora, no me explican, pregunto y no me dicen nada, supongo que me dan a hora”*, otra entrevistada manifestaba *“a veces me dan en hora no sé, casi siempre están molestas o apuradas”*.

Sin duda estos resultados, refuerzan la problemática detectada en la presente investigación, y nos permite preguntarnos: ¿Qué está pasando con la atención de calidad y calidez que debería prestar y/o brindar el hospital? ¿Cuáles son las falencias?, ¿será que hay falta de humanismo y sensibilidad ante los diferentes problemas que se presentan que ya no parecen tener importancia?, ¿hay falta de dirección de calidad?, ¿qué hacen los trabajadores

sociales frente a esta problemática?

4. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación confirman que la calidad de la atención en los servicios de ginecología y obstetricia no puede ser comprendida únicamente desde la dimensión técnica, sino que debe analizarse de manera integral, incorporando la calidez humana, la comunicación efectiva y el respeto intercultural como componentes esenciales del cuidado en salud. La evidencia empírica recogida muestra que la brecha entre los protocolos normativos y la experiencia cotidiana de las usuarias continúa siendo significativa, especialmente en contextos de atención pública y en poblaciones provenientes del área rural.

En concordancia con estudios previos realizados en servicios de salud de América Latina, la percepción de baja calidad de atención se asocia estrechamente con prácticas de deshumanización, maltrato verbal, falta de escucha activa y deficiencias en la comunicación entre el personal de salud y las pacientes (Becerra-Canales et al., 2024; Moya-Salazar et al., 2023). Los testimonios analizados reflejan que estas prácticas no solo afectan la satisfacción del usuario, sino que generan temor, desconfianza y resistencia al uso oportuno de los servicios de salud.

Los hallazgos de esta investigación corroboran la existencia de una crisis de humanización en los servicios de ginecología y obstetricia, donde la calidad técnica no logra compensar la carencia de calidez. Además, la percepción que las pacientes asumen desde su primer día de consulta, es negativa ya que el personal de salud no atiende de manera favorable, haciendo que ellas reciban una mala y pésima calidad y calidez de atención. Las expresiones de las pacientes, permiten evidenciar que existen prácticas y/o conductas que reafirman la existencia de violencia obstétrica y hegemonía del personal de salud en la atención, por lo que es menester a partir de ello plantear lineamientos como propuesta de intervención social, que busquen mejorar la calidad y calidez de atención en todos los servicios de un hospital.

Mientras que la Organización Mundial de la Salud (2023) sostiene que la calidad debe ser “centrada en la persona”, los resultados muestran una atención “centrada en el trámite”. Esta disonancia coincide con lo expuesto por García y López (2024), quienes argumentan que el sistema de salud público tiende a la “cosificación” del paciente debido a la saturación administrativa. En nuestro estudio, las “filas desde la madrugada” y las “consultas de cinco minutos” no son solo fallas logísticas, sino una forma de violencia

estructural que anula cualquier intento de calidez profesional.

Uno de los hallazgos más relevantes es la identificación de la incomunicación como una barrera estructural que atraviesa la atención sanitaria. La barrera idiomática, particularmente entre pacientes quechua-hablantes, se presenta como un factor de vulnerabilidad que limita el acceso a información clara, la comprensión de indicaciones médicas y el ejercicio del derecho a una atención digna. Este resultado coincide con investigaciones que señalan que la falta de adecuación lingüística y cultural incrementa la sensación de indefensión del paciente y debilita la relación terapéutica (White et al., 2025).

Asimismo, la investigación evidencia que las estrategias informativas utilizadas por las instituciones —como la entrega de folletos impresos— resultan insuficientes y poco pertinentes para usuarias con bajos niveles de alfabetización o con formas de aprendizaje predominantemente orales. Esta práctica tecnocrática, centrada en el cumplimiento administrativo más que en la comprensión real del mensaje, refuerza la exclusión simbólica de las pacientes rurales y contradice los principios de la atención centrada en la persona descritos por Nembhard et al. (2023).

La persistencia de prácticas asociadas a la violencia obstétrica y simbólica constituye otro eje central de la discusión. Los relatos de pérdida de privacidad, exposición corporal innecesaria y descalificación de prácticas culturales confirman que el modelo biomédico hegemónico continúa imponiéndose sin un diálogo intercultural efectivo. Estos resultados se alinean con la literatura que identifica la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional normalizada, especialmente hacia mujeres en situación de vulnerabilidad social y cultural (Moya-Salazar et al., 2023).

Un punto crítico de discusión es el choque de cosmovisiones. Autores como Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) enfatizan que la investigación cualitativa debe captar la esencia de la experiencia humana; en el caso de las pacientes que hablan quechuas, esa esencia es el miedo al despojo de sus prácticas culturales. Aunque la Constitución Política del Estado (2009) garantiza una salud intercultural, los testimonios revelan que la práctica hospitalaria sigue siendo hegemónica.

Otro hallazgo fundamental es la resistencia al uso de servicios hospitalarios debido al “choque cultural”. La literatura de Sarmiento (2022) advierte que el profesionalismo sin humildad cultural se convierte en una forma de dominación. En nuestro estudio, la prohibición de

elementos simbólicos (como el chumpi o el entierro de la placenta) y el rechazo de la medicina tradicional (“deberías quedarte en tu casa... eso no sirve”) actúan como barreras de acceso.

La medicina científica, al intentar imponer una higiene y un orden rígido, termina expulsando a la paciente del sistema. La descalificación del saber popular no es una medida de seguridad clínica, sino un factor que incrementa el riesgo de muerte materna, ya que la mujer, por miedo al maltrato o a la incompreensión de su idioma (quechua), opta por el abandono del control prenatal. Desde esta perspectiva, la desvalorización de la medicina tradicional y de prácticas culturales como el uso de infusiones naturales o el acompañamiento familiar durante el parto no solo afecta la experiencia subjetiva de las pacientes, sino que incide directamente en el acceso tardío a los servicios de salud. Tal como se evidenció en los testimonios, muchas mujeres retrasan su llegada al hospital por temor a ser maltratadas o ridiculizadas, lo que incrementa el riesgo obstétrico y genera tensiones en la atención clínica.

Por otro lado, las largas esperas para la obtención de fichas y la brevedad de las consultas refuerzan una atención centrada en la productividad y el cumplimiento de cupos, en detrimento del vínculo terapéutico. Este hallazgo coincide con

estudios que señalan que la presión asistencial y la sobrecarga laboral del personal de salud afectan negativamente la empatía clínica y la calidad de la interacción con el paciente (García & López, 2024). No obstante, si bien estas condiciones estructurales explican parcialmente la problemática, no justifican la vulneración de derechos ni la naturalización del maltrato.

La administración de medicamentos sin información clara y comprensible constituye otra expresión de la atención despersonalizada. La falta de explicación sobre los fármacos administrados limita la autonomía de las pacientes y debilita la adherencia terapéutica, tal como señalan Pérez et al. (2023), quienes destacan que la información adecuada es un determinante clave para la continuidad del tratamiento y la confianza en el sistema de salud.

En este escenario, el Trabajo Social emerge como un actor estratégico para la transformación de las prácticas institucionales. Su intervención permite articular la dimensión clínica con la social, promoviendo procesos de acompañamiento, mediación intercultural, educación en salud y defensa de los derechos de las usuarias. Tal como sostienen Szewczyk y Hoque (2026), la mejora de la experiencia del paciente requiere enfoques interdisciplinarios que integren la dimensión humana, ética y

cultural del cuidado.

De acuerdo con Vásquez et al. (2023) en estudios sobre humanización del parto, la presencia del profesional social en las salas de pre-parto disminuye la percepción de maltrato, por lo que es menester implementar el "Protocolo de Vigilancia de la Calidez", porque el Trabajador Social debe supervisar que se respeten los derechos de la paciente: privacidad (uso de biombo), acompañamiento familiar y el respeto al "Plan de Parto" donde se incluya el derecho y respeto a la indumentaria tradicional si no compromete la seguridad clínica.

En síntesis, los resultados de esta investigación dialogan con la literatura científica al evidenciar que la ausencia de calidez, empatía y validación cultural transforma la atención sanitaria en una experiencia de incertidumbre y vulnerabilidad para las mujeres atendidas en servicios de ginecología y obstetricia. La discusión pone de manifiesto la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención humanizado e intercultural, donde la calidad técnica y la calidez humana no sean dimensiones separadas, sino componentes inseparables de un sistema de salud que reconozca a las personas como sujetos de derechos y no únicamente como portadoras de patologías.

En definitiva, la intervención del

Trabajo Social en salud debe trascender el “modelo asistencialista” para consolidarse en un “modelo de gestión social de la clínica”. Según investigaciones recientes como de Munuera-Gómez (2022), el rol del trabajador social sanitario es fundamental para mitigar el impacto de los determinantes sociales en la salud, actuando como un puente crítico entre la institución y la comunidad.

5. CONCLUSIONES

La investigación realizada permite concluir que la calidad y la calidez no son conceptos independientes, sino un binomio indisoluble en la atención sanitaria. En los servicios de Ginecología y Obstetricia, la ausencia de este equilibrio no solo deriva en una percepción negativa del servicio, sino que se traduce en una vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres, particularmente de aquellas pertenecientes a naciones indígena originario campesinas.

Se concluye que el sistema de salud, mantiene una estructura monocultural y rígida que ignora la diversidad de sus usuarias. La barrera idiomática y el desprecio por las prácticas ancestrales (como el uso del chumpi o la medicina herbolaria) actúan como mecanismos de exclusión. Mientras el personal de salud no reconozca a la paciente como

un sujeto cultural con saberes válidos, el hospital seguirá siendo percibido como un entorno ajeno, fomentando el abandono de tratamientos y el temor al parto institucionalizado.

Se evidencia deshumanización y violencia simbólica. Al respecto, la evidencia recolectada confirma que el maltrato, la falta de privacidad y la indiferencia comunicacional constituyen formas de violencia simbólica. El “adormecimiento” del personal frente al dolor ajeno y la priorización de la rapidez técnica sobre el consuelo emocional fracturan la confianza necesaria para el proceso de sanación. La calidad técnica (la cura) pierde su eficacia si no va acompañada de la calidez humana (el cuidado), pues el paciente que se siente “tratado como un objeto” rompe su vínculo de cooperación con el sistema sanitario.

Se concluye en la investigación que la presencia y función en el hospital de un Trabajador social es trascendental porque su trabajo no solo se limita a la atención de casos, sino que es el corazón de cada hospital, pues, es parte de un equipo multidisciplinario que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, encaminado a coadyuvar en el mejoramiento de los servicios de atención, buscando que estos sean de calidad y calidez partiendo de un enfoque intercultural acordes a las nuevas

políticas implementadas por el Estado. Su rol emerge como la respuesta estratégica humanizada e integral, ante esta crisis de sensibilidad. Lo que nos lleva a plantear que es necesario la creación o implementación de consultorios clínico sociales de atención al paciente a cargo del trabajador social, que posibilite desde su intervención un servicio con calidad y calidez.

Finalmente, es imperativo que las instituciones de salud, bajo la dirección del Ministerio de Salud y Deportes, transiten de una gestión centrada en indicadores numéricos a una gestión centrada en la persona. El cumplimiento de la Constitución Política del Estado sobre el derecho a una salud gratuita, integral e intercultural solo será posible cuando la calidez deje de ser un esfuerzo voluntario de algunos profesionales y se convierta en una política institucional obligatoria, donde cada paciente sea recibido, escuchado y tratado con el respeto que su condición humana exige.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becerra-Canales, B., Chávez-Espinoza, J. H., Soto-Cárdenas, A. J., Castillo-Romero, P. C., Chávez-Gálvez, O. E., & Puertas-Anicama, V. F. (2024). Calidad del trato al paciente y satisfacción con el servicio de atención primaria. *Ciencia y Enfermería*, 30. <https://doi.org/10.29393/CE30-27CTBV60027>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2023). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. (2009). *Gaceta Oficial de Bolivia*. Art. 35.I y II.
- García, R., & López, P. (2024). Burnout, empatía y calidad del cuidado en profesionales de la salud: Implicaciones para la atención humanizada. *International Journal of Health Sciences*, 18(3), 253–269. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v18n3.15264>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. (Obra original publicada en 1966).
- García, M., & López, R. (2024). Gestión del talento humano y fatiga crónica en servicios de salud pública. *Editorial Médica Panamericana*.
- Gerson Duval, R. (2009). *Calidad de atención en salud*. Editorial La Pascua.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2024). *Protocolos de intervención del Trabajo Social en el Sistema Único de Salud (SUS)*. Estado Plurinacional de Bolivia.

- Moya-Salazar, J., Goicochea-Palomino, E. A., Porras-Guillermo, J., Cañari, B., Jaime-Quispe, A., Zuñiga, N., & Contreras-Pulache, H. (2023). Assessing empathy in healthcare services: A systematic review of South American healthcare workers' and patients' perceptions. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1249620. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1249620>
- Nembhard, I. M., David, G., Ezzeddine, I., Betts, D., & Radin, J. (2023). A systematic review of research on empathy in health care. *Health Services Research*, 58(2), 250–263. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14016>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Informe sobre la calidad de la atención sanitaria mundial: Hacia una cobertura universal humanizada. OMS.
- Pérez, A., Rodríguez, S., & Torres, E. (2023). Adherencia terapéutica y experiencia del paciente en servicios hospitalarios. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 9(2), 99–115. <https://doi.org/10.7705/rlsp.v9i2.789>
- Pizzo, M. (2021). Calidad y calidez en servicios de salud: Estrategias para la excelencia en el trato al paciente. *Como Servir con Excelencia*. <https://comoservir.conexcelencia.com/blog/calidad-y-calidez-en-servicios-de-salud/>
- Sarmiento, A. (2022). Virtudes del profesionalismo médico y social: Ética del cuidado en el siglo XXI. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 73(2).
- Sujami, L. (2009). Cómo desarrollar la empatía en entornos hospitalarios. *Blog de Psicología Social*. <http://laura-sujami.blogspot.com/2009/06/develop-la-empatia.html>
- Szewczyk, T., & Hoque, F. (2026). Improving patient experience in healthcare: Human-centered and interdisciplinary approaches. *Journal of Brown Hospital Medicine*, 5(1), Article 147405. <https://doi.org/10.56305/001c.147405>
- White, C. L., Khunti, K., Gillies, C., Meissner, K., Palipana, D., Nockels, K., Harrell, C., & Howick, J. (2025). How do patient and practitioner characteristics influence empathy in healthcare? Protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 15(2), e096269. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-096269>