

# BOLETÍN

DEL OBSERVATORIO DE LA EXPERIENCIA USUARIA EN SALUD



Observatorio  
de la Experiencia  
Usuaria en Salud

DEPARTAMENTO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y GESTIÓN INTEGRAL DEL USUARIO  
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE.

## ÍNDICE

Pág.

Presentación Director SSMSO	2
Presentación Equipo de Participación Social y Gestión Integral del Usuario SSMSO	3
Satisfacción usuaria en el SSMSO. Selección resultados encuesta Minsal-U.Chile	4
Modelo de Acogida al Usuario: Avances en su implementación	8
Ley de Derechos y Deberes: Apropiación por parte de los usuarios	11
Tesis y prácticas desarrolladas en el Departamento de Participación Social y Gestión Integral del Usuario, SSMSO	15
Jornada “Dignidad del paciente, una mirada integral”, organizada por la Comudéf	18
Lenguaje y poder en la atención de salud: una reflexión en torno al “trato” y su “humanización”	19

## Presentación Director

Estimados lectores, sean ustedes usuarios, investigadores, profesionales de salud e interesados, con mucho entusiasmo les presento este segundo boletín del Observatorio de la Experiencia Usaria en Salud del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (OEUS).

Contar con información actualizada y metodológicamente válida sobre la forma en que la población experimenta y utiliza nuestros servicios se ha transformado en una necesidad fundamental para mejorar nuestro trabajo, poniendo al usuario efectivamente “en el centro de la atención en salud”. No podemos hablar de calidad si no consideramos esta dimensión, y no podemos considerar esta dimensión sin información válida.

Ahora bien, además de recopilar y producir información, el OEUS se ha propuesto generar este boletín, con el objetivo de hacer públicas las investigaciones y otras iniciativas que aborden, bajo diferentes perspectivas, la realidad completa de la atención y la experiencia de los usuarios. Así, queremos ofrecer a la comunidad usuaria una herramienta que le permita conocer y evaluar lo que estamos haciendo como servicio en esta área, con transparencia y honestidad, reconociendo nuestras limitaciones e invitándoles a formar parte del esfuerzo colectivo por poner al SSMSO a la cabeza en términos de atención y satisfacción usuaria.

Les dejo extendida la invitación a ser parte de este esfuerzo enviando artículos con sus reflexiones y experiencias al correo electrónico [oeus@ssmsso.cl](mailto:oeus@ssmsso.cl)

Atentamente,

Dr. Antonio Infante, Director del SSMSO

## Presentación Equipo de Participación Social y Gestión Integral del Usuario

Como se puede leer en la tabla de contenidos, este número del Boletín del Observatorio de la Experiencia Usaria en Salud contiene mucha información sobre estudios e iniciativas vinculadas a la experiencia de las personas en diferentes planos de su atención en salud. Queremos así dar cuenta de la riqueza del tema, los múltiples enfoques que pueden utilizarse y los diferentes caminos abiertos para el análisis y la acción. Usuarios,

acompañantes, funcionarios, autoridades en salud, investigadores y público en general pueden encontrar en este número antecedentes importantes para evaluar el desempeño de los servicios de salud de los que forman parte, pero no bajo los parámetros tradicionales de la gestión de salud, sino desde la perspectiva de los mismos usuarios. Esperamos que este número presente datos y argumentos relevantes y útiles para el lector.

Equipo del Departamento de Participación Social:

Jefa:

Carolina Videla, Matrona

Equipo:

Marcela Castañeda, Trabajadora Social

Carla Graña, Psicóloga

Cristián R. Montenegro, Sociólogo

Mara Rojas, Antropóloga

Pablo Solís, Periodista

Carolina Reyes, Secretaria

## Satisfacción usuaria en el SSMSO.

Selección resultados encuesta Minsal-U.Chile

Entre los meses de Septiembre y Noviembre de 2013 la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, por encargo del Ministerio de Salud realizó el “Estudio Nacional de Evaluación de Percepción del Trato a Usuarios”, tanto en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud del Sistema Público, como en aquellos de dependencia municipal. Para el caso de los primeros, se realizaron 7785 encuestas, en la totalidad de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, con un mínimo de 40 entrevistados, variando el máximo de acuerdo al volumen de usuarios de cada establecimiento. En el caso de la APS se procesaron 17.876 encuestas. Las cuotas de entrevistados por centro varió entre 20 y 60 personas de acuerdo al número de inscritos. Además de entregar información válida y relevante sobre la calidad de la atención en el sistema público, el estudio cumple con el mandato de las leyes 20.646 y 20.645 respectivamente, que establecen una asignación anual para los funcionarios de acuerdo a los resultados de la evaluación.

Los autores del estudio -que incluye los establecimientos dependientes de los servicios de salud del sistema público- fueron el Dr. Oscar Arteaga, Alejandra Fuentes y Aldo Vera, y en el sobre atención primaria los autores fueron el Dr. Oscar Arteaga, Alejandra Fuentes, Aldo Vera y Rodrigo Torres.

A continuación se presentan algunos resultados relevantes para el SSMSO.

Lugar del SSMSO a nivel nacional:

Lugar	Servicio de Salud	Puntuación Media	Desv. Est.	N
1	Osorno	6,7497	0,4172	114
2	Maule	6,7175	0,567	433
3	Araucanía Norte	6,672	0,5854	230
25	Metropolitano Sur Oriente	6,3843	0,7296	272
26	Metropolitano Central	6,2824	0,9101	558
27	Metropolitano Norte	6,2766	0,9576	186
28	Aysén	6,1969	0,9632	146
29	Iquique	6,1456	0,800	468

Los resultados a nivel nacional no son positivos para el SSMSO, con el lugar 25 de un total de 29 servicios evaluados. Es importante reconocer la relevancia de este dato, indagar en las razones administrativas, territoriales, demográficas u otras que impactan en la calidad de la atención tal como la perciben los usuarios.

Los 6 mejores centros de Atención Primaria de la Red Sur Oriente:

Comuna	Nombre del Centro	Puntaje
La Granja	La Granja	6,8
Puente Alto	Laurita Vicuña	6,8
La Granja	Malaquías Concha	6,7
S. J. Maipo	Posta las Vertientes	6,7
La Florida	Trinidad	6,7
Puente Alto	Alejandro del Río	6,7
Puente Alto	Padre Manuel Villaseca	6,7

Detalle de los puntajes en la APS según diferentes ámbitos evaluados:

Nombre del Centro	Ptje. Global MINSAL 2013	Calidad percibida aspectos generales	Calidad percibida personal administrativo	Calidad percibida pers. tec. Paramédico	Calidad percibida personal profesional
Alejandro del Río	6,7	6,7	6,4	6,8	6,8
Bellavista	6,4	6,5	6,1	6,3	6,8
Bernardo Leighton	6,6	6,5	6,4	6,5	6,7
Cardenal Raúl Silva Henríquez	6,2	6,3	6,2	6,3	6,3
Dr. José Manuel Balmaceda	6,3	6,2	6,3	6,4	6,4
El Principal	6,1	5,9	5,7	6,2	6,3
El Roble	6,0	5,9	5,2	6,2	6,5
Flor Fernández	6,0	5,9	5,8	6,0	6,3
Gabriela Mistral	5,9	5,2	5,4	5,9	6,4
Granja Sur	6,5	6,1	6,3	6,5	6,7
José Alvo	6,5	6,6	6,4	6,5	6,6
Karol Wojtyła	6,4	6,5	6,1	6,7	6,5
La Bandera	5,6	5,3	4,9	5,8	6,3
La Florida	6,0	5,9	5,9	6,0	6,1
La Granja	6,8	6,5	6,5	6,9	7,0
Las Vertientes	6,7	6,4		6,7	6,8
Laurita Vicuña	6,8	6,7	6,6	6,9	6,8
Los Castaños	6,3	6,1	6,3	5,9	6,6
Los Quillayes	6,1	6,0	5,6	6,2	6,5
Maffioletti	6,4	6,1	6,2	6,3	6,6
Malaquías Concha	6,7	6,5	6,5	6,9	6,9
Pablo de Rokha	6,1	5,6	5,7	6,2	6,4
Padre Manuel Villaseca	6,7	6,6	6,5	6,7	6,8
San Gerónimo	6,4	6,3	6,0	6,5	6,6
San Rafael	6,6	6,4	6,4	6,5	6,8
San Ramón	5,4	5,6	4,6	5,8	5,9

Santa Amalia	6,4	6,3	6,3	6,3	6,5
Santo Tomás	6,4	5,8	6,1	6,6	6,6
Stgo Nueva Extremadura	5,8	5,8	5,3	6,0	6,2
Trinidad	6,7	6,6	6,6	6,7	6,8
Villa O'Higgins	6,4	6,3	6,2	6,3	6,7
Vista Hermosa	6,6	6,5	6,3	6,6	6,9

De forma consistente con otros estudios sobre trato y atención realizados en la red, el aspecto mejor evaluado es la calidad percibida del personal profesional, por sobre la del personal paramédico y administrativo.

Nota promedio y ranking de los establecimientos dependientes del SSMSO:

Establecimiento	Promedio Nota	Lugar en el ranking / Total
Hospital San José de Maipo	6,773148	47 / 251
Hospital Metropolitano de Santiago	6,572261	125 / 251
Dirección del SSMSO	6,482566	158 / 251
CRS San Rafael	6,444445	176 / 251
Hospital Padre Hurtado	6,380226	194 / 251
CASR	6,140411	233 / 251

Es importante señalar que cuando se realizó el estudio aún existía el Hospital Metropolitano, pues no había sido inaugurado el Hospital de La Florida. Pese a esto hemos preferido mantener este dato pues corresponde a una evaluación real de la calidad de ese centro mientras operó en la Red.

El detalle del estudio, incluyendo mayores detalles sobre el proceso de aplicación, los instrumentos aplicados y las conclusiones extraídas pueden ser consultados en los siguientes links:

[http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME\\_FINAL\\_REDES.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL_REDES.pdf)  
(Estudio en establecimientos dependientes de Servicios de Salud)

[http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME\\_FINAL\\_TRATO\\_APS.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL_TRATO_APS.pdf)  
(Estudio en Establecimiento de Atención Primaria)

## Puntaje promedio por comunas establecimientos de atención primaria de salud

Comuna	Puntaje promedio
San José de Maipo	6,74545431
La Granja	6,67940553
Puente Alto	6,58226577
La Florida	6,34692240
Pirque	6,28380957
La Pintana	6,18756505
San Ramón	5,65357137

La comuna con mejor evaluación promediada, es San José de Maipo con sus tres postas rurales. Le sigue La Granja quien con el CESFAM La Granja alcanza el mejor puntaje del Servicio de Salud y segundo de la región Metropolitana, después del CESFAM Peñaflor, para el mismo tipo de establecimiento.

## Centro de atención primaria de salud con el mejor puntaje del país

Región	Centro	Tipo	Puntaje	Posición
Quinta	La Viña	PSR	7,00000000	1/1899
Metropolitana	Alto Jahuel	CGR	6,81276608	30/1899
Quinta	CESFAM de San Antonio	CGU	6,93943453	40/1899
Metropolitana	CESFAM Peñaflor	CGU	6,81276607	180/1899
Metropolitana	CESFAM La Granja	CGU	6,95039701	188/1899

## Modelo de Acogida al Usuario:

### Avances en su Implementación

En el número anterior del Boletín presentamos a grandes rasgos un esfuerzo desarrollado por el Departamento de Participación Social y Gestión Integral del Usuario denominado “Modelo de Atención”, que en ese momento estaba en etapa de planificación. A partir de enero de 2014, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente inició la implementación del Piloto del Modelo de Acogida al Usuario en cuatro establecimientos de la red, incorporándose un nuevo centro en marzo. Todos accedieron de manera voluntaria a esta iniciativa, como una forma de contribuir a la calidad de la atención que reciben los usuarios.

Los establecimientos que han iniciado esta implementación durante el año 2014 son:

- CESFAM La Bandera de la comuna de San Ramón
- CESFAM José Alvo de la comuna de La Florida
- CESFAM José Manuel Balmaceda de la comuna de Pirque
- CESFAM La Granja de la comuna de La Granja
- Complejo Hospitalario San José de Maipo

El Modelo de Acogida al Usuario tiene como objetivo garantizar la continuidad de la atención en los establecimientos de la Red Sur Oriente, generando un estilo de atención de respeto mutuo entre equipos y usuarios, integrando acciones de acogida, clínicas y administrativas, bajo una lógica de derechos en salud.

Con este propósito, los centros que se encuentran desarrollando el Modelo han realizado importantes esfuerzos por revisar la forma sobre la cual han organizado la atención a sus usuarios/as, adecuando procesos internos y generando nuevos, a fin de integrar las acciones de salud que desarrollan, teniendo como eje central las necesidades que presentan las personas y sus expectativas.

Uno de los hitos importantes en la implementación fue la incorporación de orientadores/as de sala en cada establecimiento, quienes se encuentran ubicados en los espacios de mayor flujo de usuarios/as, con el objetivo de acoger, entregar información y constituir un puente entre las personas y los equipos de cada centro.

Paralelamente, los establecimientos han planificado y desarrollado diversas acciones de coordinación interna, entre éstas se encuentra la definición de flujos, además de otras actividades como la adecuación de la información escrita que se entrega al usuario, la realización de capacitaciones en conjunto con el Servicio respecto al uso del Protocolo de Atención de Usuario y el fortalecimiento de competencias en los funcionarios/as que permitan generar una relación cara a cara cordial y basada en una lógica de respeto a los derechos de las personas.



Es importante destacar que el proceso de implementación que ha realizado cada establecimiento se ha gestado de manera paulatina considerando las características organizacionales de cada centro, y las necesidades que tienen sus propios usuarios, priorizando, en una primera etapa de implementación, aquellas acciones orientadas a fortalecer la calidad y oportunidad de la información que se proporciona al usuario.

### Resultados de la evaluación pre-implementación:

En el marco del proceso de implementación progresiva del modelo se realizó un estudio de pre-implementación para obtener, junto a otros estudios como el de MINSAL comentado antes, insumos y evidencias a partir de las cuales evaluar el impacto del modelo en la calidad de la atención y la experiencia de los usuarios. Se encuestaron a 30 personas por cada centro incluido en el piloto, lo que totaliza 150 encuestas. Se les pidió su evaluación sobre diferentes aspectos de la experiencia de atención vinculados a los servicios incluidos en el Modelo. A continuación presentamos una selección de resultados relevantes para la gestión de la atención en APS.

- Casi un 74% de los encuestados está de acuerdo con que el personal de los establecimientos les recibe de forma cordial y amable. Este es un elemento central en el Modelo, pues se apuesta a que una bienvenida a la vez formal y acogedora brinda el mejor contexto para que el resto de la atención sea fluida, exista comunicación y la información sea entendida.

- Muy distinto es el resultado al indagar si el personal de los centros se presenta dando su nombre. Más del 70% de los entrevistados indica que esto no ocurre. Esta diferencia da cuenta de la existencia de un estilo que los usuarios consideran “acogedor”, pero que no incluye elementos formales como el simple hecho de presentarse y preguntar por el nombre del usuario. Como Departamento consideramos que un buen estilo de relación involucra un adecuado balance entre la calidez de la interacción y la presencia de elementos estables y permanentes que sitúen la relación en un plano de respeto.

- Para la mayoría de los usuarios el Diario Mural se encuentra en un lugar adecuado. En la realización de las encuestas pudimos observar un marcado sesgo de cortesía en esta pregunta, pues muchos usuarios no lograron identificar el diario mural.

- En otro ámbito, la mitad de los entrevistados dijo no saber si era posible pedir el “reglamento interno” del centro. Esto se vincula con la falta de seguridad en torno a lo que es “exigible” en términos de información en cada servicio. En esta misma línea, 73% de los encuestados dice no haber recibido folletos de información sobre la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes. En general,

muchas personas ubican la Ley por las pancartas presentes en cada CESFAM, pero no han recibido información para llevar y analizar en profundidad, proceso sin el cual difícilmente puedan hacer un uso explícito e informado de la ley.

Esta investigación tuvo como objetivo establecer una línea base desde donde evaluar el impacto que el Modelo tenga sobre la percepción y la experiencia de la atención desde el punto de vista de los usuarios, sin embargo, sus resultados permiten explorar otros elementos que serán comentados en otras secciones de este boletín.

## Ley de Derechos y Deberes:

### Apropiación por parte de los usuarios

En marzo de este año el Departamento de Participación Social y Gestión Integral del Usuario diseñó un instrumento para evaluar el grado de conocimiento, uso y valoración que los usuarios de la red tienen sobre diferentes mecanismos de Participación Social y de algunos instrumentos legales que los sustentan.

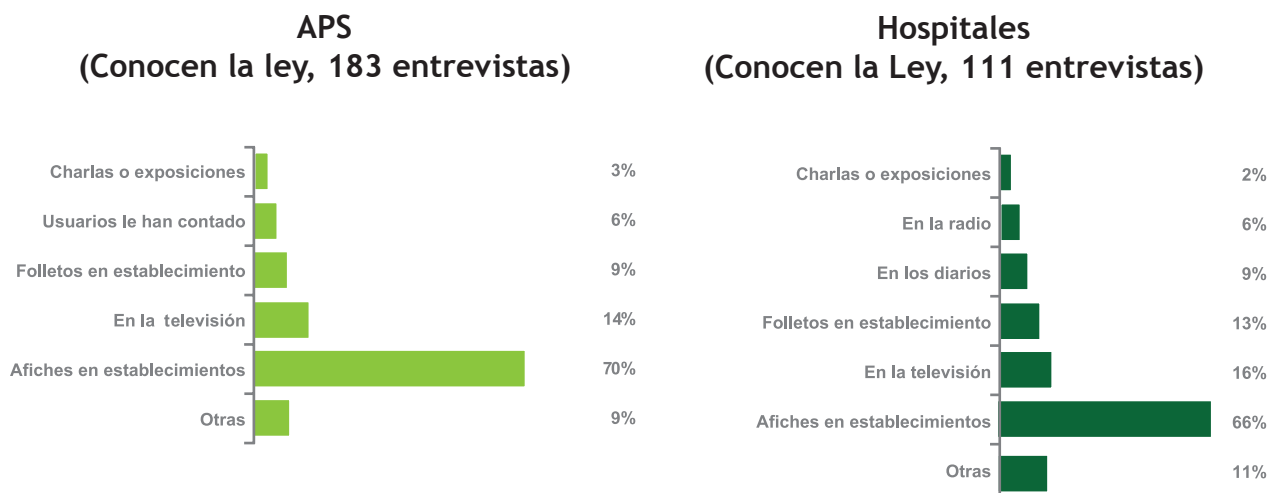
Se trató de un estudio de carácter cuantitativo, con aplicación de dos instrumentos de recolección de información a través de entrevistas personales presenciales a una muestra representativa del universo en estudio. El universo abarcó a la población usuaria de los establecimientos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente que hubiesen recibido al menos una prestación de salud en los últimos seis meses. El grupo objetivo fueron hombres y mujeres mayores de 18 años, usuarios de los establecimientos del Servicio. El tamaño muestral fueron 612 encuestas distribuidas entre usuarios de hospitales y de APS.

Un ámbito relevante sobre el que se investigó es el grado de conocimiento y el uso que los usuarios le dan a la Ley de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. A continuación presentamos algunos de los resultados más relevantes sobre el conocimiento y la valoración que los usuarios le están dando a este importante instrumento legal que sienta las bases generales de la relación entre usuarios y prestadores de servicios en salud.

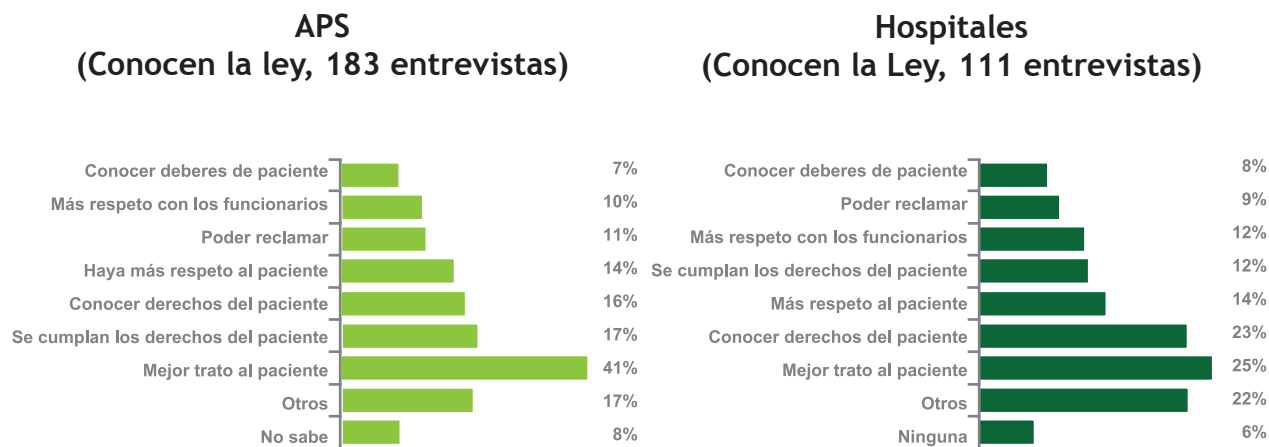
### 1) Grado de conocimiento de la Ley de Derechos y Deberes:



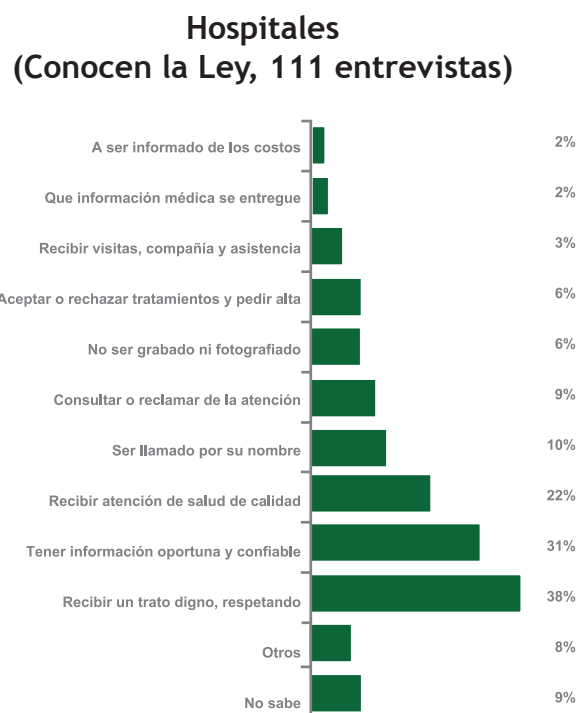
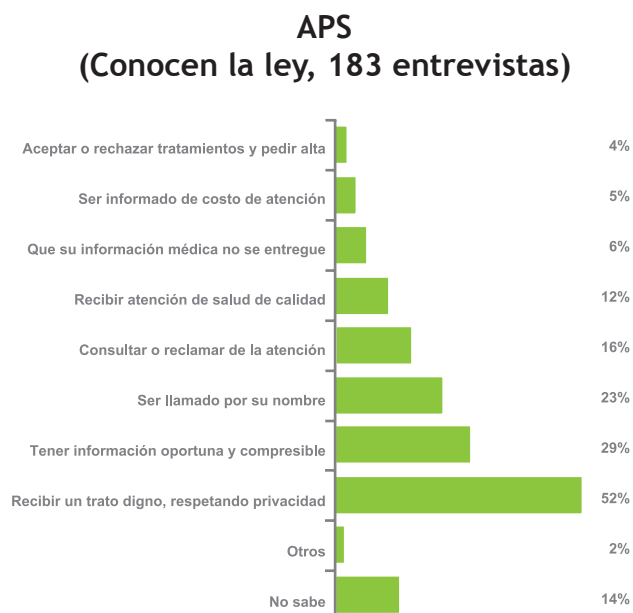
### 2) ¿De qué forma los usuarios se enteraron de la existencia de la Ley?



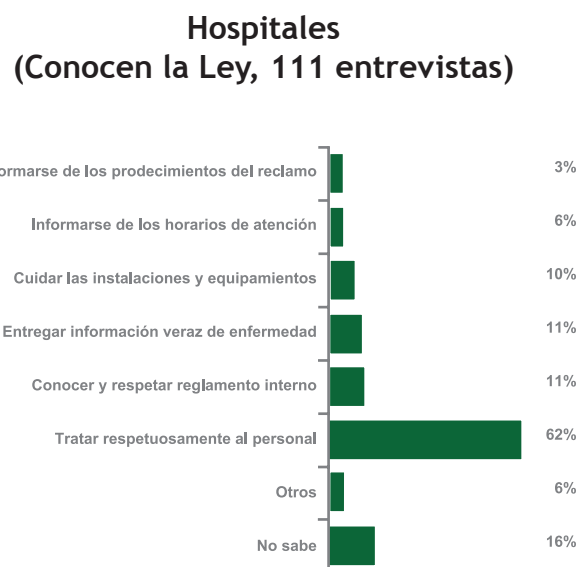
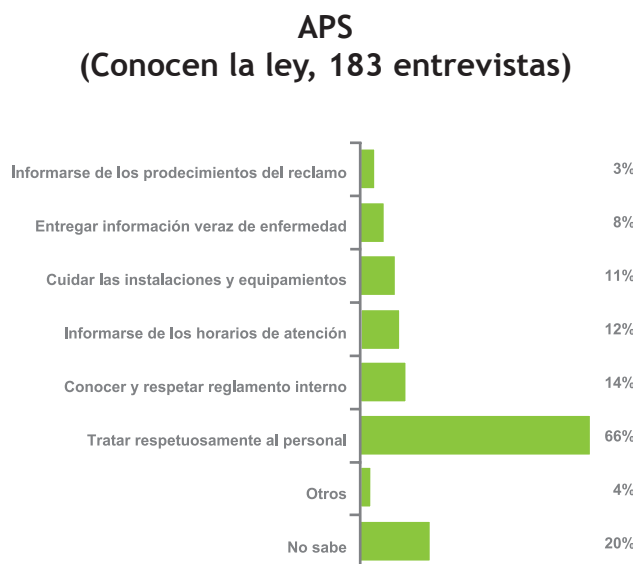
### 3) ¿Cuál es la utilidad de la Ley?



#### 4) ¿Cuáles son los derechos que los usuarios asocian a la ley?



#### 5) ¿Cuáles son los deberes asociados a la Ley?

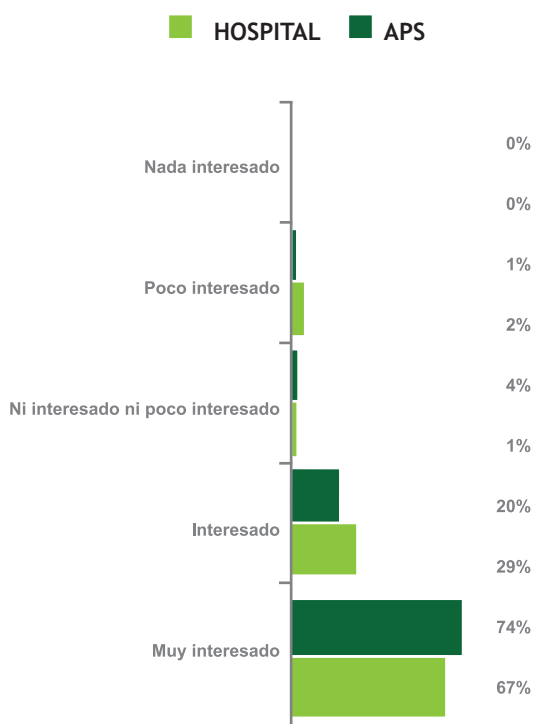


El sentido de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes es ser una herramienta para los usuarios, sin embargo, poco se sabía sobre la apropiación que los usuarios hacen de ella. Esta es la principal contribución de este estudio, el primero a nivel nacional que intenta evaluar el impacto de la ley desde los usuarios.

En la APS, menos de la mitad de los entrevistados declaró conocer la Ley, cifra importante pero insuficiente pensando en que es una ley para los pacientes. Los afiches en establecimientos han sido el medio más efectivo para dar a conocer la ley, lo que da señales sobre dónde y cómo deberían darse a conocer otros mecanismos y programas.

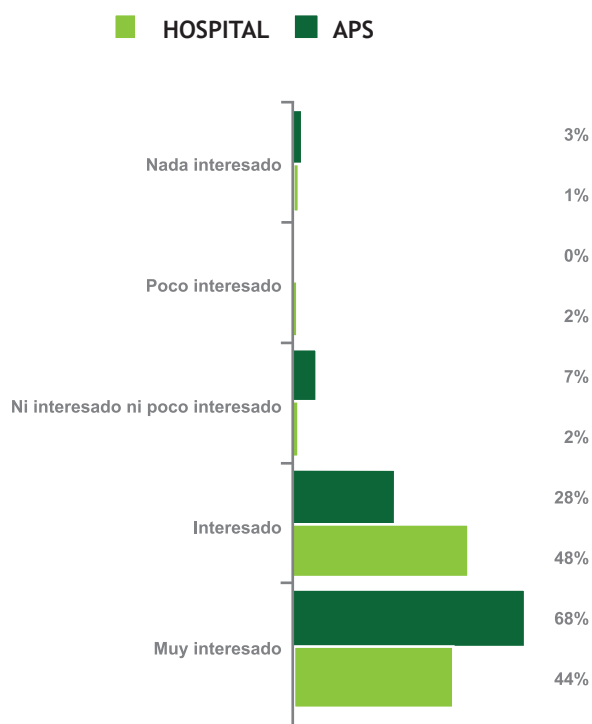
Tanto entre los derechos atribuidos espontáneamente a la ley, como en la utilidad que se le asigna, el aspecto más destacado se relaciona con la mejora en el trato recibido por los usuarios. Al mismo tiempo, por el lado de los Deberes, nuevamente el aspecto más destacado es el trato. La ley, como todo texto legal, irrumpe en la sociedad y es interpretada, utilizada y acogida de formas diversas, dependiendo de los grupos y posiciones sociales. Por eso, la asociación entre esta ley y el trato arroja luces sobre la importancia que la comunidad le da al proceso de atención. Y la luz de estos resultados, lo que a la comunidad le interesa es la relación con el personal que lo atiende, por sobre otros elementos también considerados en la ley.

### IMPORTANCIA ASIGNADA A LEY



Base: Conocen la Ley (111 APS y 183 Hospital)

### INTERÉS EN CONTAR CON MÁS INFORMACIÓN



Base: Conocen la Ley (111 APS y 183 Hospital)

Estos gráficos indican que la Ley es algo valorado por la comunidad, la que está dispuesta a saber más. Existe la idea de que la Ley hace una diferencia, que efectivamente cambia algo, y que para poder darle uso es necesario conocerla mejor. Creemos que los usuarios son un terreno fértil, y cualquier inversión o esfuerzo por ampliar el conocimiento de la Ley, a través de afiches, campañas en medios masivos, campañas virales, etc. tendrá resultados positivos.

## Tesis y prácticas desarrolladas en el Departamento de Participación Social y Gestión Integral del Usuario, SSMSO

En este segundo número hemos decidido incluir una sección sobre las tesis e investigaciones que en la actualidad estudiantes de diferentes universidades y carreras de las ciencias sociales realizan en el Departamento, pues consideramos que las temáticas son de interés de los lectores de este Boletín y se relacionan con la experiencia de los usuarios y la participación social.

---

Diagnóstico del Trabajo con la Comunidad en un Centro de Atención Primaria.

Josefa Abujatum (jabujatu@uc.cl); Pablo Vallasciani (pavallas@uc.cl)

Psicología (Quinto Año, Mención Comunitaria)

Pontificia Universidad Católica de Chile

### Resumen

En la actualidad estamos trabajando con el Consejo de Desarrollo Local (CDL) del CESFAM San Rafael de La Pintana. Nuestro objetivo es comprender el fenómeno de la baja participación de los usuarios en el Consejo, para pensar en distintas vías de acción que posibilitarían una mayor participación de los usuarios. Entendemos que si bien el contexto social no fomenta una participación activa de la ciudadanía en general, existen herramientas de la Psicología Comunitaria que pueden aportar para comenzar a revertir esta situación desde el nivel local. Hasta ahora hemos detectado que el problema radica en gran medida en el escaso conocimiento que los usuarios tienen acerca de la existencia del CDL y la poca claridad que hay respecto a su utilidad. Creemos que un mayor conocimiento del rol de los Consejos y de su relevancia para la comunidad, conllevaría a una mayor adherencia de ésta a estas organizaciones. Como estudiantes en práctica tenemos la posibilidad de vivenciar la cotidianeidad del CDL, por lo que tenemos acceso a comprender mejor, desde la experiencia, lo que es un CDL, lo que nos permitiría complejizar el diagnóstico sobre participación de los usuarios al SSMSO. Actualmente estamos realizando entrevistas a los miembros de CDL para entender cómo conciben al consejo y así poder definir su rol desde su propia experiencia, para darlo a conocer con mayor claridad a la comunidad.

## Resumen

En el país anualmente mueren aproximadamente 578 mujeres por causas asociadas al cáncer cervicouterino, lo que equivale a dos mujeres diariamente. El objetivo principal de este estudio es describir los factores sociales que se encuentran asociados a la decisión de mujeres entre los rangos etarios 24-35 y 55-64 años, de la comuna La Granja para no asistir al examen papanicolaou. Se eligió La Granja por su heterogeneidad en términos de ingreso, lo que permite una representación a nivel de todas las comunas.

Hasta el momento se ha establecido una metodología, la cual constará en un método cualitativo basado en técnicas como; grupo de discusión y entrevista semiestructurada, puesto que ambas técnicas nos dan la posibilidad de conocer los testimonios de cada persona.

Con la investigación a realizar se pretenden entregar herramientas para que el Servicio de Salud pueda planificar una estrategia de aumento de la cobertura de PAP en mujeres de 25 a 64 años. Así, las usuarias tendrán mayor información y acceso al examen, mejorando su calidad de vida y previniendo el desarrollo del cáncer cervicouterino.



## Resumen

El Objetivo de la Investigación es describir las prácticas de los dirigentes de los Consejos de Desarrollo Local y su articulación con el CESFAM y la comunidad de la cual son representantes, a partir del relato de sus experiencias y actividades.

Los resultados de la investigación aportarán a la discusión que existe dentro de los mismos Consejos de Desarrollo Local sobre los roles y funciones, lo que permitirá, desde el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) tener una visualización clara de las actividades que concretamente realizan los dirigentes de los Consejos de Desarrollo Local dirigidas hacia la comunidad y hacia el CESFAM, cuáles son sus funciones principales, e indagar en los usos y valoraciones de los mecanismos de participación que dicta la ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. El impacto de la investigación para la comunidad está vinculado con el empoderamiento de la ciudadanía al participar en los Consejos de Desarrollo Local, que al utilizar el marco legal chileno de participación podrían observar mejorías en su calidad de vida.

En este momento, la investigación se encuentra en etapa de recolección y análisis de los datos. Ya que se han realizado alrededor de ocho entrevistas en profundidad a presidentes/as de los Consejos de Desarrollo Local y un grupo focal, y aún falta por realizar otro grupo focal.

## Jornada “Dignidad del Paciente, Una mirada Integral”, organizada por la Comudéf.

El recién pasado jueves 8 de mayo la Corporación Municipal de La Florida (Comudéf) organizó una jornada de discusión y reflexión denominada “Dignidad del paciente, una mirada integral”. Participaron los directores de los 9 establecimientos de salud y establecimientos de salud mental, además de los asesores técnicos de cada uno de los centros de salud familiar, representantes de usuarios y autoridades comunales; en total aproximadamente 80 personas. El enfoque principal estuvo puesto en la y las formas de relación entre funcionarios y usuarios, en el respeto recíproco y las mejores formas de vinculación, entendiendo al “otro” como un ser integral, respetando sus saberes, creencias, etnia, etc.

Esta actividad contó con la presencia de representantes del Departamento de Participación Social del SSMSO: La matrona Carolina Videla y el sociólogo Cristian Montenegro Cortés. Este último expuso el tema “Lenguaje y poder en la atención de salud, reflexión sobre trato y su humanización”. A partir de esta exposición se generó una interesante mesa redonda con diferentes actores, quienes abordaron temáticas como la relación entre Dignidad de Paciente y Calidad (Luz María Garrido tecnólogo médico, encargada de Calidad Área de Salud COMUDEF), el Respeto del Saber del Otro (Víctor Arroyo, Consejero de la Sociedad Civil y Gestor Comunitario), la Dignidad desde la Cosmovisión Mapuche (Lonco Samuel Melinao Zavala) y el uso de nuevas tecnologías para el empoderamiento y la incidencia de los usuarios en su propia salud (Marcelo González Guzmán, e-paciente, publicista y creador sitio [www.midiabetes.cl](http://www.midiabetes.cl)).

# Lenguaje y poder en la atención de Salud:

Una reflexión en torno al “trato” y su “humanización”.

Cristián R. Montenegro

Sociólogo, MSc Health, Community and Development, London School of Economics and Political Sciences

Contacto: cmontenegrocortes@gmail.com

“El lenguaje construye realidad” reza una expresión, a esta altura popular y que de alguna manera ha penetrado en el sentido común, y a la que se le reconoce un valor para explicar ciertos fenómenos. Una forma de entender esto, es pensando en el lenguaje como algo que tiene poder sobre la realidad, poder que altera, que a veces oculta o hace visible ciertos aspectos, en desmedro de otros. Las palabras que utilizamos para referirnos a algo afectan ese “algo” de modos que a veces no logramos comprender. ¿Qué relevancia tiene esto para una discusión sobre el “trato” y la “humanización” en la atención de salud? ¿Qué “poder” opera o se expresa en los conceptos que se han ido imponiendo para “nombrar” cuestiones como el trato o la calidad?

Este ensayo no pretende resolver la cuestión, pero sí invita a reflexionar en torno a la carga implícita que cada concepto acarrea, a cómo esa carga se expresa en ciertas dificultades para pensar determinados cambios, y al mismo tiempo ofrece una propuesta tentativa, para seguir avanzando.

## Las palabras y las cosas

Entendemos, y así nos lo dice el sentido común, que cada palabra nombra algo. Nombrar algo es distinguirlo de todo el universo de cosas que ese algo “no es”. En esta visión referencial del lenguaje, de lo que se trata es de acordar para cada cosa una palabra, porque se entiende que las distinciones están, por así decirlo, inscritas en la naturaleza de las cosas. El resultado de esto es el diccionario o, con más suerte, la Enciclopedia, esa aspiración máxima de la Ilustración que permite a la humanidad hacerse cargo de todo el saber y avanzar. Sin embargo, con algunas palabras, la cosa no es tan sencilla.

Durante la colonia los españoles establecieron 16 palabras para nombrar a cada raza producida por el mestizaje que comenzó a ocurrir. Mestizo, castizo, mulato, morisco, chino, “salta atrás”, lobo, jíbaro, cambujo, “tente en el aire”, entra otras, fueron palabras que parecían cumplir con la función de distinguir, diferenciar, y así

ejercer una forma de control sobre la diferencia. Palabras que eran expresiones directas del poder, que eran herramientas de poder, y que eran la expresión de la capacidad de un pequeño grupo de nombrar y construir la realidad a partir de sus intereses y de su visión de mundo. ¿Son tan inocentes las palabras?, ¿Son solo formas de ordenar y clasificar?

A partir de este ejemplo algo importante salta a la vista: El lenguaje no nace necesariamente de las cosas, no es un dato presente en las cosas mismas, sino que es el resultado de las relaciones entre los hombres. El lenguaje introduce las distinciones que un grupo necesita, consciente o inconscientemente, para sostener y reproducir una situación de asimetría y control sobre otro. Entender las palabras y los conceptos como la expresión de relaciones entre los hombres provee un escenario para pensar la clase de relación, la asimetría que está detrás de nociones como “trato”, “humanización”, “control de salud”, etc.

## El “trato” en salud

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua “Trato” significa “Manejar algo y usarlo materialmente”. Es muy interesante la definición, particularmente porque en ella no hay una relación, sino un manejo unilateral de “algo”. Tratar es parecido a “lidiar” con algo. El actor del trato es uno solo, el otro es solo materia dispuesta para ser “tratada”. En la palabra misma ya está instalado un desbalance de la acción, una asimetría.

Un hecho interesante es que las nociones de “trato en salud” o “trato respetuoso” o “trato humano” no tienen equivalencia idiomática y, en el lenguaje de la atención en salud, sólo existen en el español. Es una rareza, entonces, que pudieran ser explicadas históricamente, en la medida en que el “trato” nace (y sigue siendo) un problema “secundario” y no esencial a la práctica médica. Nos hacemos cargo del trato (y de la satisfacción) cuando otros elementos, como cobertura de atención, o seguridad del paciente, ya han sido resueltos. Peor aún: si la cobertura sigue siendo un tema no resuelto, este carácter accesorio del trato se transforma en permanente y consustancial. La emergencia del lenguaje del trato podría ser explicada por este carácter accesorio y secundario de la situación que se pretende solucionar. Cuando una situación es problemática hay que darle un nombre, y, lamentablemente, muchas veces el primer nombre que emerge es el que se instala de forma irreversible.

## La humanización del trato

Desde aquí podemos analizar la idea de humanización. Humanización es un concepto que parece positivo pero que tiene algunos problemas cuando pensamos en utilizarlo para caracterizar un tipo de relación entre funcionarios y usuarios de servicios de salud. Es un concepto inespecífico, con resonancias múltiples, que ha ido ganando espacio de forma arbitraria; sin exponer sus principios, su historia ni su pertinencia.

¿Qué hay tras la idea de “humanizar el trato”? Si volvemos a nuestro punto anterior, el problema central de la noción de “trato” es que, sin importar su “forma”, siempre implica a un agente y a un paciente, es decir una asimetría de poder e información. Siguiendo la misma línea, humanizar el trato equivaldría a: “Hacer más humana la forma en que manejas algo materialmente”. Si la noción de “trato” ya implica lo in-humano, “humanizarlo” podría significar una mejora o un paso adelante: desde una actitud mecánica, a una no-mecánica: En ese caso, humanizar el trato es transformar lo que ese agente hace, para que se asimile a una idea preconcebida y abstracta de lo que el otro, el paciente, quiere. Seamos lo que suponemos que el paciente quiere de nosotros, lo que debería querer de nosotros. El paciente sigue siendo eso: un paciente.

Consideremos con más detención la idea misma de “humanizar” algo. Pues hay que reconocer que el maltrato, la falta de reconocimiento, la incomunicación son características esencialmente humanas. Lo “humano” es extremadamente plástico y carece de especificidad, puede albergar la frialdad y la calidez, la mentira, la amenaza, la violencia, el amor y la comprensión, etc. Consideremos dos casos: Un médico que está mirando su celular y respondiendo los mensajes de sus amigos mientras enfrente un paciente trata de explicarle que el diagnóstico que acaba de escuchar ya lo había escuchado antes y que no puede ser eso. Segundo caso: Un médico que recibe a una madre y su hija pequeña con una sonrisa, se presenta, les ofrece un vaso de agua y a la niña le regala un cuaderno pequeño y lápices de cera, se despide no sin antes entregarles la información necesaria. ¿Cuál es más humano?, ¿Cual es más mecánico?

## De trato y humanización a interacción y respeto.

De alguna forma el “trato”, si sigue implicando una forma de lidiar con “algo”, no puede ser “humanizable”, ni puede ser “digno”. Antes de establecer qué hacer con el “trato”, cómo mejorarlo o hacerlo más parecido a lo humano, necesitamos cuestionar el concepto de base, y, por qué no, reemplazarlo. Una palabra que podría reemplazar a la noción de trato es la de “interacción”. Según la RAE, interacción es “la acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más objetos, agentes, fuerzas, funciones, etc.”. Este ajuste de tuercas conceptual garantiza que sea lo que sea que hagamos con la “interacción”, sea que la humanicemos, la mejoremos o la hagamos más digna, etc., de lo que se trata es de una relación, de algo que se construye entre las personas. Y si además incluimos la noción de Respeto, como un mejor calificativo que “humanizar”, entonces estaríamos en condiciones de pasar de la “humanización del trato” a la creación de una “interacción respetuosa” entre los agentes de salud y los usuarios de sus servicios. Sería una pequeña victoria conceptual cuyos efectos no podrán medirse con indicadores tradicionales, pero que favorecerá otra forma de pararse frente al otro, acoger su “otredad” sin reducirla a ignorancia o a soberbia, que estimularía la horizontalidad, la confianza y, no hay duda, redundaría en una experiencia de atención más comprensiva y satisfactoria, para usuarios y equipos.



Observatorio  
de la Experiencia  
Usaria en Salud