

Informe Final V2

Estudio sobre Trato Digno en
Usuarios del Sistema de Salud
(nacionales y migrantes
internacionales)

ID 601-12-LE18

Superintendencia de Salud

Santiago, marzo 2019

CREACIÓN

Estudios Cualitativos | Metodologías Participativas | Comunicación estratégica

1.0	CONTENIDO DEL INFORME.....	4
2.0	ANTECEDENTES	5
2.1	Objetivos del Estudio.....	9
2.2	Marco metodológico	10
2.2.1	Tipo de estudio	10
2.2.2	Estrategia de investigación.....	11
2.2.3	Uso de técnicas de apertura emocional y proyectivas.....	12
2.2.4	Pautas.....	14
3.0	RESULTADOS.....	19
3.1	Análisis Fundado por tipo de usuario.....	20
3.1.1	Análisis Fundado Usuarios Nacionales	20
3.1.1.1	Conceptualización Atención en Salud	20
3.1.1.2	Conceptualización Trato Digno	21
3.1.1.3	Deconstrucción Experiencia Trato Digno	23
3.1.1.4	Apreciación Ley de Derechos y Deberes del Paciente .	26
3.1.1.5	Principales Actores de la Atención y Trato Digno.	29
3.1.1.6	Obstaculizadores para estándares de Trato Digno.....	30
3.1.1.7	Nivel de Satisfacción respecto al Trato Digno.....	31
3.1.2	Análisis Fundado Usuarios Migrantes.....	33
3.1.2.1	Conceptualización Atención en Salud	33
3.1.2.2	Conceptualización Trato Digno	36
3.1.2.3	Deconstrucción Experiencia Trato Digno	40
3.1.2.4	Apreciación Ley de Derechos y Deberes del Paciente .	45
3.1.2.5	Principales Actores de la Atención y Trato Digno.	48
3.1.2.6	Obstaculizadores para Estándares de Trato Digno	48
3.1.2.7	Nivel de satisfacción respecto al Trato Digno	51
3.2	Deconstrucción Valórica Experiencia Trato Digno.....	52
3.2.1	Análisis Priorización de Valores Usuarios Nacionales.....	52
3.2.1.1	Primera Priorización	52
3.2.1.2	Segunda Priorización	53
3.2.1.3	Tercera Priorización	54
3.2.2	Análisis Priorización de Valores Usuarios Migrantes	56
3.2.2.1	Primera Priorización	56
3.2.2.2	Segunda Priorización	57
3.2.2.3	Tercera Priorización	59
3.2.3	Análisis Fundado Valores Transversales	60
3.2.3.1	Respeto.....	60
3.2.3.2	Amabilidad	62
3.2.3.3	Empatía.....	63
3.2.3.4	Buena atención.....	64

3.2.3.5 Igualdad en la atención	66
3.2.3.6 Información y Orientación	66
3.2.3.7 Confianza.....	67
3.2.3.8 Vocación	70
3.2.3.9 Infraestructura e Higiene	70
3.2.3.10 Calidad en Equipamiento	71
3.3 Conclusiones.....	73
3.3.1 Resumen Análisis Fundado por tipo de usuario	73
3.3.2 Resumen Deconstrucción Valórica Experiencia Trato Digno....	79
3.3.2.1 Análisis de Valores.....	79
3.3.2.2 Cromograma de Códigos.....	82
3.3.3 Conclusión Final	84

1.0 CONTENIDO DEL INFORME

El desarrollo del estudio “Trato Digno en Usuarios del Sistema de Salud (nacionales y migrantes internacionales)” contempla la entrega de tres informes, detallados en la tabla siguiente.

El informe que a continuación se presenta corresponde al Informe Final y cubre el proceso de aplicación del Plan de Análisis de este estudio.

Tabla: Etapa y productos.

ETAPA	PRODUCTO	CONTENIDO MINIMO
Primera	Primer Informe de Avance	diseño de la investigación que incluye: objetivos, población de estudio, diseño de la muestra, criterios de definición de la muestra, técnicas de análisis y productos comprometidos.
Segunda	Segundo Informe de Avance	informe de avance, que incluye: - Pauta(s) propuesta(s) que incorpore los aspectos identificados en los estudios anteriores, los temas relacionados con la Ley sobre Derechos y Deberes de los Pacientes en lo que respecta a Trato Digno y otros documentos que deben ser revisados y que han sido citados previamente en este mismo documento, así como también, la agregación de nuevas preguntas acorde a los objetivos planteados. - Información de hallazgos preliminares de alguna de las técnicas empleadas
Tercera	Informe Final	Informe final y la presentación en formato power point, que incluye: resultados, análisis de resultados e información que contribuya al planteamiento de los principales elementos relacionados con Trato Digno, y; propuestas de la Consultora que permitan tomar decisiones sobre posibles materias a incorporar en el instrumento que se utilizará en la fase 2 (Delphi).

Tabla: Detalle de entrega Informe Final V2.

Contenido	Impreso	Pendrive
Informe Final	√	√
Presentación Power Point Informe Final		√
Transcripciones de Entrevistas y Grupos Focales		√
Audios		√
Videos		√
Base Datos Atlas Ti: UH Entrevistas y Grupos Focales		√

2.0 ANTECEDENTES

“El estudio solicitado constituye la primera etapa de un proyecto que busca proponer un instrumento oficial para medir Trato Digno en la Atención de Salud, desde la perspectiva de los pacientes. Este estudio, de tipo cualitativo, tiene la finalidad de identificar los conceptos relacionados con Trato Digno y los atributos que lo componen para aportar a las preguntas esenciales que se definirán y seleccionarán en las etapas posteriores del proyecto, que comprenden el uso de Delphi y la construcción de uno o varios índices que permitan medir Trato Digno en la Atención de Salud.

El proyecto, en sí, permitirá monitorear el nivel de cumplimiento efectivo de este derecho por parte de los prestadores que integran el Sistema de Salud, así como también, orientar la fiscalización que ejerce la Superintendencia de Salud hacia aquellos prestadores y/o servicios que presenten un mayor riesgo de vulnerabilidad en esta materia.

Diversos son los países que han establecido el Trato Digno como parte de los derechos que tienen las personas en su atención de salud. Lo anterior, se plantea en beneficio de la calidad de las prácticas vinculadas a la atención sanitaria. Inclusive, "el trato", se establece como un objetivo intrínseco del Sistema de Salud, independientemente del resultado de la intervención médica que experimente la persona. En este sentido, la mayoría de los estudios internacionales relevan el valor de conocer y comprender lo que las personas piensan sobre su cuidado y tratamiento, asociado a un Trato Digno en la atención de salud. Asimismo, enfatizan en la importancia de focalizar "el trato" desde una perspectiva de igualdad en la asistencia social, relacionando la atención de salud con los derechos humanos.

En general, la experiencia muestra que en los países de avanzada, no sólo se cuenta con la evaluación del cumplimiento de derechos o aspectos que componen el Trato Digno por parte de los proveedores de los servicios de salud, sino que, también, cuentan con una regulación que asegura que las personas que usan los servicios de salud sean tratadas con dignidad en todo momento mientras reciben atención y/o tratamiento médico.

En nuestro país, se observa que el tema de Trato Digno se aborda, fundamentalmente, en relación con el cumplimiento que deben hacer los prestadores de salud, en cuanto a los aspectos señalados en la Ley 20.584, de 2012, sobre los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud. Con respecto al derecho a un Trato Digno en la atención de salud, el artículo 5° de esta Ley, indica que es deber de los prestadores de salud:

- a) Velar por que se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención;
- b) Velar por que se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y

llamadas por su nombre.

- c) Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud
- d) La atención otorgada por alumnos en establecimientos de carácter docente asistencial, como también en las entidades que han suscrito acuerdos de colaboración con universidades o institutos reconocidos, deberá contar con la supervisión de un médico u otro profesional de la salud que trabaje en dicho establecimiento.

Asimismo, el artículo 5° de la referida Ley, establece que las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.

En esta materia, a la Superintendencia de Salud (Intendencia de Prestadores), le corresponde fiscalizar ciertos criterios que establece la Ley 20.584 y comprobar su cumplimiento en el otorgamiento de servicios. Para el ejercicio de estas atribuciones, la Intendencia de Prestadores ha definido un módulo de fiscalización que permite evaluar en las instituciones de salud públicas y privadas, de atención abierta y cerrada, el cumplimiento de lo que consigna la Ley sobre Trato Digno, en el cual, se plantean los siguientes objetivos :

- a) Verificar que los prestadores institucionales de salud pública y privada, cuenten con una política de respeto al Trato Digno (de acuerdo a la Ley 20.584, párrafo 2°), mediante la adopción de medidas tendientes al cumplimiento de parte de los funcionarios a la obligación de otorgar una atención de salud, respetando la dignidad y buen trato a sus pacientes,
- b) Constatar que los prestadores institucionales procuren el cumplimiento de la normativa relativa a Trato Digno en torno a la gestión de reclamos (D.S. N° 35 del 2012, del MINSAL),
- c) Generar un catálogo o compendio de iniciativas implementadas por los prestadores fiscalizados de manera de poner a disposición de los prestadores de salud del país, a través del portal web, las mejores prácticas y,
- d) Recoger la opinión de los directivos y funcionarios de la Institución, mediante una encuesta de autoevaluación/encuesta de percepción respecto de las medidas de trato que ha implementado.

A lo anterior, se agrega un módulo con enfoque de migrantes que, por una parte, verifica el cumplimiento de la Ley 20.584 al igual que a los nacionales y, por otra, recoge información asociada a la atención de salud que se les brinda a los migrantes, lo que permite conocer los procedimientos, programas de promoción, entre otras medidas que estén implementando los establecimientos de salud, que favorezcan la integración y acceso de los extranjeros a los beneficios que otorga el Sistema de Salud.

Los estudios sobre Trato Digno en Chile son escasos. La Superintendencia de Salud realizó una investigación en el año 2013, que indagó sobre ¿Qué es Trato Digno para los pacientes?¹. Este estudio analiza las principales ideas asociadas al concepto de Trato Digno, identifica los elementos que para los usuarios, tanto del sistema público como privado, son relevantes en materia de trato, ya que, de acuerdo a la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, este concepto se establece como un derecho de las personas en la atención de salud. La investigación identifica los elementos que componen el Trato Digno, tales como: ser tratado como persona (trato humano); tener acceso a información transparente y clara durante la atención de salud; contar con un médico comprometido/responsable; respeto; derecho a la privacidad (intimidad) y; la atención oportuna.

Se devela, que al igual como lo señalan los estudios internacionales, las personas consideran el Trato Digno con más elementos de los que establece la ley. No obstante, vinculados a ella y con posibilidad de concretarse.

Al mismo tiempo, una segunda investigación² tangencialmente coincide con algunos elementos que son parte del Trato Digno. Este estudio identifica desde la perspectiva del usuario los elementos clave que contribuyen con la satisfacción en la atención de salud hospitalaria. Con este propósito, la investigación propone reconstruir la experiencia de los pacientes en todo el proceso de hospitalización, identificar los principales elementos que dicen relación con calidad percibida objetiva y subjetiva que están presentes desde que el usuario ingresa al hospital hasta que sale de éste y explora acerca de las expectativas y necesidades que los usuarios tienen respecto del personal que los atienden.

Si bien, conceptualmente, la satisfacción se diferencia de lo que es Trato Digno, existen algunos componentes que están asociados. En sus principales resultados, emerge la dignidad, como un elemento clave asociado al estado de vulnerabilidad que sienten las personas al estar enfermas y a la dependencia de quienes las atienden. Del mismo modo, el miedo y el dolor y la importancia del apoyo frente a esto. Se releva la calidez como un valor humano, la limpieza y la información expedita con lenguaje claro y directo (no en términos médicos).

En este contexto, es necesario delimitar un concepto similar que es la satisfacción del paciente en la atención de salud. Aunque la idea ha ido evolucionando en el tiempo, encontrándose una serie de definiciones, éstas plantean componentes comunes vinculados a aspectos afectivos y cognitivos que representan una evaluación del paciente en torno a

¹ Pérez J.V., Universidad Miguel Hernández, Depto. Psicología, España, Pezoa G.M., Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo.

² Pezoa G. M, Elementos que contribuyen a la satisfacción y calidad percibida en la atención hospitalaria, SIS, 2013.

interacciones clínicas, médicas y otras materias donde se requiere una experiencia personal específica en su atención de salud. Esta evaluación se asocia a un juicio transitorio, susceptible de cambio. Mientras que el Trato, en sus diversas visiones, plantea elementos relacionados tanto con las experiencias de interacciones clínicas en la atención de salud como también aspectos no clínicos. Incorpora enfoques tales como: la percepción de calidad en la atención de salud que se supone más estable en el tiempo y que requeriría de varios encuentros con el servicio; la capacidad de respuesta de los sistemas de salud como un todo; las expectativas legítimas y algunas de tipo universal, por ejemplo, relacionadas con sus derechos humanos o respeto a derechos básicos. Todo lo anterior, en el concepto de Trato, representa un juicio más global y en general es a largo plazo.

Dentro de esta perspectiva, este proyecto, impulsado con un enfoque centrado en el paciente, pretende determinar en qué medida las personas piensan o sienten que se está cumpliendo con un Trato Digno en la atención de salud. En este contexto, considerando la experiencia internacional y de Chile respecto de este tema, queda en evidencia la importancia y la justificación para construir un instrumento que permita medir Trato Digno y, a su vez, implementar Índices de Trato en beneficio de algunas acciones que se podrían realizar para detectar el riesgo de situaciones que pongan al usuario en condición de vulnerabilidad e incumplimiento de sus derechos respecto del Trato Digno, entre otros.

Con todo, es de especial importancia construir un Índice de Trato Digno o indicadores que permitan monitorear en el tiempo el comportamiento de este aspecto. Papel que compete a la Superintendencia de Salud, mediante sus funciones de control y fiscalización.

En este contexto, es muy relevante conocer la opinión de los usuarios e indagar en ellos, a través de un Estudio Cualitativo, los temas centrales, dimensiones de valor y otros elementos que relacionan con el Trato Digno, los que a la vez, servirán de insumo para las otras fases de la investigación y para levantar una propuesta metodológica que sustente la construcción de un Índice de Trato Digno.”

2.1 Objetivos del Estudio

Objetivo General

Comprender e identificar los elementos y aspectos relevantes para el paciente, asociados a Trato Digno en la atención de salud.

Objetivos Específicos

- a) Analizar y determinar los principales conceptos de Trato Digno con los respectivos atributos que lo componen.
- b) De-construir el proceso de experiencias respecto de las etapas que experimentó el usuario (nacionales y migrantes) sobre Trato Digno en la atención de salud, identificando elementos o aspectos relevantes respecto de las expectativas, emociones, conocimiento de lo que esperan y valores que le asignan.
- c) Explorar y distinguir los principales conceptos, atributos, incluyendo aspectos de valor y aspectos culturales respecto al Trato Digno en migrantes.
- d) Identificar el grado de conocimiento que tienen los usuarios sobre los aspectos específicos relacionados con Trato Digno en la ley de Deberes y Derechos del Paciente.
- e) Determinar el nivel de satisfacción que tienen los usuarios respecto del Trato Digno en la atención de salud acerca de la información, la privacidad, confiabilidad, respuesta oportuna (dolor físico, emocional, tiempo de espera), participación en la toma de decisiones, comunicación, trato respetuoso y amable.
- f) Identificar los principales actores u otros aspectos que ellos identifican como obstaculizadores en el conocimiento y en la práctica de Trato Digno.
- g) Identificar las áreas problemáticas al requerir o recibir atención de salud en los distintos establecimientos públicos o privados que tienen los usuarios respecto del Trato Digno.

2.2 Marco metodológico

2.2.1 Tipo de estudio

El estudio Trato Digno en Usuarios del Sistema de Salud (nacionales y migrantes internacionales), se inscribe dentro del concepto de una Investigación cualitativa.

Al asumir el enfoque de investigación cualitativa se acepta como punto de partida de la investigación el reconocimiento del carácter reflexivo de determinado proceso investigativo. Reflexión que consigue el investigador formando parte del mundo social que estudia, accediendo a las distintas categorías de estudio de forma fluida y tantas veces como su posterior análisis lo requiera. El trabajo con el diálogo reflexivo destraba supuestos sobre el sentido de realidad de una persona, quien arma dicho diálogo a partir de las realidades que conoce o de las que reconoce. Esta condición permite al investigador, acercarse al fenómeno de estudio guiado por lo casual, lo cotidiano o el acontecimiento real, a partir desde donde es capaz de elaborar un concepto y una serie de conceptos que le permiten entregar una línea teórica robusta y confiable.

El enfoque cualitativo se refiere a la investigación que produce datos tanto descriptivos como exploratorios, considerando a las personas en el marco de referencia de ellas mismas. Una investigación cualitativa enfatiza la subjetividad, los significados y las relaciones que se generan en el proceso de la investigación. A diferencia de la investigación cuantitativa, la técnica cualitativa busca respuestas desde el cómo operan los fenómenos sociales, por sobre el énfasis de relaciones causales entre variables o medidas de cantidad, intensidad o frecuencia (Denzin y Lincoln 2005, 14).

Este tipo de investigación busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Considera un proceso activo y que se apoya en las experiencias y en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y grupal en forma adecuada.

En efecto, los miembros de un grupo, cultura o situación, comparten una estructura lógica o de razonamiento que, por lo general, no es explícita, pero que se manifiesta en diferentes aspectos de su vida. La virtud de este enfoque radica en el discurso subjetivo, el que supone la participación del sujeto, haciendo hincapié en la conexión hacia la autorrevelación, donde la percepción se ve ampliada por la emocionalidad que requiera

agregar el habla.

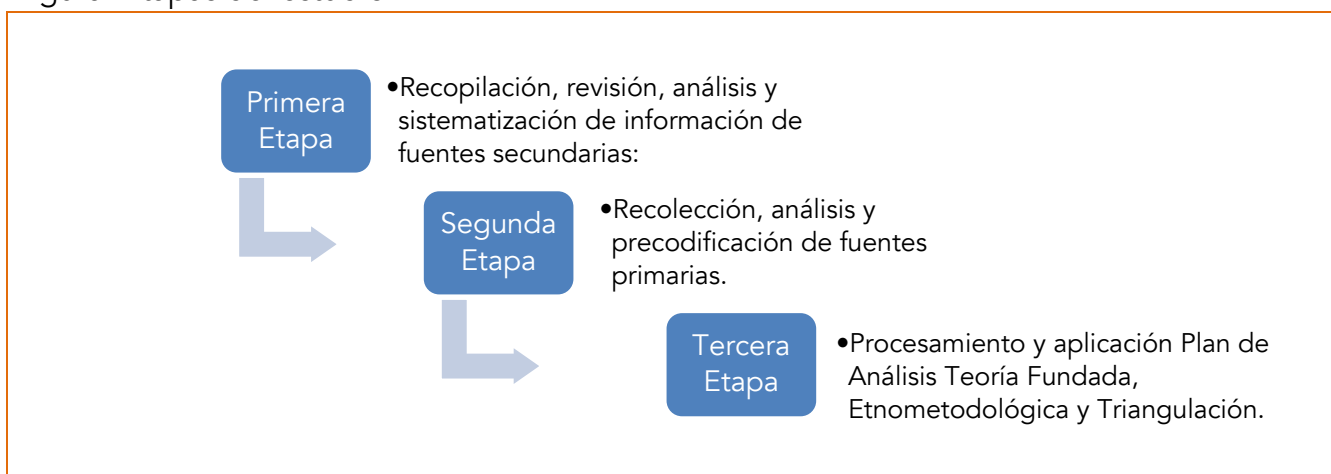
El “entendimiento en profundidad” se caracteriza por llegar a cuatro niveles. En un primer nivel, se ubica la información que es admitida por el habla a modo de dato, pudiendo en algunos casos ser meramente descriptiva; en un segundo nivel nos encontramos con las autorrevelaciones referidas a información de entendimiento, es decir, cuando las intenciones conscientes pueden ser entendidas por el habla-actor. El siguiente nivel aparece cuando, a lo ya mencionado, el habla le agrega contenido inconsciente, expresado como un evento de autorrevelación y, finalmente, cuando el observador puede darse cuenta que el actor se comporta o manifiesta como si ciertas cosas fueran subentendidas, basando su comportamiento en consideraciones tan claras que ni siquiera piensa en ellas, simplemente las vivencia.

Finalmente, quien opta por la investigación cualitativa asume que la realidad es múltiple, dinámica y global, y que se construye a través de procesos de interacción. La investigación cualitativa se basa en el supuesto de que cualquiera sea el ámbito donde se recolecten los datos, el investigador sólo podrá llegar a una real comprensión si los sitúa en un contexto social e histórico.

2.2.2 Estrategia de investigación

La estrategia metodológica que hemos considerado aplica un conjunto de técnicas y herramientas para el abordaje cualitativo por etapas del fenómeno Trato Digno. La figura a continuación resume las etapas del levantamiento y análisis aplicables a este estudio.

Figura: Etapas del estudio



2.2.3 Uso de técnicas de apertura emocional y proyectivas

Para conocer la apreciación grupal acerca del impacto y examinar el grado de relevancia, eficacia y eficiencia de una problemática, determinar los factores que contribuyen al éxito o fracaso de acciones o proyectos y distinguir conclusiones y recomendaciones relativas a la aplicación de acciones, indicadores, planes, programas o proyectos; nuestra estrategia investigativa propone emplear la técnica de trabajo grupal MSC, Most Significant Change, (El Cambio Más Significativo), siguiendo la guía de indagación de Davies R y Dart Jess (2005). Ejerciendo en esta caso la técnica desde la mirada de la búsqueda al Componente o Acción de mayor significancia para la población entrevistada, en este caso como parte de la sesión de grupo focal y de entrevistas, en la etapa de recolección de fuentes primarias.

Como ya se explicó, estas herramientas aportan en la construcción de un discurso colectivo que surge una vez que los asistentes van mostrando su opinión o parecer y lo comparten visualmente y explicativamente con el resto del grupo entrevistado. Hablar de apertura emocional y proyección obliga a plantear un juego de disposiciones, tanto para expresarse como para atender a los otros. El uso de un concepto escogido por cada participante brinda exclusividad y además permite que todos puedan mirar y acercarse a la problemática desde el lenguaje sintetizado (en una sola palabra) de cada asistente. A continuación, se describe detalladamente cómo se aplicará la herramienta. Esta propuesta opta por emplear el MSC como instrumento recolectivo.

MSC, Cambio Más Significativo

El MSC es una técnica cualitativa de recolección de información, empleada para monitorear y evaluar de forma participativa, apoyada en patrones de inclusión e indagación apreciativa. Observa el levantamiento de información a partir de las experiencias o historias personales (de vida) que los participantes vayan relatando de manera voluntaria y con sus propios aspectos y vértices de privacidad y detalle. Considera el resguardo de la historia de vida toda vez que como forma de triangular la información, se requiere de la veracidad del relato, siendo la documentación o el registro de estos un eje crítico para considerarse como elemento de retroalimentación y posterior análisis. De modo tal que las experiencias de vida se elaboran –a partir de este análisis- a fin de aportar en la reflexión temática para llevar a cabo evaluaciones y para direccionar labores que se estén realizando al momento de la medición. Se entiende por Inclusiva puesto que intenciona la mayor cantidad de participantes, competencias, discursos y necesidades divergentes dentro de los grupos seleccionados.

Además se dice de ésta una metodología de estilo Apreciativa en tanto los análisis de las diferentes fuentes de narrativas hacen un especial distingo en la búsqueda de las mejores prácticas o resultantes, buscando aquello que funcione bien para así destacarlo y poder realizar sugerencias y consecuciones de éxito según lo planteado en el estilo AI (Appreciative Inquiry).

“Esencialmente, la metodología sugiere la identificación y recolección de historias de cambios más significativos emanadas del campo de trabajo y la selección de aquellas que resulten de mayor impacto o que reflejen mejor los cambios que ha generado un proyecto; esta actividad está a cargo de un grupo determinado de personas... Como la metodología se centra en historias, no utiliza indicadores predeterminados, especialmente los cuantificables-, se enfoca en las respuestas de preguntas centrales acerca de los cambios como: quién hizo qué cuándo, cómo, por qué y las razones por las que los eventos fueron importantes.”. (Davies R y Dart Jess; 2005).

La metodología sugerida consta de cuatro etapas: i) recolección de la información, ii) selección de las narrativas, iii) retroalimentación en terreno y iv) análisis final de los discursos.

Sin embargo y dada las necesidades de este estudio en particular, esta consultora basará la metodología de levantamiento en componentes o acciones, por ello se aplicará la pauta compuesta de cuatro partes a un segundo nivel de análisis (split 2): i) recolección de información general, sentimientos y valores involucrados, ii) relación perceptual, simbólica y valórica con el concepto potente (Trato Digno), iii) procesos de retroalimentación (expectativas y satisfacciones) y iv) componentes de proyección (obstaculizadores y facilitadores, movimientos futuros).

Dicho lo anterior es que la cédula de preguntas para la ronda conversacional bajo modalidad de grupo focal y entrevista focalizada, ha de ser construida teniendo en cuenta las etapas propias de este análisis, enfocando el tono del diálogo en preguntas que indaguen en el para qué y el cómo de los distintos procesos en estudio.

La recolección de información para ambas dinámicas cualitativas es decir, en sesión de trabajo grupal (focus group) o en sesión de entrevista individualizada, se lleva a cabo a partir de la formulación de una pregunta inicial que da pie a un proceso de carácter exploratorio y reflexivo que se sostiene en la realización de eventos conversacionales

abiertos en torno a un tema específico o dominio de componente o acción. Estos dominios permiten enfocar la narrativa en aquellos aspectos que las personas consideren relevantes dentro de los propios y particulares contextos de interacción. Según los autores de la metodología, los dominios de componente o acción han de enfocarse en 3 ejes de búsqueda y posterior análisis. Vale mencionar que la selección de los dominios puede darse antes o después de realizada la recolección de historias. En general, diseñamos el habla en torno a: i) componentes o acciones individuales: cambios o acciones relevantes en la vida de las personas, grupo, comunidad u organización, ii) componentes o acciones grupales, es decir, componentes enfocados a partir de intervenciones (dinámicas, programas, proyectos u otros similares) en los distintos grupos sociales (familia, grupos de amigos, asociaciones, organizaciones, etc) y iii) componentes o acciones netamente organizacionales: estas son acciones basadas en la sostenibilidad, organización de las personas y proyecciones o expectativas futuras.

Instrumentos proyectivos para el surgir del relato

Durante la sesión, el moderador tomará notas de campo. Idealmente o en caso de ser necesario, realizarán anotaciones esquemáticas o emplearán apoyo visual para potenciar el desarrollo de ideas y favorecer el proceso de recordación e identificación entre quienes asistan a las sesiones de narrativas, este apoyo puede ser por medio de esquemas, papelería, fotografía, videos, audios o grafos que se relacionen explícita o implícitamente con la temática tratada. Esta particularidad al momento de recabar la información inicial o información surgente de nivel 1 (Split 1); es crucial, puesto que en sesiones de relatos compartidos o grupales, la idea inicial marca buena parte del tenor del relato que le sigue y muestra además como una misma problemática puede ser vista y comprendida desde diferentes ángulos o experiencias.

Finalmente, contar con la técnica proyectiva en la reunión cualitativa, favorece enormemente las distintas formas de construir el pensamiento y la descripción de lo emocional y lo actitudinal, ello porque las personas pueden acercarse a la problemática a partir de distintos estímulos que gatillen la función cognitiva, la recordación y especialmente la conexión emocional.

2.2.4 Pautas

El objetivo general de este estudio es identificar los elementos y aspectos relevantes para el paciente, asociados a Trato Digno en la atención de salud. Los objetivos específicos y las pautas de preguntas que de ellos derivaron, son los siguientes:

Objetivo específico N°1

Analizar y determinar los principales conceptos de Trato Digno con los respectivos atributos que le componen.

Herramienta de recolección: Información levantada por medio de Entrevista dual y Grupo Focal.

1. ¿Qué entiende Ud. por una atención en el área de la salud? / ¿qué significa para Ud. ser atendido en el área de la salud? / ¿cómo la describiría?
2. Qué entienden por Trato digno en la atención de salud / qué conoce acerca de trato digno / qué sabe de trato digno.
3. ¿Cómo valora Ud. el trato digno en la atención de salud? / qué **valor** le da al trato digno en la atención de salud / (buscar alguna experiencia donde muestre cómo asocian emocional o valóricamente las personas el trato digno).
4. ¿A quienes corresponde llevar a cabo las prácticas de Trato Digno? / ¿quiénes son los **actores involucrados** en el trato digno en la atención de salud?
5. En su opinión o sentir, ¿Cuáles son los principales **elementos que componen** el trato digno?
6. ¿Cómo Ud. se da cuenta que está siendo tratado dignamente en cuanto a su atención en salud? / De un ejemplo de Trato Digno
7. ¿Cómo Ud. se ha da cuenta que no ha sido tratado dignamente en cuanto a su atención en salud? / De un ejemplo

Objetivo específico N°2

De-construir el proceso de experiencias respecto de las etapas que experimentó el usuario (nacionales y migrantes) sobre Trato Digno en la atención de salud, identificando elementos o aspectos relevantes respecto de las expectativas, emociones, conocimiento de lo que esperan y valores que le asignan.

Herramienta de recolección: Información levantada por medio de Entrevista dual y Grupo Focal.

1. Explique las **emociones** a las que se enfrenta cuando Ud. percibe que ha sido atendido sobre la base del Trato Digno.
2. Explique las **emociones** a las que se enfrenta cuando Ud. percibe que **no** ha sido atendido sobre la base del Trato Digno.

3. Si le ofrecen atención en salud en base al Trato Digno, ¿qué es lo que Ud. espera o piensa que va a recibir? / cuál es su **expectativa** de atención.
4. Piense en 3 **valores** que expliquen lo que es Trato Digno y por favor escríbalos en el papel que le repartirán. (Esta dinámica de recolección coincide con la metodología de análisis propuesta para este estudio, en base a la tendencia más significativa). De toda esta lista que hemos logrado armar entre todos los que estamos presente, les invito a seleccionar sólo 3, priorizarlos y explicarlos.

Objetivo específico N°3

Explorar y distinguir los principales conceptos, atributos, incluyendo aspectos de valor y aspectos culturales respecto al Trato Digno en migrantes.

Herramienta de recolección: Información levantada por medio de Entrevista dual.

1. ¿Conoce sobre Trato Digno en la atención de salud?, ¿Qué opinión puede darnos acerca de ello de lo que a Ud. **le ha tocado vivir** en Chile?
2. ¿Cómo ha sido su **experiencia** en salud respecto del trato digno? (descripción de experiencias)
3. ¿Cómo Ud. se da cuenta que está **siendo tratado dignamente** en cuanto a su atención en salud?
4. ¿Qué es lo que Ud. más **valora** del Trato Digno? / ¿Qué **aspecto** llama su atención cuando se habla de Trato Digno?
5. En relación con las experiencias que Ud. ha tenido en atención de salud respecto del trato digno, **compare** esto con la experiencia que ha tenido en su país. / profundice en aspectos emocionales, simbólicos o valóricos / ¿**existen diferencias** entre las experiencias que Ud ha tenido en Chile y las que ha tenido en su país?
6. Comente acerca de las **expectativas** que Ud. tenía acerca de la atención en salud respecto del trato digno.
7. Luego de esta conversación que hemos tenido, ¿podría Ud. **resumir** su opinión sobre atención en salud respecto del trato digno y seleccionar 3 aspectos que le resulten de la **mayor relevancia o interés**?

Objetivo específico N°4

Identificar el grado de conocimiento que tienen los usuarios sobre los aspectos específicos relacionados con Trato Digno en la Ley de Deberes y Derechos del Paciente.

Herramienta de recolección: Información levantada por medio de Entrevista dual y grupo

focal.

1. ¿Qué **conoce** Ud. acerca de la Ley de Derechos y Deberes del paciente en atención de salud? / mencione algunos de los aspectos que conoce o recuerda de la Ley de DD del paciente.
2. ¿Cómo piensa Ud. que está **relacionada** la Ley de Deberes y Derechos con un trato digno en atención de salud?
3. Qué **opinión** le merecen los siguientes aspectos: (Testeo de las frases significativas con ayuda de las frases impresas y a disposición de los asistentes. Se le entrega a cada asistente una copia de las frases, se leen en voz alta y se le dan algunos minutos para que las piensen y se da inicio al debate).
 - a. "Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención y cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad no tengan dominio del idioma castellano o solo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible".
 - b. "Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre".
 - c. "Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud".
4. Luego de lo que hemos conversado, ¿qué puntos o aspectos de la Ley de trato digno considera Ud. que **no se cumplen**?

Objetivo específico N°5

Determinar el nivel de satisfacción que tienen los usuarios respecto del Trato Digno en la atención de salud acerca de la información, la privacidad, confiabilidad, respuesta oportuna (dolor físico, emocional, tiempo de espera), participación en la toma de decisiones, comunicación, trato respetuoso y amable.

Herramienta de recolección: Información levantada por medio de Entrevista dual y grupo focal

1. Qué tan satisfecho se siente respecto del trato digno en la atención de salud. (Interesa conocer su grado de satisfacción respecto de):
 - a) acceso y confiabilidad de la información referida a su atención de salud: al inicio, durante y post atención en salud.
 - b) respuesta oportuna a su dolor físico, dolor o contención emocional, tiempo de espera

- c) participación en la toma de decisiones respecto de su salud,
- d) comunicación interpersonal: palabras usadas, forma de conversar, oportunidad en la entrega de información
- e) trato respetuoso y amable

Objetivo específico N°6

Identificar los principales actores u otros aspectos que ellos identifican como obstaculizadores en el conocimiento y en la práctica de Trato Digno.

Herramienta de recolección: Información levantada por medio de Entrevista dual y grupo focal.

1. Hablando de Trato Digno en la atención de salud, ¿Cómo cree Ud. que **influye la relación entre** Call center, médicos, técnicos, auxiliares, paramédicos, pacientes, institución en general, con el estado de su salud? / ¿Qué aspectos **positivos** identifica / ¿Qué aspectos **negativos** identifica / ¿qué aspectos les podrían **faltar** en el trato digno?
2. ¿Cuales son los principales **obstaculizadores** del trato digno en salud?
3. Mencione las características que los obstaculizadores tienen y que les hace percibirlos como tales en el contexto de la práctica del trato digno en salud / indagar por administrativos, recepcionistas, médicos, enfermeros, técnicos, u otros.

Objetivo específico N°7

Identificar las áreas problemáticas al requerir o recibir atención de salud en los distintos establecimientos públicos o privados que tienen los usuarios respecto del Trato Digno.

Herramienta de recolección: Información levantada por medio de Entrevista dual y grupo focal

1. ¿Cuáles son las **áreas más problemáticas** al requerir o recibir atención de salud en los distintos establecimientos públicos o privados que tienen los usuarios respecto del Trato digno?
2. ¿Cuáles son los **problemas** detectados por Ud. en dichas áreas?
3. De lo mencionado, ¿qué **situaciones** le parece que afectan con mayor impacto la calidad en la atención de salud respecto del trato digno.

3.0 RESULTADOS

Estos resultados muestran los análisis de las sesiones de entrevista realizadas a personas que fueron atendidas en el sistema de salud chileno en el último año. Como parte de la metodología de trabajo, se propiciaron encuentros que permitieran confort y tranquilidad para que cada asistente pudiese escuchar atentamente la opinión de otras personas y plantear la propia. Las ideas y sugerencias formuladas se plasmaron en relatos fluidos con diferente ritmo, intensidad y tono, según la experiencia de los distintos grupos y según las particularidades culturales de los residentes de distintos países y de distintas localidades del país. Para destacar la percepción de los usuarios extranjeros y chilenos, conocer los tópicos que les caracterizan, se diseñaron reuniones para usuarios extranjeros, “grupo migrantes”, y para usuarios chilenos, “grupo nacionales”. El producto de estos encuentros se muestra como el análisis del discurso de las personas invitadas, interpretación que se lleva a cabo por medio de la comparativa de los datos y la deconstrucción y categorización de las percepciones y sentires, destacando la potencia de la opinión más que el acuerdo final, esto es, la fuerza para articular una conversación donde el grupo se plantee de forma activa y autorreferente.

Para ello, los resultados se presentan estructurados en 3 grandes capítulos:

- i) El primer capítulo, “Análisis Fundado por tipo de usuario”, que abordará la indagación de los discursos de nacionales y migrantes aplicando teoría fundamentada, en torno a siete tópicos de interés que buscan conocer la percepción de los pacientes respecto del trato digno en la atención de salud, considerando características, elementos, actores y obstaculizadores involucrados.
- ii) El segundo capítulo, “Deconstrucción de la Experiencia Valórica Trato Digno”, se concentrará en el análisis semántico de la dinámica de levantamiento y priorización de los valores que forman parte de la percepción y sentir activo respecto del trato digno en la salud, aplicada en las entrevistas dúplex y grupales, tanto a nacionales como migrantes.
- iii) El tercer capítulo, ahondará en el análisis fundado del discurso transversal, presente en ambos grupos, sobre los valores que mencionan como constitutivos de sus vivencias y expectativas.
- iv) Finalmente, cerramos con un capítulo de Conclusiones que resumen los puntos de mayor relevancia del estudio.

3.1 Análisis Fundado por tipo de usuario

3.1.1 Análisis Fundado Usuarios Nacionales

El análisis fundado que a continuación se detalla, responde a la información vertida en los grupos focales realizados a la población de personas chilenas que accedieron al sistema de salud durante el último año, sea por requerimientos de hospitalización como por necesidad de atención de urgencia o consulta médica ambulatoria. Este análisis muestra las opiniones vertidas bajo modalidad de grupo focal, en un diálogo que los usuarios nacionales generaron espontáneamente en respuesta a la pauta del investigador.

3.1.1.1 Conceptualización Atención en Salud

Los asistentes a los grupos focales se vieron muy motivados en un afán por contribuir a la mejora permanente de la práctica de la atención de salud, tanto para chilenos como extranjeros residentes en el país. Los relatos dan cuenta de diálogos activos, participativos y respetuosos, toda vez que hubo opiniones divergentes y contrarias en los grupos de invitados. En general, quienes participaron del grupo focal, argumentaron básicamente definiciones cercanas al proceso administrativo, a las sensaciones que les produce estar inmersos en dicho proceso y a la amplitud referida a urgencia vs tratamiento a largo plazo.

Para comprender y ahondar en la figura de análisis, las respuestas se muestran segmentadas siguiendo el énfasis dado por cada relato. Al desagregar los componentes de esta conceptualización, se obtiene lo siguiente:

- a) **Atención con diferencias en la gestión.** De los discursos emana la percepción del impacto que producen los modelos de gestión de cada institución de salud. En ese sentido, existirían establecimientos que funcionan entregando un mejor servicio, y por ende una mejor atención en salud, debido al estándar empleado para administrar horarios, personal y equipamiento. No hay acuerdo respecto de qué instituciones serían aquellas con mejor o peor gestión impactando en los usuarios. Solamente se puede levantar la condición de una diferenciación resultante de un sistema de administración de recursos humanos y materiales.

*“Una buena disposición, buena atención, y rápido... nunca me imaginé que en el sistema público iba a encontrar esa forma de atención rápida, una buena disposición de los médicos, una buena comunicación con los médicos”
(Nacionales, Valparaíso, 2018)*

- b) **Consulta preventiva.** En el caso de los relatos de los grupos focales a nacionales, la atención en salud no sólo tiene por objetivo la búsqueda del alivio al dolor inmediato; también es parte de esa atención el acercamiento a una dinámica de prevención o de un “examen general preventivo”. Esta mirada es válida tanto para los usuarios del sistema público como del privado. Se incluyen en estas opiniones a quienes mantienen relación con un centro médico o un especialista en especial debido a alguna enfermedad crónica. Esta acción preventiva la denominan control de prevención de avance o desajuste de parámetros médicos.

“Para mí puede ser estar enfermo o no enfermo. Si me quiero hacer un chequeo una vez al año, yo voy pido hora y ya de momento me están atendiendo, y me dan las órdenes, los exámenes... Yo presento “a qué viene”, “bueno yo necesito hacerme un chequeo médico una vez al año y necesito los exámenes”. Para mí eso es una atención, no necesariamente que esté enferma porque a veces más vale prevenir que lamentar” (Nacionales, Arica 2018).

- c) **Plano emocional:** La impresión emocional asociada a la atención en salud, redundando en estados de caos, desborde, incertidumbre, negligencia y urgencia, los entrevistados las declaran como parte de las vivencias de tipo negativas o “malas experiencias”. Tienden a enfocarse en situaciones de hospitalización y de espera en unidades de urgencias. La expresión emocional que le conforma se transforma en una emoción cada vez de mayor intensidad de la que no hay recuerdo sobre su disminución. Describen este aspecto como un flujo emocional que en algunos casos les hace acercarse al personal de atención y reclamar y en otros simplemente los deja en el sentir del enfado y la confusión.

3.1.1.2 Conceptualización Trato Digno

Desplegado el diálogo para enfrentar la definición de la expresión atención en salud, se les pide a los participantes configurar opiniones acerca del concepto Trato Digno. Este grupo tiene un discurso preciso, que muestra ciertas impresiones diferenciadas entre el trato digno en la atención en salud, referida al sistema público de salud vs el sistema privado. Como tendencia es posible mencionar que en el sistema privado se reflejarían, según los entrevistados, las mejores prácticas en favor del trato digno. Destaca para la comprensión y el uso del concepto las siguientes dimensiones: consideración o visibilización de las otras personas, capacidad de gestión e infraestructura acorde.

- a) **Visibilización del otro:** La primera asociación que aparece para describir el concepto de Trato Digno en atención en salud, tiene que ver con la consideración o visibilización del otro. Se reconoce como un aspecto evidente y hasta obvio del plano de la salud, puesto que se le conecta con el criterio de vocación o dedicación a las personas, emocionalidad y sentir, que se considera propio de la sanación y el manejo de la cura y el dolor.

“con respecto a la dignidad de una persona, da lo mismo cómo te llamas, de dónde vienes, en qué comuna vives, da lo mismo, es una persona que llega enferma que necesita una atención al tiro, y que la traten como un ser humano... Como personas, como personas que somos.” (Nacionales, Santiago 2018), “pongámosle, uno va a un servicio de urgencia y pasan paramédicos, enfermeras, todo y ni siquiera te pescan; a ellos ni siquiera les importa qué es lo que tú tienes, puedes estar 24 horas sentada en una silla de ruedas, y ni siquiera” (Nacionales, Santiago 2018)

Otro de los elementos constituyentes de la conceptualización del trato digno en la atención de salud, es la temática del poder. Desde este punto de vista, el trato digno debe traducirse en respeto, en emplear un estilo de interacción que considere al paciente como persona, incluyendo la validación más allá de su apariencia física, de la enfermedad que presente o de la dificultad cognitiva para entender y seguir instrucciones. Esto último refiere al manejo del poder, en particular cuando la opinión o la indicación de un profesional de la salud, sea enfermero, auxiliar, técnico o médico, no admite cuestionamientos o divergencia de opinión. Esta declaración incluye la atención médica propiamente tal y las acciones de apoyo o socorro especialmente frente a pacientes hospitalizados que muestran dificultades de desplazamiento o comprensión.

“Respeto. Independiente de la enfermedad, de repente hay algunos doctores o enfermeras que no atienden a personas en situación de calle, sólo por el hecho de estar en situación de calle.” (Nacionales, Santiago 2018)

- b) **Capacidad de gestión y correspondencia técnica-profesional.** El trato digno en el ámbito de la salud, se entiende también como una práctica que ha de ser realizada de forma organizada, confiable en la gestión y por profesionales certificados, especializados y de reconocida calidad profesional. La suficiencia de esta categoría

es esencial para percibir la atención desde la mirada de la excelencia y la conexión con el trato digno en la atención en la salud.

“Que estuviera organizado el sistema, tienen que haber más especialistas, independiente de que sea salud pública o la salud privada en sí, el problema es la falta de especialistas que hay, porque si yo tengo un hospital que entran, no sé, 5.000 personas, con un especialista aunque tenga cinco enfermeras, o 10 enfermeras no lo voy a poder hacer. Y eso hace que no sea digno el trato para las personas por la gravedad que traiga” (Nacionales, Santiago 2018)

- c) **Infraestructura y espacialidad.** Parte de lo constitutivo como elemento del trato digno dice relación con contar con una estructura adecuada, es decir que facilite el uso de los espacios y el tránsito en ellos. Una espacialidad traducida en limpieza y orden de los sectores de uso común, especialmente baños y salas de atención. Esta observación es una condición que los y las entrevistadas le exigen a la institucionalidad para el caso de la salud pública. En el caso de la salud privada, esto se lo exigen a la gestión o quehacer de los administradores de cada establecimiento. En ningún momento del relato, las personas hablaron de su rol como usuarios de los espacios y, por ende, actores en la conservación o mantención de zonas limpias y ordenadas.

3.1.1.3 Deconstrucción Experiencia Trato Digno

- a) **Principales expectativas.** El relato, expresado en las entrevistas, muestra empalme entre el discurso de quienes se contactaron con la atención en salud desde una consulta ambulatoria y quienes acudieron en búsqueda de un servicio de hospitalización. Dentro de las principales expectativas que declararon están: el saber acerca del propio estado de salud; los tratamientos y las expectativas de mejora real; y la información fluida, clara y oportuna. Es tal vez la declaración de mayor contundencia que hacen los y las entrevistadas.

“Que me dijeran realmente lo que tengo y que te den los remedios, pero si no se puede por último que te digan lo que tienes” (Nacionales, Santiago 2018).

Una muy importante expectativa -tanto para la modalidad de atención abierta como para la modalidad de atención cerrada- está relacionada con la comunicación en el ámbito de las relaciones interpersonales, el saberse escuchado y contenido,

especialmente frente al dolor y la incertidumbre. La comunicación genera expectativas asociadas a la cordialidad y el trato amable, ellas consideran la manifestación del saludo como parte de la conexión básica y esencial entre las personas, agregando la presentación y una referencia a la función que ejecuta el profesional o las acciones que va a hacer. Esto último especialmente en lo expuesto como parte de un procedimiento de atención sea en consulta, atención de urgencia u hospitalización.

De la mano con lo anterior, y conformando una tercera expectativa, se cita la rapidez en la respuesta de atención, es decir servicio de recepción y medicina con respuestas rápidas, lo que significa la mínima espera para ser atendido y para conocer los resultados de exámenes y diagnóstico posterior.

“Que al momento que yo entro al hospital, o al lugar donde me vaya a atender, tendré la certeza de que voy a salir con un diagnóstico, quizás, con una solución a mi problema.” (Nacionales, Valparaíso 2018)

Otra de las expectativas fundamentadas en el discurso, es la relación que podrían establecer los profesionales con la familia de los pacientes. La familia ocupa un rol activo en esta relación puesto que el paciente entrega a ella la función de “escuchar atentamente” las indicaciones médicas, ello asumiendo que el paciente, en particular quien acude a internación, se podría sentir impactado emocionalmente para recibir noticias referidas a su estado de salud actual y futuro.

“Y lo otro, de tener siempre esa cuota de ser empático, y esta es una empatía no solamente con el paciente, porque el paciente no llega solo y a veces el paciente no va a entender nada pero la persona con la cual viene va a estar más presto a captar la información para después replicar y tranquilizar; es muy importante mantener a un paciente tranquilo, ¿ya?, porque eso mejora mucho la atención. Y también, ahí eso es parte de la dignidad. Yo lo veo así” (Chilenos, Arica 2018)

- b) **Emociones vividas como parte de la experiencia como pacientes.** Este grupo de usuarios nacionales cita dos grandes ramas en cuanto a la emocionalidad que acompaña estos procesos. Por una parte refieren a la emoción asociada a la pérdida del bienestar, de la salud, con ello mencionan sentimientos de tristeza, enojo, desconcierto, impotencia. Si bien algunas personas logran plasmar el sentir

en un continuo que va desde la manifestación del dolor hasta la vivencia del tratamiento, pasando por la espera en la atención, el contacto con el equipo médico y el diagnóstico; no se logra plantear una secuencia parcelada de emociones. Sin embargo, se puede decir que el dolor inicial se acompaña de miedos e incertidumbre, angustia y en algunos casos desesperación. Lo que le sigue dependerá en buena medida de cómo y qué tan profundo se dé el nexo médico/equipo médico-paciente. Mientras más lejana, descortés, escueta en información, se dé esta conexión, mayores serán los sentimientos de rabia, menoscabo y agresión. Por el contrario, si el vínculo se caracteriza por la oportuna respuesta, el saludo amable, la sonrisa, el diálogo permanente, no sólo con el paciente sino que con el familiar o acompañante, los sentimientos se singularizarán en rasgos de simpatía, confianza, felicidad y seguridad.

Por otra parte, está la emocionalidad referida a la búsqueda del equilibrio perdido. En esta rama se localizan los discursos que se enfocan en priorizar el diagnóstico acertado y la solución rápida antes que las relaciones de empatía o cordialidad. Estas personas manifiestan agrado o desagrado en diferentes niveles e intensidad, dependiendo de si el profesional es capaz de diagnosticar y tratar la dolencia con prontitud, realizando un mínimo de exámenes y demostrando un discurso certero y convencido acerca del diagnóstico o la tipología del malestar o la enfermedad. Frente a la demora del médico, lo incierto de las causales que provocan la enfermedad, un listado de exámenes y medicina costosa, la emocionalidad que se manifiesta es la impotencia, desorientación, rabia; en el caso contrario, el sentir es de valía, seguridad y certeza.

“Que al momento que yo entro al hospital, o al lugar donde me vaya a atender, tendré la certeza de que voy a salir con un diagnóstico, quizás, con una solución a mi problema.” (Nacionales, Valparaíso 2018)

- c) **Componentes de relación médico-paciente.** Uno de los principales componentes de la relación que se establece entre un médico y su paciente convoca al aspecto interpersonal. El grupo de chilenos entrevistados, declara que la forma, como se construye y manifiesta la relación entre el médico y el paciente, es clave para su percepción acerca de la atención en salud y el trato digno evidenciado en ella. Tras este vínculo se busca principalmente el ser escuchado y obtener una respuesta oportuna y certera, de modo tal que la búsqueda por la rapidez y precisión parecen ser basales al momento de hablar de relación salud-enfermedad o bienestar-

pérdida. El momento de la interacción resultaría clave para cumplir de forma adecuada el objetivo final que es la restitución de la calidad de vida. Si bien se menciona la amabilidad como factor, por sobre ella se habla de respeto. Este respeto se traduciría en un lenguaje gestual caracterizado por mirar al paciente cuando se le está atendiendo, o realizando algún procedimiento o ingreso; sonreír, preguntar ¿cómo se encuentra hoy?, y esperar que la persona dé una respuesta a ello. Los entrevistados manifiestan no requerir de mayor cercanía.

Relaciones establecidas sobre la base del tipo de sistema de salud al que adscriben (público o privado). Aún cuando no existe acuerdo respecto de qué tipo de sistema de salud sea el más adecuado o el mejor considerado; sí se establece como un parámetro para marcar diferencias de relaciones entre paciente y médico esencialmente. La línea de evaluación que se lleva a cabo durante la entrevista menciona mayor diligencia cuando la salud está conectada al sistema pagado o privado de salud, particularmente frente al fenómeno del “médico particular” y “la clínica”, en estos casos la atención se valora por la prontitud en la respuesta, el uso oportuno y necesario de exámenes especializados y la calidad del diagnóstico.

La relación, para las personas entrevistadas, debe ser una relación informada, es decir que se base en la información clarificadora acerca del estado de salud del paciente. A la necesidad de conocer el diagnóstico se le suma la explicativa oportuna acerca del tratamiento.

3.1.1.4 Apreciación Ley de Derechos y Deberes del Paciente

Se les consultó a los y las entrevistadas sobre la Ley de Derechos y Deberes del Paciente con el objetivo de investigar la visibilidad del formato de la Ley, en los centros de atención de salud, e indagar en la comprensión o significado de su contenido.

Respecto de la visibilidad, en su mayoría los entrevistados declararon haber visto los afiches y recordaban su ubicación en salas de recepción y similares. Comentaron haber evitado su lectura por encontrar, entre otras cosas, que el texto era demasiado extenso y que las condiciones no favorecían la concentración.

En lo concerniente al contenido, se les mostró a los entrevistados 3 puntos de la Ley para que los comentaran: estas fueron sus observaciones a cada uno de los puntos:

- a) **Punto Primero:** *“Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante*

la atención y cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad o que no tengan dominio del idioma castellano, o sólo lo tengan de forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible”.

Este punto de la Ley es muy bien recibido ya que en su mayoría quienes fueron entrevistados consideran que la fluidez en la información es un elemento clave para mantener una relación de igualdad, respeto y seguridad en la atención que brinda un centro de salud a un paciente.

“Es súper importante, porque si te vas a tu casa y no entendiste lo que te dijo el doctor quedas ahí mismo, mejor que no hayas ido, mejor lo veo por internet, lo googleo” (Nacionales, Santiago 2018).

En general este punto se interpreta desde dos miradas. Por una parte, como la indicación que cuida a los pacientes de las explicaciones técnicas o científicas, cuestión que dificultaría la comprensión de lo que sucede con la propia salud y por ende con todo lo que se le relacione. Por otra parte, en lo referido al uso del idioma español, esto último cobra realce -según los entrevistados- especialmente en el sistema público donde estiman abunda la población haitiana. Vale mencionar que este es el único grupo de inmigrantes mencionado como personas de habla diferente del español, otras nacionalidades están fuera de lo declarado por los y las entrevistadas. Además, vale mencionar que sólo en uno de los grupos focales se generó cierto nivel de discusión respecto de la importancia de poder comunicarse con lenguaje de señas u otro aplicable a personas con dificultades físicas para leer, escuchar o hablar.

“un médico que hable con un idioma que nosotros entendamos, que sea claro, no con palabras técnicas... Y que ya con la letra que ellos dan en la receta no se entiende nada o dicen todas las técnicas que la gente normal no entiende, porque no estudia eso y al explicar a la gente ellos no saben explicarse y uno no entiende.” (Nacionales, Santiago 2018)

- b) **Punto Segundo:** *“Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre y apellido”.*

En este punto, el discurso coincide con la importancia de este aspecto de la ley. La

referencia a los pacientes con su nombre y apellido es -a juicio de quienes fueron entrevistados- la forma ideal y respetuosa de relacionarse. El ser llamado por el nombre y el apellido, se explica en contraposición a la llamada general o genérica que es finalmente el foco del cuestionamiento. En este sentido, los entrevistados critican y llaman a evitar expresiones que hagan referencia a la ropa o la apariencia física “la señora de amarillo”, “el señor bajito de lentes” y al tipo de dolencia que le lleva al centro asistencial, “la niña que llegó con fiebre”, “la mamá de la guagüita que viene con indigestión”, por mencionar algunos.

“las personas debieran ser llamadas por su nombre porque generalmente cuando uno va al CESFAM el médico, las enfermeras, el auxiliar tienen en el papelito el nombre de la gente y es importante porque cuando la gente es llamada por su nombre se siente dignificada” (Nacionales, Concepción 2018)

“si en la posta la van a llamar no le van a decir Marcela; van a decir Marcela González pase...con nombre y apellido; eso más que nada que no te juzguen por las apariencias. Si cuando una está hospitalizada, por ejemplo, le colocan arriba, Marcela. Entonces la enfermera dice “Marcela, por favor deje las chalitas ahí” (Nacionales, Santiago 2018)

Junto a ello, la cortesía y la amabilidad se anexan con expresiones de información acerca del tratamiento y las sensaciones que irá experimentando el paciente a medida que pasa el tiempo. Esta suerte de dedicación explicativa, se relaciona fuertemente al sistema privado de salud o al caso de médicos mujeres y hombres de procedencia extranjera y latinoamericana. Se describen en este sentido vocativos del tipo: “Señora Marta...”, “Marta usted...”.

“A mí me sucedió con la doctora extranjera es que ella me dijo “señora, esto se va a demorar de 4 a 6 meses para que se empiece a sentir bien. Vamos a tener 4 meses igual dolor pesado, y rigidez, me nombró todas las cosas, pero en 4 meses vamos a estar bien... Y tenía toda la razón, pero ella me lo dijo, me lo habló, me miró, me explicó; mi otro médico llevaba como 4 años y no, nada.” (Nacionales, Arica 2018)

- c) **Punto Tercero:** *“Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud” .*

En este punto se muestran claramente las dos tendencias, representadas por un lado, por quienes se acercan a la atención en salud desde la consulta (atención abierta) y, por otra, por quienes lo hacen desde la hospitalización o estadía de mayor permanencia en un centro de salud (atención cerrada).

El grupo de pacientes que han recibido hospitalización, se manifiesta en cuanto a este punto haciendo observaciones sobre la privacidad y el número de estudiantes que acompañan a los médicos a sus rondas y al hecho de no contar con biombos divisorios en las salas. El grupo de pacientes que ha llegado a la atención ambulatoria, plantea su malestar toda vez que no se ha mantenido en privado el diagnóstico, el tipo de examen que deben realizarse u otra acción necesaria como parte de un examen; en estas situaciones el sentir ha sido negativo, puesto que para las personas entrevistadas, cuando se hacen enunciados a viva voz, especialmente de parte del personal técnico o administrativo, se trasgrede el principio de la privacidad y se promueven, según lo declarado, los sentimientos de malestar, incomodidad e indisposición y la sensación de "ser raro", "hacer el ridículo" o "tener algo extraño".

"A mí me pidieron de todo y venía el de VIH y me dijeron VIH también entonces... y éramos varios a los que les estaban sacando sangre, y como que todos me quedaron mirando así como...(hace gesto de abrir los ojos), le dije que era desubicada, porque en realidad esto no tienes porque estar ventilándolo si es un examen privado... "Ahhh, me dijo, esto se hace a cada rato." Y como que le bajó el perfil... igual a mí me molestó. (Nacionales, Santiago 2018)

3.1.1.5 Principales Actores de la Atención y Trato Digno.

El grupo de pacientes nacionales menciona una pluralidad de actores para la dinámica del trato digno en la atención de salud. Transversalmente, los grupos van construyendo en su diálogo, una red que va desde el momento de la llegada al centro de salud, considerando entrada y recepción (guardias, informaciones, recepcionistas, administrativos en general), hasta la atención propiamente tal y la fase de exámenes o tratamientos posteriores. En algunas menciones también agregan de forma especial los cargos, citando las jefatura o directores de establecimientos, finalmente, en este grupo se individualiza la presencia de actores institucionales como el Estado, Ministerio de Salud y Seremi.

“Ministerio, el Ministro, los SEREMI de salud, los directores de los hospitales y de los diferentes policlínicos o CESFAM, toda la parte administrativa, los médicos, los kinesiólogos, bueno, los paramédicos, todos. Hasta la persona que hace el aseo, todos los funcionarios. Y nosotros también somos actores principales como usuarios, porque eso así, si hacemos realmente un trabajo y ellos un trabajo de equipo se van a engranar las ruedas, las redes, y vamos a funcionar” (Nacionales, Arica 2018)

“Los médicos. Todos, desde la persona que te recepciona en la puerta, el guardia. Porque tú le preguntas al guardia dónde queda la oficina. La persona que tú llamas por teléfono para pedir la hora, quien te recepciona, la persona que te toma la presión, y al final el médico o el profesional que te va a atender. Todos son responsables, porque basta que una persona, el guardia te atienda mal, y tú ya no vuelvas a ese centro de salud” (Nacionales, Valparaíso 2018)

3.1.1.6 Obstaculizadores para estándares de Trato Digno

- a) **Relación médico-paciente:** Como uno de los principales obstaculizadores para el trato digno en el ámbito de la salud, se mencionan las deficiencias en el ámbito relacional entre médico y paciente. Estas deficiencias pueden considerar las escuetas conversaciones, la falta en la explicativa referida al diagnóstico y tratamiento y hasta la compleja escritura con que la mayoría de las veces los médicos rellenan los recetarios y los programas médicos. Esta situación, se percibe como una falta o una desconsideración de parte del médico para con la comprensión y el derecho a saber del paciente, especialmente porque se trata de la propia salud.

“Buena atención, la buena comunicación, porque de repente hay doctores que te pasan la receta y entiéndala usted no más. Ya, eso yo encuentro que nada que ver.” (Nacionales, Concepción 2018)

- b) **Tiempo de espera:** El tiempo de espera para ser atendido, sea en urgencias o en consultas es una variable vista como un obstaculizador a la atención basada en el trato digno. La espera se vivencia como una vergüenza, falta de respeto, menoscabo y desprecio hacia el sentir y la condición del paciente.

“Mi madre tiene 87 años, entonces es vergonzoso encuentro que hagan esperar a una persona así, considero que es una falta de respeto vergonzosa en un hospital.” (Nacionales, Concepción 2018)

- c) **Escasez de especialistas:** La falta de especialistas y la lentitud frente al llamado de un especialista en los momentos de urgencia, se traduce en un obstaculizador consistentemente declarado en la sesión de entrevista grupal. Esta situación se muestra también como la explicativa a los tiempos de espera por la atención y por ende al alivio del dolor por una parte y al diagnóstico final por otra.

“Muchas negligencias en lo público, molestia y falta de especialidades. Mucho médico general...lo que lleva a esperar un buen rato, por lo tanto faltan médicos. Falta personal, ya sea paramédico o enfermeros que te dan la primera contención” (Nacionales, Valparaíso, 2018)

- d) **Falla en administración de centros médicos y agendas de atención.** Para buena parte de los entrevistados, este punto es el origen del funcionamiento inadecuado que repercute en el nivel de satisfacción del paciente. Para ellos, las debilidades del sistema, incluyendo la aplicación de estándares de servicio responderá a procedimientos, protocolos y normas sin control o definición.

3.1.1.7 Nivel de Satisfacción respecto al Trato Digno

En este punto del encuentro, se les pidió a los asistentes que dieran su opinión respecto del grado de satisfacción que han experimentado en su vivencia de atención en salud. Se buscó, con esta dinámica colectiva, llevar a cabo un acercamiento cualitativo en la explicación de la puntuación pero con la finalidad de plantear un dato numérico que permitiese triangular la información para sondear de forma más precisa el cómo cada opinión se va configurando con apoyo de la discusión grupal y la auto comparativa de la propia visión con la del resto del grupo.

Para ello, se trabajó con tablas de ocurrencias. Las ocurrencias son las unidades o cantidades que resultan del cómputo de cuántas veces (frecuencias) cada unidad lexical se repite dentro del cuerpo del texto o dentro de las unidades de contexto que lo conforman. Para mostrar los resultados o su distribución se emplean tablas de contingencia de doble o triple entrada. La co-ocurrencia es la cantidad que resulta del cómputo del número de veces que dos o más unidades lexicales están presentes de forma simultánea o

contemporáneamente en los mismos contextos elementales. Se configuran numéricamente dentro de un continuo de 0 a 1, permitiendo el análisis de las proporciones. Para facilitar su comprensión se “traducen” las tablas por medio de la modelización de temas emergentes. En el caso de este análisis se modelizaron las tablas dentro de unidades de contexto y el total de temas emergentes, arrojando una secuencia con valor mínimo 1 y máximo 5, siendo 1 el valor con menor nivel de satisfacción y el 5 el de máxima satisfacción.

El total de satisfacción de este grupo es de 3,38 correspondiente a la clasificación de media satisfacción. El aspecto que más satisfecha tiene a las personas es el acceso y confiabilidad de información entregada en los centro de atención de la salud, ello desde el sentir del trato digno. Le sigue muy de cerca la satisfacción respecto de la comunicación interpersonal como elemento constitutivo del trato digno. Dicho de otra forma, las opiniones tienden a definir como satisfactorio el formato empleado por el personal médico y de asistencia médica. Por otra parte el aspecto menos resuelto en cuanto al nivel de satisfacción es el que habla de la respuesta oportuna frente al dolor en tiempo y forma, obteniendo sólo una nota 2,43 (insatisfacción) de un máximo de 5. En cuanto a la menor satisfacción, se da un dato consistente con lo expuesto durante el relato, ya que uno de los valores de más alta cotización para el grupo de pacientes nacionales dice relación con la reducción de los tiempos de espera en la atención, especialmente en las secciones de urgencias y en las horas médicas de especialización.

3.1.2 Análisis Fundado Usuarios Migrantes

El análisis que se desarrolla a continuación responde a la mirada analítica de las entrevistas realizadas a la población de personas migrantes que accedieron al sistema de salud durante el último año, sea por requerimientos de hospitalización como por la necesidad de una atención de urgencia o una consulta médica.

El análisis se basa en las opiniones vertidas bajo modalidad de entrevista dual, esto es, a través de una dinámica de opiniones espontáneas resultante de la aplicación de las preguntas del investigador.

La estructura del análisis muestra cómo las personas migrantes internacionales configuran su opinión respecto del trato digno en la atención en salud.

3.1.2.1 Conceptualización Atención en Salud

El primer acercamiento del análisis del discurso de los invitados/as migrantes a las sesiones de conversación, muestra un evidente y explícito interés por la participación, por mostrar su opinión y porque sus impresiones se registren para posteriores análisis.

Resulta interesante observar que la primera conceptualización acerca del tema de la salud conectan con conceptos tales como enfermedad, mejoría, tratamientos y una serie de descriptores emocionales que muestran el sentir del paciente en dicha situación.

Al asumir la salud como una situación donde el bienestar personal o familiar falla o se deteriora, los entrevistados coinciden en definir como paciente a la persona que recibe un tratamiento o una atención para mejorar algo que funciona mal o que está en deterioro, sin considerar en la definición como aquel que desea prevenir o anteponerse a una condición crítica o crónica mayor. Desde este ángulo, para quienes fueron entrevistados en este grupo de migrantes, la salud es la vivencia de un estado de déficit o carencia.

Para comprender y ahondar en la figura de análisis, las respuestas se muestran segmentadas siguiendo el énfasis dado por cada relato, desde el punto de vista emocional, del Derecho, y desde la mirada del quehacer comunitario. Al desagregar los componentes de esta conceptualización, se obtiene:

- a) **Plano emocional:** Basado en la cercanía especialmente planteada entre médicos y pacientes, pero que considera también al resto de los grupos que conforman en

sistema de salud, incluyendo a la capa de administrativos. Este plano se caracteriza por el diálogo permanente de tono amable y descriptivo/explicativo en cuanto a procedimientos y pasos a seguir. La amabilidad se entiende como el diálogo basado en la entrega de información que aporte para que cada paciente sepa de su condición de salud de forma transparente y fidedigna. Junto a ello, la amabilidad se entiende como la manifestación del interés que muestra -especialmente el médico- por el bienestar y estado de salud de su paciente. Esta situación se demuestra por medio del examen exhaustivo y general, más allá del examen a la zona que menciona el paciente e incluye preguntas acerca del estilo de vida, así como tiempo especialmente dedicado a responder las dudas que el paciente pueda tener.

La particularidad de lo descriptivo, se conecta, en lo que toca como información, con la conceptualización de la amabilidad; agregándosele el conocimiento no sólo de la condición de salud, sino que de los posibles tratamientos y el tiempo que cada uno tomaría, así como la expectativa de éxito con cada uno de ellos; además una explicativa detallada en cuanto a valorización, forma de pago y sitios que entregan sea el servicio como la medicina, esto especialmente referido para el caso de los exámenes fuera del centro asistencial y las farmacias.

- b) **Derecho a la salud:** Como parte del análisis se encuentra el plano del derecho a la salud, como parte del acceso humanitario a la salud, contemplando tratamientos, atención y continuidad de los mismos. Las personas que fueron entrevistadas mostraron claridad y certeza al argumentar la salud y particularmente el acceso a la salud como un derecho humano, más allá de las diferencias de etnia, nacionalidad o situación socioeconómica, por citar algunas. Al respecto vale mencionar que según los entrevistados este aspecto del trato digno en salud presenta falencias y vaivenes que no garantizan la atención respetuosa, considerada y no discriminatoria en el sistema chileno.

“Dios me mandó blanca para que me camuflara como chilena. La verdad es así, porque yo he visto... he tenido amigos que son morenos, y la verdad los tratan horribles. Hay veces que ni los atienden porque son morenos... La verdad son demasiado racistas.” (Migrantes, Arica 2018).

Conforman este punto agregando que -en tanto derecho universal- todos quienes están desempeñándose en el ambiente asociado al área de la salud, deben

procurar entregar los mejores estándares en servicio. Los entrevistados, hablan de manera general del término, no hacen referencia a artículos o puntos especiales del código civil u otra línea legal. Sin embargo, algunas entrevistas le da un realce aún mayor que a cualquier otro derecho, en tanto se trata de una población de migrantes, este análisis se suma la vulnerabilidad del recién llegado. La vulnerabilidad a la que refieren los relatos, se centra en la falta de información general respecto del funcionamiento de la institucionalidad en Chile, es decir, el desconocer cómo se accede a la información, especialmente en cuanto a beneficios de salud y vivienda. La vulnerabilidad también da cuenta de población con ingresos bajos o precarios, falta de redes sociales y de apoyo emocional y familiar.

“aquí la salud para mí es lo máximo, o sea tengo que tener al día todo lo que es referente a la salud, FONASA, que todo esté pagado, que todo esté al día.” (Migrantes, Valparaíso 2018).

Este punto cobra realce al momento de dialogar acerca de la gratuidad o no de la salud en nuestro país, vale mencionar que buena parte de los entrevistados, provienen de países donde la salud pública es totalmente gratuita.

Dentro del mismo punto plantean como aspecto crítico la cantidad de documentación que la sección administrativa exige en Chile, especialmente antes de ingresar a una urgencia, no comprenden la necesidad de contar con el pasaporte y el registro minucioso justo en el momento de una crisis de dolor, sólo este acto es percibido como un aspecto que va en contra o se contrapone a la salud como un derecho universal.

“La atención en salud es algo primordial, tener una buena atención de las personas que te están atendiendo desde el vigilante del lugar hasta el médico que te va a atender.” (Migrantes, Santiago 2018).

Dentro de una amplia dispersión de apreciaciones referidas al plano de lo legal, también es posible agrupar las impresiones que hablan de la norma o la sistematización de pasos o estructuras que le componen como fenómeno de atención y relacionamiento de la institucionalidad con las personas.

“Para mí el concepto de salud es por servicio, es cuando hay una persona ... hay un instituto donde establecen unas normas para atender a pacientes, sea de niños y hasta adultos.” (migrantes, Valparaíso 2018)

- c) **Nivel Comunitario:** Este aspecto es especialmente importante para la población entrevistada de Venezuela. Alude a la información precisa, permanente y oportuna de todos los hitos, canales y condiciones requeridas para acceder a la salud, especialmente para la población migrante, sea en situación de vulnerabilidad socioeconómica como no lo sea. Desde este ángulo, quienes fueron entrevistados consignan al nivel comunitario o local (juntas vecinales, oficinas municipales, oficina de migración y clubes deportivos o sociales y otras agrupaciones pertinentes) un rol fundamental en la difusión de la salud y también del acceso a la vivienda.

“Yo no sabía si calificaba para ser atendida porque no sabía si siendo ilegal podía ser atendida en un lugar porque yo sé que un hospital se cancela algo y no sabía si me podían atender porque no tenía Rut, traté de ver en internet si en algún SAPU me podían atender, no hay mucha información” (Migrantes Santiago, 2018)

En síntesis, para las personas entrevistadas, la Atención en Salud consta de estas tres dimensiones de análisis. Ellas se explican como un conjunto, la falla en alguna de estas aristas, mermará la calidad de dicha atención.

3.1.2.2 Conceptualización Trato Digno

Una vez que se conforma el diálogo para enfrentar el tema de la definición de la expresión atención en salud, se les pide a los participantes configurar opiniones acerca del concepto Trato Digno.

Para las personas migrantes entrevistadas pertenecientes a las ciudades de Santiago, Concepción, Arica, Antofagasta y Valparaíso el concepto de Trato Digno en Salud, se compone de una serie de características mínimas que fueron sugeridas de forma espontánea durante las sesiones de entrevista dúplex. La construcción discursiva referida al trato digno, se hace realidad en el contexto de la búsqueda de asistencia médica por algún problema de salud que los aqueje, vale mencionar que las personas entrevistadas solamente hicieron referencias a problemas o desmedros en la salud física. Si bien el origen de dicha conceptualización proviene de la experiencia particular, fue posible

agrupar y reagrupar las impresiones en planos que busquen cierta similitud para entender cómo simbólica y afectivamente se construye la relación entre el paciente y el sistema de salud chileno. En conjunto lo mencionado puede esquematizarse de la siguiente forma: capacidad técnica-profesional, infraestructura, emociones asociadas al trato digno, atención de urgencia e información.

- a) **Capacidad técnico-profesional:** La descripción inicial del trato digno, en su fase de conceptualización considera la capacitación técnica y profesional de quienes están a cargo de ejercer la tarea, es decir equipos médicos y profesionales de asistencia médica. Implica el saber propio de cada profesión como el desarrollo con lato desempeño de las habilidades socio comunicacionales para el trato o la relación con pacientes. Este plano de la definición considera también a las personas que trabajan en la esfera administrativa del sistema de salud.

“el profesionalismo en el sentido de que una cosa es ser amable pero el profesionalismo genera cierta confianza y empatía con el paciente y que uno no se sienta como un número, sino bien considerado” (migrantes, Santiago 2018).

Además dentro de esta apreciación, se incluye a quienes opinaron que la disponibilidad de capacidad técnica-profesional es una dimensión crítica para entender la cuestión del trato digno en atención de la salud. La disponibilidad refiere a las especializaciones y al número de profesionales según especialización, a saber, el trato digno en la atención en salud se demuestra con un número mayor de profesionales para atender y ampliando la disponibilidad de especializaciones con la que cuente cada servicio de salud.

- b) **Infraestructura:** Cuando los y las entrevistadas hablan de infraestructura emplean de forma reiterada el concepto de “infraestructura adecuada”, refiriendo con ello a espacios de atención para pacientes que sean amplios, pertinentes a los requerimientos médicos de cada persona y equipamiento y material que le permita al profesional de la salud, satisfacer todas las aristas necesarias para el examen profundo y el posterior acertado diagnóstico. Este conjunto de elementos -según los entrevistados/as- es un aspecto primordial para garantizar una atención completa e integral. En menor medida se menciona la limpieza del recinto, especialmente en salas de alto tráfico o concurrencia.
- c) **Plano emocional:** Las personas entrevistadas exponen que debe existir una

preocupación por el sentir más profundo de los pacientes.

“He visto movilidad, no he visto un trato que no sea digno quizás haya pasado, puede ser. En mi caso, cuando he ido a los CESFAM he visto trato digno con las personas” (Migrantes Santiago, 2018).

Con ello expresan la importancia de ser atendido por personal que demuestre activa o explícitamente que está atento y dispuesto a ayudar, que evidencie comprender el estilo y los hábitos de personas de diferente nacionalidad (sean chilenos-chilenos, migrantes-chilenos, migrantes-migrantes), todo ello en pro del trato igualitario. Junto a lo anterior, el plano emocional del trato digno apunta a la relación de cercanía “casi de amistad” entre paciente y médico, relación deseada especialmente por la condición de vulnerabilidad con que se muestra el paciente en esta relación.

“Hay que bajarse al paciente y ser su amigo en ese momento y eso no lo veo mucho cosa que yo soy de los que defiende eso” (Santiago, migrantes 2018).

Agregan también dentro de este análisis, un sentir basado en la confianza, la comodidad y la sensación de protección o resguardo. Este ámbito se conjuga para demostrar que el trato digno en la salud ha de contar con la contención que va más allá de la atención y la cordialidad y que ahonda en aspectos profundos que favorecen la sensación de confianza y de protección frente a la condición de persona indefensa.

“un servicio en que uno se sienta confiado, cómodo y resguardado porque en el servicio de salud uno se siente vulnerable, el trato influye en cómo se sienta uno.” (migrantes, Santiago 2018).

Dentro del desagregado de la emocionalidad involucrada en el trato digno en atención de salud y estrechamente ligado al nivel de la información, quienes fueron entrevistados mencionan la importancia de conocer el nombre de quien les está asistiendo, el cargo y cuál va a ser la función que va a desempeñar o el procedimiento que tiene a su cargo. En esta dinámica no solamente consideran a los médicos, sino que a todas las personas que forman parte del sistema de salud y con los cuales un paciente puede vincularse, sea en modalidad de atención abierta o cerrada.

“Yo entiendo que tengan muchos pacientes pero es importante presentarse y hablar directo con las personas.” (Migrantes, Santiago 2018).

Finalmente y de forma especial, de parte de los entrevistados venezolanos, en este plano cabría mencionar que la emocionalidad conectada al trato digno se traduce en la vivencia de la alegría.

“salir alegre, que salga el paciente alegre de su consulta” (Migrantes, Valparaíso 2018)

- d) **Atención de urgencia:** En este aspecto, la conceptualización de trato digno incorpora la atención inmediata y gratuita como acción destinada a salvar la vida de las personas y a suprimir el dolor y la vulnerabilidad. Este es uno de los puntos que trae más disconformidad con el sistema de salud chileno. La prontitud en la atención se lee como un elemento fundamental para entender y compartir la importancia de la atención bajo parámetros de trato digno en salud.

“digno sería lograr que todo sea en el momento, sería lo ideal y lo espectacular que yo creo que todo el mundo desea en todos los países, porque por algo a veces es tanto el tiempo de espera que la gente va a otros lados” (Migrantes, Arica 2018).

Agregan a esta observación que las fallas en el sistema de atención de urgencias bajo el estándar de trato digno, no hace diferencias entre chilenos y extranjeros.

“en Venezuela uno dice atiéndeme, no me vayas a cobrar, pero por lo menos dame mis primeros auxilios. Acá estuve esperando dos horas, me aguanté el dolor de cabeza y me fui” (Migrantes, Concepción 2018).

- e) **Información clara y oportuna:** Con este punto refieren los entrevistados a la necesidad de recibir atención o ayuda en salud en un idioma que sea entendible para el paciente y su acompañante. Esta situación es descrita como relevante sea tratándose de la atención de ingreso o “toma de los datos” como en la sección de atención médica, exámenes y tratamiento posterior. Incluye la comunicación en un idioma común fluido y que sea comprensible para todas las partes involucradas. Si bien se cita el caso de los ciudadanos haitianos en Chile, también refiere a las situaciones donde el médico u otro profesional del área, informa datos

fundamentales en lenguaje técnico, sin aclarar la terminología empleada.

“Resulta que un chico de extranjería hablaba su lenguaje y se sintió feliz, su carácter cambió sinceramente y ver su cara de que lo iban a atender y lo estaban entendiendo” (Santiago migrantes, 2018)

La información también se cita como parte de lo que conforma el trato digno en atención en la salud, en este caso, el flujo informativo ha de ser inmediato y considerar, la explicativa acerca del diagnóstico y el tratamiento, así como también con cuidado especial para aclarar cada procedimiento que se le hace al paciente, siempre en la búsqueda de no dar nada por sabido.

“tratarlo bien, con cariño, si tiene miedo a las inyecciones explicarle que no le va a doler, tener paciencia, para mí ese el trato digno” (Migrantes, Santiago 2018).

Especialmente en el caso de la atención bajo modalidad de consulta médica, también se considera una variable asociada al ámbito de la información, toda la problemática y el déficit asociado a ella que tiene relación con el no aviso de cancelación de hora o retraso de los médicos.

3.1.2.3 Deconstrucción Experiencia Trato Digno

- a) **Principales expectativas (lo que esperan):** La principal expectativa planteada tiene que ver con la recuperación del estado de salud. Al deconstruir esta idea, se puede plantear que, tanto para pacientes que llegan al sistema de salud por una situación referida a un malestar repentino (servicio de urgencias) como para quienes se relacionan desde la visita programada o planificada (atención médica vía consulta), se espera establecer una relación entre paciente y sistema médico basada en el servicio respetuoso, dedicado e informado. Esta expectativa se construye teniendo en cuenta que la persona que asiste al servicio de salud lo hace en una condición de vulnerabilidad producida por la situación que le aqueja. Entendiendo en este caso, una vulnerabilidad subjetiva que provoca la vivencia del dolor, la incomodidad, incertidumbre y ansiedad. Se habla en general de una condición no deseada donde el poder queda siempre fuera de quien acude a un servicio de salud, sin importar cuál sea el motivo y, donde la jerarquía de poderío y toma de decisiones, queda en manos de desconocidos: médicos (agentes que deciden), enfermeros/as y asistentes varios como quienes -si bien no deciden- le prestan

apoyo directo y le entienden en su comunicación y análisis y finalmente en el grupo de los administrativos.

Distinción de los componentes de la expectativa en pacientes entrevistados: curación (diagnóstico + tratamiento) + salir del estado de urgencia (recuperar el equilibrio + salir de un peligro mayor) = retomar de una u otra forma el control de la salud y la calidad de vida.

“Ser bien atendido al momento es cuando usted llegue que te den el trato al momento en que usted llegó, que te digan buenos días, ¿cómo está, qué lo trae por acá?” (migrantes, Concepción 2018)

Dentro de lo declarado se observa que el primer quiebre a la expectativa surge en manos de la línea de recepción, especialmente en la atención de urgencias, cuando se vive el momento de la prioridad frente a la atención. En general, y según lo declarado en las entrevistas, para el caso de quienes se acercan al sistema de salud para ser atendidos vía urgencias, sin importar si se refiere a instituciones de tipo públicas o privadas; no se logra comprender cuál es el criterio de prioridades. Aún cuando logran reconocer, describir y conversar acerca de la clasificación de colores que existe en las salas médicas, no llegan a concordar con los criterios empleados en cada caso particular y asociado a su propia experiencia. En este asunto, los entrevistados esperan que haya una suerte de pre-diagnóstico realizado por profesionales de la salud, ya que la segmentación por prioridades no queda claro quien la lleva a cabo, si la hace un profesional bajo su mirada experta o un administrativo siguiendo lo declarado por el paciente; esta última situación les parece inadecuada y hasta peligrosa.

Una parte del discurso de los entrevistados también declara que el sistema de salud en Chile y especialmente el trato digno como estilo de acogida, cumple con las expectativas de mejoría y tratamiento. Esta postura se da primordialmente en personas que clasifican la salud en su país de origen con una calidad inferior a la percepción que tienen del sistema nacional.

“Allá no nos atienden... no atienden a la gente porque no les da la gana y porque no quieren trabajar, es muy complicada la situación allá, nosotros allá renegamos, nos quejamos que no hay medicamentos, que no nos atienden, pero al venir acá yo me dije: sin desmerecer nada porque igual yo no soy malagradecida del país donde estoy, porque yo he venido por mis hijos, con una expectativa de estudios y una calidad de vida mejor para ellos porque la situación en nuestro país está terrible” (Migrantes, Arica 2018)

“Es mejor acá. Yo prefiero mil veces acá. Yo digo que gracias a Dios yo tuve al niño acá, porque la verdad he recibido mucha ayuda acá, de parte del Gobierno recibo muchas ayudas por tener al niño acá” (Migrantes, Arica 2018)

- b) **Emociones vividas como parte de la experiencia como pacientes:** Satisfacción y confianza, especialmente reflejada en la consideración para mirar, saludar y presentarse con el paciente y en la apreciación del manejo técnico de los médicos en Chile. “He buscado médicos chilenos para mi niña y busco un buen servicio, no busco una nacionalidad.” (Migrantes, Santiago, 2018).

“me siento contenta como si estuviera en mi país y orgullosa. Cuando te tratan así uno se siente muy feliz” (Migrantes, Antofagasta 2018)

Visión favorable y emocionalidad positiva hacia los grupos de médicos empoderados, esta vivencia refleja el caso comparativo de los equipos de médicos con mayor participación en la discusión y el escenario social y político, es decir, grupos interesados en mantener un discurso que integre e insista en la importancia del desarrollo de las personas y de forma especial en el progreso de la salud de la población, sea chilena o extranjera y más allá de cualquier distinción discriminatoria.

Siguiendo esta línea de opinión, también se menciona la colaboración entre los médicos para favorecer el servicio y la calidad de la atención, incluye el compartir opiniones técnicas, validar la interconsulta y la discusión de la casuística.

Vulnerabilidad como pacientes, la vivencia del dolor lleva a la emocionalidad corpórea de la debilidad y la falta de energía, así como a la conexión inmediata con la incertidumbre y la vulnerabilidad. Dentro de la descripción detallada del ánimo, se mencionan: rabia, molestia, impotencia y resignación.

“Yo tenía ganas de llorar, rabia, molestia. Cuando está aquí se supone que es para atenderte mejor y les dije que me disculparan pero la salud aquí no sirve. En Chile o tienes dinero y te vas a una clínica o te mueres y a veces siento que en las clínicas no te dan un trato digno porque me ha tocado ver médicos privados y no me ha tocado esa empatía que yo les comentaba. Con médicos chilenos no he tenido muy buena conexión” (Migrantes, Santiago 2018).

“como que les falta personal, les faltan profesionales, entonces a uno le da rabia porque es el único y atiende mal... es el único pediatra que hay en ese hospital, a veces no me dan ganas de ir y así lo he hecho a veces” (Migrantes, Arica 2018)

La resultante de la salud, en tanto mejoría, conectada de forma directa con el trato de recibimiento y atención que el paciente reciba.

“Cuando me tratan amistosamente uno se siente encariñada y apreciada por la persona y en confianza.” (Migrantes, Antofagasta 2018).

c) Componentes de una relación de atención en salud: Relación médico-paciente:

Uno de los principales componentes de la relación que se establece entre un médico y su paciente convoca el aspecto comunicacional. En este sentido se persigue el diálogo permanente, fluido y claro; y a criterio del los/as entrevistadas, quien ha de actuar como líder de la relación comunicacional, ha de ser el médico o la persona encargada del diagnóstico. Este criterio de vínculo puede ser entendido como un proceso de mejora o sanación o cura, debido a que -en los relatos- los pacientes dijeron que el conocer en detalle acerca de su estado de salud, les motiva a adoptar una conducta de mayor rigor frente al tratamiento. Desde este punto de vista, la experiencia mejoría es vista como una experiencia de sanación que se impulsa con la gestión activa, es decir el hacer concreto, oportuno y preciso, e informada del médico y se cierra con la obediencia y rigurosidad del paciente para seguir las instrucciones de su tratamiento e incorporar los diferentes aspectos que le constituyen.

“tienen que tratar de bajar un poco el nivel y comunicarse de manera comprensible y a veces eso ayuda a que el paciente profundice más su enfermedad o su dolencia y pueda hacer una mejor atención, tomarse los remedios y lo pueda entender porque a veces pasa eso que te vas y te preguntas lo que dijo el doctor” (Migrantes, Santiago 2018).

Como segundo elemento de análisis, se da la prontitud en el diagnóstico. Este refiere a la necesidad de contar con toma de exámenes durante la consulta médica. En términos generales, los y las entrevistadas, y especialmente estas últimas, mal valoran el flujo “visita al médico-derivación a otro centro a hacerse exámenes-espera de los resultados-volver al médico inicial”.

“Aquí en ginecología las mujeres tienen que ir a un médico para que le hagan un diagnóstico y tienen que pasar a otro lugar para hacer un examen más profundo. Nosotras somos vulnerables a muchas cosas y cuando vas a tu médico ginecológico le cuentas tus problemas y necesitas lo más rápido que es un eco... cuando vas con un dolor y el médico que te atiende te refiere a otro centro....imagínese que ese dolor derive en otra cosa en ese momento... yo creo que unificar esa atención ahí sería ideal” (Migrantes, Santiago 2018).

Consideran que este proceso es lento, irrespetuoso y desconsiderado puntualmente en las atenciones ginecológicas donde las entrevistadas asumen una condición de urgencia debido a fuertes y abruptos dolores y/o hemorragias. Esta forma de vincularse y de establecer relaciones entre el médico y su paciente, no constituye un elemento de valoración positiva; sino más bien un elemento de valoración negativa y de difícil comprensión o entendimiento. El ideal planteado, que también se registrará en el acápite de sugerencias, es que el médico receptor, sea en urgencias o en consulta, sea quien pueda tomar los exámenes de forma inmediata y contar con ellos para llevar a cabo el diagnóstico, en este caso el proceso sería el siguiente: “visita al médico - médico realiza exámenes - médico diagnostica”.

Como parte de la entrevista, se indagó acerca de la construcción emocional o de vínculo que se podría conformar en la relación pacientes y médicos de la misma nacionalidad. Al respecto existe una gran variedad de opiniones que no permiten levantar una única tendencia; sin embargo, es posible pre suponer que el vínculo “pacientes-médicos compatriotas” -especialmente en los casos donde el paciente

es una mujer y busca servicios de ginecología- sería importante toda vez que con esta relación se consiga un espacio para la conversación, compartir algo de la vida, asimilando el estilo de relación a una sesión de terapia emocional.

“Un médico se despide de ti dándote la mano y un beso tanto así que me sigo escribiendo con el médico de allá. En la parte ginecológica siempre he tenido doctoras, tengo amigas que tienen doctores y ellas me dicen que hablan con ellos como si fueran una mujer porque se ganan la confianza.” (migrantes, Santiago 2018).

Acerca de la relación de cercanía entre el médico y el paciente, se ve como en las entrevistas se menciona la distancia que adoptan especialmente los médicos hombres al momento de atender a una paciente mujer. Las conductas de no mirar a la cara, mantener lejanía física, saludar despreocupadamente, descartar el contacto vía teléfono aún luego de la sesión de consulta; tienden a ser percibidas como desinterés de parte del especialista e interés por establecer relaciones desvinculadas y frágiles.

“creo que los hombres médicos se limitan mucho cuando tratan a una mujer. Es una línea pequeña entre un buen trato y algo que se entienda de otra manera, debieran saber que una no tiene por qué confundirse porque si va a un médico y le tocó un hombre en la emergencia o lo que sea, es médico. Si un hombre atiende a una mujer tiene que ser más empático para que ella se sienta en confianza... A veces ni te miran a la cara, cuando te inyectan ni te miran la cara pero si es médico no debería existir eso” (migrantes, Santiago 2018).

3.1.2.4 Apreciación Ley de Derechos y Deberes del Paciente

Se les consultó a los y las entrevistadas acerca de este punto a fin de aclarar, por una parte la visibilidad de la Ley en los centros de atención de la salud y por otra, con motivo a indagar en la comprensión o el significado que recogen de los enunciados que le describen como tal. Respecto de la visibilidad del escrito, en su mayoría quienes asistieron a las entrevistas declararon haber visto los carteles y demostraron reconocer cierta gráfica presente en salas de recepción y similares, en cuanto a la profundidad de la lectura, el grupo de migrantes declaró en líneas generales, no haber prestado mayor atención y mencionaron que algunos conceptos no le resultaban familiares (no quisieron puntualizar cuáles).

A continuación se registran las impresiones entregadas al momento de mostrarles los puntos de la Ley:

Punto Primero: *“Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención y cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad o que no tengan dominio del idioma castellano, o sólo lo tengan de forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible”.*

En general este es el punto que mayor acuerdo convoca al momento de plantearse frente a alguno de los aspectos de la mencionada Ley. Agregan además la importancia no solo del uso del idioma castellano, sino la de evitar tecnicismos o expresiones que dificulten la comprensión del diagnóstico y del tratamiento. Esta situación aplica tanto para atenciones ambulatorias como para permanencias hospitalarias.

“Yo las he visto cuando he ido al SAPU y he recibido atención médica y a veces cuesta” (Migrantes Santiago 2018).

Según quienes fueron entrevistados, este punto es muy interesante además porque podría cometerse el error de prestar más atención a la comprensión de la población haitiana, por ejemplo que evidentemente habla un idioma diferente; sin embargo, para entrevistados, ecuatorianos y venezolanos habría un buen número de expresiones idiomáticas y denominaciones de órganos que difieren dentro del mismo marco idiomático. Este punto tiene una dimensión de agrado y satisfacción especialmente frente a situaciones en las que pacientes extranjeros son atendidos por sus compatriotas, ello dado la facilidad para dialogar en base a un lenguaje común, que considera expresiones, palabras y tonos reconocibles, así como tradiciones de tratamientos, incluye además la percepción de la cercanía, la congoja y la forma en que se expresan las emociones al momento de la atención. Vale mencionar que esta situación se refleja con más fuerza en localidades alejadas de Santiago.

“hablamos el mismo español pero tenemos distintas maneras de expresar distintas cosas. A veces se habla de una forma y no se comprende y de repente yo no comprendo lo que usted me dice y lo que yo digo usted no me lo comprende entonces hay que tratar de buscar un lenguaje” (Migrantes, Santiago 2018).

Este punto tiene una dimensión de agrado y satisfacción especialmente frente a situaciones en las que pacientes son atendidos por compatriotas. Si bien esta situación se refleja con más fuerza en algunas localidades alejadas de Santiago. Se aprecia principalmente cuando se trata de buscar denominaciones comunes y estilo de interacción.

Punto Segundo: *“velar porque se adopten actitudes a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas y que las personas atendidas sean llamadas y tratadas por su nombre y apellido”.*

Este punto se entiende como clave en la conceptualización del valor del respeto, quienes respondieron la entrevista hacen hincapié en el nombrar al otro con nombre y apellido y no solamente por su nombre.

“Al tratar a las personas por su nombre estas tratando con respeto y de manera correcta.” (Migrantes, Santiago 2018).

Punto Tercero: *“Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud” .*

Este punto parece traer a la discusión una variable cultural que podría sentirse de forma diferenciada según sea la costumbre del lugar. Se vincula este punto al resguardo que puede llevar a cabo un médico al momento del examen, a las visitas con equipos de estudiantes, a los exámenes delante de otros enfermos, es decir referido al cuerpo físico, la exposición de genitales y el contacto físico entre médico y paciente. Perciben especialmente las entrevistadas mujeres, cierta distancia física entre médicos hombres y pacientes mujeres. Para las mujeres que han sido atendidas (especialmente en consultas) y que se plantean frente a esta situación, la distancia física es vista como desinterés, falla en la atención de calidad y falta a la rigurosidad de un examen acucioso y general que vaya más allá del mero relato de la dolencia de la persona afectada o su familiar directo o acompañante. Perciben

con recelo esta distancia ya que suponen que este trato se debe a desconfianza o a la sospecha de parte del médico por una posible denuncia por acoso u otra conducta similar. En términos generales las mujeres que describieron esta situación, no logran comprender ni aceptar dicho temor, cuestionándolo duramente y de forma especial cuando la especialidad del médico es la ginecología o cuando se trata de una atención de urgencia donde asumen que el relato de la dolencia es insuficiente para realizar un buen diagnóstico.

3.1.2.5 Principales Actores de la Atención y Trato Digno.

Los relatos muestran bastante consistencia al mencionar los actores involucrados en el área de la salud. Coinciden que incorpora a todos quienes trabajen dentro de un centro de asistencia, del tipo o tamaño que sea. Considera staff médico, auxiliares de enfermería, técnicos, administrativos, personal de aseo y guardias.

“Desde los recepcionistas, médicos, enfermeros, todos, inclusive las personas de aseo...Yo pienso que deberían involucrarse todos ellos y especialmente la recepción porque te dan la bienvenida es como la cara del lugar.” (migrantes, Santiago 2018)

Junto a ellos, los y las entrevistadas entregan un rol fundamental al Estado con el desarrollo de políticas públicas y campañas de difusión y promoción de la salud.

Además incorporan como actores al grupo de pacientes, entregándoles a ellos un rol fundamental para construir una relación de respeto mutuo.

“los pacientes también tienen deberes que respetar porque tampoco uno puede llegar a abusar del médico a faltarle el respeto. Yo nunca lo he hecho gracias a dios. A veces cuando uno está mal quiere que lo atiendan rápido y se les pasa la mano con el médico. Los médicos también tienen sus derechos y uno debe respetarlos somos seres humanos.” (Migrantes, Concepción 2018)

3.1.2.6 Obstaculizadores para Estándares de Trato Digno

- a) **Salud pública pagada:** Refiere a la comparativa con el país de origen, especialmente el caso de Venezuela, donde la salud pública no se paga, la gratuidad está garantizada como parte del panorama de su política de Estado. Esta situación se torna de mayor criticidad para migrantes que llevan poco tiempo en

Chile y que están en proceso de inserción laboral y adaptación a la cultura nacional.

“Una de las cosas que obstaculiza es el dinero. En Venezuela casi todos tienen seguro privados de salud y no son tan costosos son accesibles para cualquier persona de cualquier clase en cambio acá el hospital se paga, en Venezuela es gratis. Quizás eso obstaculiza porque personas como nosotros que estamos llegando ... yo prefiero comprarme algo en la farmacia y preguntar quién me puede ayudar porque está el tema monetario que es costoso.” (Migrantes, Santiago 2018)

- b) **Sistema de atención y toma de exámenes:** Este punto refiere al sistema de atención y servicio que es impuesto a los médicos por las instituciones de salud donde ejercen, citan con detalle lo que atañe a los grandes prestadores de servicio que tienden a normar el tiempo de atención para cada consulta y la posibilidad de contar con exámenes de forma inmediata o no. Los entrevistados en este punto conectan, un sistema de atención determinado por la variable económica en cualquiera de sus formas (mejor sistema de beneficios, más dinero, mejor plan de salud, centro de salud de más alto estatus económico); en la impresión, el mayor ingreso económico o el acceso a centros catalogados como de mayores ingresos, estaría directamente relacionado con un servicio completo en la atención y disponibilidad inmediata de todos los exámenes requeridos por los médicos, cuestión que redundaría en diagnósticos oportunos y por ende más rápida mejoría.

“el servicio que puedas dar porque en la medida que puedas pagar puedes acceder a mejor servicio. De repente yo he ido a la Clínica Bicentenario y te mandan a hacer exámenes y te mandan a otros lugares, pero si te vas a Tabancura ellos tienen todo” (migrantes, Santiago 2018).

Tras esta observación, es claro distinguir, especialmente en la ciudad de Antofagasta, cómo esta idea va modificando y se diluye en la medida que los grupos migrantes se van encontrando con sus compatriotas como contraparte en la atención médica.

- c) **Sistema de atención y tiempo atención en consulta:** a la población migrante entrevistada les llama la atención de forma no favorable, la estandarización en el tiempo de atención de cada consulta, presuponiendo que cada persona requiere un tiempo diferente según su dolencia y que corresponde al técnico determinarlo.

Se agrega a este punto que para la población migrante entrevistada, contar con un espacio de consulta donde puedan entablar una conversación con la o el médico en la que hablen de aspectos emocionales cruciales del momento, es esencial.

“Considero que un médico debiese ser libre y autónomo en sus decisiones, en el tiempo que le va a dedicar a cada paciente” (migrantes, Santiago 2018).

“Que no te atienda en cinco minutos, saber que te va a escuchar y que vas a salir satisfecha del servicio” (migrantes, Santiago 2018).

- d) **Alto costo en Medicamentos:** si bien no se declara este punto como un asunto que atente contra el trato digno en la atención en salud, se menciona como una cuestión que debiese ser considerada a la luz de establecer canales óptimos de atención, accesibilidad y respeto. Al respecto, se plantea la diversidad de precios en los medicamentos y se valora a los médicos que sugieren los lugares (farmacias) donde adquirir los medicamentos a bajo costo, los laboratorios de precio más bajo, así como los lugares donde realizan exámenes con valorizaciones acordes a los distintos presupuestos.

“cada medicamento que me manda llevo a ver la luna pero yo sé que mi hijo va a estar bien.” (migrantes, Santiago 2018)

- e) **Sistema de atención de urgencias y documentación:** en general las personas migrantes que han acudido a urgencias en situación crítica, comentan malas experiencias referidas al momento del ingreso o recepción. Esto en algunos casos porque les han solicitado documentación (pasaporte que comúnmente no traen consigo) para hacer el ingreso sin priorizar la condición de salud y el malestar del paciente. Sin duda alguna, los relatos dan cuenta de una serie de experiencias donde la espera agudizó su impresión para asociar la atención en Chile como una atención deficitaria y de mala calidad.

“tuve que esperar tres horas para que me atendieran y me sentía mal porque me sube la presión, tuve que ir a comprar mis pastillas y aguantar en mi casa hasta que me bajó la presión. Lo mío era urgencia y no me atendieron.” (Migrantes, Concepción 2018)

- f) **Lista de espera:** la espera prolongada se declara como uno de los principales

obstaculizadores al plano de la salud en Chile. Esta situación por lo general se define accediendo a medicina particular.

“Cerca de mi casa hay un CESFAM y estuve esperando que me dieran una cita con una matrona y estuve hasta diciembre esperando a que me retiraran un dispositivo que yo tengo lo tuve que retirar yo particular porque no recibí respuesta y cosas así. Estoy decepcionada.” (Migrantes, Santiago 2018)

3.1.2.7 Nivel de satisfacción respecto al Trato Digno

Para conocer el nivel de satisfacción se les pidió a los asistentes que dieran su opinión respecto del grado de satisfacción que habían o han experimentado en su vivencia de atención en salud. Se buscó con esta dinámica colectiva llevar a cabo un acercamiento cualitativo en la explicación de la puntuación pero con la finalidad de plantear un dato numérico que permitiese triangular la información para sondear de forma más precisa el cómo cada opinión se va configurando con apoyo de la discusión grupal y la auto comparativa de la propia visión con la del resto del grupo.

El total de satisfacción de este grupo es de 3,44 correspondiente a la clasificación de media satisfacción. En general este grupo muestra una tendencia bastante pareja para evaluar la satisfacción por medio de su propia percepción. El aspecto que más satisfecha tiene a las personas es el trato respetuoso y amable, con un nivel de mediana satisfacción. Los aspectos que le siguen en cuanto a percepción de la satisfacción son: acceso y confiabilidad de la información y comunicación interpersonal. El aspecto menos resuelto está asociado a los excesivos tiempos de espera para ser atendido, obteniendo la puntuación más baja pero siempre en el nivel de mediana satisfacción (3,2 de un máximo de 5,0).

Podemos agregar que la impresión de las personas tiende a ser más severa cuando se trata de calificar los distintos aspectos de la salud de forma dialogada o durante el ritmo de la conversación. Al momento de sugerir una puntuación, la tendencia busca más bien el término medio.

3.2 Deconstrucción Valórica Experiencia Trato Digno

El presente apartado muestra los valores más significativos o de mayor impacto o frecuencia de mención que fueron señalados por quienes asistieron a las sesiones de entrevista y que se muestran conectados con la percepción de los pacientes respecto del trato digno en la atención abierta y cerrada en Chile.

Esta revisión profunda, basada por un lado en el análisis semántico relacional de lo relatado, por medio de una dinámica significativa de priorización individual y conjunta de valores y conceptos explicativos (agrupación de significados) y por otra en la analítica de la teoría fundamentada, que busca agrupar y re agrupar, tanto como sea necesario, el discurso a fin de construir y re crear categorías de análisis que permitan tener una mirada detallada que marque y signifique pertenencia a un relato o discurso y que aporte en la explicación y forma en que se comprenden y usan las expresiones idiomáticas, los simbolismos y posturas culturales que le caracterizan y que muestran cómo las personas construyen su realidad social.

3.2.1 Análisis Priorización de Valores Usuarios Nacionales

Es importante señalar que la priorización de valores según la dinámica grupal para el análisis semántico "Caso más Significativo" (CMS), sólo se pudo determinar para las ciudades de Santiago, Antofagasta y Concepción. Las ciudades de Arica y Valparaíso no consiguieron acordar un estándar de priorizaciones o discurso común, por tanto se hace referencia a las menciones generales.

3.2.1.1 Primera Priorización

Santiago

El valor priorizado por las personas que participaron en el grupo focal de Santiago con modalidad de atención cerrada, es el respeto; unido a la condición, también mencionado como valor, de igualdad. Los entrevistados nacionales aclararon que esta mixtura valórica se traduce en ser tratados sin discriminación de procedencia u origen socioeconómico y otra diferenciación educacional o social o económica. Los nacionales de modalidad abierta, declararon tres valores como prioritarios que logran traducir en amabilidad. Los valores conjugados son: amabilidad, respeto y educación; con esta agrupación señalan la importancia de la deferencia y consideración en el trato diario y la comprensión respecto de la vulnerabilidad en que los pacientes se encuentran cuando asisten a un centro de salud. Aquello, especialmente dada la condición del dolor e incertidumbre por el grado de

gravedad de la molestia que les aqueja.

Antofagasta

El grupo de nacionales con modalidad de atención cerrada priorizó en primer término, el valor de la vocación. Esto referido al sentirse comprometidos con lo que hacen, principalmente por ser un trabajo con personas. La percepción de este grupo de pacientes es que el trato activo, genuinamente atento, afectará positivamente la opinión que los pacientes tienen del sistema de salud. En tanto, para los pacientes de atención abierta, fue necesario construir un valor a partir de la necesidad de acortar el tiempo de espera que deben pasar para poder recibir atención médica u obtener una hora con algún profesional de la salud, sea por consulta o por exámenes. El valor entonces es el de atención oportuna.

Concepción

Esta ciudad con modalidad de atención cerrada, ha priorizado en primer lugar el valor de la vocación, entendiéndolo como el “espíritu de servicio del personal del sistema de salud”, lo asemejan al compromiso para servir y ayudar a otros. El grupo que respondió como pacientes del sistema de atención abierta en salud, seleccionó el valor del respeto, manifestado esencialmente en la capacidad de considerar al otro como persona, como un igual.

3.2.1.2 Segunda Priorización

Santiago

El grupo de pacientes con modalidad de atención abierta, propone como valor en segunda priorización el acortar tiempos de espera. Ello a fin de controlar la demora en la atención una vez que ingresan al centro de atención, especialmente en condiciones de emergencia. También tiene peso como valor, para quienes han solicitado hora de atención médica con especialistas. A ellos les resulta evidente la necesidad de disminuir la demora para conseguir dicha solicitud. El valor de la eficiencia, en el sentido de lograr capacidades para enfocarse en la búsqueda de soluciones para tratar la afección de los pacientes, es lo sugerido por el grupo de entrevistados que han experimentado con la permanencia prolongada en un centro de atención de salud.

Antofagasta

Los usuarios de atención cerrada del sistema de salud en esta ciudad seleccionaron como valor el respeto. Como explicación al concepto son precisos al declarar que en su experiencia de hospitalización, el haber sido atendidos de forma comprensiva y con

cuidado fue reconfortante para los momentos de mayor vulnerabilidad y apremio. La urgencia por este valor, la declaran tanto para el equipo de médicos como para el personal administrativo.

El grupo de atención ambulatoria, propone como valor la amabilidad, considerando en esta definición el buen trato, la cordialidad, sentir que le escuchaban en su solicitud y que lo sugerido por el grupo de médicos era pertinente a su dolencia.

Concepción

En el caso de la ciudad de Concepción (modalidad de atención cerrada) el segundo valor priorizado en el grupo es el respeto, valor que se explica por la relación empática, es decir conmoverse con el dolor de otros y entender o poner atención en la vulnerabilidad que el paciente experimenta especialmente en la internación. El grupo que fue atendido en modalidad abierta escogió como segundo valor en importancia la amabilidad, traducido como gentileza para responder dudas o consultas, unido a la mejora en las condiciones de espera entregando información acerca de lo que va sucediendo.

3.2.1.3 Tercera Priorización

Santiago

La priorización de un tercer valor en la ciudad de Santiago (modalidad cerrada), corresponde a la empatía; con ello registran el sentir respecto de la conexión entre personas para ponerse unas en lugar de otras, esto es, tratar o actuar como le gustaría que lo hiciesen con uno mismo. El grupo de pacientes de atención abierta mencionó la precisión en el diagnóstico, refiriéndose a una diagnosis realizada con altos estándares de calidad y exactitud. Este valor considera pacientes examinados de manera exhaustiva, con atención y esmero, y la obtención de un diagnóstico fidedigno que permita contar con opciones precisas de tratamiento.

Antofagasta

En el grupo modalidad de atención abierta de Antofagasta se priorizó en tercer lugar el valor diagnósticos verdaderos, similar a la ciudad de Santiago. Los encargados de llevar a cabo los exámenes y evaluaciones médicas, a su juicio, deben ser rigurosos en el entendimiento de los detalles de las enfermedades y/o malestares que le aquejan al paciente, para dar un tratamiento adecuado que, entre otras cosas, no se extienda en costos y tiempo de respuesta. El grupo de pacientes con atención cerrada, mencionó como valor la atención oportuna, esto quiere decir ser atendidos justo en el momento que se le requiere, sin espera, especialmente en situaciones de urgencia, apuntando con ello al

control o manejo del dolor.

Concepción

La tercera priorización de valores para el grupo de pacientes con hospitalización (atención cerrada) fue el de la comunicación directa, considerando toda la estructura informativa y de conversación entre paciente y equipo médico. Incluye el diálogo directo, transparente (fidedigno) y oportuno (en el momento preciso), significando con ello que las personas deben conocer todas las posibilidades o perspectivas de su dolencia y el ámbito de su tratamiento a fin de enfrentar de mejor manera y lo más participativamente posible (con mayor rango en la posibilidad de decidir sobre algo) respecto de las afecciones que los aquejan.

Finalmente, el tercer valor priorizado por el grupo de atención abierta es atención de calidad. Implica atención entregada por médicos con especialización según la necesidad del paciente.

3.2.2 Análisis Priorización de Valores Usuarios Migrantes

3.2.2.1 Primera Priorización

Santiago

En la primera priorización, en modalidad de atención cerrada para migrantes de Santiago, se muestra claramente el valor otorgado al respeto. Con ello entienden una mixtura de condiciones que consideran las relaciones basadas en la cercanía, el amor y la solidaridad. El grupo de pacientes derivados de la atención abierta considera con prioridad 1, la igualdad de atención. Refiere a la forma cómo las personas son atendidas. Apela a la atención con un único estándar de consideración y servicio, más allá de la nacionalidad o procedencia. Agregan que este valor debe no solamente ser característica del equipo médico, sino que estos debiesen cumplir un rol de promotores del valor respecto de otros colegas. Para quienes fueron entrevistados, este valor es la base de una atención de salud digna e integral.

Concepción

Quienes asisten a la sesión de entrevista como parte del sistema de atención cerrado, declaran el trato personalizado como el principal valor en la gestión referida al trato digno en la salud. Con ello explican la necesidad y agrado por ser llamados por su nombre completo y pronunciado y escrito correctamente, a esta condición, los entrevistados le ven como el origen del “buen trato”. El grupo de pacientes de atención abierta refiere al valor revisión y buen trato médico, bajo el cual los médicos y equipo médico examinan acabadamente a los pacientes. Tiene por finalidad conseguir el diagnóstico adecuado y preciso frente a la dolencia, ello considera además el hacer sentir al paciente que está siendo escuchado activamente por el médico u otro miembro del equipo, entregando la información real y precisa de su estado de salud.

Antofagasta

En los grupos de atención cerrada de la ciudad de Antofagasta, el respeto es el único valor que logra el acuerdo para la dinámica de priorizaciones, obteniendo la primera puntuación y le definen como la forma ideal de relacionarse con otras personas y como una demostración concreta de la preocupación por el otro, sin perjuicio del rol que se cumpla. Posteriormente se plantean 4 valores que describen como esenciales: i) empatía, como la capacidad de los equipos médicos, para ponerse en el lugar de quien acude afligido con dolor, miedo y dudas, ii) comunicación, referido a los diversos canales de entrega de información en relación con la situación de salud que tienen las y los pacientes, iii) tolerancia, en símil de respeto por las diferencias, creencias, y dirigido a un hacer no

discriminatorio y iv) Igualdad frente a las diferencias de etnia, país de procedencia y nivel socioeconómico.

Valparaíso

En Valparaíso, el grupo de atención cerrada elige como valor primordial la vocación. Valor dirigido especialmente al médico. La vocación podría evidenciarse como el comportamiento respetuoso, amable y de humildad. En esta revisión, las personas entrevistadas focalizan su apreciación hacia el grupo de quien directamente depende el diagnóstico sobre su afección. Las personas entrevistadas bajo modalidad abierta de atención proponen el Respeto como el valor priorizado con posición 1. Esta priorización, refiere a la necesidad de considerar, aceptar o tolerar la diversidad de personas, creencias y opiniones. Implica un trato sin groserías ni humillaciones.

Arica

Para la dupla de atención cerrada de la ciudad de Arica, la igualdad es el valor que se consigna como prioridad 1. Se entiende como la relación igualitaria sin importar condiciones de nacionalidad, idioma y rango socio económico. Implica el trato no discriminatorio de parte de cualquier persona que trabaje en el área de la salud. En tanto la dupla de atención cerrada menciona la Eliminación de las Listas de Espera como primer valor, ya que se le entiende como el elemento central de la consideración del otro en la atención.

3.2.2.2 Segunda Priorización

Santiago

La dupla de entrevistados de la ciudad de Santiago consideró con una segunda prioridad el valor del profesionalismo. Valor referido o similar al de buena atención que a la vez es parte del discurso de la gente de Antofagasta y Concepción. Con profesionalismo, los entrevistados entienden “hacer bien el trabajo”, con detalle y rigurosidad. Los entrevistados de la modalidad de atención abierta sugieren la empatía, expuesto como similar de contención, comprensión, escucha y explicación permanente y clara frente a las dudas, temores, aprensiones. Le describen como el valor capaz de “humanizar” los momentos de espera, dolor e incertidumbre.

Concepción

Para la dupla de entrevistados de la ciudad de Concepción, el valor definido es el sentirse acogido. Esta particularidad cobra importancia especialmente en las situaciones de vulnerabilidad y dolor físico. Sentirse acogido refiere también a saber que alguien de la

institución de salud, está prestando atención y le importa lo que le ocurre a un paciente. Por otra parte la segunda dupla de atención abierta propone el valor de la felicidad, entendida como la sensación experimentada una vez que el paciente sabe o conoce su real estado de salud (la importancia de saber verazmente acerca de su estado de salud)

Valparaíso

Valparaíso (modalidad de atención cerrada) menciona la gestión médica como valor. Declarando en ello el interés por contar con médicos que vayan más allá de la toma de examen general y el diagnóstico; que potencien una atención de mayor profundidad, que demuestre que el médico y su equipo están atentos a lo que el paciente requiere y que tienen la capacidad de ver más allá de lo que el paciente es capaz de expresarle. La dupla de atención abierta menciona el valor de la Atención en segundo lugar, se la entiende como el proceso en el que las personas deben ser escuchadas respecto a sus afecciones físicas y emociones, cuestión que es vista como la atención integral o la posibilidad de ver más allá de lo evidente.

Antofagasta

En Antofagasta, el segundo lugar de prioridad para elegir un valor es la atención asociada a la explicación o atención informada. En este sentido se valoriza tanto el lenguaje explícito y de fácil comprensión del médico y el equipo que le acompaña, como el apoyo en acciones que derivan de la primera atención, como por ejemplo tratamientos, apoyo farmacológico u otro relevante.

Arica

En Arica el valor priorizado con el número dos es la paciencia. Junto a ello, las personas entrevistadas sugieren mejorar las conductas del personal médico, y de forma especial del personal administrativo que brinda los servicios de apoyo a la acción médica, y que son de relación directa con el paciente. Se deduce entonces que el discurso es en favor del desarrollo de relaciones basadas en la paciencia para atender y explicar. La dupla de modalidad abierta no logra definir puntualmente un valor para la segunda prioridad, plantean la necesidad de ser atendidos en un control general inicial donde incluyen la toma de la presión, temperatura, entre otros como base al diagnóstico posterior, toda vez que ven en ello pulcritud y excelencia en la atención. Desde esta narrativa, Arica propone a modo de valor los exámenes antes del diagnóstico.

3.2.2.3 Tercera Priorización

Santiago

En la ciudad de Santiago, la dupla entrevistada con modalidad cerrada escoge en tercer lugar de las priorizaciones el valor de la amabilidad, referido al trato cordial, “educado”, sonriente y dispuesto a ofrecer ayuda. Este valor, que también es compartido por la dupla de entrevistados de la ciudad de Valparaíso. La siguiente pareja de entrevistados escoge el buen servicio, este valor, en sus palabras, tiene relación con una atención completa de calidad, donde exista un tiempo adecuado de espera, de consulta, de tratamiento para las y los pacientes, que sea igual para todos, donde además se les transmita la información necesaria para conocer su condición de salud, tratamientos y cuidados posteriores.

Concepción

Quienes fueron entrevistados en la ciudad de Concepción, mencionan como tercer valor la amabilidad. Especialmente se mencionan los momentos de recepción de los pacientes. En este sentido este valor está conectado con el equipo médico ampliado. Refiere a recibir información de forma cordial y afable, contestando de buena manera cuando se les solicita información o una segunda explicación. Se mencionó la buena atención (grupo de atención abierta), referida a recibir la información adecuada, desde que ingresan a solicitar un servicio de salud, luego en el examen médico y en la recepción del tratamiento.

Antofagasta

En Antofagasta se menciona el interés, asimilado a la preocupación por el otro o los otros. Situación que a juicio de las entrevistadas debiera ser una condición permanente, debiese ser un valor explícito al trabajo médico, incluye indagar lo que más se pueda en el relato que el paciente hace de su enfermedad, ya que -a juicio de las entrevistadas- pudiese ser omitidas algunos síntomas esenciales para el diagnóstico y posterior tratamiento.

Valparaíso

Valparaíso por medio de sus entrevistadas (modalidad de atención cerrada), se refiere el valor de la tolerancia, como equivalente al respeto y la prudencia frente a las diferencias, sean de creencias, nacionalidad o capacidad física; todo ello conectado a un actuar desde la humildad, es decir sin manifestaciones de descalificación o sin intentar imponer un conocimiento frente a una persona. Implica además que los equipos de salud tengan paciencia por el tiempo que le toma al paciente la comprensión de los temas médicos. La segunda dupla (entrevistados en modalidad abierta), declaran la amabilidad en tercera priorización. Refiere a la capacidad de relacionarse desde la práctica del buen trato. Agregan a este relato, valores que le complementan como la humildad y el amor. En

ambos casos, la forma de relacionarse se describe idealmente con un estilo amoroso (amor) y cercano (humildad)

Arica

Finalmente, Arica muestra el valor derecho a ser informado. Por ello entienden la necesidad y aprecio por contar con la información necesaria para tomar las decisiones que le correspondan a cada uno. Considera la forma en que la información se traspasa, debiendo ser de forma clara, con lenguaje comprensible para todos y estilo explicativo. En Arica el valor citado por el grupo de atención abierta es el involucramiento (médico involucrado con el paciente): Las personas entrevistadas expresan que es necesario que el médico sea cercano, escuche sus dudas, y los contenga en caso de que necesiten apoyo, sobre todo en el caso de quienes se encuentran lejos de sus hogares.

3.2.3 Análisis Fundado Valores Transversales

3.2.3.1 Respeto

Este valor es el valor prioritario del estudio, aquel que es más mencionado por los y las entrevistadas, sin importar nacionalidad u otra procedencia. Según lo expresado, el respeto es un valor que dota de dignidad al paciente, sobre todo en momentos de vulnerabilidad producto de la dolencia o afección que padece. A juicio de los pacientes, este respeto debe extenderse a sus familiares o conocidos que le acompañan.

“El respeto en cuanto a su condición de seres humanos hacia las personas que buscan recibir atención médica. (Migrantes, Santiago 2018).

“Respeto porque el respeto es lo primero que tiene que tener una persona y que al momento de atender a la persona deje todos los problemas afuera” (Nacionales, Concepción 2018)

El respeto además considera la protección a la vida privada del paciente, el cuidado necesario para no exponer públicamente las dolencias o el diagnóstico sin el debido consentimiento, especialmente en un contexto donde el estado de salud los hace vulnerables y susceptibles dificultando sus reacciones.

“Me parece bien porque la honra de las personas tiene que ser protegida, tiene que ser respetada y la vida privada que se pueden tocar temas en consultas. Un profesional de salud te tiene que tratar con respeto que te sientas con confianza pero que te trate con respeto. (Migrantes, Santiago 2018).

El respeto es similar de consideración e interés, características que se expresarían por medio de la conversación agradable, el estilo comunicacional gentil y contenedor. Es un valor transversal de nivel prioritario que, además de hacer sentir cómodo a todo paciente, influye de forma significativa y determinante en la percepción acerca del sistema de salud (lugar donde se es atendido, personas que atienden y forma de atender) y, especialmente sobre la vivencia y la percepción de la propia condición de salud, especialmente en lo que refiere a la condición de mejoría.

“El respeto es lo que hemos hablado en toda la conversación, que tiene que haber un respeto y un trato digno, un tono de voz bajo, que uno se sienta agrado con lo que la persona le está diciendo. La tolerancia es ser capaz de realizar tu trabajo con cualquier persona que llegue sea extranjero o sea chileno”. (Migrantes, Antofagasta 2018).

“Lo otro que había puesto es respeto hacia el paciente de que los mismos paramédicos que están ahí también puedan ellos atendernos bien que sean agradables con uno que nos digan que hay que esperar con buena forma y seguir teniendo la paciencia”. (Nacionales Concepción, 2018).

Junto con lo anterior, y en un nivel más reducido de los significados otorgados al concepto respeto, las personas participantes en el estudio declaran como parte del valor lo importante que es ser atendidos a la hora asignada y que los calendarios o listas de espera no se extiendan.

“yo entiendo que las personas dan una hora, pero no pueden pasar 5 horas para que te atiendan, no me cabe en la cabeza, ni en la farmacia que se demoran a veces 3 horas en darte un medicamento” (Nacionales, Arica 2018)

“El respeto por las soluciones, el respeto por los tiempos, los tiempos que abarca todo. El tiempo de la persona que necesita diagnóstico rápido” (Nacionales, Valparaíso 2018).

“Respeto primero, porque cuando uno llega a solicitar atención médica uno está en un estado de vulnerabilidad, se siente mal, necesita que lo ayuden. Entonces si te atienden mal, o, como decían antes aquí, te hacen esperar mucho, te sientes menoscabado. Lo mínimo que uno espera es que te atiendan con respeto. Bueno, y uno también debe darlo, porque uno a veces también llega con exigencias y bueno, a veces lo mínimo es tener, por lo menos de parte de los funcionarios, respeto” (Nacionales, Arica 2018)

Es posible afirmar, a partir de las opiniones vertidas por los y las participantes del presente estudio, que en su percepción el respeto es identificado con características dirigidas a generar un contexto de bienestar para las personas que asisten por un problema de salud, a un centro médico, atención pública o urgencia. Es considerado el valor marco, elemental y definitivo.

3.2.3.2 Amabilidad

La amabilidad también es un valor prioritario. Es el segundo valor con mayor número de menciones. Se le considera como un valor que mejora la percepción de la atención recibida, se describe como la relación entre personas basada en la gentileza, el “buen decir”, la confianza y la simpatía.

“Amabilidad es eso, ser amable con el paciente, tener esa conexión con el paciente y que el paciente sea parte de su núcleo y que el paciente sienta confianza en ti y por llegarle al corazón del paciente que el paciente se vaya con buen sabor en la boca y que el paciente diga que en tal lugar está el doctor en ese lugar” (Migrantes, Santiago 2018).

Cuando no se presenta el valor de la amabilidad, la experiencia de atención se torna incómoda, profundizando el sentir de vulnerabilidad frente a una situación delicada de salud donde no siempre existen posibilidades para buscar alternativas y cambiar el centro o el equipo médico de atención en salud.

“Cuando uno es respetuosa tiene que ser amable” (Nacionales, Antofagasta 2018).

“O sea, que lo traten amablemente, hay veces en que uno va y es como que uno dice sus síntomas, y a veces como que lo toman así “ah, es algo ligero”, así como “tómese un ibuprofeno y se le va a pasar”, pero no van al hecho de que le tomen el peso a ciertas cosas. Porque a veces uno puede ir con un simple dolor y es como que “ah sí, este dolor es así”, pero no van de que quizás es algo más al fondo, más profundo”. (Migrantes, Arica 2018).

La amabilidad también se refleja en el diálogo paciente, informativo y explicativo que se construye entre la persona que solicita la atención médica y el profesional que le atiende. A juicio de los usuarios, los funcionarios que estén a cargo de entregar atención médica deben ser comprensivos y pacientes, entender que las personas no manejan toda la información de su condición de salud y que están ahí para conocerla. Es importante también destacar de que el trato explicativo implica un diálogo paciente, puesto que en reiteradas ocasiones es necesaria una segunda y hasta una tercera explicación para que el paciente se sienta satisfecho.

“Buena atención desde el portero y que te atiendan bien que sean amables y después llegue el doctor y te atienda bien. Amabilidad del personal en general porque a veces yo he ido incluso he ido en la mañana a veces y le dan a uno un vasito de leche y respeto mutuo” (Nacionales, Concepción 2018).

3.2.3.3 Empatía

Las personas entrevistadas consideran que es necesario que el equipo médico, personal administrativo, directivos y profesionales del área de la salud, sean capaces de ponerse en el lugar de las personas que se encuentran afectadas con algún problema de salud. Este valor refiere a la capacidad de sentir y conectarse con el malestar, el dolor o la incertidumbre del otro. Desde este punto de vista, el valor de la empatía aporta a construir una mejor relación médico-paciente y podría favorecer aquellos momentos en los cuales el paciente ha de explicar al médico su malestar.

“El tener empatía es ponerse en el lugar del resto pensar que tú puedes ser esa persona que está siendo mal tratada y que tú puedes ser el extranjero que está en otro lugar esperando. (Migrantes, Antofagasta 2018).

“si yo me pongo en el lugar del otro voy a querer un trato digno, información clara, higiene, y eso engloba todos los puntitos que tenemos abajo”. (Nacionales, Santiago 2018).

“cuando viene desde un aspecto afectivo-humano, de esta empatía natural que tenemos los seres humanos entre todos es todo más fácil. Es todo más fácil, porque quedan en segundo lugar las lucas, queda en segundo lugar que el sistema político es limitado. Hay una intención de solucionar ... pero cuando hay una disposición desde adentro (Nacionales, Valparaíso, 2018).

Una segunda derivada, explica el valor de la empatía como la demostración de un estilo cercano y humilde, de ser y comportarse, que se espera especialmente por parte del equipo de médicos. Con esta forma de demostración, el médico es percibido de forma cercana y respetuosa. La forma de comportarse “humilde”, según los entrevistados, sería un estilo de relacionamiento que reduce diferencias, o asimetría, entre vulnerabilidad del paciente y los conocimientos del médico, situación expresada de manera transversal por los usuarios del sistema de salud. El ser humilde -en oposición a la soberbia- aportaría en el reconocimiento de los errores, el trato respetuoso y en la mejoría del paciente.

“Yo creo que uno tiene que ser humilde en todos los sentidos, para atender bien a las personas tiene que ser humilde, si se equivocó dice disculpas pero siempre con humildad y con el respeto. Trato humilde...Lo más humilde, para que el paciente se sienta bien, se sienta agradable...”. (Migrantes, Valparaíso 2018).

“ yo pienso que tienen que ser más humildes para atendernos a las personas. No con tanta, perdonando la mala palabra, con tanta prepotencia, ser choro así, agrandado. Como que este es una... así, mirar al paciente como cualquier basura no más. (Nacionales, Arica 2018).

3.2.3.4 Buena atención

Este valor se relaciona directamente con lo que esperan las personas cuando buscan recibir atención médica para sus problemas de salud. La buena atención considera una información amplia del diagnóstico (explicaciones acerca del tipo de enfermedad, sintomatología, consecuencias) y tratamiento (tipo de tratamiento, lugar de venta y adquisición de medicamentos, lugares para realizarse los exámenes, tiempo estimado de recuperación), costos asociados (valorización, sistema de pagos, beneficios anexos) unido a

una comunicación amable y respetuosa. Este valor se podría experimentar desde el mismo momento que el paciente ingresa al recinto hospitalario y se extendería hasta su egreso, sea post hospitalización o post atención médica; por tanto, correspondería a un equipo de técnicos y profesionales velar por su práctica y cumplimiento.

“Ser bien atendido al momento es que te den el trato al momento en que usted llegó, que te digan buenos días, ¿cómo está? ¿qué lo trae por acá? El doctor tiene que darle un buen trato, preguntar cómo te sientes, donde te duele”. (Migrantes, Concepción 2018).

“Que le expliquen a uno las cosas que uno tiene que hacer y ponerle más atención a la gente, que si llegan con dolor atender a esas personas” (Migrantes Antofagasta, 2018).

“Buena atención desde el portero y que te atiendan bien que sean amables y después llegue el doctor y te atienda bien. Amabilidad del personal en general porque a veces yo he ido incluso he ido en la mañana a veces y le dan a uno un vasito de leche y respeto mutuo”. (Nacionales Concepción 2018).

En un segundo nivel de análisis para el valor buena atención, las y los entrevistados construyen el concepto agregando que la buena atención incluye un servicio oportuno y rápido. La oportunidad y la rapidez, son sub valores que se suman de forma conjunta: el momento en el que son atendidos más la agilidad en la atención; ellos son especialmente necesarios y deseados en los servicios de urgencia cuando corre la lista de prioridades para el ingreso y la atención posterior.

“Que uno al entrar al recinto, que lo atiendan bien y con claridad. Que sea rápido, no que tanto tiempo de espera”. (Nacionales, Valparaíso 2018).

“yo creo que tiene haber más atención médica en el momento para que todos podamos ser atendidos porque cuando uno va por urgencia uno quiere ser atendido rápido. Claro, a veces hay que esperar, pero por lo menos que haya un poco más de médicos en la atención y que la cosa mejore un poco más” (Migrantes, Concepción 2018).

“Rapidez, que me atiendan rápido”. (Nacionales, Antofagasta, 2018).

“yo entiendo que las personas dan una hora, pero no pueden pasar 5 horas para que te atiendan, no me cabe en la cabeza, ni en la farmacia que se demoran a veces 3 horas en darte un medicamento (Nacionales, Arica, Nacionales 2018).

3.2.3.5 Igualdad en la atención

Este valor para las personas participantes del estudio, tanto para la población migrante como para la población chilena o nacional, es identificado reiteradamente con un significado que se asocia a la discriminación que puedan sentir quienes se atienden por su condición migratoria o de pertenecer a estratos socioeconómicos distintos, frecuentemente referido a estratos socioeconómicos y educacionales bajos o de vulnerabilidad mayor. Considera también el tema de ser atendido sin consideración a privilegios derivados de parentesco u otros favores.

“Igualdad de trato para todos...Sin importar de dónde vengas o tu clase social porque acá se discriminan mucho entre clases sociales” (Migrantes Santiago 2018).

“Equidad, de que todos los pacientes sean tratados de forma igual, y no porque... no sé, le llevé el regalito al doctor, a la enfermera, al paramédico, tenga privilegios frente a eso, así como también desde acá hacia allá, tratar a todo el mundo con equidad. (Nacionales Valparaíso, 2018).

“la única asimetría que tiene el médico o el profesional con el paciente es algo técnico y sus conocimientos; sino no irían a consultar, nos arreglaríamos solos, pero humanamente son exactamente iguales, en valores, dignidad y todo. Y eso no olvidarlo, por un lado. (Nacionales Valparaíso, 2018).

3.2.3.6 Información y Orientación

En una segunda bajada, respecto de la percepción acerca de los valores asociados al trato en la atención de salud, quienes fueron entrevistados enfatizan en el tema de la información y la orientación que deriva de ella. Como parte de la información consideran el conocer acerca de su real condición de salud y que ésta le sea explicada al paciente y/o a su acompañante, dependiendo de las circunstancias de cada caso. Entre las características de este valor, se mencionan i) información fluida, clara, sin uso de terminología técnica o científica y en un idioma que el paciente pueda comprender, ii) precisa, es decir que contenga diagnóstico, tratamiento y tiempo estimado de

recuperación, si los síntomas van cambiando, este tópico considera que debiesen ser parte de la información que también entrega el médico al paciente. La precisión en la información, también alude a la forma cómo se administra o dosifican los medicamentos. Buena parte de los entrevistados sugiere considerar explicaciones reiteradas especialmente para la población adulto mayor, a quienes suponen se les dificultaría de sobre manera, leer lo escrito en la receta y entender el suministro adecuado de las dosis prescritas.

“Eso es importante y tener comunicación, tener una conexión con el paciente porque a veces el doctor te puede decir que eso se cura con un ibuprofeno la pastilla mágica y es eso tener más mayor trato, conexión y humanidad con el paciente. Yo sé que por el nombre a veces no te pueden tratar porque tienen muchas cosas en la cabeza, pero sí tener alguna referencia, que te saluden y te expliquen”. (Migrantes, Santiago 2018).

“Me parece bien que te entreguen la información necesaria de manera comprensible”. (Migrantes Antofagasta 2018).

“La confianza para explicar lo que sentimos que uno le expliquen bien lo que uno siente y que el doctor nos diga a nosotros lo que tenemos, no que escriba nomás y te pase una receta y ya está. Que te entregue información clara y precisa” (Nacionales Concepción, 2018).

“El tema de los medicamentos, que te expliquen cómo la gente adulta se los tiene que tomar y esto es solo en caso de adultos y niños porque los adultos mayores son personas que de repente se pierden. (Nacionales, Concepción 2018).

3.2.3.7 Confianza

La confianza se cita como valor, toda vez que refiere a la calidad profesional del médico tratante. Apunta a la gestión del profesional, de forma particular cuando se trata de atenciones de mayor severidad o urgencias. Se le entiende como una condición en la que el paciente está convencido de la veracidad del diagnóstico y la certeza del tratamiento sugerido o recomendado. Apela a la preparación técnica del médico, a la sabiduría y rigurosidad de su examen y posterior diagnóstico y a la solvencia y cercanía con que se plantee frente a las inquietudes de los pacientes.

“ el más importante es la gestión médica. Si no hay buenos médicos nos morimos todos pues. Influye, este es el más importante. (Migrantes Valparaíso 2018).

“La seguridad es para, o sea, si yo voy a un médico que voy confiada en ese médico, que no me dé un diagnóstico y después vaya a otro médico y me dé otro diagnóstico...” (Nacionales Santiago 2018).

“Todo, el médico te va a revisar, te va a decir cómo estás, previo a eso te va a derivar a exámenes si no consigues cierta patología. Me he encontrado aquí con médicos que no te tocan cosa que uno dice cómo te diagnostican si tú no sabes la magnitud del dolor del paciente”. (Migrantes Santiago 2018).

“De que yo estoy entregando mi vida en manos de alguien, y estar segura de quién me está atendiendo ”(Nacionales Arica 2018).

La confianza como valor se plantea estrechamente ligado al diagnóstico, como elemento esencial de la atención en salud. Para quienes fueron entrevistados, esta fase incluye la realización de exámenes, tanto los que lleva a cabo el médico en su consulta como los que son solicitados de forma complementaria. Considera además la correcta lectura o interpretación de los exámenes y posteriormente la elaboración del diagnóstico final. El diagnóstico mirado desde el valor de la confianza y según lo propuesto por los entrevistados debiera ser la resultante de la revisión de los exámenes sumada al criterio profesional y la experiencia del médico que atiende. Y, para ello, la fase de examinación (realización de exámenes médicos) debiera contar con al menos las siguientes particularidades: i) primer momento: conversación o diálogo entre médico y paciente que tendría por finalidad que el médico conozca detalles de la vida del paciente, incluyendo sus costumbres y su quehacer; ii) segundo momento: examen de contacto físico (toma de signos vitales y otras medidas necesarias) debiese considerar la búsqueda palpable del dolor u otra manifestación evidente de enfermedad o disfunción, iii) tercer momento: derivación a exámenes empleando recursos tecnológicos o equipamiento especial (debiese siempre esta derivación contar con la información detallada del objetivo o finalidad del examen solicitado, ya que el paciente desea saber para qué sirve el examen o qué espera verificar).

Una parte importante de los entrevistados plantea su disconformidad respecto del diagnóstico recibido. Desde este punto de vista, el valor de la confianza se debilitaría o caería en cuestionamiento.

“Para mí, con las experiencias que he vivido con mis hijos y conmigo, que ojalá hagan exámenes antes de decir algo, lo que tiene la persona. (Migrantes, Arica 2018).

“diagnósticos verdaderos, atención profunda tiene que ver con la parte médica porque para nosotros los extranjeros la parte médica es una revisión completa. Todo, el médico te va a revisar, te va a decir cómo estás, previo a eso te va a derivar a exámenes si no consigues cierta patología. Me he encontrado aquí con médicos que no te tocan cosa que uno dice cómo te diagnostican si tú no sabes la magnitud del dolor del paciente. (Migrantes, Santiago 2018).

“que el médico se de el tiempo de revisar bien al paciente y escuchar lo que el paciente dice porque si no pueden dar un diagnóstico equivocado y entender lo que están diciendo. (Nacionales, Concepción 2018).

Que no me digan lo que no tengo...Que den un buen diagnóstico (Nacionales, Antofagasta 2018).

“A que me da un diagnóstico certero, me dice “tiene tal cosa, tal es la solución o no tiene solución”, y listo...Eso. (Nacionales, Valparaíso 2018).

Una última variante del valor de la confianza refiere a la especialización del médico. El planteamiento general del grupo entrevistado, tanto para nacionales como para extranjeros, habla de la necesidad de contar con médicos especialistas y que este número sea el adecuado para satisfacer las necesidades de la población que día a día demanda por este tipo de atención. El valor de la confianza se acrecienta cuando es un especialista quien entrega el diagnóstico y el tratamiento, esto especialmente cuando se habla de dolencias crónicas o recurrentes.

“Para mí un atributo importante es que si el médico es un especialista realmente la especialización sea tal cual, y no que haya sido por acomodación de los tiempos de que alguien le enseñó cómo se hacía y empezó a hacerlo, porque lo he visto. Entonces para mí es importante que, si estudió medicina, y en el campo de una especialidad, que realmente la especialidad la hizo en el lugar adecuado, en la universidad o en las capacitaciones que dan anuales, no sé, pero que tenga la capacitación que dice que tiene, que sea así. (Nacionales, Arica 2018).

3.2.3.8 Vocación

Los y las participantes del estudio consideran que la vocación es un valor importante que deben poseer y demostrar quienes ejercen actividades profesionales en el ámbito de la salud. Consignan en la vocación una relación directa y proporcional entre el gusto por el trabajo y la buena atención. Este valor sería sinónimo de la actitud positiva, favorable y amorosa hacia el trabajo, así como también al comportamiento comprometido y entusiasta.

“Lo veo como en las distintas personalidades de la persona, no del hospital sino de la persona, porque hay personas que son amables y aman su trabajo y cuando aman su trabajo tratan a la persona con amor porque lo hacen con cariño y porque quieren salvar vidas, pero si una persona lo hace solamente porque quiere ejercer su carrera o ganar dinero no lo hace por cariño o amor”. (Migrantes Antofagasta 2018).

“En cambio, cuando la persona ama lo que quiere, está con la mejor disposición, va a ayudar y uno ahí se da cuenta que lo que está haciendo lo hace porque le gusta, porque tiene la vocación, porque tiene amor en lo que está haciendo”. (Migrantes Valparaíso 2018).

“Vocación, lo que el doctor entrega a cada paciente”. (Nacionales Concepción, 2018).

“El amor es que si ellos que tienen esa vocación y tienen ese amor al arte de la salud tienen que tratar con amor al paciente por más cansados o problemas que tengan tienen que tratar con amor al paciente porque cuando llega una persona y tienen buen trato todo es mejor”. (Migrantes, Santiago 2018).

3.2.3.9 Infraestructura e Higiene

Las personas que participan de este estudio consideraron que como valor es importante contar con una infraestructura adecuada para ser atendidos. Con ello entienden, por una parte, el diseño del espacio físico (espacialidad adecuada) especialmente en salas de atención y espacios de uso común como salas de espera, mesones de atención, habitaciones, servicios higiénicos, por mencionar algunos. Por otra parte, los pacientes hablan de la suficiencia en la infraestructura, especialmente de hospitales y centros de atención de urgencias; esta situación es reiterada en diferentes momentos del relato, puesto que conecta este valor con el respeto acorde al cuidado por mantener y resguardar

la privacidad de los pacientes, y finalmente, dentro de este mismo valor, mencionan el estado de conservación y limpieza de las mismas.

"Limpieza, que esté limpio el local donde te atienden." (Migrantes, Antofagasta, 2018).

"Un hospital equipado, más nada. Que esté bien equipado, que tenga su servicio, todo pues. Eso es lo que espero de un hospital, que esté todo aseado, todo limpio, los equipos, todo... Espero lo mejor pues" (Migrantes, Valparaíso 2018).

"Higiene con aseo" (Nacionales Santiago 2018).

"En un hospital compartes con 7 personas la habitación...Sala común, y a veces con personas que están contagiadas, e igual, por necesidad te colocan ahí, dicen que no hay camas. Siempre se ha dicho eso, que no hay camas" (Nacionales, Santiago 2018)

"pero con el hospital que hoy en día hay acá en Antofagasta mejoró mucho ¿en qué sentido? en la infraestructura, porque antes no había privacidad en el hospital viejo; eran como 10 camas en una pieza donde uno no tenía privacidad. Ahora las piezas de los hospitales son como de 2 camas y baño privado dentro de la habitación, incluso tienen sus lockers ahí y todo. Entonces, yo considero que el hospital que hoy en día está es bueno" (Nacionales, Antofagasta 2018)

3.2.3.10 Calidad en Equipamiento

Este valor se menciona especialmente conectado a la fase del diagnóstico por medio de los diferentes exámenes que son solicitados por los médicos. Este valor asigna beneficios a la tecnología, la modernidad y la mantención del equipamiento, es decir al uso reiterado y a entera capacidad de lo requerido.

"Un hospital equipado, más nada. Que esté bien equipado, que tenga su servicio, todo pues. Eso es lo que espero de un hospital, que esté todo aseado, todos los equipos limpios" (Migrantes, Valparaíso 2018).

"lo interesante es el día a día, la gente se confunde con sus medicamentos. En el CESFAM les pedimos que haya una máquina especial para los remedios (Nacionales, Concepción 2018).

“las máquinas que a veces no tienen la misma tecnología de los de altos recursos con los de bajos recursos. Yo creo que deberían ser todos iguales, en todo igualdad, porque a veces, un paciente de bajos recursos necesita otro tipo de cuidados y el consultorio o el hospital no tiene ese cuidado que necesita esa persona. Por eso creo que sería para todos tecnología igual. (Nacionales, Santiago 2018).”

3.3 Conclusiones

3.3.1 Resumen Análisis Fundado por tipo de usuario

RESUMEN CONCEPTOS		
CONCEPTO	NACIONALES	MIGRANTES
Atención en salud	<ul style="list-style-type: none"> Las prácticas de administración de un establecimiento juegan un rol importante en la percepción del usuario respecto de la calidad de la atención en salud que brindan. Para ellos, las diferencias en la calidad estarían dadas por los modelos de administración o gestión que aplican. La atención en salud se muestra con dos objetivos: búsqueda del alivio al dolor inmediato y asistencia preventiva. Desde la mirada emocional, los usuarios asocian la atención de salud con sentimientos de desborde, caos, incertidumbre, negligencia y urgencia. 	<ul style="list-style-type: none"> La atención en salud se asocia con amabilidad y cercanía. Implícitamente se evalúa cuán interesado está el médico respecto de la salud de su paciente. El médico cumple un rol central cuando se trata de explicar y entregar la información necesaria acerca del diagnóstico, tratamiento y lugares donde realizarse exámenes o adquirir medicamentos de bajo costo. El derecho a la salud lo consideran un derecho humano incuestionable, que implica atención y tratamiento frente a la molestia o la enfermedad, con prescindencia de la etnia, nacionalidad u otra condición social. Reclaman conexión entre la institucionalidad pública local de salud y a las agrupaciones comunitarias. Esperan que éstas les aporten información y los guíen en los pasos a seguir, con especial atención a la población extranjera residente en el país.
Trato Digno en la atención de la salud	<p>Describen y comprenden el concepto desde la siguiente variedad de dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Visibilización del otro, como el momento de hacer contacto o conexión interpersonal, lo que implica criterio de vocación o dedicación al cuidado de las otras personas. Consideración de la otra persona por su condición de persona, más allá de cualquier rasgo físico, económico, cultural o educacional. Capacidad de gestión y calidad técnico-profesional, profesionales del establecimiento de salud con criterio de confiabilidad y especialización según lo requerido, es decir adaptado a las circunstancias que demanda el paciente. Infraestructura y espacialidad, condiciones adecuadas, 	<p>Describen y comprenden el concepto desde la siguiente variedad de dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacidad técnico-profesional del equipo médico, el trato digno exige altos estándares del saber propio de cada función técnico-profesional y el desarrollo de habilidades socio comunicacionales para el día a día de la relación con los pacientes. Infraestructura acorde con las necesidades de salud, permitiendo la realización de exámenes minuciosos y pertinentes. Plano emocional: poner atención en el sentir o estado del ánimo de las personas que acuden al servicio de salud. Disposición permanente para ayudar; situación que se debe plasmar en las relaciones entre pacientes y equipo médico (médico + asistentes de la salud + recepcionistas).

Estudio sobre Trato Digno en Usuarios del Sistema de Salud (nacionales y migrantes internacionales). Informe Final.
Santiago, febrero 2019.

RESUMEN CONCEPTOS		
CONCEPTO	NACIONALES	MIGRANTES
	<p>óptimas, suficientes y en perfectas condiciones de limpieza e higiene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencia, atención inmediata y gratuita especialmente frente a la necesidad urgente de suprimir el dolor y el sentimiento de vulnerabilidad. • Información clara y oportuna, en el idioma del paciente y bajo un lenguaje que sea comprensible para éste y para su acompañante, en caso de no estar en condiciones para escuchar o para retener información. Considera el saludo, la presentación y la explicación sobre diagnóstico y tratamiento. Incluye el aviso frente a la cancelación de las horas de atención.
Deconstrucción Experiencia del Trato Digno en la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Considera un saber informado, de forma sencilla, específica, oportuna y con lenguaje cotidiano. Conocer de su propio estado de salud, lo que incluye diagnóstico y tratamientos, así como evolución de la sintomatología. • Sentirse escuchado, atendido y contenido, especialmente frente a situaciones de dolor, ello como paliativo al sentimiento de vulnerabilidad. • Rapidez en la respuesta de atención, desde el ingreso o recepción hasta la finalización de la intervención o el resultado del tratamiento. • Relación con los familiares o acompañantes, que el equipo médico esté en disposición real y genuina para establecer este vínculo, especialmente cuando el paciente se encuentra con dificultad para recibir y entender el diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención o servicio respetuoso, dedicado e informado, a fin de reducir el sentir de vulnerabilidad frente al dolor, incomodidad, incertidumbre y ansiedad. • Manejo informado de la atención según criterio de prioridades para ser atendido. Saber en qué situación de prioridad se encuentran para conocer o suponer el tiempo de espera que tienen por delante.
Emociones vividas como parte de la experiencia como pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones asociadas a la pérdida del bienestar, de la salud, conectada con sentimientos de tristeza, enojo, desconcierto, impotencia. Sentimientos iniciales de miedo e incertidumbre. • Los sentimientos durante el proceso son variados dependiendo de la relación que se establece especialmente con el médico tratante. Si la relación es 	<ul style="list-style-type: none"> • La complacencia y el agrado son las emociones de mayor gusto que se experimentan con la primera impresión, construyen el lazo inicial de confianza y formación de vínculos en favor de la resolución de situaciones de incertidumbre. • Afectos asociados a sentirse atendidos por médicos empoderados, que busquen la participación social y política en favor del desempeño de la medicina.

Estudio sobre Trato Digno en Usuarios del Sistema de Salud (nacionales y migrantes internacionales). Informe Final.
Santiago, febrero 2019.

RESUMEN CONCEPTOS		
CONCEPTO	NACIONALES	MIGRANTES
	<p>lejana, el sentir se caracteriza por rabia, menoscabo y agresión. Por el contrario, si el vínculo es estrecho, se ve amabilidad, confianza, felicidad y seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emociones asociadas a la búsqueda del equilibrio perdido. Esta línea prioriza el diagnóstico acertado y la solución rápida al problema o la dificultad experimentada. Cuan agrado o no se sienta el paciente queda en manos de la capacidad de diagnóstico y la certeza del médico tratante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estados y sentimientos de vulnerabilidad, conectado a la experiencia de dolor y la debilidad física. Dentro de la descripción detallada del ánimo, se mencionan: rabia, molestia, impotencia y resignación.
Componentes de una relación de atención en salud: Relación médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"> • El aspecto interpersonal es clave en la construcción de la percepción acerca de la relación médico-paciente y la sensación de trato digno que se experimente. El mejor estándar apunta al sentirse escuchado y obtener respuestas oportunas y certeras respecto del estado de salud y tratamiento. • Determinado por el tipo de sistema al que adscribe el paciente (público o privado). Se declara mayor diligencia en la relación cuando el sistema es pagado y especialmente frente a acciones asociadas a la atención con "médico particular" y atenciones en clínicas, valorando la respuesta rápida y adecuada y el manejo especializado de exámenes y calidad del diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un aspecto comunicacional importante es la búsqueda del diálogo permanente, fluido y claro, que este grupo espera que sea el médico que lo lidere. • Relaciones de cercanía, referido al hacer conductual, cuando el médico emplea gestos de atención activa (mirar al paciente, hacer contacto visual, tocar para examinar, fuerza en el saludo, distancia física). • Esta apreciación del contacto y la cercanía, es especialmente crítico en relaciones entre médico hombre chileno y paciente mujer extranjera.
Apreciación Ley Derechos y Deberes del paciente en la atención en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Existe reconocimiento visual de la Ley en los paneles gráficos o señalética instalada al interior de los recintos de atención de salud, públicos y privados. • La lectura es dificultosa por dos motivos: exceso de información (mucho texto), y el momento del dolor, unido a la incertidumbre por el propio estado de salud y la angustia que ello implica, que debilitan la comprensión y el interés por leer o informarse. • Respecto al punto primero de la ley: "Que se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención, cuidar 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe reconocimiento visual de la Ley por medio de los paneles gráficos o señalética instalada al interior de los recintos de atención de salud, públicos y privados. • La lectura se les dificulta por algunas expresiones y conceptos que no comprenden. • Falta de interés por leer información extensa. • Respecto al punto primero de la Ley: "Que se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención, cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad que no tengan dominio del idioma castellano o solo lo tengan de forma parcial

Estudio sobre Trato Digno en Usuarios del Sistema de Salud (nacionales y migrantes internacionales). Informe Final.
Santiago, febrero 2019.

RESUMEN CONCEPTOS		
CONCEPTO	NACIONALES	MIGRANTES
	<p>que las personas que adolezcan de alguna discapacidad que no tengan dominio del idioma castellano o solo lo tengan de forma parcial puedan recibir la información necesaria y comprensiva". Es altamente valorado, dan gran importancia a la información fluida como elemento clave para establecer relaciones de igualdad, respeto y seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecto al punto segundo: "Velar porque se adopten actitudes a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas y que las personas atendidas sean llamadas y tratadas por su nombre y apellido". La denominación con nombre y apellido es la ideal para llamarse de forma respetuosa, en oposición a la llamada genérica o haciendo referencia a alguna condición o característica física o de la enfermedad o de algún otro aspecto que no sea el sugerido. Ello unido al uso amable de vocativos gentiles y expresiones que describan el proceso o los pasos que se vienen a continuación, cierran el ideal de trato. • Respecto al punto tercero: "Respetar y proteger la vida privada y la honra de las personas durante su atención de salud". Condición altamente valorada es la de mantener los diagnósticos, tipo de exámenes u otros similares en privado o reserva. También se refiere a la consideración frente a la cantidad de alumnos o internos que llegan a ver pacientes en hospitales; este aspecto podría ser percibido como una conducta de desdén del médico hacia el paciente, toda vez que no se le pregunta a este su opinión o permiso. 	<p> puedan recibir la información necesaria y comprensiva". Se valora el empleo de un lenguaje sin tecnicismos. Importante es considerar las variantes idiomáticas para referirse a tipos de dolencia y órganos del cuerpo. Este punto es de alta valoración positiva cuando los migrantes son atendidos por médicos de la misma nacionalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecto al punto segundo: "Velar porque se adopten actitudes a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas y que las personas atendidas sean llamadas y tratadas por su nombre y apellido". Comparten la opinión favorable de los grupos nacionales respecto a la importancia de ser correctamente identificados y llamados por su nombre. • Respecto al punto tercero: "Respetar y proteger la vida privada y la honra de las personas durante su atención de salud". Se aprecia como la acción vinculada al resguardo que hace del paciente el médico, en especial sobre su cuerpo al momento del examen frente a otros pacientes. También mencionan las visitas de equipos de estudiantes sin previo aviso y autorización del paciente. Consideran, además, que es un aspecto que no se desarrolla adecuadamente porque los médicos hombres chilenos por seguir estrictamente este punto, fallarían en la forma de establecer vínculos con pacientes y la profundidad del mismo.
Principales actores de la	<ul style="list-style-type: none"> • Considera a todo el personal que atiende los centros de salud y que responden al proceso que va desde el ingreso 	<ul style="list-style-type: none"> • Considera a todo el personal que atiende los centros de salud y que responden al proceso que va desde el ingreso hasta la

Estudio sobre Trato Digno en Usuarios del Sistema de Salud (nacionales y migrantes internacionales). Informe Final.
Santiago, febrero 2019.

RESUMEN CONCEPTOS		
CONCEPTO	NACIONALES	MIGRANTES
atención en salud- trato digno.	<p>hasta la consulta o eventual hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye a los pacientes especialmente en las relaciones que se establecen con auxiliares y técnicos, básicamente dirigido a conexiones de amabilidad y cortesía. • Institucionalidad (Estado + Ministerio de Salud) 	<p>consulta o eventual hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporan al grupo de pacientes con un rol activo en la construcción de las relaciones de respeto. • Ministerio de Salud
Obstaculizadores para la atención en salud trato digno	<ul style="list-style-type: none"> • Relación médico-paciente: interacciones débiles, observadas en conversaciones escuetas al momento de la atención, situación que se agudiza en la fase de tratamiento, explicaciones referidas a diagnóstico y tratamiento rápidas, sin detalle y expresadas en un solo momento, escritura compleja que dificulta leer y entender el recetario u alguna instrucción o enseñanza. • Tiempo de espera: Largas esperas para ser atendido tanto en urgencias como en consultas, especialmente de grupos de mayor cuidado como el adulto mayor. • Escasez de especialistas: este obstáculo se declara con especial énfasis para el sistema público de salud. • Falla en los procesos de control sobre aspectos de gestión y administración, incluye falta de rigor frente al cumplimiento de estándares de servicio y atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de gratuidad en la atención pública de salud, especialmente para urgencias. • Poco tiempo de duración de la consulta médica de atención. Estandarización del tiempo de consulta (especialmente de los mega prestadores de salud). Cuestionan que diferentes dolencias puedan ser atendidas en la misma fracción de tiempo • Se menciona también como obstaculizador, unido a lo anterior, el que los exámenes tengan que ser tomados con días de diferencia de la sesión de consulta y en otro lugar. Resultando todo ello en un prolongado tiempo de espera para conocer el diagnóstico y finalmente el tratamiento. • Alto costo de los medicamentos: Si bien no se le considera como un obstaculizador que atenta contra el trato digno en atención de salud, se menciona como tema que obstaculiza y aleja la salud de las personas más vulnerables. • Requerimiento de documentación: necesidad de presentar pasaporte antes de ser atendido incluso en situaciones de urgencia. Se vuelve un obstaculizador ya que, en su mayoría, los extranjeros no portan este documento a diario. • Las listas de espera. La espera prolongada para la atención de especialidades, se declara como uno de los principales obstaculizadores de la salud en Chile. Esta situación por lo general se resuelve accediendo a medicina particular.
Principales aspectos de satisfacción de	<ul style="list-style-type: none"> • El acceso y confiabilidad de la información entregada en los centros de salud. • La comunicación interpersonal como formato de relación 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia bastante pareja para evaluar la percepción de satisfacción. El aspecto que presenta mayor nivel de satisfacción es el trato respetuoso y amable, con un nivel de mediana

Estudio sobre Trato Digno en Usuarios del Sistema de Salud (nacionales y migrantes internacionales). Informe Final.
Santiago, febrero 2019.

RESUMEN CONCEPTOS		
CONCEPTO	NACIONALES	MIGRANTES
usuarios de la salud respecto del trato digno	<p>paciente-personal médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambos aspectos fueron catalogados con nivel satisfactorio. • La mención que marca el menor estándar de satisfacción (insatisfecho) fue la respuesta oportuna al dolor (2,4 de 5,0) • Ninguno de los aspectos mencionados obtiene la clasificación más alta de "muy satisfecho". 	<p>satisfacción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los aspectos que le siguen en cuanto a percepción de la satisfacción son: acceso y confiabilidad de la información y comunicación interpersonal. • El aspecto menos resuelto está asociado a los excesivos tiempos de espera para ser atendido, obteniendo la puntuación más baja pero siempre en el nivel de mediana satisfacción (3,2 de un máximo de 5,0). <p>a) Ninguno de los elementos mencionados obtiene la clasificación más alta de "muy satisfecho".</p>

3.3.2 Resumen Deconstrucción Valórica Experiencia Trato Digno

3.3.2.1 Análisis de Valores

Primera priorización atención abierta y cerrada

Valores	Primera priorización							
	Usuarios que mencionan el valor							
	Santiago		Antofagasta		Concepción		Valparaíso	
	nacional	migrante	nacional	migrante	nacional	migrante	nacional	migrante
Respeto	■	■		■				■
Amabilidad	■							■
Vocación			■		■			■
Atención oportuna			■		■			
Compromiso					■			
Igualdad en atención		■						■
Trato personalizado	■					■		
Precisión del diagnóstico						■		
Tolerancia								■

Segunda priorización atención abierta y cerrada

Valores	Segunda priorización									
	Usuarios que mencionan el valor									
	Santiago		Antofagasta		Concepción		Valparaíso		Arica	
	nacional	migrante	nacional	migrante	nacional	migrante	nacional	migrante	nacional	migrante
Atención oportuna										
Eficiencia										
Respeto										
Amabilidad										
Profesionalismo										
Empatía										
Acogida										
Felicidad										
Información										
Paciencia										
Exhaustividad										

Tercera priorización atención abierta y cerrada

Valores	Tercera priorización									
	Usuarios que mencionan el valor									
	Santiago		Antofagasta		Concepción		Valparaíso		Arica	
	nacional	migrante	nacional	migrante	nacional	migrante	nacional	migrante	nacional	migrante
Empatía										
Calidad técnica										
Precisión diagnósticos										
Atención oportuna										
Comunicación directa - Inform.										
Amabilidad										
Buen servicio										
Tolerancia										

3.3.2.2 Cromograma de Códigos

Cromograma de Códigos Usuarios Nacionales

Primera prioridad Nacionales			Segunda prioridad Nacionales			Tercera prioridad Nacionales		
Santiago	Antofagasta	Concepción	Santiago	Antofagasta	Concepción	Santiago	Antofagasta	Concepción
Respeto - C	Vocación -C	Vocación -C	Atender a tpo -A - C	Respeto - C	Respeto -C	Empatía - C	Diagnóst. precisos - A	Comunic. oportuna - C
Igualdad	Compromiso	Espíritu de servicio	Disminuir tiempos de espera	Comprensión	Empatía	Ponerse en el lugar de otro	Información rigurosa	Conversar con el paciente
Amabilidad -A	Atender a tpo -A	Compromiso para servir y ayudar a otros	Atención oportuna	Cuidado	Comoverse con dolor del otro	Calidad -A	Precisión	Información de procedim.
		Respeto -A	Eficiencia	Amabilidad -A	Poner atención en el dolor	Precisión en diagnóstico	Exactitud en tratamiento	Información de la dolencia
		Considerar al otro		Cordialidad	Amabilidad -A	Exactitud en tratamiento	Atención oportuna - C	Información del tratamiento
				Buen Trato	Gentileza	Exhaustividad en el exámen de consulta	Acortar tiempos de espera	Calidad en la AT - A
				Ser escuchado	Responder educada y oportunamente	Esmero	Control del dolor	Especialización médica/médicos especialistas
				Sugerencias médicas acordes a la realidad social del paciente	Responder entregando información			

La tabla de cromogramas se emplea como registro de visualización para el análisis de textos o contenidos cualitativos. Basa su estructura en la agrupación por familias de códigos o categorías y en la aplicación de filtros que permiten develar un código por sobre otro dentro de un mismo relato. La tabla muestra el detalle de las impresiones extractadas de los relatos de la población usuaria (nacionales y extranjeros), las ciudades consideradas en el estudio y la modalidad de atención.

Cómo leer la tabla

Ejemplo Prioridad 1 , Ciudad Santiago: Código marcado con letra azul define al código central, aquel que es mencionado por las personas y sobre el que se construye el diálogo. Los conceptos que guardan el mismo criterio de color y que no están con letras azules, son las formas verbales y conceptuales que los asistentes emplearon para definir el código central. Cada código se expresa tal y como lo plantearon las personas entrevistadas (esto dado en método de análisis empleado en este estudio), por tanto no busca encontrar la forma adecuada o correcta de definirlo. Cada familia de códigos en su código central está marcado con una C para modalidad de atención cerrada y con una A para modalidad de atención abierta. El uso del color permite visibilizar la forma en que las personas construyen las conceptualizaciones, esto implica que para un mismo valor o código puedan existir diferentes formas de comprenderlo o vivenciarlo, dependiendo en este caso de la modalidad de atención, la ciudad o zona geográfica, la procedencia del usuario, por mencionar aquellas que se mantuvieron bajo control en este análisis. No significa que sean las únicas dimensiones intervinientes. Sin duda alguna, un set con 7 familias de códigos puede suponer sutilezas estrechas entre la integración cognitiva de un valor y de otro, que en caso de profundización podría reducir a 3 o 5 familias. Número deseable para el trabajo con valores, sistemas sociales y prácticas culturales.

Cromograma de Códigos Usuarios Migrantes

Primera prioridad Migrantes					Segunda prioridad Migrantes					Tercera prioridad Migrantes				
Santiago	Antofagasta	Concepción	Valparaíso	Arica	Santiago	Antofagasta	Concepción	Valparaíso	Arica	Santiago	Antofagasta	Concepción	Valparaíso	Arica
Respeto -C	Respeto -C	Trato personalizado -C	Vocación -C	Igualdad -C	Profesionalismo -C	At. informada -C	Acogida -C	Gestión médica -C	Paciencia - C	Amabilidad -C	Interés -C	Amabilidad - C	Tolerancia -C	Información -C
Cercanía	Preocupación por el otro	Ser llamado por nombre y apellido	Amabilidad	No discriminar	Buena atención	Lenguaje sencillo	Contención	Interés profesional	Exhaustividad en el examen de	Cordialidad	Empatía	Cordialidad	Respeto	Información clara
Amor	Empatía	Pronunciar y escribir correctamente el nombre	Respeto -A	Eliminar listas de espera - A	Detallismo	Explicación de tratamientos	Compasión	Acuciosidad		Educación	Contención	Buen servicio -A	Prudencia	Información precisa
Solidaridad	Ponerse en el lugar del otro	Buen trato	Humildad		Rigurosidad		Felicidad -A	Calidad		Sonriente		Información -A	Amabilidad -A	Empatía -A
Igualdad de At. -A	Comunicación - C	Diagnóstico preciso -A	Tolerancia		Hacerlo bien		Saber la verdad	Atención - A		Ofrecer ayuda		Información de la dolencia	Humildad	Ser escuchado
Formas adecuadas	Entregar información oportuna	Exámenes exhaustivos			Empatía - A			Acogida		Buen servicio -A		Información del tratamiento	Buen trato	Contención
Atención igualitaria para todos	Tolerancia - C	Información real			Contención					Calidad		Información de procedimientos	Amor	
	Igualdad	Información precisa			Escuchar y explicar					Acortar espera -A				
					Claridad al hablar					Info. de proced.-A				

3.3.3 Conclusión Final

Relacionarse con la atención en la salud, implica una conexión física y emocional de intercambios que se llevan a cabo entre personas y un sistema- institucionalidad regulada por protocolos, procedimientos y normas, mayoritariamente desconocidas por el usuario común. Esta forma de relacionarse se caracteriza por la construcción de vínculos de interacción entre personas que son desconocidas entre sí.

Inicio de la conexión

La conexión se explica como un proceso dinámico en el que participa una serie de actores con distinta visibilidad para el usuario y que arranca con la manifestación de una necesidad física y/o emocional. Al apremio se une una pre-visualización del resultado final caracterizada por el deseo de solución exitosa del malestar inicial.

Estado de ánimo inicial

El estado de ánimo del usuario de la salud se caracteriza por ser adverso, condición que fluctúa en intensidad y duración dependiendo del asunto médico a tratar. Al usuario entonces, le moviliza un estado de impotencia o sensación de vulnerabilidad, acompañado de sensaciones confusas que se manifiestan en una dinámica de temor o enojo o incertidumbre, dependiendo, entre otras cosas, de la forma, frecuencia e intensidad de la dolencia y, de forma particular para la población extranjera, de la cantidad de veces que haya estado antes en un centro de salud o de cuánto sepa sobre el funcionamiento del sistema en Chile.

Manifestación del trato digno

Las personas se acercan a una consulta o centro asistencial básicamente por dos motivos: la búsqueda del alivio al dolor inmediato y la consulta preventiva. Es en este proceso cuando las personas comienzan a construir la idea sobre lo que debe representar el trato digno. En ese punto, las acciones referidas al trato digno se gestan desde la institucionalidad y se plasman en el sistema social concreto de una consulta médica o centro asistencial ya sea de tipo público o privado.

Trato digno e institucionalidad

La discusión acerca del trato digno desde la institucionalidad se inicia y detiene en la opinión acerca de la práctica legal conectada a la idea de la salud como parte del derecho internacional de las personas en su condición de tal. Desde esa óptica, los usuarios no lo cuestionan, sino más bien lo emplean como un referente cognitivo para plantear solicitudes sin cuestionamiento o doble interpretación. En el grupo de la población

migrante, esta acción surge de manera inicial en las entrevistas y se transforma en un aspecto incomprendido respecto del funcionamiento de la institucionalidad en Chile, “me tienen que atender porque soy una persona”.

Trato digno y proceso de atención

El asunto del trato digno, ya ingresado el usuario al proceso de atención propiamente tal, se establece toda vez que el usuario percibe y crea una conexión con otras personas y, de forma transversal, desde la práctica valórica del respeto, la amabilidad, la empatía y la comunicación. Es en este momento donde el usuario se constituye como actor activo de la dinámica y observa al sistema trato digno en la atención en salud como un entramado de conversaciones y acciones entre el equipo administrativo (recepción, telefonía, auxiliares de aseo, guardias, cobranza, secretariado, jefaturas a cargo de la organización), el equipo médico (técnicos, enfermeros, médicos) y el mismo como usuario (usuario + acompañante o familia).

Trato digno y proceso de mejoría

Dentro de la fase de atención misma, sea con modalidad abierta o cerrada o para la población de nacionales y de migrantes, el usuario considera el aspecto valórico y las manifestaciones verbales y gestuales asociadas a la atención como elementos de sanación, o forma respetuosa y merecida de aportar a la mejoría en su condición de salud.

En esta apreciación, y a propósito de las diferencias culturales, no sólo en lo que respecta al país de origen, sino que al estilo de vida propio de las distintas zonas del país; el estudio no muestra que existan requerimientos contrarios u opuestos en relación al trato digno en la fase médica del tratamiento. Existen sí, formas y conductas precisas que, de manifestarse, serían percibidas por el usuario extranjero como una vía para estrechar los lazos de confianza y credibilidad en la estructura médica. Tal es el caso de usar el nombre de pila de cada persona, mirar a la cara, saludar afectuosamente, establecer contacto físico con el usuario, por citar algunas.

Es importante mencionar que la población entrevistada, sobre cuyas opiniones se construyen las resultantes de este análisis, es habitante urbana y que -al momento de la sesión de trabajo- no planteó ni de forma explícita ni implícita conexión con la ruralidad ni con otras formas de acceso a la salud (naturales, o alternativas o energéticas).

De esta observación, se puede suponer la incidencia del factor humano en la percepción del trato digno en la atención de la salud. Por una parte, desde el comportamiento y la actitud de la persona que trabaja en la salud y por otra de quien cumple el rol de usuario o

paciente en su denominación tradicional.

Trato digno e información

El usuario declara satisfacción en la conexión con la atención en la salud, cuando sabe qué debe hacer, cómo hacerlo, qué le van a hacer, cómo y cuándo ocurrirá. Responder a esta serie de preguntas puede resultar obvio, sin embargo, hay que evidenciar que el cuerpo médico, particularmente los médicos chilenos, fallan o muestran falencias al respecto. Aquí se requiere un esfuerzo adicional para alcanzar mejores estándares en la percepción del trato digno.

Cuán creíble considere la información que recibe el usuario dependerá de su emocionalidad al momento de recibir el diagnóstico médico y del nivel de especialización del médico tratante. En este sentido, cobra importancia la calidad técnica del profesional, cuestión que se pone en tela de juicio especialmente en el sistema de atención pública y específicamente debido a la cantidad y disponibilidad de especialistas, y el tiempo de atención que brindan al paciente.

Trato digno y cierre

Como parte del proceso de atención que se caracteriza por establecer una conexión básicamente entre el equipo médico y el usuario, no se deja de lado el cierre de la atención, situación que no siempre coincide con alcanzar el estado de mejoría o sanación.

Las personas plantean la disposición para “volver a atenderse” o con el mismo médico o en el mismo centro asistencial. En esta fase del proceso, los usuarios sopesan la profundidad de la relación por medio del respeto y la cercanía evidenciada con el médico y su equipo directo (secretaria, recepcionista, asistentes médicos), la amabilidad permanente y la mantención de los canales de información. Esto especialmente cuando se trata de procesos de internación prolongados o reiteradas concurrencias al servicio médico. Para el caso de las personas que se atienden bajo la modalidad abierta; el cierre se sustenta fuertemente en el respeto explícito, el tiempo de atención y la información clara y calma respecto de la condición de salud y posterior tratamiento.

En síntesis

Los esfuerzos por mantener la práctica del trato digno deberán apoyarse fuertemente en pulir de forma estudiada, específica, considerando las características de la población usuaria, las formas comunicacionales de la interacción, contando desde los aspectos informativos gráficos hasta el desarrollo de habilidades sociales de convivencia responsable.

Parece apropiado mirar el trato digno como una filosofía de conexión y práctica de excelencia, integrando fórmulas explícitas de respeto, gentileza y calidad. Resulta claro plantear la importancia de la relación que se establece entre las personas como parte fundamental de la atención en salud. Cualquier esfuerzo posterior que se lleve a cabo como derivada del análisis de estos resultados, debiera mirar con sumo detalle los procesos y momentos de contacto y encuentro interpersonal que se evidencian a lo largo del proceso de atención, ello como indicador de que el trato digno en salud es esencialmente una forma de intercambio sustentada en pilares valóricos de respeto, amabilidad, información y calidad y donde las personas juegan el más importante de los roles.

Dado los resultados de este estudio, se recomienda explorar la mirada sobre el trato digno en la atención en salud construida desde la cosmovisión rural y de integración; considerando elementos propios del humanismo, para diseñar y medir (en cualquiera de sus formas) las buenas prácticas asociadas al trato digno, y el sentirse dignificado, al que aspiran los usuarios desde el ámbito de la salud.

