



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



Sistematización De La Relación Usuario- Funcionario, Para La Generación De Propuestas Para La Humanización Del Trato En El Proceso De Atención En Salud.

HOSPITAL “CARLOS VAN BUREN”.

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO
DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y AL TÍTULO DE
ASISTENTE SOCIAL.

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
ESCUELA DE SERVICIO SOC. Y
BIBLIOTECA

PROFESOR GUÍA:	María Teresa Sánchez Alen.
PROFESOR INFORMANTE:	Ketty Cazorla Becerra.
EQUIPO SEMINARISTA:	Herman Ardiles Siqueira. Jocelyn Bahamóndez Bustamante. Lisette Castillo Guerra. Estefanía Fuentes Cienfuegos.
INSTITUCIÓN PATROCINANTE:	Hospital “Carlos Van Buren”

VALPARAÍSO, NOVIEMBRE DE 2009

ÍNDICE.

PÁGINA

PRESENTACIÓN DEL SEMINARIO 1-2PRIMER CAPÍTULO: CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA. 3-251. CONTEXTO INSTITUCIONAL: 31.1. Hospital "Carlos Van Buren" 31.1.1. Identificación de la Institución 31.1.2. Características generales 41.1.3. Misión 41.1.4. Visión 41.1.5. Objetivos y Políticas Institucionales 51.1.6. Servicios Entregados 61.1.7. Beneficiarios 71.1.8. Recursos Institucionales 71.1.9. Estructura Organizacional 101.1.10. Organigrama Institucional 111.1.11. Modelo de Auto gestión en Red 121.2. Trabajo Social en la Institución 141.2.1. Organigrama Trabajo Social 151.2.2. Objetivos Trabajo Social 161.2.3. Funciones Trabajo Social 161.2.4. Roles Trabajo Social 191.2.5. Otros Antecedentes 202. CONTEXTO NACIONAL: 242.1. Crisis Económica Mundial 242.2. Influenza Humana (AH1N1) 252.3. Problemáticas del Sector Público 25SEGUNDO CAPÍTULO: MARCO DE REFERENCIA. 26-591. SALUD Y ESTADO: 261.1. Enfoque biosicosocial 261.2. Reforma de salud chilena 281.2.1. Ley 20.015 281.2.2. Ley 19.966 291.2.3. Ley 19.937 301.2.4. Boletín 2727-11 31

2.	<u>HUMANIZACIÓN DEL TRATO:</u>	33
2.1.	<u>Estrategias para la Humanización del Trato</u>	35
2.2.	<u>Ejes temático Buen Trato</u>	37
2.2.1.	<u>Trato digno y respetuoso</u>	37
2.2.2.	<u>Lenguaje adecuado y comprensible</u>	38
2.2.3.	<u>Normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptada</u>	39
2.2.4.	<u>Atendidos por el nombre</u>	39
2.2.5.	<u>Proteger la privacidad de las personas.</u>	40
2.3.	<u>Eje Participación Social</u>	41
2.3.1.	<u>Participación Social en Salud</u>	41
A.	<u>Planteamiento OMS</u>	42
B.	<u>Gestión Pública Participativa</u>	43
C.	<u>Fortalecimiento de la Sociedad Civil</u>	44
D.	<u>No Discriminación y Respeto a la Diversidad</u>	44
2.3.2.	<u>Lineamientos de la Participación Social</u>	44
A.	<u>Participación Y Control Social</u>	44
B.	<u>Protección De Derechos Y Humanización Del Trato Por Medio De Instancias De Participación.</u>	48
2.4.	<u>Eje Temático Derechos y Deberes en Salud</u>	49
2.4.1.	<u>Boletín 2727-11</u>	49
2.4.2.	<u>Estatuto Administrativo</u>	50
2.4.3.	<u>Instrumentos Para la Concepción de Derechos Y Deberes</u>	56
2.4.4.	<u>Principios del Instrumento</u>	56
2.4.5.	<u>Recomendaciones para elaborar la "Carta"</u>	57
2.4.6.	<u>Estructura de Contenidos</u>	57
2.4.7.	<u>Declaración de los Estándares de Calidad</u>	57

TERCER CAPÍTULO: MARCO METODOLÓGICO. 60-70

1.	<u>FUNDAMENTACION METODOLOGICA:</u>	60
2.	<u>METODOLOGÍA:</u>	62
2.1.	<u>Objetivos del Seminario</u>	62
2.2.	<u>Colectivos de Sistematización</u>	63
2.3.	<u>Muestra</u>	63
2.4.	<u>Estrategia de Recolección de Información</u>	63
2.5.	<u>Validación de los Instrumentos y Resultados</u>	63

	PÁGINA
3. <u>PLAN GLOBAL DE TRABAJO POR FASES</u>	64
4. <u>UNIDADES DE ESTUDIO</u>	65
4.1. <u>Descripción Planta Física</u>	65
5. <u>MODALIDAD DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS</u>	67
5.1. <u>Observaciones</u>	57
5.2. <u>Entrevistas</u>	69
<u>CUARTO CAPÍTULO: RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACIÓN</u>	71-129
1. <u>CONTEXTO HOSPITALARIO:</u>	71
1.1. <u>Infraestructura</u>	71
1.2. <u>Tiempo de Espera</u>	72
2. <u>Resultado Primer Objetivo Específico:</u>	
<u>EJES DEL TRATO HUMANIZADO:</u>	74
2.1. <u>Visión Funcionarios</u>	74
2.1.1. <u>Trato Digno</u>	74
2.1.2. <u>Lenguaje Adecuado y Comprensible</u>	77
2.1.3. <u>Cortesía y Amabilidad</u>	78
2.1.4. <u>Privacidad</u>	80
2.2. <u>Visión Usuarios</u>	81
2.2.1. <u>Trato Digno</u>	81
2.2.2. <u>Lenguaje Adecuado y Comprensible</u>	83
2.2.3. <u>Cortesía y Amabilidad</u>	84
2.2.4. <u>Privacidad</u>	85
3. <u>Resultados Segundo Objetivo Específico:</u>	
<u>EJE PARTICIPACIÓN SOCIAL:</u>	86
3.1. <u>Participación y Control Social</u>	86
3.1.1. <u>Instancias de Participación de Usuarios</u>	87
3.1.2. <u>Procesos de rendición de cuentas</u>	88
3.1.3. <u>Participación en el modelo de atención de salud</u>	89
3.1.4. <u>Presupuestos Participativos</u>	89
3.1.5. <u>Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias</u>	90

3.2.	<u>Grado de Participación y Autogestión</u>	91
3.2.1.	<u>Visión Institucional</u>	91
3.2.2.	<u>Visión Usuarios de la UAP</u>	92
3.2.3.	<u>Visión Funcionarios</u>	92
3.3.	<u>Características de la Participación</u>	93
4.	<u>Resultados Tercer Objetivo Específico:</u>	
	<u>DEBERES Y DERECHOS EN SALUD:</u>	95
4.1.	<u>Boletín 2727-11</u>	95
4.1.1.	<u>Derechos de los Usuarios en Salud</u>	96
	A. <u>Derecho a acciones de salud</u>	96
	B. <u>Trato digno</u>	97
	C. <u>Compañía y atención espiritual</u>	97
	D. <u>Efectuar consultas y reclamos</u>	98
	E. <u>Información</u>	99
	F. <u>Reserva de la información contenida en la ficha clínica</u>	100
	G. <u>Consentimiento informado</u>	100
	H. <u>Priorización de Derechos en la Realidad</u>	101
4.1.2.	<u>Deberes de los Usuarios en Salud</u>	101
	A. <u>Colaborar para dar un ambiente saludable</u>	101
	B. <u>Informarse</u>	102
	C. <u>Dar Información Completa y Veraz</u>	102
	D. <u>Cumplir Preceptos Generales Sanitarios</u>	103
	E. <u>Cuidar el Equipamiento del Hospital</u>	103
	F. <u>Priorización de Deberes en la Realidad</u>	104
4.2.	<u>Estatuto Administrativo</u>	104
4.2.1.	<u>Derechos de los Funcionarios en Salud</u>	106
	A. <u>Condiciones Laborales</u>	106
	B. <u>Condiciones de la interacción usuario-funcionario</u>	108
	C. <u>Relación Funcionario y Jefatura</u>	109
	D. <u>Priorización de Derechos en la Realidad</u>	110
4.2.2.	<u>Deberes de los Funcionarios en Salud</u>	111
	A. <u>Condiciones Laborales</u>	111
	B. <u>Condiciones de la interacción usuario-funcionario</u>	112
	C. <u>Priorización de Deberes en la Realidad</u>	114
5.	<u>CONCEPTUALIZACIÓN</u>	115
5.1.	<u>Conceptualización en Base al Discurso</u>	115
5.2.	<u>Contexto</u>	122
5.3.	<u>Definición Trato Humanizado</u>	123
5.4.	<u>Estrategias para la Humanización del Trato</u>	123

QUINTO CAPÍTULO: PROPUESTAS DE HUMANIZACIÓN DEL TRATO 127-156

Resultados Cuarto Objetivo Específico:

PROPUESTAS DE HUMANIZACIÓN DEL TRATO 127

1.	POLÍTICA DEL BUEN TRATO HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	129
1.1.	Conceptualización	129
1.2.	Perfil diagnóstico	130
1.3.	Valores	130
1.4.	Objetivos de la Política	131
1.5.	Estrategias	131
1.6.	Actores que deberían estar involucrados	131
2.	MANUAL PARA UN BUEN TRATO	132
2.1.	Objetivos	132
2.2.	Áreas de Aplicación	133
2.3.	Responsables	133
2.4.	Conceptos	133
2.5.	Procedimientos para Funcionarios	133
2.6.	Procedimientos para Usuarios	137
2.7.	Responsables	139
2.8.	Últimas consideraciones	140
3.	CREACIÓN UNIDAD DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	141
3.1.	Lineamientos estratégicos	141
3.2.	Recursos Mínimos a Utilizar	142
3.2.1.	Recursos Humanos	142
3.2.2.	Recursos Financieros	142
3.2.3.	Recursos Materiales	142
3.3.	Roles Básicos	143
3.4.	Funciones a Realizar	143
3.5.	Funciones Equipo Asesor	143
3.6.	Organigrama	144
4.	CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN SALUD	145
4.1.	Campaña de Difusión	145
4.2.	Carta de Derechos y Deberes	147
4.2.1.	Derechos de Usuario	147
4.2.2.	Deberes de Usuario	148
4.2.3.	Derechos de Funcionarios	149
4.2.4.	Deberes de Funcionarios	150

PÁGINA

5.	PROPUESTAS QUE EMERGEN DEL COLECTIVO	151
6.	OTRAS PROPUESTAS	155
6.1.	Información	155
6.2.	Capacitaciones	155
6.3.	Sistema de Comunicaciones	156
6.4.	Infraestructura	156
SEXTO CAPÍTULO: CONCLUSIONES, APRENDIZAJES Y REFLEXIONES		157-167
1.	CONCLUSIONES	157
2.	APRENDIZAJES	163
3.	REFLEXIONES	165
GLOSARIO		168
BIBLIOGRAFÍA		171
ANEXOS		175

ÍNDICE DE CUADROS.

PÁGINA

PRIMER CAPÍTULO: CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA.	3-25
Cuadro N°1: Política Social En Salud	5
Cuadro N° 2: Recursos Humanos	7
Cuadro N° 3: Recursos Materiales Y De Infraestructura	8
Organigrama N°1: Institucional	11
Organigrama N°2: Unidad De Servicio Social	15
Organigrama N°3: Reforma De La Salud	23
SEGUNDO CAPÍTULO: MARCO DE REFERENCIA	26-59
Cuadro N°1: Enfoques Médicos	26
Cuadro N°2: Lenguaje Adecuado Y Comprensible	38
Cuadro N°3: Derechos De Fonasa	59
Esquema N°1: Participación Social	41
TERCER CAPÍTULO: MARCO METODOLÓGICO.	60-70
Cuadro N°1: Utilidad De La Sistematización	60
Cuadro N°2: Fundamentación De La Metodología	61
Cuadro N°3: Objetivo Del Proceso De Seminario	62
Cuadro N°4: Delimitación Del Proceso De Seminario	63
Cuadro N°5: Modalidad De Observaciones	67
Cuadro N°6: Modalidad De Entrevistas	69
Esquema N°1: Plan Global De Trabajo Por Fases	64
CUARTO CAPÍTULO: RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACIÓN	71-129
Cuadro N° 1: Infraestructura	71
Cuadro N° 2: Tiempo De Espera	72
Cuadro N° 3: Primer Objetivo Específico	74
Cuadro N° 4: Trato Digno:	74
Cuadro N° 5: Lenguaje Adecuado Y Comprensible	77
Cuadro N° 6: Cortesía Y Amabilidad	78
Cuadro N° 7: Privacidad	80
Cuadro N° 8: Trato Digno	81
Cuadro N° 9: Lenguaje Adecuado Y Comprensible	83
Cuadro N°10: Cortesía Y Amabilidad	84
Cuadro N°11: Privacidad	85

Cuadro N°12: Segundo Objetivo Específico	86
Cuadro N°13: Participación Y Control Social	86
Cuadro N°14: Instancias Participativas De Usuarios	87
Cuadro N°15: Fragmentos	89
Cuadro N°16: Presupuestos Participativos	89
Cuadro N°17: Visión Institucional	91
Cuadro N°18: Visión Usuario De UAP	92
Cuadro N°19: Visión Funcionario	92
Cuadro N°20: Característica De La Participación	93
Cuadro N°21: Tercer Objetivo Específico	95
Cuadro N°22: Derecho A Acciones En Salud	96
Cuadro N°23: Trato Digno	97
Cuadro N°24: Compañía Y Atención Espiritual	97
Cuadro N°25: Efectuar Consultas Y Reclamos	98
Cuadro N°26: Información	99
Cuadro N°27: Reserva De Información Contendida En Fichas Clínicas	100
Cuadro N°28: Consentimiento Informado	100
Cuadro N°29: Priorización De Los Derechos	101
Cuadro N°30: Colaborar Para Dar Un Ambiente Saludable	101
Cuadro N°31: Informarse	102
Cuadro N°32: Dar Información Completa Y Veraz	102
Cuadro N°33: Cumplir Preceptos Generales Sanitarios	103
Cuadro N°34: Cuidar El Equipamiento Del Hospital	103
Cuadro N°35: Priorización De Los Deberes	104
Cuadro N°36: Condiciones Laborales	106
Cuadro N°37: Condiciones De La Interacción Usuario-Funcionario	108
Cuadro N°38: Priorización De Los Derechos	110
Cuadro N°39: Condiciones Laborales	111
Cuadro N°40: Condiciones De La Interacción Usuario-Funcionario	112
Cuadro N°41: Priorización De Los Deberes	114
Cuadro N°42: Conceptualización En Base Al Discurso	115
Cuadro N°43: Canales De Comunicación	116
Cuadro N°44: Normas De Cortesía Y Amabilidad	117
Cuadro N°45: Privacidad	118
Cuadro N°46: Participación Social	119
Cuadro N°47: Derechos Y Deberes	120
Cuadro N°48: Contextos	122
Esquema N°1: Estrategias Humanización Del Trato	124
Esquema N°2: Ejes De Análisis	126

QUINTO CAPÍTULO: PROPUESTAS DE HUMANIZACIÓN DEL TRATO	127-156
Cuadro N°1: Cuarto Objetivo Específico	127
Cuadro N°2: Plan Estratégico HCVB	127
Cuadro N°3: ¿Qué Vamos A Entender Por Buen Trato?	129
Cuadro N°4: Objetivos	132
Cuadro N°5: Normas Para Contestar Las Objeciones	136
Cuadro N°6: Normas Para Contestar Las Dificultades	139
Cuadro N°7: Lineamientos Estratégicos Para La Creación De La UPS	141
Cuadro N°8: Derechos Usuarios	147
Cuadro N°9: Deberes Usuarios	148
Cuadro N°10: Derechos Funcionarios	149
Cuadro N°11: Deberes Funcionarios	150
Cuadro N°12: Propuestas Usuarios Y Funcionarios	151
Gráfico N°1: Mandamiento De Funcionarios	136
Gráfico N°2: Mandamiento De Usuarios	139
Organigrama N°1, Inicial Unidad De Participación Social	144

PRESENTACIÓN

El presente Seminario de Título se enmarca en la humanización del trato al interior del hospital “Carlos Van Buren”, y en los establecimientos elaborados a partir de la reforma en salud, implementada en Chile en el año 2002. Es así como este documento se organiza a partir de siete capítulos:

El primer capítulo describe los contextos en los cuales se enmarca este seminario de título, se elabora a partir de los lineamientos generales del funcionamiento del hospital “Carlos Van Buren”, elementos del contexto nacional, tales como: la crisis económica presente a nivel mundial y la influenza Humana (AH1N1) y finalmente se expone brevemente las problemáticas que las instituciones de orden público asumen en la actualidad.

La contextualización a nivel nacional se elabora con el objetivo de considerar estos elementos en la planificación y elaboración del proceso de seminario de título, a fin de eliminar posibles sesgos contenientes al resultado. De esta forma se establece un lineamiento de trabajo contemplando la crisis económica, la influenza humana y las problemáticas públicas, como variables no influenciadas al proceso.

El segundo correspondiente al marco de referencia, presenta la salud y el estado; la reforma de salud ejecutada en Chile, exponiendo las distintas leyes que significaron una plataforma en la implementación de este proceso; el cual se introduce en los derechos y los deberes establecidos para funcionarios y usuarios, establecidos en el boletín 2727-11 y en el estatuto administrativo; además se presenta la humanización del trato planteada desde el ministerio de salud, con sus principales estrategias de implementación en conjunto con los establecimientos de la creación de una carta de derechos y deberes.

Respecto a la humanización del trato se dispone del concepto extraído del Ministerio de Salud Valparaíso- San Antonio: *“Trato digno y respetuoso; lenguaje adecuado y comprensible; aplicando las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptada; que las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre; protegiendo la privacidad de las personas durante la atención”*. Además se presenta los ejes estratégicos considerados en este seminario para su implementación, tales como la “Participación Social” y las “Cartas de Derechos y Deberes”.

En función al establecimiento de propuestas para la humanización del trato al interior del hospital “Carlos Van Buren”, se ha considerado el proceso metodológico correspondiente a la sistematización. Con esto se ha levantado la información requerida sobre las interacciones de usuario y funcionarios en la institución. Esta información se registra de manera ordenada, combinando la realidad con su sustento teórico.

El tercer capítulo, correspondiente a al modelo metodológico, se planifica como elaborar la sistematización, presentando los objetivos del seminario; delimitando el colectivo de estudio; elaborando instrumentos pertinentes para su posterior ejecución; y finalmente concretando una modalidad de validación tanto de los instrumentos como de los resultados del proceso.

Se establece un plan de trabajo en tres fases: proceso, producción de conocimiento y productos, estableciendo los lineamientos principales para su elaboración.

Posteriormente se identifica y define las unidades que posee el hospital, para la atención en salud, estableciendo cuales son los servicios con los que se trabajó.

Se presenta la modalidad de la aplicación de los instrumentos, estableciendo integrantes del equipo a cargo y fechas en su ejecución.

Finalmente, se expondrán las variables contingentes que generaron modificaciones en la ejecución de los instrumentos en la práctica.

El capítulo de análisis, en el desarrollo del proceso de sistematización, se configura como el ordenamiento de la información recopilada y la creación de nuevos conocimientos. Es así, que en base a las ya etapas metodológicas elaboradas y desarrolladas, es inherente desarrollar el respectivo proceso de análisis, con el fin de proporcionar información de la cual se deriven criterios útiles para la toma de decisiones en relación a su administración y desarrollo.

De manera particular este capítulo, se expone el análisis de contexto hospitalario considerando su infraestructura y las condiciones del tiempo de espera; se muestra un análisis integral del trato humanizado con sus principales ejes y estrategias de implementación; además se realiza una conceptualización de la realidad práctica de la comunidad hospitalaria.

Correspondiente al trato humanizado se elabora un análisis determinando la visión de usuarios y la visión de funcionarios, utilizando las variables trato digno; cortesía y amabilidad; lenguaje y comunicación; y privacidad. Analizando además, la participación social y los derechos y deberes de usuarios y funcionarios de la comunidad hospitalaria.

Para términos de análisis de derechos y deberes se ha categorizado la información, complementándola con el boletín 2727-11 y el estatuto administrativo, con esto se ha integrado la visión de los usuarios y funcionarios, estableciendo las prioridades determinadas en los establecimientos legales, comparando con la priorización existente en la realidad práctica.

En cuanto a la participación social, se ha establecido una triangulación de la información considerando la visión institucional, la visión de usuarios y la visión de funcionarios. Se presentan las instancias de participación del hospital y como éstas se traducen en la realidad.

Finalmente, como un segundo nivel de análisis se conceptualiza, a través de la realidad práctica considerando los referentes legales o teóricos, sobre el trato humanizado y sus principales variables.

Para efecto de análisis se ha considerado contrastar el referente teórico, junto a la realidad práctica y fragmentos que han emergido de las entrevistas efectuadas, de las observaciones o de las reuniones realizadas con consejo consultivo, de desarrollo, UAP, u otra instancia relativa al proceso de levantamiento de información.

1. CONTEXTO INSTITUCIONAL.

1.1. HOSPITAL CARLOS VAN BUREN:

1.1.1. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCION PATROCINANTE	Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso
DIRECCION	Calle Colón #2454, Valparaíso
TELEFONOS DE CONTACTO	Mesa Central: 2204000 Dirección: 2204185 FAX: 2258811
SITIO WEB	www.hcvb.cl

"HOSPITAL CARLOS VAN BUREN" SUS INICIOS...

Los inicios de la historia del "Hospital Carlos Van Buren", se remontan a una época quizás un poco alejada a la que vivimos actualmente, ya que pensar en el S. XVI, es pensar en tiempos de corsarios y piratas y en largas travesías donde producto de epidemias, volvían a su lugar de origen tripulaciones con un numero bastante reducido de marinos.

El Rey de España en esa época era Carlos III, quién consciente de lo que sufrían sus marinos en estas travesías hacia el Continente Americano, dictó lo que se llamaba una Real Cédula, algo así como un Decreto Supremo actual, en la que ordenaba la creación de un Hospital en Valparaíso, que era el punto donde con mayor frecuencia llegaban sus embarcaciones. Esta Real Cédula la dictó el 14 DE AGOSTO DE 1768 y designaba como lugar para la construcción del Hospital la Quebrada de Elías, ubicada entre Cummings y Almirante Montt. Sólo 4 años más tarde, el 18 de noviembre de 1772 y bajo el gobierno de Don Antonio Gil y Gonzaga, se fundó el Hospital que se llamó "San Juan de Dios", ubicado en los lugares del Almendral, dando así cumplimiento a la Real Cédula dictada por el Rey de España Carlos III.

El Hospital recibió el nombre de "San Juan de Dios", debido a que por muchos años y, en sus inicios, estuvo a cargo de la congregación de hermanos hospitalarios de San Juan de Dios. Esta congregación estuvo a cargo del Hospital hasta el año 1822, o sea, por un período de 50 años.

A propuesta de la Honorable Junta de Beneficencia, el Ministro de Bienestar Social, por Decreto 974 del 24 de mayo de 1929, a un mes de la muerte de Don Carlos Van Buren (25/04/1929), dispuso que en adelante el Hospital "San Juan de Dios" se denominara "Carlos Van Buren". Esto conforme a un sentimiento de enorme gratitud hacía éste modelo de filántropo que habito Valparaíso. El desvelo, sacrificio, y ayuda económica durante largos años de trabajo hacía muchas instituciones honraron ampliamente esta determinación final.

1.1.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES

- **Cobertura:** A todos los beneficiarios de Fonasa, y aquellos Convencionales.
- **Radio de Acción:** Entendida como toda la población asignada al Hospital que corresponde a la atención del SSVSA, incluyendo las provincias de Valparaíso, San Antonio e Isla de Pascua. Además de aquellas personas provenientes de otras zonas de la V Región y aquellos pacientes de la III, IV, VI Regiones, que requieren de especialidades como: Neurología, Traumatología y Oncología.
- **Infraestructura:** En la actualidad el establecimiento se compone de un edificio central de 8 pisos y a sus costados con el tiempo se han ido adosando otras estructuras donde se atienden variadas especialidades. A su vez hay otras dependencias que forman parte del hospital pero físicamente están un poco más alejadas, aunque ubicándose en el mismo sector.

1.1.3. MISION

El Hospital Carlos Van Buren como Institución pública, tiene como misión contribuir a la satisfacción de las necesidades de Salud de la población asignada, en especial las de mayor complejidad, otorgando prestaciones abiertas y cerradas de emergencia y programas.

Su accionar está fundamentado en la equidad, participación, descentralización y satisfacción del usuario.

1.1.4. VISION

Este se enmarca en el Plan Estratégico Hospital Carlos Van Buren 2006-2008, cuyas acciones van dirigidas hacia el cambio de modelo de gestión y mejoras en el equipamiento e infraestructura hospitalaria, para responder de manera eficaz a los requerimientos de implementación de los Programas que desarrolla el Ministerio de Salud.

"Ser el Centro Asistencial de mayor complejidad de la Región de Valparaíso, con especialidades supra regionales; de excelencia; Docente e integrado a la red de Atención. Con Equipamiento e infraestructura de Alto nivel, y el compromiso de sus trabajadores"

1.1.5. OBJETIVOS Y POLITICA INSTITUCIONALES

Desarrollar acciones de salud orientadas a la protección, recuperación y rehabilitación de la población asignada.

CUADRO N°1 POLITICA SOCIAL EN SALUD:

Para dar cumplimiento a los 3 apartados anteriores, el Hospital Carlos Van Buren sigue los lineamientos de acción dictados por la Política Social, que emana del Supremo Gobierno. Esta **política** contempla aspectos vitales para el funcionamiento óptimo de un centro de salud; entre ellos destacan:

a) El acceso es un derecho de todos los chilenos y chilenas, que sólo se hará efectivo en la medida que el estado asume su responsabilidad en:

a1. Garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud que entreguen atención equitativa, eficiente y eficaz.

a2. Formular y ejecutar programas de prevención de enfermedades y saneamiento del ambiente.

b) Las acciones de salud deben ser guiadas por un adecuado diagnóstico de las necesidades de la población, tomando en cuenta, los cambios que se producen en la composición de los grupos de edad y las enfermedades más frecuentes, considerando a los niños, adolescentes, ancianos y trabajadores.

c) Los Servicios de Salud deben organizarse en torno a los conceptos de descentralización, desburocratización, participación de la comunidad y coordinación intersectorial, en cuanto a la estructura y organización del sistema:

c1. Fácil acceso y oportuna atención de la población en los centros de atención primaria.

c2. En el marco de una carrera funcionaria, estabilidad laboral y formación permanente.

c3. Coordinación con los Servicios de Salud Públicos, como con los de carácter privado.

c4. Consolidación de los logros en salud, especialmente con relación a la mortalidad infantil y la atención de la madre embarazada.

c5. Combatir los brotes epidémicos, en general las enfermedades causadas por la pobreza de los sectores urbanos y rurales.

1.1.6. SERVICIOS ENTREGADOS

El Hospital Carlos Van Buren es un centro de atención de salud de alta complejidad, Docente Asistencial, ubicado en la quinta región del país. Atiende una población adulta y materno infantil estimada de 455.693 pacientes al año.

Cuenta con tres unidades de Emergencia y cuatro Unidades de Cuidados Intensivos. La gran mayoría de sus Servicios Clínicos son de Especialidades Quirúrgicas. Es Centro de referencia supra regional en las especialidades de Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología y Hemodiálisis.

Además, anexo a sus instalaciones y dependiendo administrativamente de el, funciona el Consultorio Adosado de Especialidades, de atención ambulatoria y de Diagnóstico Terapéutico.

Entre los servicios se puede mencionar además, una serie de programas institucionales dirigidos a grupos prioritarios, estos programas son los siguientes:

- **Programa Infantil:** Tiene como objetivo contribuir al desarrollo integral del niño y el adolescente.
- **Programa de la Mujer:** Sus objetivos son aumentar las expectativas de vida al nacer, disminuir los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio. Reducir la mortalidad y la morbilidad Gineco – Obstétrica – Perinatal.
- **Programa del Adulto:** Su objetivo principal es de conservar el estado de salud, prolongar las expectativas de vida de los hombres, disminuir la mortalidad y la morbilidad de la población mayores de 15 años.
- **Programa de Salud Bucal:** Tiene por objetivo disminuir la morbilidad de las lesiones bucomaxilofaciales.
- **Programa de Educación para la Salud:** Su objetivo es contribuir a mejorar el comportamiento referido a mantener una vida saludable a través de la participación comunitaria, creativa, consciente y activa de los individuos, familia y comunidad en general.
- **Programa de Acompañamiento Espiritual¹:** En concordancia con el enfoque de salud integral entregado por la definición de la OPS, la cual ha definido la salud como "el completo bienestar físico, mental, social, y espiritual", el Ministerio de salud, en el marco del proceso de la Reforma a la salud, ha visto la necesidad de crear en los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Red Pública, Unidades de Acompañamiento Espiritual con el objeto de coordinar las actividades de acompañamiento espiritual que se realicen en ellos y que involucran a usuarios (as), sus familias, funcionarios (as) y organizaciones de voluntariado.

¹ Reglamento sobre Asistencia religiosa en recintos hospitalarios n° 94 de 2007.

1.1.7. BENEFICIARIOS

INSTITUCIONALES: Según la Ley 18.469, existen cuatro categorías que clasifican a los diferentes tipos de beneficiarios de las Prestaciones de Salud, que otorga el Hospital como Institución, clasificados por el FONASA. Estas son:

- Letra **A:** Para personas indigentes, para aquellas que se encuentren recibiendo pensiones asistenciales y/o subsidios familiares y aquellas cesantes, los cuales obtienen atención gratuita en el Servicio Nacional de Salud (bonificación del 100%.)
- Letra **B:** Para aquellas personas que perciben un ingreso no superior a \$120.000, a excepción de la atención dental. La atención es gratuita bonificación del 100%.
- Letra **C:** Para personas cuyos ingresos son mayores a \$120.000 pesos y menores a 172.000, bonificándoseles con un 90% de la atención.
- Letra **D:** Para personas que tienen ingresos superiores a \$172.000 pesos, la bonificación es de un 80%.

CONVENCIONALES:

- DIPRECA
- Armada de Chile
- CAPREDENA
- FFCC
- Algunas ISAPRES.

1.1.8. RECURSOS INSTITUCIONALES

CUADRO N° 2 RECURSOS HUMANOS

A continuación es posible observar el cuadro que puntualiza el número de funcionarios con que cuenta el hospital, ya sean profesionales o no:

➤ HUMANOS

Médicos	231
Becados	11
Directivos Médicos	16
Tecnólogos Médicos	31
Enfermeras	106
Matronas	39
Odontólogos	11
Kinesiólogos	13
Técnicos Paramédicos	668
Químicos Farmacéuticos	9
Bioquímicos	2

➤ FINANCIEROS

- a) Aportes enviados por el SSVSA, para el pago de las remuneraciones del personal.
- b) Pago asociado a diagnóstico (PAD) y al pago respectivo de las prestaciones (PPP) sistemas que fijan el valor de cada prestación médica divididas en canastas las cuales se reembolsan mensualmente vía FONASA.
- c) La recaudación por préstamos particulares, de los beneficiarios de los tramos C y D de FONASA, de los pacientes convencionales de CAPREDENA, FFCC, ISAPRES.
- d) Ingresos provenientes del pago de compañías de seguros (accidentes).
- e) Seguros de enfermedades catastróficas de FONASA para prestaciones de alto riesgo; Neurología, Insuficiencia renal crónica, Oncología, Traumatología.

CUADRO N° 3 RECURSOS MATERIALES Y DE INFRAESTRUCTURA

El presente cuadro visualiza la totalidad de las unidades por piso obteniendo una referencia de la infraestructura con que cuenta el hospital por piso y blocks:

➤ MATERIALES Y DE INFRAESTRUCTURA

1° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unidad de emergencia adulto (UEA) e infantil (UEI). ▶ Contabilidad ▶ Oficina de unidad de Atención de Personal. ▶ Recaudación Central ▶ Fono Aviso ▶ Servicios Generales ▶ Oficina de Partes ▶ Banco de Sangre ▶ Adquisiciones Caja
2° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dirección Oficina de Gestión Global Docente y Jefatura de Servicio
3° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Servicio de Pensionado
4° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unidad de Infeccioso (niños)
5° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Servicio de Urología ▶ Servicio de Neurología de Adultos
6° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Servicio de Traumatología Servicio de Cirugía Infantil ▶ Servicio de Pediatría ▶ Unidad de Cuidados Intensivos (pediatría) ▶ Unidad de Lactancia ▶ Unidad de Segunda Infancia ▶ Unidad de Neurología
7° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Servicio de Medicina y Unidad Renal
SUBTERRANEO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unidad Diálisis ▶ Biblioteca ▶ Anatomía Patológica ▶ Servicio de Medicina y Rehabilitación

1° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Farmacia ▶ Esterilización ▶ Unidad de emergencia Infantil ▶ Ginecología ▶ Urgencias
2° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pabellón de Partos ▶ Patologías obstétricos
3° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Puerperio Normal ▶ Puerperio Quirúrgico
4° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unidad de Cuidados Intensivos ▶ Servicios de Neurocirugía
5° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Traumatología Adultos
6° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pabellón Quirúrgico
SUBTERRANEO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unidad de Scanner ▶ Medicina Nuclear ▶ Rayos Central

1° PISO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unidad de Gestión Docente
----------------	---

➤ INFRAESTRUCTURA POR PLANTAS

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Citación y Recaudación Adultos ➤ Especialidades adulto: Respiratorio, cardiología, Neurología, etc. ➤ Adultos ➤ Farmacia ➤ FONASA ➤ Toma de muestras ➤ Movilización. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Especialidades Niños ➤ Servicio Social Central ➤ Dirección del Consultorio de Especialidades ➤ Oficina de Jubilaciones ➤ Farmacia ➤ Pabellón ambulatorio ➤ Capacitación ➤ Policlínico del Dolor ➤ Policlínico de Nutrición
--	--

1.1.9. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

En las reuniones efectuadas por Consejo Técnico Ampliado del Hospital Carlos Van Buren con fecha 30 de Octubre y 09 de Diciembre de 2008 se acordó y sancionó la nueva estructura organizacional de Centros de Responsabilidad a través de la cual se organiza el establecimiento hospitalario.

Esta nueva estructura nace a partir de:

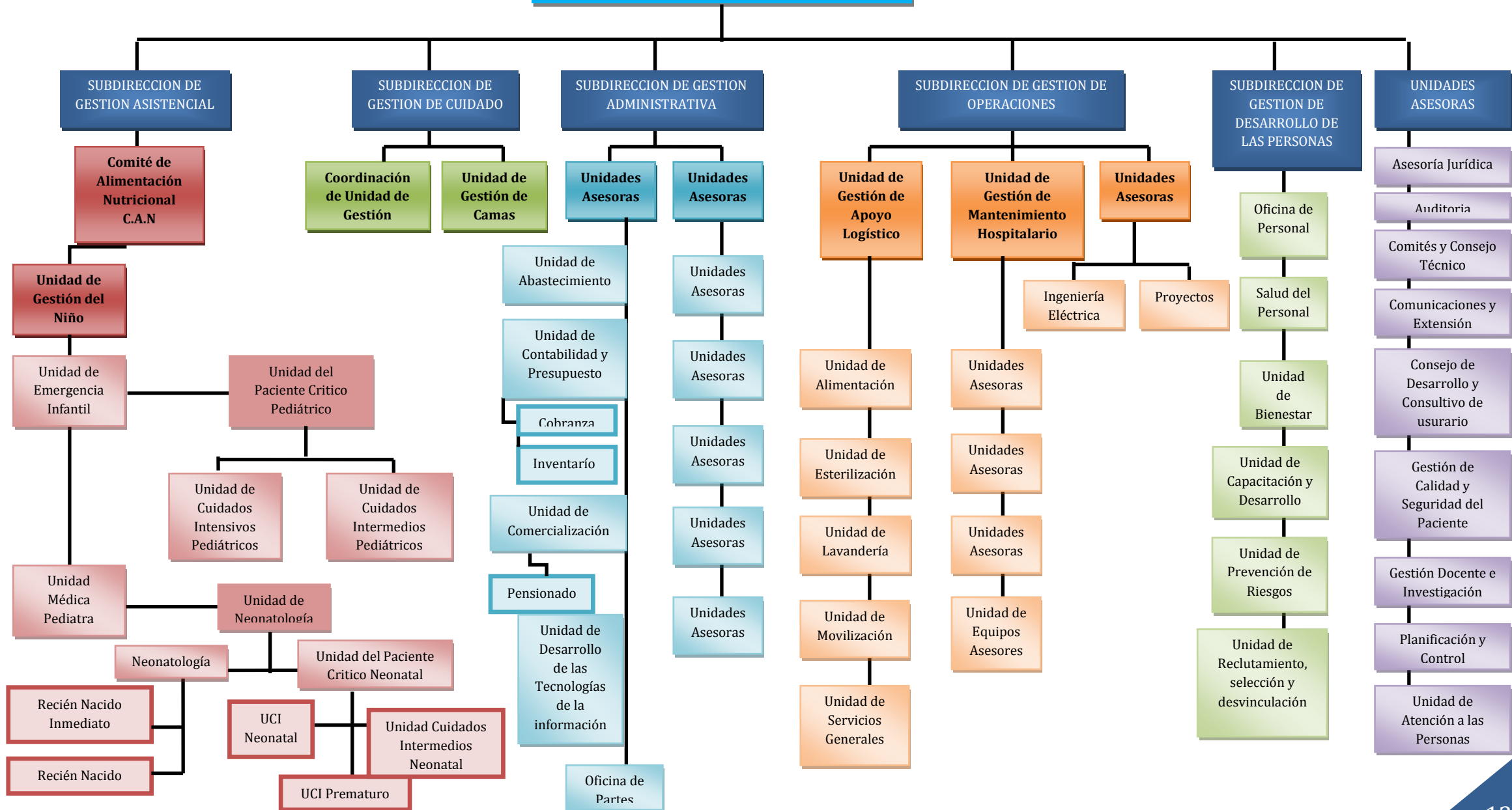
- Los requerimientos de la normativa de los hospitales autogestionados, creados por la Autoridad Sanitaria en el marco de la Reforma Sanitaria;
- Los lineamientos del MINSAL en el Documento denominado Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios, "Manual Administrativo N° 9", en que consigna la estructura organizacional a través de centros de responsabilidad como un componente estratégico del nuevo modelo de atención integral de salud;
- La Norma General Técnica Administrativa N°17, Gestión y Desarrollado de Recursos Humanos en Establecimientos Autogestionados en Red;
- La Norma General Administrativa N°19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada y las orientaciones expresadas por la Dirección de Servicio en el Plan Estratégico 2008 – 2010, en el cual se señala que los establecimientos que componen el Servicio de Salud y sus centros de responsabilidad constituyentes, deben trabajar como nodos interrelacionados;
- Lo estipulado en la Ley N° 19.937, Modifica el D.L. N° 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana;
- El Reglamento orgánico de los Servicios de Salud Decreto N° 140 de 2004 en su Art. 46° letra c);
- El Decreto N° 38 que contiene el Reglamento orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red;
- El Manual Administrativo N° 9, el cual traduce la visión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Modelo de Gestión Hospitalaria y su rol en el cambio del Modelo de Atención a fin de enfrentar los desafíos de consolidación de la Reforma de Salud.

De esta forma, se presenta a continuación la siguiente estructura, aprobada a partir del 12 de Diciembre 2008, la cual busca cumplir los requerimientos antes señalados y

mejorar la funcionalidad actual que poseen las distintas unidades administrativas y servicios clínicos.

1.1.10. ORGANIGRAMA N° 1: INSTITUCIONAL

DIRECCION HOSPITAL CARLOS VAN



1.1.11. MODELO DE AUTOGESTIÓN EN RED²

El modelo de autogestión en red, EAR, contemplado en la ley N° 19.937, determina todas aquellas facultades y atribuciones que le permiten a los hospitales optimizar su funcionamiento, organizando de mejor manera los recursos disponibles para dar respuestas rápidas y efectivas, en un entorno de mayores demandas y exigencias, con mayores niveles de conocimiento e información de la población usuaria.

Los establecimientos que reciben la acreditación de autogestionados en red, obtienen facultades y atribuciones en los ámbitos administrativo, financiero, de gestión de recursos humanos y de celebración de convenios, entre otros, en el marco de las definiciones del gestor de red, que aprueba una determinada cartera de servicios y programación de actividades.

El camino de la autogestión en red permite revisar y relevar los procesos asistenciales y administrativos claves para la gestión de la organización.

Los hospitales que están definidos como EAR según la ley N° 19.937 representan el 67 % del presupuesto de los Servicios de Salud, excluida la Atención Primaria. La autogestión en red pone mayores exigencias de gestión, otorgando facultades en el manejo presupuestario, diseño de la organización y recursos humanos de tal modo de usar con la mayor eficiencia esos elevados recursos, pero, además, cumpliendo metas sanitarias.

De acuerdo a la auditoria de acreditación realizada por el MINSAL, correspondiente a diciembre de 2007, realizada el primer semestre de 2008, 17 hospitales se encontraban con puntajes cercanos al 80%. En el supuesto que esta información se hubiera utilizado en el proceso de postulación para la obtención de condición EAR, la mayor parte de ellos, 11 de 17, habrían obtenido la acreditación con planes de mejora. Entre éstos, grandes hospitales bases de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana y algunos regionales.

De los 29 hospitales restantes, hay 12 establecimientos considerados en tránsito que requieren de acciones intensivas, que van más allá de un plan de mejoras. Estos son los siguientes:

- | | |
|----|--|
| 1) | Hospital Regional de Iquique; |
| 2) | Hospital Regional de Arica; |
| 3) | Hospital Regional de Antofagasta; |
| 4) | Hospital de Calama; |
| 5) | Hospital Regional de La Serena; |
| 6) | Hospital San José de Santiago; |
| 7) | Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar; |

² Informe de la Comisión de Salud, Boletín n° 6.230-11, 16 de Diciembre de 2008.

8)	Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso;
9)	Hospital Regional de Talca;
10)	Hospital de Osorno;
11)	Hospital de Castro y
12)	Hospital de Coyhaique.

Los motivos de esta situación, en general, corresponden a hospitales que tienen problemas más críticos en materia de gestión de manejo de su deuda, sin embargo, durante el primer trimestre del presente año, se espera concretar el proceso de postulación para la acreditación de EAR.

Autogestión en Red Hospital Carlos Van Buren: Actualmente el HCVB se clasifica como establecimiento en tránsito, encontrándose en proceso de implantación de la nueva estructura organizacional, la que aún no es aplicada en su 100%, existiendo solo algunas Direcciones en funcionamiento, y otras aún con la antigua organización, sin embargo se espera que para Septiembre del presente año se logre el cumplimiento de los requerimientos para postularse como Establecimiento Autogestionado en Red (EAR). Por lo que actualmente el centro hospitalario trabaja en el cumplimiento de los siguientes objetivos³:

- Coordinar los esfuerzos y gestión de las distintas instancias del Establecimiento.
- Facilitar un desarrollo homogéneo e integrado de la gestión hospitalaria.
- Constituir una instancia que defina, supervise y apoye en materias técnicas el proceso de implantación de la Autogestión en Red.
- Conformar un equipo de trabajo, que permita ir acompañando, validando, transfiriendo experiencia y conocimiento en el proceso de implantación de la Autogestión en Red.
- Nivelar el grado de desarrollo de la implantación en el Establecimiento.
- Definir la estrategia y el plan de implantación.
- Instalar la Autogestión en Red en el establecimiento.
- Establecer una instancia que efectúe el seguimiento del proceso de implantación de la Autogestión en Red en el establecimiento y que tome las decisiones que sean necesarias para el cumplimiento de este.
- Constituir una instancia de decisión de los lineamientos del Establecimiento, con relación al proceso de Implantación.
- Ser contraparte del Servicio de Salud y del ministerio de Salud, en el ámbito de la instalación de la Autogestión en Red.

³ Resolución exenta N° 535, Dr. Guillermo Pardo Novoa, Director (S) Hospital Carlos Van Buren, 06 de Febrero 2009.

1.2. TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN.

Trabajo Social es una de las unidades de apoyo técnico administrativa a la gestión del Hospital Carlos Van Buren y por tanto el equipo profesional se encuentra inserto en éste, apoyando tanto la demanda de atención del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE-atención abierta) como la del hospital (atención cerrada). Se encarga de la resolución de problemas y conflictos de los usuarios del sistema público de salud, contribuyendo asimismo a la mejora de los condicionantes decisores en cuanto a la calidad de vida de la población en general, mediante el desarrollo de las potencialidades de cada individuo, grupo y comunidades para que estos asuman de forma más integra el cuidado de su propia salud.

Servicio Social está presente en el HCVB desde el 1 de octubre de 1928, en el año 1990 la unidad depende directamente de la Dirección del Hospital. Sin embargo, en el año 2008 tras los cambios requeridos por la Ley 19.937, referida a la Autogestión en Red, en la nueva organización estructural la Unidad de Servicio Social se ubica transitoriamente en la Unidad de Gestión de Apoyo Terapéutico, perteneciente a la Subdirección de Gestión Asistencial, la cual estará expuesta a modificaciones, ya que la profesión no se identifica con la labor de dicha subdirección.

Cabe señalar que la unidad de servicio social constituye un apoyo a la formación docente, en forma sistemática y permanente desde 1960.

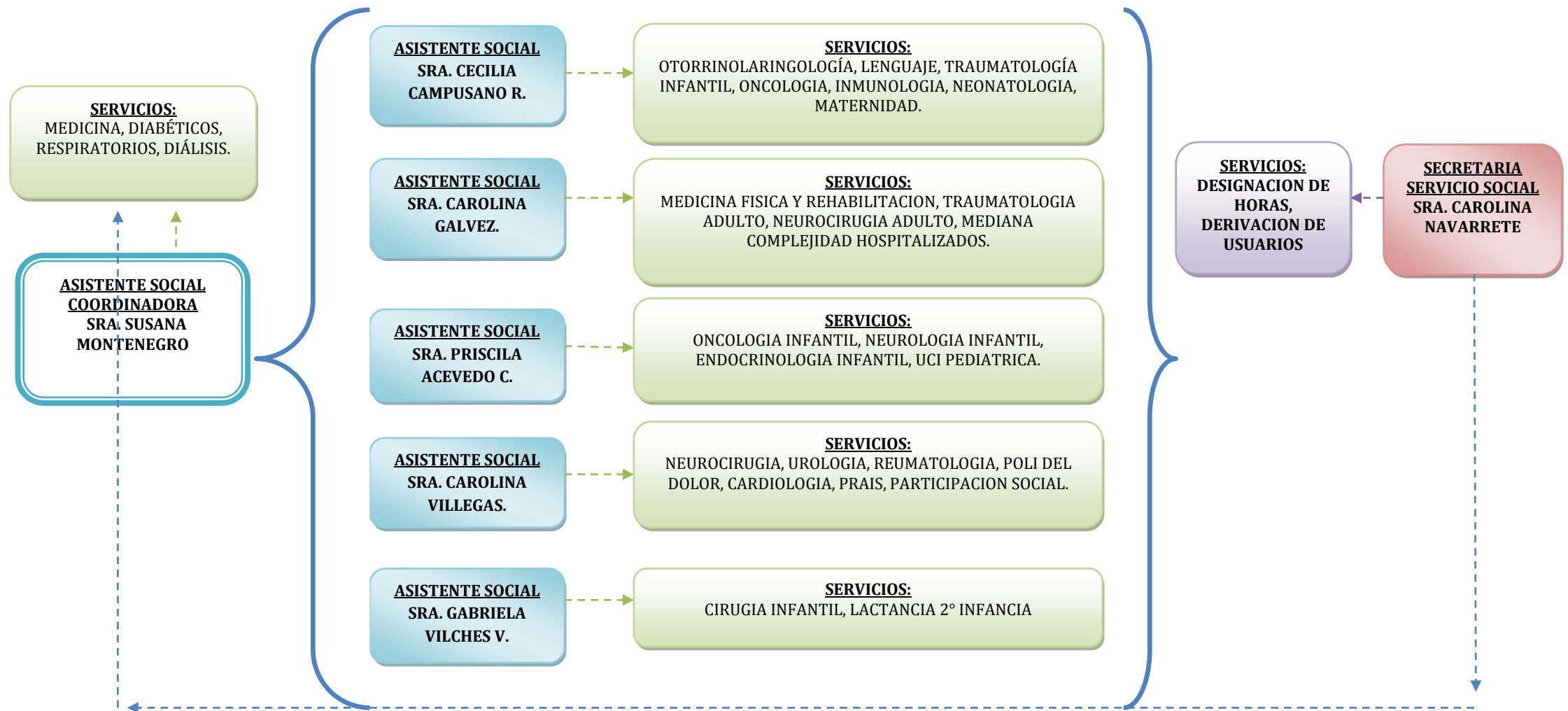
La unidad de servicio social, cuenta con un recurso profesional de 7 asistentes sociales, las cuales se encuentran asignadas como profesionales de apoyo a los servicios clínicos o Centros de Responsabilidad del hospital, formando parte de los equipos de trabajo. Por otra parte las profesionales integran comisiones y comités, donde colaboran activamente como participantes y coordinadoras, favoreciendo el cumplimiento de metas y compromisos de la gestión del hospital. Además cada profesional posee turnos de servicios para atender la demanda de atención requerida por los equipos y/o usuarios de cada servicio asignado.

Cabe señalar que, si bien el trabajo de Servicio Social está relacionado casi exclusivamente con la atención directa con los usuarios, también es cierto que dicho quehacer está sujeto a la demanda que, tanto la dirección del hospital como los servicios clínicos generen.

- **Misión:** Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios del sistema de salud en atención abierta y cerrada.
- **Valores:** Equidad, dignidad y vocación de servicio.

1.2.1. ORGANIGRAMA N° 2 UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL:

El siguiente organigrama muestra el ordenamiento administrativo que la Unidad de Servicio Social cuenta, además de especificar las áreas de intervención de cada una de las Asistentes Sociales:



1.2.2. OBJETIVOS TRABAJO SOCIAL:

- Contribuir al diagnóstico integral de los usuarios de salud, incorporando elementos sociales y culturales.
- Contribuir al fortalecimiento de la participación ciudadana para mejorar la gestión en la resolución de los problemas de salud de los usuarios.
- Coordinar los distintos puntos de la red social y comunitaria para complementar la gestión hospitalaria en la resolución de los problemas de salud de los usuarios.
- Coordinar los distintos puntos de la red de salud para facilitar la utilización eficiente de los recursos institucionales.
- Facilitar el acceso de los usuarios a las prestaciones de salud a través del conocimiento, y concientización de sus derechos y deberes.
- Coordinar con equipos de salud acciones tendientes a optimizar la atención y tratamiento del usuario.

1.2.3. FUNCIONES TRABAJO SOCIAL:

La Unidad de Servicio Social está conformada por un equipo de trabajo de siete Asistente Sociales, siendo una de ellas Coordinadora de la unidad.

Funciones de la Asistente Social Coordinadora:

Funciones Directivas:

- Difundir permanentemente las políticas, normas e instrucciones que imparten las autoridades de salud.
- Programar, dirigir, coordinar, supervisar todas las actividades de la Unidad.
- Supervisar la oportunidad y eficacia en la atención de los usuarios.
- Procurar el buen funcionamiento de la Unidad, basado en una eficiente organización acorde con las normas vigentes.
- Propiciar un sistema permanente de coordinación con los Servicios Clínicos, Unidades de Apoyo y toda otra dependencia del Hospital a través de reuniones y otros medios.
- Preocuparse de la mantención y renovación del equipamiento de la Unidad.
- Velar por el mantenimiento de la disciplina y las buenas relaciones interpersonales dentro del equipo profesional.
- Participar en la Gestión de la Dirección del Hospital aportando esfuerzo e interés en la buena marcha del hospital, integrando e interviniendo en reuniones y comités o consejos en los que se solicite.
- Elaborar las normas técnicas necesarias para el buen funcionamiento de la Unidad.

- Resolver situaciones imprevistas de cualquier naturaleza que se presenten en la unidad, adoptando las medidas que sean necesarias para ello.
- Evaluar el desempeño funcionario del equipo profesional y secretaria.

Funciones de Docencia y Capacitación:

- Colaborar y facilitar la realización de prácticas profesionales de estudiantes de la carrera de Trabajo o Servicio Social de acuerdo a los convenios docentes vigentes.
- Promover y facilitar la asistencia y participación en cursos y/o jornadas de Capacitación de los integrantes del equipo.

Funciones Administrativas:

- Distribución de las tareas propias de la Unidad entre el equipo profesional y secretaria, delimitando las labores y responsabilidades.
- Planificar, organizar y realizar reuniones ordinarias de carácter mensual y extraordinario cuando se requieran o el equipo las solicite.
- Velar por la existencia de sistemas de registro adecuados para los distintos procesos que se realizan dentro de la Unidad.
- Velar por el registro diario, expedito y claro de las prestaciones y trámites que se realizan al interior de la Unidad.
- Autorizar feriados legales, permisos administrativos con y sin goce de sueldo y comisiones de servicio del equipo profesional y secretaria.

Funciones del equipo de asistentes sociales:

Función Asistencial:

- Atención integral al usuario y su grupo familiar para la solución de su problemática de salud.
- Procurar acceso a colocaciones extrahospitalaria o casas de acogida de la red social, en situación de abandono, falta de recursos y/o distancia del domicilio de usuarios.
- Orientación y apoyo a usuarios y grupo familiar respecto de la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Evaluar y/o coordinar acciones para facilitar el desplazamiento de los usuarios en la red de salud, mediante tramitación de pago de pasajes.
- Investigar, evaluar y coordinar acciones tendientes a resolver la situación de fallecidos NN, indigentes y/o en situación de abandono.

Función Investigadora (Diagnóstico Social):

- Investigar antecedentes económicos, sociales, culturales y ambientales que inciden en las distintas problemáticas de salud de los usuarios, para incorporarlos a los diferentes programas y beneficios.
- Evaluación de situación de los usuarios para determinar derecho a beneficios de la seguridad social.
- Investigar la realidad socioeconómica de aquellos usuarios referidos de la Dirección del Hospital, que declaran imposibilidad de cancelar copago de las prestaciones médicas recibidas.
- Evaluar situación de usuarios hospitalizados en riesgo social.
- Evaluar e informar situaciones de maltrato derivadas del equipo de salud.
- Evaluación de Situación previsional de los usuarios para determinar derecho a beneficios de jubilación o pensión de invalidez.

Función Intervención/educación:

- Entregar técnicas de autocuidado al usuario y a su familia tendiente a lograr una mejor calidad de vida.
- Explicar y clarificar al usuario y su familia diagnósticos y tratamientos entregados por el equipo de salud.
- Educar al usuario y su familia en cuanto a la aceptación de su condición, adherencia a controles y tratamientos.
- Participar con equipo de salud en el proceso de rehabilitación y recuperación del paciente a nivel caso/familia, grupal o comunitario.
- Intervención y seguimiento con enfoque de terapia familiar en el sistema caso/familia.
- Participar e intervenir en casos de niños y niñas, adolescentes y adultos en situación de riesgo social y/o daño evidente con el equipo de salud.
- Formar, supervisar y/o participar en grupos de usuarios con objetivos terapéuticos, de tratamiento, autoayuda y/o autocuidado.
- Incentivar el trabajo conjunto entre el equipo de salud y los organismos comunitarios a través del Consejo de Desarrollo y el Consejo Consultivo.
- Educar sobre deberes y derechos de los usuarios.
- Contribuir en la elaboración de programas de educación/capacitación en temáticas específicas en conjunto con el Equipo de Salud para los usuarios.
- Integrar, apoyar y participar en programas y proyectos determinados por MINSAL.
- Planificación y elaboración de material educativo para nivel de caso/familia, grupo y/o comunidad.

Función Coordinación:

- Derivar a la red social, comunitaria y de salud, con el fin de contribuir a la satisfacción de necesidades de los usuarios.
- Actualización de la información de la red social respecto de los programas públicos y privados así como de sus profesionales a cargo.
- Propiciar y facilitar la interacción entre los integrantes del equipo de salud, para satisfacer las necesidades del usuario.
- Coordinación para la entrega de Ayudas extraordinarias MINSAL.
- Coordinación para la entrega de ayudas técnicas GES y NO GES.
- Coordinación de Unidad de Apoyo a cargo.
- Participación en reuniones técnicas, clínicas y administrativas.
- Participación en Reuniones de coordinación con la red.
- Participación en comités con resolución.
- Participación en comisiones de trabajo por temática.

Función Administrativa:

- Elaboración de informes sociales y documentos técnicos inherentes al trabajo de la Unidad.
- Elaboración, envío y revisión de correspondencia interna y externa.
- Coordinación por contacto telefónico.
- Gestión de mejoramiento de la unidad.

Función Docente:

- Guiar, supervisar y Evaluar procesos de Práctica Profesional y seminario de título.
- Retroalimentar procesos de práctica profesional de otras carreras y/o especialidades.

1.2.4. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN

En una organización como el hospital Carlos Van Buren con un gran flujo de pacientes permite atender a las Asistentes Sociales una gran diversidad de problemas, lo que les permite manejar y desarrollar una diversidad de competencias. Entre las más importantes podemos mencionar:

Educador: El rol de trabajador social como educador en salud se hace indispensable, teniendo en cuenta que el área cognoscitiva de las personas siempre va estar asociado a su salud o malestar.

En el trabajo de las asistentes sociales del hospital este rol se ejerce tanto a nivel individual como de grupo, este último se hace una herramienta de trabajo activa, ya que el

hospital es un organismo de atención masivo, por lo tanto el hacer programas socioeducativos a grupos hace más fácil la entrega de temáticas, referidas a la política de salud, a las personas.

Asistencial: Si bien es importante enseñar a la gente las capacidades de autogestión y educarlas en cuanto a sus problemas, es necesaria muchas veces la ayuda asistencial, ya que algunas dificultades de las personas requieren algo más que la internalización de ciertos conocimientos, y sin una ayuda tangible y concreta no se podrían ver solucionados.

Implementador de programas y proyectos: Las iniciativas que surjan de cada sector particular de la población dan cuenta de una falencia o factor que requiere alguna respuesta, por lo tanto es importante que sean considerados como un aporte y respaldo a las políticas de estado. En el área social el Trabajo Social como un agente activo y cercano a la realidad se perfila como encargado de crear programas y proyectos de acuerdo a las necesidades que vislumbra.

Vinculador de redes: En instituciones tan grandes y con tanto flujo de usuarios, como es un hospital, se hace imposible dar respuesta a todas las necesidades de los pacientes, ya sea porque no cuenta con los recursos o por que no están relacionados con el área de salud, por lo tanto el trabajador social es el encargado de buscar entre las redes asistenciales existentes una solución.

En un cargo de gran valor y responsabilidad trabajar como Asistente Social, la gente en la gran mayoría de los casos se acerca en búsqueda de una respuesta, traen expectativas, que algunas veces no se pueden cumplir. Es primordial que el trabajador social este permanentemente capacitándose y adquiriendo nuevas competencias de acuerdo a las nuevas exigencias que van apareciendo en su ámbito.

1.2.5. OTROS ANTECEDENTES

➤ **De los programas sociales:** Integrar el aporte específico del Asistente Social en los diferentes programas, subprogramas y proyectos específicos que se implementan en los distintos niveles y tipos de establecimiento, es usar adecuadamente un recurso que durante años ha estado subutilizado en el sistema público de salud. Recursos que sin duda aportarán metodologías y elementos de análisis a la implementación del nuevo modelo de salud biopsicosocial que se requiere desarrollar hoy en día.

El principal desafío para el Asistente Social será contribuir con una visión global e integral de los problemas de salud. Esta permitirá al equipo de salud, por una parte visualizar la multicausalidad e interrelación de los diversos factores sociales que influyen o determinan los procesos de salud – enfermedad, y por otra, podrá ubicar a las personas beneficiarias en su contexto social y ambiental. En esta perspectiva integradora se considera necesaria la inserción del Asistente Social a cada uno de los programas y subprogramas a través de las actividades que realiza este profesional.

Los programas y proyectos que implementa Servicio Social están directamente relacionados a la unidad de la cual dependen, en un plano general estos son:

- ▶ Programa adulto mayor, se coordina la entrega de audífonos y ayudas técnicas, bastones, sillas de ruedas, colchones antiescaras y andadores.
- ▶ Programa de mejoramiento en el departamento de audición y lenguaje.
- ▶ Programa prótesis parcial de cadera en el adulto mayor.
- ▶ Programa de oxígeno domiciliario del Minsal (menores).
- ▶ Programa del recién nacido prematuro.
- ▶ Programa de oxígeno domiciliario para adultos, patologías respiratorias y pacientes oncológicos terminales.
- ▶ Programas de tabaco: clínica de cesación del hábito de fumar.
- ▶ Programa de diálisis.
- ▶ Programa de ayudas técnicas: medicina física y rehabilitación.
- ▶ Programa alivio del dolor y cuidados paliativos.

Plan de Intervención Servicio Social 2009: Para dar una atención acorde con la demanda técnico-asistencial de los usuarios, dentro del marco de la nueva reforma sanitaria de autogestión en redes, el trabajo profesional se organiza de la siguiente forma⁴:

- ▶ Atención Profesional / Apoyo Centros de Responsabilidad
- ▶ Apoyo a Compromisos de Gestión
- ▶ Apoyo a Comités y Programas
- ▶ Apoyo GES
- ▶ Supervisión y Control de Programas Ministeriales y Hospitalarios
- ▶ Coordinación de la Unidad.

➤ REDES Y VÍNCULOS INSTITUCIONALES.

El departamento de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren cuenta con las siguientes redes y vínculos de apoyo, los cuales le permiten cumplir con las contingencias que se presentan en el establecimiento, entre los que se pueden distinguir:

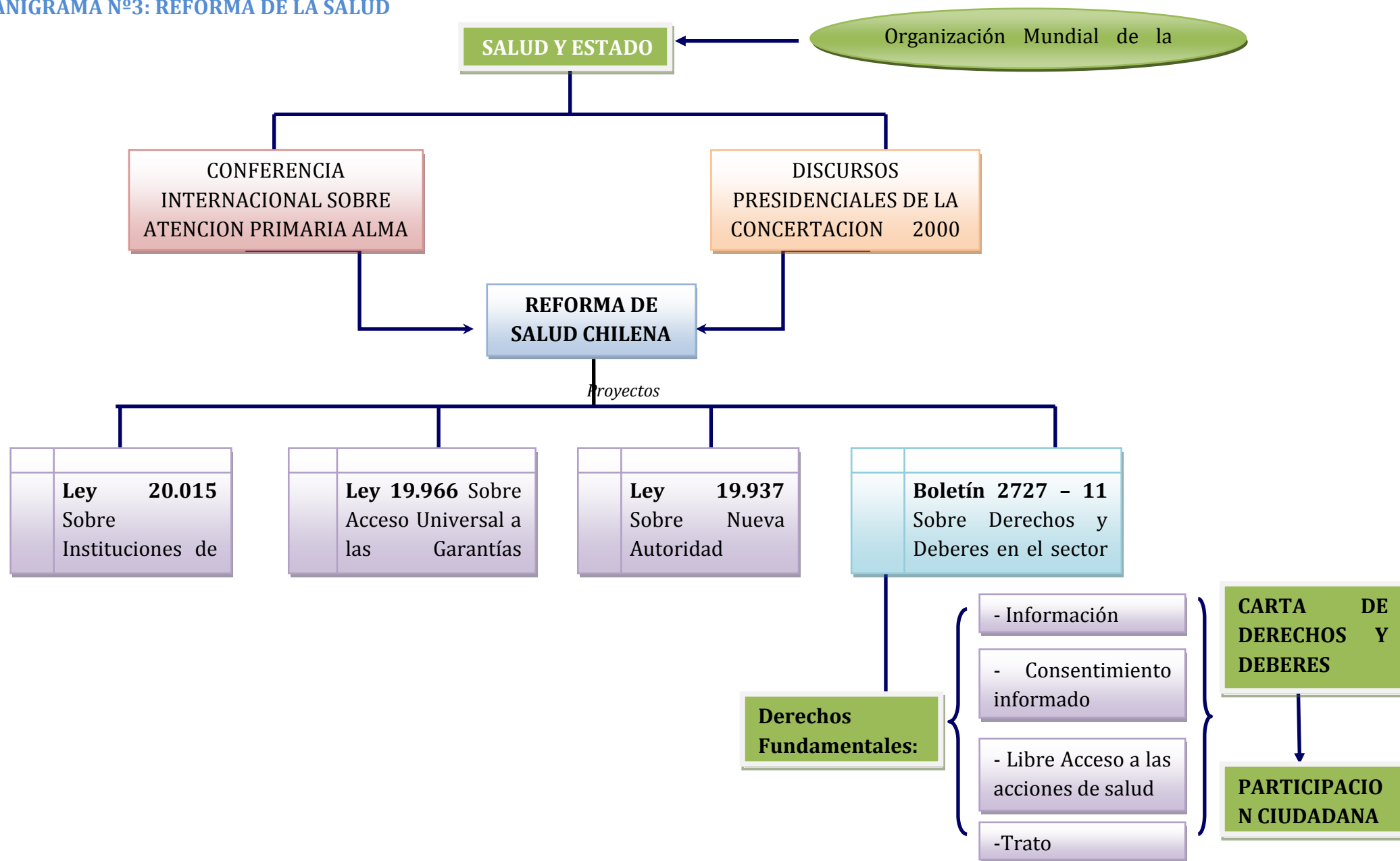
- ▶ Intendencia: Para coordinar ayuda asistenciales.
- ▶ Gobernación.
- ▶ Oficina de Desarrollo Social de la Municipalidad: para el otorgamiento de pensiones.
- ▶ Municipalidades de otras comunas.
- ▶ Algunos Concejales de la comuna.
- ▶ Carabineros: En caso de fallecimiento, es la encargado de buscar a algún familiar del difunto.
- ▶ Juzgado de menores.
- ▶ Corporación Asistencial Judicial.
- ▶ Registro Civil.
- ▶ MIDEPLAN: Se implementa el programa desarrollado por este Ministerio denominado " Programa de la calle", realizando trámites de pensión; de cédula de identidad, entre otros, a personas que viven en la calle.
- ▶ SENAME: Dirigidos a niños en abandono con riesgo social.

⁴ Plan de Intervención Servicio Social 2008, Susana Montenegro, Asistente Social Coordinadora HCVB, Valparaíso 28 mayo de 2008

- ▶ Programa Previene.
- ▶ SERVIU
- ▶ FONADIS: Con la finalidad que los usuarios menores de 65 años sean beneficiarios de pensiones por incapacidad y proveerles de implementos que permitan mejorar su calidad de vida.
- ▶ ASODI (asociación de dializados)
- ▶ COANIL
- ▶ COANIQUEM.
- ▶ CONIN
- ▶ CONAMA: En la realización de proyectos con otras instituciones.
- ▶ ONGs
- ▶ FONASA
- ▶ INP: Por motivos de pensiones.
- ▶ AFP: Por motivos de pensiones.
- ▶ COMPIN: Para coordinar pensión de invalidez.
- ▶ Cajas de Compensación.
- ▶ Hospital El Salvador.
- ▶ Consultorio de Atención Primaria.
- ▶ Comité Vida Chile.
- ▶ Ejército de Salvación.
- ▶ Policlínico Diocesano: Dirigido hacia personas sin recursos.
- ▶ Hogar de Cristo.
- ▶ Refugio de Cristo.
- ▶ Patronato de los Sagrados Corazones.
- ▶ Fundación Javier Arrieta: para apadrinar niños, niñas y jóvenes de escasos recursos.
- ▶ Children International
- ▶ Club de Leones: Para la solicitud de lentes ópticos
- ▶ Rotary Club: De ayuda social a la comunidad
- ▶ Universidad de Valparaíso.
- ▶ Universidad de Playa Ancha: Especialidades de Kinesiología y Terapia Ocupacional.
- ▶ Universidad Católica

A esto se suma el apoyo que se recibe de parte de los voluntariados que prestan su servicio dentro del hospital por tipo de enfermedades, es así como existe un grupo de voluntarios para atención de pacientes dializados y para los pacientes de oncología entre otros.

ORGANIGRAMA N°3: REFORMA DE LA SALUD



2. CONTEXTO NACIONAL

El seminario de título que se expone, se enmarca bajo un contexto nacional que posee características relevantes de ser consideradas en el transcurso de este proceso. Chile se ha visto afectado por situaciones imprevistas que, sin duda, cambian la dinámica de funcionamiento del sistema, y esto no es tan solo a nivel país, sino que además afecta a los diversos subsistemas que lo componen.

Como se señala en el apartado anterior, los subsistemas no están exentos de verse afectados por los factores que emergen en la sociedad, es así como el Hospital Carlos Van Buren por pertenecer al sector salud recibe el impacto de la crisis económica mundial y la influenza H1N1.

La crisis económica que viene impactando al país desde el año 2008, es considerada la segunda **"gran crisis"** mundial, por tal efecto, Chile entro técnicamente en recesión y deflación, según lo emitido por el Banco Central, la actividad económica decayó, los precios se redujeron, la disminución de la actividad empujó el desempleo y así se materializaron los primeros estragos de la crisis.

La directora General de la Organización Mundial de la Salud⁵, realizó una declaración en el mes de Abril, donde efectivamente se hizo referencia a esta contingencia y su impacto, lo cual concluye que este es un círculo vicioso que afecta a todas las áreas o subsistemas de la sociedad y el mundo, es así como por ejemplo en los países de ingresos bajos, los afectados por el consiguiente desempleo muy a menudo carecen de protección social. Al disminuir los ingresos, se recurre preferentemente a los servicios del sector público en busca de atención de salud, precisamente en el momento en que los ingresos de los gobiernos para financiarlos están sometidos a una máxima presión.

Es notable trabajar en salud sabiendo que es una inversión vital en el desarrollo económico y la disminución de la pobreza en el país, es por esto que el acceso a la atención de salud es un derecho fundamental y una responsabilidad constante del gobierno. Disminuir la exclusión, ampliar las prestaciones universales, son elementos comunes en la política nacional de salud de Chile y de otros países.

Frente a tales desafíos, una crisis de alcance mundial exige solidaridad al interior del país. El mantenimiento de los niveles de salud que puede ofrecer el país, exigen mayor esfuerzo y compromiso de todas las partes involucradas, porque cuando los países carezcan de las reservas adecuadas y donde hayan disminuido los ingresos, la asistencia tendrá que cubrir el déficit. Habrá que manejarla con gran destreza para obtener el máximo provecho posible, tarea que se facilitará con la buena disposición, y empatía de la comunidad en salud.

Es por esto que hay que mantener los gastos en prevención, que a menudo son la primera víctima de los recortes. A pesar de esto en una entrevista realizada por el equipo seminarista a la encargada de participación social del Ministerio de Salud, se preguntó respecto a este factor y a su impacto en la salud en el país. Respecto a los fondos destinados al área, la entrevistada señaló *"la crisis en ese aspecto no afecta al país... aquí el dinero que se*

⁵ www.who.int, Declaración de la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan 1 de abril de 2009. Visitado con fecha 12 de junio de 2009

destina a la salud siempre es el mismo, los fondos no bajan, es más... suele inyectarse más dinero para solventar los imprevistos que aparezcan", en base a la frase anterior es posible inferir que no debe haber mayor preocupación en cuanto a la dotación económica de los servicios de salud (en este caso el de Valparaíso – San Antonio), pero qué sucede con la vida de las personas, al preguntar esto se responde que "efectivamente impacta la vida de las personas, hay mayor desempleo, los funcionarios públicos actúan bajo presión con miedo a ser despedidos, las personas andan por la vida más estresadas, los problemas familiares aumentan y hay un alza en la migración del sistema privado al público, algo que demanda un mayor trabajo para los funcionarios... lo que ellos necesitan es mayor auto cuidado, sin esta estrategia fácilmente se llegue al colapso..."

Un segundo aspecto relevante corresponde a la situación país en relación a los problemas de salud que año tras año se hacen presente, como lo es la influenza, sumando a esto un nuevo tipo denominada **Influenza Humana AH1N1**. Este nuevo tipo de enfermedad respiratoria adquirió el calificativo de pandemia debido a su rápida propagación por el mundo, trayendo con ello una alta demanda en los servicios de salud pública, salas de espera llenas, consultorios que no dan abasto, entre otros aspectos que para este proceso de seminario deben ser considerados a raíz de que el levantamiento de información transcurre precisamente durante los meses de junio – julio – agosto, tiempo en que las enfermedades respiratorias – muchas de ellas de carácter crónico – se hacen presente en los centros de salud, su alta demanda sumado a los efectos de la crisis, propician el colapso de los establecimientos de carácter público, poniendo a prueba al hospital entero incluyendo su infraestructura, a los profesionales, administrativos, etc.

Lamentablemente la crisis económica y la influenza AH1N1, retrocede los avances que el país pueda lograr en aspectos de calidad, ya que frente a mayor demanda de personas por atención en salud los establecimientos y así el país se preocupa básicamente de la cobertura de atención de suministrar lo más posible a todos, dejando de lado los avances en la calidad de atención y los esfuerzos que aquello conlleva. A lo cual, estanca las posibilidades de que Chile sea un país desarrollado

Por último, es posible referir a las **problemáticas del sector público** y que repercuten en los funcionarios del hospital. Es posible nombrar las exigencias que hace este colectivo a las autoridades, las que se traducen en: bono de Vacaciones, bono de escolaridad para hijos (as) de trabajadores a partir de los dos años, incentivo al retiro permanente con el fin de que otros funcionarios puedan avanzar a los demás niveles de la carrera al interior del hospital, reparo al daño previsional por la pérdida de fondos en los años 80's cuando funcionarios cambian de modalidad del Instituto Nacional Previsional (INP, actualmente Instituto de Previsión Social IPS) a la Administradora de Fondos de Previsión (AFP), fin a los honorarios por antigüedad, derecho a post natal de 180 días, asignación de técnicos pagando dinero extra a personal paramédico así como se realiza con personal universitario, y finalmente bono de término de conflicto debido al largo tiempo que funcionarios han solicitado todas aquellas peticiones anteriores y que no han tenido una respuesta satisfactoria para este colectivo. Todos estos aspectos problemáticos del sector público han repercutido en el desempeño de los profesionales del hospital, evidenciándose diferencias en las distintas agrupaciones de gremios, tensiones y visiones negativas que impactan en la modalidad de entrega de la atención.

1. SALUD Y ESTADO

Cuando se habla de la salud, se alude a un término presente en la vida de las personas, sin embargo las definiciones que se le otorga a dicho concepto son diferentes unos de otros, se torna subjetivo para quienes la definen, y es que cada ser tiene la libertad de atribuirle las características que estime más adecuadas. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud⁶, en la constitución de 1946 la define como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", durante el año 2006, este concepto se amplía a "salud, es el estado de adaptación diferencial de un individuo al medio en donde se encuentra".

Desde este punto de vista, la salud contempla aristas que van más allá del estado de enfermedad en un nivel corporal, ahora, también se consideran factores importantes como el bienestar mental, que implica el aspecto psicológico y emocional del individuo. Es así como hoy el estrés laboral o académico, la depresión, la angustia, etc., son tipos de patologías que afectan a un porcentaje considerable de la población y que están en la palestra de una sociedad que avanza aceleradamente. Por otro lado, tenemos el bienestar social, importante si se considera que existen enfermedades que están ajenas al individuo, es decir, se encuentran en el exterior, entonces, el ser humano no tendría control de ellas, pero de igual forma se siente impactado y afecta su pleno desarrollo, las personas interactúan en su medio, percibe su entorno y de la experiencia directa con éste, se mantiene o se deteriora el bienestar a nivel social. El enfoque biomédico paso de ser médico – epidemiológico a un enfoque de salud biosicosocial.

1.1. ENFOQUE BIOSICOSOCIAL

Las principales diferencias que se dan entre ambos enfoques se pueden resumir a grandes rasgos y a modo de ejemplo en el cuadro a continuación:

CUADRO N°1, ENFOQUES MÉDICOS:

Básicamente, el enfoque biomédico es unicausal, piensa en el hombre como una "máquina que ha dejado de funcionar", sin contemplar la influencia de factores externos a su persona. Para que vuelva a funcionar, solamente se requiere mejorar aquella parte (órgano u otro) que provoco su enfermedad y ya está.

Contrario al enfoque biomédico, el biosicosocial visualiza al hombre como una complejidad multicausal por lo que cuando un sujeto enferma, habrá varios factores a considerar – tanto biológicos como psíquicos o aquellos que competen al entorno – entonces, la enfermedad física o mental no quedan aisladas, sino que una tendrá efectos en la otra y sobre ello vendrá lo socio-familiar a agravar o aminorar el padecimiento.

Fuente: elaboración propia.

⁶ Organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Organizada por iniciativa del Consejo Económico y Social de la ONU que impulso la redacción de los primeros estatutos de la OMS. La primera reunión de la OMS tuvo lugar en Ginebra, en 1948. Sitio web oficial <http://www.who.int/es/>, visitado con fecha, 29 de abril de 2009.

Este cambio de enfoques sumado a la necesidad emergente de una acción urgente por parte de los gobiernos, personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial de proteger y promover la salud en el mundo, se declaró en La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria⁷, reunida en ALMA – ATA: en primer lugar la ratificación del concepto de salud (señalado anteriormente), además, de que el logro del grado más alto de salud es un objetivo social a nivel mundial, que involucra a todos los sectores sociales y económicos, sumado el área de salud.

En el IV apartado de la declaración, se señala que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. Esto otorga a los usuarios del sector, un rol protagónico en lo que se puede y se debe hacer, una estrategia que favorece a las personas, ya que son ellas quienes deben velar por su salud, lo que es posible si se informa y participa y demanda mejoras en aquellas áreas donde percibe que existe mayor debilidad, por lo demás, son los actores sociales quienes conocen las deficiencias del sistema del que ellos hacen uso.

Serán por tanto los gobiernos, los encargados de cuidar la salud de los pueblos, como se señala en el apartado V de la declaración Alma – Ata, esta obligación puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Aspiraciones que debían ser cumplidas, tomando como plazo los decenios que proceden a la declaración, poniendo como límite el año 2000 para alcanzar un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Para cumplir en el plazo establecido aquellas aspiraciones, la atención primaria se convirtió en la estrategia más adecuada para lo que se menciona en el V apartado, que hace referencia a la justicia social.

En Chile, el sector gubernamental encargado de coordinar, mantener y organizar la atención de la salud de la población y de la implementación de políticas públicas en torno al área señalada, es el Ministerio de Salud⁸, cuyo representante máximo es el Ministro Álvaro Erazo, parte del gabinete presidencial de la señora Michelle Bachelet.

Las tareas que se emprendan por parte del Ministerio enunciado, son declaradas mediante discursos presidenciales, donde la población toma conocimiento de los avances que en cuanto a salud se pretende realizar. Es así, como el 21 de Mayo del 2000, el Ex Presidente de la República manifestó a la nación... *"lo digo sin estridencia, pero con firmeza: el nuestro, será el gobierno de las reformas para llevar a Chile a ser un país desarrollado el 2010. Empezaremos reformas en la esfera social, política, económica y cultural. No cualquier tipo de reformas, porque lo que Chile necesita no es cualquier tipo de cambio, sino aquel que le permita a **todos sus hijos crecer en igualdad y en libertad, que aquel que nace en nuestra tierra, tiene iguales posibilidades, no importa el lugar o la cuna en que nació... Una de las tareas principales de mi gobierno será llevar adelante una profunda reforma de la salud, centrada en los derechos y garantías de los pacientes y con un esquema de financiamiento solidario... Estoy seguro que esta reforma contará con vuestra comprensión y con vuestros valiosos aportes en el proceso legislativo y con una aprobación rápida que nos permita dar una respuesta a las demandas urgentes de nuestra gente...***"⁹

⁷ Declaración de Alma – Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma – Ata, URSS, 6 – 12 de Septiembre de 1978. Sitio web: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

⁸ www.minsal.cl. Visitado con fecha 29 de abril de 2009

⁹ Financiamiento solidario: un espejismo en la reforma sanitaria chilena. Mario Parada Lezcano, departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Sitio: <http://www.abres.cict.fiocruz.br/trabalhos/mesa17/4.pdf>

Como se puede apreciar, los temas relevantes de aquel discurso presidencial hacen referencia a una reforma de salud más humanizada, donde todos los chilenos debieran crecer con igualdad y en libertad, sin discriminación por sus condiciones sociales, los derechos y las garantías de los usuarios de los servicios de salud (considerando las diferencias existentes entre FONASA e Isapres), se tornan clave y son las aspiraciones a un Chile más solidario y más equitativo, una tarea llamativa en cuanto a progreso y desarrollo del país en uno de los sectores con mayor demanda en la población.

1.2. REFORMA DE SALUD CHILENA

La Reforma de Salud, como lo señala el Observatorio de Equidad de Género en Salud¹⁰, ha sido uno de los procesos de transformación sectorial más extendidos en América Latina y el Caribe en la última década. En Chile, se impulsa a partir del año 2000, desde el inicio del Gobierno de Don Ricardo Lagos, como se pudo apreciar en el discurso presidencial señalado anteriormente, emitido el 21 de mayo de tal año.

El objetivo de la reforma, fue convertirse en un medio para incrementar la equidad en la provisión de servicios y satisfacer las necesidades de salud de la población. Para tales efectos, se contemplo la ejecución de cuatro proyectos, tres de los cuales ya figuran dentro de las leyes nacionales. Uno de ellos aún se encuentra en la Cámara de Diputados a la espera de su aprobación.

De los Proyectos Aprobados se señalan:¹¹

1.2.1. LEY 20.015:

Modifica la Ley 18.933, sobre instituciones de salud previsual. Ingreso a la Cámara de Diputados como mensaje del ejecutivo, el 2 de julio del 2002, entrando en vigencia el 1 de julio de 2005.

La ley 20.015, constituye el primer proyecto aprobado como ley, donde se realizan modificaciones a la ley 18.933, el objetivo principal es velar por la aplicación práctica de los contratos celebrados entre prestadores de salud y las Instituciones de Salud Previsual no afecte los beneficios a que tienen derecho el afiliado y sus beneficiarios.

Las instituciones tendrán por objeto exclusivo, el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.

Por lo demás, se requiere de los prestadores, ya sean públicos o privados, la entrega de certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de beneficios regulados por la ley 20.015. Será deber de la Superintendencia de salud, adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica.

¹⁰ El Observatorio de Equidad de Género en Salud, es un instrumento de la sociedad civil chilena para ejercer seguimiento y evaluación, desarrollado con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, en el marco del proyecto Género, Equidad y Reforma de Salud en Chile. www.observatoriogenerosalud.cl. Visitado con fecha 04 de mayo de 2009

¹¹ Biblioteca del Congreso Nacional. Sitio web: www.bnc.cl, visitado con fecha 07 de mayo de 2009

1.2.2. LEY 19.966:

(Plan AUGE o GES) Acceso Universal de Garantías Estatales. Ingreso a la Cámara de Diputados como mensaje del Ejecutivo el 4 de Junio del 2002.

El Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

El Régimen General de Garantías contiene garantías explícitas en salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

➤ Tipos de Garantías que se contemplan en la Ley 19.966:

1) Garantía Explícita de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

2) Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937.

3) Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

4) Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

1.2.3. LEY 19.937¹²:

Nueva Autoridad Sanitaria. Ingreso a la Cámara de diputados como mensaje del Ejecutivo el 2 de Julio de 2002. Establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana.

Las normas generales que presenta la ley 19.937, tercer proyecto de ley aprobado en el Congreso, dispone la creación de la Superintendencia de Salud, organismo cuyas funciones son de carácter descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, estará regida por lo que disponga la presente ley y además, se relacionara con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

La Superintendencia tiene su casa central en Santiago de Chile, sin perjuicio de lo anterior, también establece oficinas a nivel regional y se encuentra afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley 19.882.

Será responsabilidad del organismo señalado, supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen. Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud. Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

La Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud. Los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del artículo trigésimo séptimo de la ley N°19.882.

Un funcionario nombrado por el Presidente de la República en conformidad a lo establecido en la ley N° 19.882, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Otros temas referentes a la ley:

- ▶ Usuarios beneficiarios, formas de reclamo administrativo y defensa adecuada.
- ▶ Fiscalización a prestadores de servicios, regulación del reglamento y las faltas.
- ▶ Funciones y atribuciones de la Superintendencia, temas referentes a seguros previsionales, entre otros.

¹² Véase en detalle, en el sitio web. www.sinley.cl

1.2.4. BOLETÍN 2727 - 11¹³:

Se señala en primera instancia, que la constitución establece que es deber preferente de los órganos del Estado y del Gobierno, respetar y promover el derecho a la protección de la salud. Se torna por tanto indispensable, establecer y regular los derechos de las personas, entre los cuales se distinguen, el derecho al acceso a acciones de salud, a un trato digno, a la compañía y atención espiritual, a efectuar consultas y reclamos, a la información, a la reserva de la información contenida en la ficha clínica y el consentimiento informado.

Con tal motivo, el Informe de la Comisión de Salud, expuso a la Cámara de Diputados el boletín que se describe, con el objeto de avanzar en la definición de los derechos y los deberes de las personas en salud, desde este punto, se debe recordar lo señalado en la Conferencia de Alma - Ata, ya que es ahí donde se responsabiliza a los Estados partes, por los avances o retrocesos en torno a la salud y otorga además, protagonismo y responsabilidad a las personas, ya sea de manera individual como colectiva.

Se considera relevante enunciar además, que de aprobarse esta normativa, será de aplicación a todos los prestadores de salud, ya sea de carácter público como privados. Las limitaciones respecto a lo anterior, estará dada por la realidad y las características propias de los servicios públicos, de los prestadores adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud o a otros regímenes de salud previstos en la legislación o privados.

La importancia de la norma descrita, radica en que es un instrumento de conocimiento de los derechos que les asisten a las personas, como también los deberes que les recaen por su condición (usuario - funcionario). Lo que emane de la practica redundara en un mejoramiento general de las acciones y prestaciones por parte de los organizamos que las otorgan y en una mejor y más informada utilización de los mismos por parte de los usuarios.

La visión presidencial en este aspecto queda expresada en voz de la Presidenta Sra. Michelle Bachelet, quien señaló ante la Comisión de Salud, que "el proyecto constituye el primer el primer paso en el proceso de la reforma de la salud, por cuanto permite dar una señal en cuanto a que las personas constituirán el centro de la reforma más allá de las decisiones que se adopten respecto del tipo de reforma que en definitiva se adopte".

Informó que se optó por legislar respecto de los derechos de las personas en materia de salud en consideración al hecho de que existen innumerables recomendaciones, compromisos y declaraciones de distintos organismos internacionales, como Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, etc. Además, existe el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, así como la Convención de Derechos de la Mujer y otros, que instan a las naciones a avanzar en la protección de los derechos de las personas, especialmente en lo relacionado con la salud. Destacó que en nuestro país, este proceso se inició en el Gobierno anterior con la Carta de los Derechos de los Pacientes, firmado entre el Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud en 1998. En dicho documento se establecen una serie de criterios en base a los cuales se acreditan los establecimientos de salud en forma voluntaria. Asimismo, se señaló que, durante la campaña presidencial de la actual Presidente de la República Sra.

¹³ Del Informe de la comisión de Salud recaído en el Proyecto de Ley sobre Derechos y Deberes de las personas en materia de Salud. <http://consensociudadano.bcn.cl/conferencia1/ProyectoLeyDebDer>, visitado el 28 de abril de 2009

Michelle Bachelet, se suscribió el compromiso sobre la Carta Ciudadana de Derechos y Deberes, en la cual se incluyen, los de los pacientes.

El proyecto es aplicable a cualquier prestador de salud, considerando las normas propias del sistema, público o privado. Destacando como elementos primordiales, **garantizar la calidad de la atención, en cuanto al aspecto técnico y sobre todo en el aspecto humano, los derechos, el trato a las personas y su dignidad.** Si bien, no se garantiza el tratamiento de todas y cada una de las patologías, se puede decir que nadie puede ser discriminado en cuanto al acceso a los prestadores de salud. El trato digno del que se hace referencia, va ligado a una actitud amable o respetuosa por parte de los profesionales de la salud, lo cual va ligado al uso de un lenguaje adecuado y comprensible y por el derecho a la privacidad o confidencialidad, que consiste en la reserva de la información contenida en la ficha clínica. El consentimiento informado, aún se debate en el Parlamento, pues temas como el VIH – SIDA o la donación de órganos, requiere de la información compartida, por el paciente y por la familia, sin embargo se contrapone a la privacidad que demanden las personas.

El por qué de la demora de legislar lo expuesto en el proyecto, radica en que de todos los derechos y deberes estipulados, solo los que tienen relación con el Plan Auge o GES, pueden ser exigidos por las personas, pero lo que resta carece de iniciativas que los hagan materializables, su aprobación depende de una transformación mayor de la política a nivel Constitucional, que establezca los derechos y deberes en torno a la salud de manera específica y no a modo general como se plantea.

En definitiva, se consideró que esta iniciativa por sí sola no tiene ningún sentido porque muchos de los derechos que pretende consagrar no habría cómo exigirlos en caso de ser vulnerados. En todo caso, se manifestó que es una iniciativa positiva, por cuanto, por primera vez, plantea, como objetivo central de la reforma, el beneficio de las personas en cuanto a derechos. Pero también adolece de falencias en cuanto a la forma de controlar la relación médico paciente. Asimismo, se estimó que, en caso de que se apruebe la idea de legislar, muchas de las normas propuestas deberán ser objeto de modificaciones para evitar que se susciten problemas, como, por ejemplo, el hecho de que los establecimientos privados no reciban a determinadas personas que no puedan pagar la atención, en razón de que se prohíba discriminar arbitrariamente por la condición socioeconómica de las personas.

Finalmente, no obstante lo anterior, se consideró que uno de los grandes objetivos de la iniciativa en estudio, es proteger los derechos de las personas beneficiarias del sistema público de salud, ya que estas son los que están realmente desprotegidas y, especialmente, las que carecen de recursos, ya que no disponen de instancias de reclamo, como sucede, por ejemplo, con los afiliados a las Isapres, que pueden recurrir a la Superintendencia de Isapres. El proyecto fue aprobado por los diputados a los cuales se les expuso, en forma unánime, lo que está en carta en la Cámara de Diputados.

2. HUMANIZACION DEL TRATO EN EL PROCESO DE ATENCION EN SALUD

Respecto a la humanización del trato, se puede señalar que es uno de los **ejes temáticos** a profundizar por el equipo seminarista, en consideración de los alcances o aspiraciones que la Reforma de Salud Chilena se propuso. Es así como del concepto de Trato Humanizado en la atención en salud, es posible recoger y destacar el concebido por el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio al cual pertenece el Hospital Carlos Van Buren refiriéndose así al:

“Trato digno y respetuoso; lenguaje adecuado y comprensible; aplicando las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptada; que las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre; protegiendo la privacidad de las personas durante la atención”¹⁴.

Aquellos elementos de la definición anteriormente expuesta, serán profundizados en los párrafos posteriores, destacando su relevancia en los objetivos sanitarios de la década 2000-2010¹⁵, que responden a los desafíos en salud del siglo de los cuales cabe especificar que se pretende:

- Responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena.
- Resolver los problemas pendientes y mantener los logros sanitarios alcanzados. Todos estos factores involucran cambios en la provisión de servicios sanitarios, tanto en la composición de los servicios, como en las formas de entregarlos, adecuándolos a los requerimientos técnicos sanitarios, así como a las exigencias de los usuarios, cada vez más conscientes y exigentes de sus derechos¹⁶.

Aquellos desafíos, se traducen operativamente en uno de los cuatro objetivos sanitarios nacionales de la actual década:

- **Prestar servicios acordes a las expectativas de la población**¹⁷:

Este objetivo, es consolidado en el documento que fija metas y objetivos sanitarios para el mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los servicios de salud 2004, que obliga a los establecimientos de salud a realizar acciones tendientes a potenciar este aspecto de la Reforma Sanitaria, esto se ve cotidianamente reflejado en el Ministerio de Salud, pues entre sus propuestas figura “otorgar a la población una atención primaria de alta calidad, resolutive y acogedora...”¹⁸, sabiendo que su cumplimiento parte por llevar a cabo un buen trato hacia las personas, dejando entrever como misión el desafío de

¹⁴ www.ssvsa.cl, Participación Ciudadana Trato Humanizado, Visitado el 25 de Abril del 2009.

¹⁵ www.epi.minsal.cl/epidemiologia, Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, Visitado el 27 de Abril del 2009.

¹⁶ www.epi.minsal.cl/epidemiologia, Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 Página n° 3, Visitado el 27 de Abril del 2009.

¹⁷ www.epi.minsal.cl/epidemiologia, Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 Página n° 3, Visitado el 27 de Abril del 2009.

¹⁸ www.minsal.cl, Visitado el 27 de Abril del 2009.

"...desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas..."¹⁹, pues estas y sus familias deben tener acceso a una atención en salud integral y de calidad.

Frente a esto, el Ministerio de Salud lleva a cabo ciertas estrategias para implementar verdaderamente la reforma hacia un **Trato Humanizado**, las cuales son: Hospital Amigo, Unidades de Acompañamiento Espiritual, Salud Integral y la **Carta de Derechos y Deberes de los usuarios** y funcionarios. Además, esto adquiere mayor fuerza, desde el momento en que los organismos superiores en salud toman medidas en sus atenciones directas a "clientes", es por esto que por ejemplo, la política de calidad de la Superintendencia de Salud se propone satisfacer los requerimientos de sus "clientes", mejorar continuamente los procesos de atención, con el fin de "crear relaciones de largo plazo tanto con sus clientes como con sus trabajadores"²⁰, en este caso los funcionarios. A lo cual, es sensato y esperable que estas organizaciones mayores en salud sean los responsables de la organización y desarrollo de actividades relacionadas con tal asunto, proporcionando ejemplos a los centros de atención primaria, secundaria y terciaria en salud.

¹⁹ www.minsal.cl, Visitado el 27 de Abril del 2009.

²⁰ www.supersalud.cl, Visitado el 27 de Abril del 2009.

2.1. ESTRATEGIAS PARA LA HUMANIZACION DEL TRATO

Como estrategias para la humanización del trato, el Ministerio de Salud establece como mínimo el 4 iniciativas, como lo son, Hospital Amigo, Acompañamiento Espiritual, Salud Integral y la Carta de Derechos y Deberes de Usuarios y Funcionarios.

Al interior del Hospital Carlos Van Buren se implementan de acuerdo a los requerimientos exigidos 3 de las iniciativas enunciadas anteriormente. La primera de ella corresponde a:

1) Programa Hospital Amigo, pretende llevar a cabo una relación entre el hospital y las familias de los usuarios que se encuentre hospitalizados mediante la generación de condiciones mínimas que faciliten y propicien la participación activa de las familias en el proceso de recuperación. Con esta estrategia es posible fortalecer los vínculos del enfermo con su familia y de estos con el hospital, permitiéndole al usuario interno sentirse acompañado, por ende, es posible señalar que el tiempo de hospitalización disminuye mediante el ejercicio de dicha práctica.

Las actividades a ejecutar corresponden a:

- Sistematización de información.
- Diagnostico.
- Definición de estrategias.
- Monitoreo aplicación de 6 horas de visita diaria.
- Monitoreo aplicación de consentimiento informado.

Los procesos para esta nueva forma de interlocutor con sus usuarios se desarrollan 3 procesos, el primero de ellos corresponde a los **procesos de acogida** que pretende acercar el hospital y su equipo de salud al usuario hospitalizado y su familia, a través de prácticas personalizadas que contemplen desde la bienvenida hasta la recepción de la evaluación por la atención recibida.

Los **procesos de recepción** pretenden entregarle una orientación oportuna, clara y respetuosa.

El **sistema de acompañamiento** pretende cambiar el tradicional esquema de visitas por un sistema que permita al usuario sentirse acompañado durante su hospitalización.

- 6 horas de acompañamiento.
- se extiende una tarjeta de acompañamiento por hospitalizado.
- solo puede haber un acompañante por hospitalizado.
- la tarjeta es entregada a la persona individualizada por el usuario en informaciones de calle San Ignacio.
- en otorrino, oftalmología y oncología, la tarjeta es entregada por los guardias apostados en ese lugar.
- la tarjeta puede ser intercambiada cuantas veces se desee por lo que la familia debe coordinarse en este sentido.
- una vez terminado el acompañamiento, la tarjeta debe ser entregada en el lugar donde fue solicitada.

2) **Acompañamiento Espiritual**, en concordancia con **el enfoque de salud integral**, de las metas de humanización del trato de la gestión del nuevo modelo de atención implementado por el Ministerio de Salud a partir de la Reforma del sector y, en base a la experiencia existente en los establecimientos de la red pública de salud en estas materias, se ha establecido la necesidad de implementar Unidades de Acompañamiento Espiritual, con el objeto de coordinar actividades de asistencia religiosa de las diferentes denominaciones, que realizan a los usuarios, a sus familiares, a los funcionarios y a los voluntarios.

A si mismo se sugiere la creación de un Consejo Ministerial Interreligioso de carácter consultivo, no obligatorio y de dictamen no vinculante, conformado por representantes nacionales de organizaciones religiosas que realicen actividades de acompañamiento espiritual en los hospitales de la red pública de salud del país.

Las actividades a ejecutar corresponden a:

- Coordinación de la capacitación de los recursos humanos a cargo de implementar las unidades de acompañamiento espiritual de la red.
- Instalación en hospitales de Unidades de Acompañamiento Espiritual.
- Sistematización de la información.

3) El **enfoque de salud integral** se inserta en el apartado anterior y esta interrelacionado con las estrategias de acompañamiento y hospital amigo.

4) La **Carta de Derechos y Deberes de Usuarios y Funcionarios**, emerge del seminario de título que se expone, realizada mediante procesos participativos y democráticos, en conjunto con la comunidad usuaria, su composición responde a procesos de validación de los participantes y de la aprobación de la dirección del hospital, por tanto constituye una medida integradora y representativa de la colectividad.

2.2. EJE TEMÁTICO BUEN TRATO

Refiriéndonos al **buen trato**, este se incluye en el concepto de Calidad en Atención en Salud, el cual según la literatura lleva dos elementos: "La excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente" y por último, adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad"²¹. Frente a este último punto, encontramos el Trato Humanizado que como fue señalado anteriormente contiene elementos sobre:

- ▶ Trato digno y respetuoso;
- ▶ Lenguaje adecuado y comprensible;
- ▶ Normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptada;
- ▶ Atendidas por el nombre;
- ▶ Proteger la privacidad de las personas.

Aquellas variables obtenidas sobre Trato Humanizado, se pueden definir y observar en la realidad del HCVB, siendo necesario tener los elementos que componen estas variables a través del siguiente apartado:

2.2.1. TRATO DIGNO Y RESPETUOSO:

La dignidad humana se ve reflejada en cuatro ámbitos de las personas: "Como hombre, como miembro de una cultura, como individuo y como individuo sujeto a diferentes circunstancias"²². En el primero, la persona es considerada como un todo con necesidades biosociales donde estos ámbitos interactúan entre sí. También, el hombre como miembro de una cultura, religión o creencia diferente merece respeto en la atención en salud tanto en el rol de funcionario como de usuario, en otras palabras, no ser discriminado. El hombre como individuo único e irreplicable, es el respeto por la persona individual diferente a las demás, sabiendo que cada individuo reacciona de manera diferente, que por tanto el trato debe ser especial, que responda a su manera de ser y percibir las cosas, por su derecho a pensar y reaccionar particular. Respecto a las diferentes circunstancias, los individuos deben comprender por los momentos que están pasando otras personas, entendiendo los problemas para otorgar un trato adecuado a cada situación.

Desde un enfoque social, la Dignidad es un principio latente que surge y se aprecia cuando se es llevada a pasar, tomando en cuenta que esta es intrínseca al ser humano declarado en los derechos que estos tienen por el sólo hecho de existir. Es así como usuarios y funcionario, deben mantener relaciones interpersonales acordes a una buena atención en salud, con respeto, más allá de una instancia específica.

²¹ www.scielo.cl Revista médica de Chile "El concepto de calidad y su aplicación en Medicina" Roberto E. García Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Visitado el 27 de Abril del 2009.

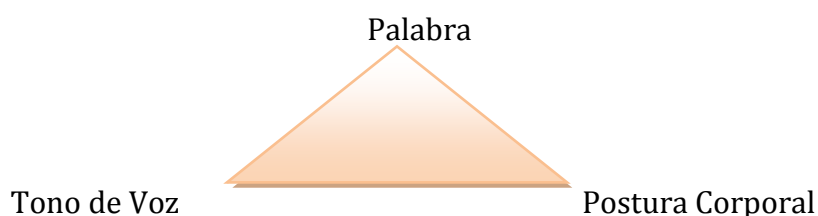
²² *Cruzada nacional por la calidad en los servicios de salud, México.*

2.2.2. LENGUAJE ADECUADO Y COMPRESIBLE:

Este ítem hace referencia a la información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, los familiares y por los funcionarios al momento de ser solicitada, lo cual tiene como resultado la comunicación efectiva. La información debe ser completa, desde los síntomas visuales, el diagnóstico y los cuidados necesarios para la mejora del paciente. Por su parte, es sabido que en la generalidad de las atenciones en salud el usuario y familiar o acompañante tienen un vago conocimiento en lo referido a la posible enfermedad que este enfrentando la persona, existiendo una dependencia total de la persona hacia el funcionario que tiene todos los acervos profesionales, redes e implementos para mejorar el estado de salud del individuo. Es por esto, que necesariamente el prestador de servicio debe de la manera más adecuada y educativa, explicar y entregar la información respecto de lo que está sucediendo con su persona.

La forma y manera más adecuada de entregar la información, hace referencia a la comunicación verbal y no verbal, y a la relación entre las palabra, tono de voz y postura corporal, explicado en el siguiente cuadro

CUADRO N°2:



Comunicación verbal: Es la que se expresa mediante el uso de la voz, que en este caso serían las palabras emitidas por el usuario o el funcionario en el proceso de atención en salud:

- ▶ **Saludar con calidez:** Esto hace que el usuario se sienta bienvenido, y el funcionario sea reconocido individualmente en su quehacer.
- ▶ **Ser preciso:** No es posible utilizar frases como "haré lo que más pueda". El cliente no entiende que es "lo que más se puede hacer", por tanto mantener un lenguaje claro y no esquivo.
- ▶ **Pensar antes de hablar:** Pensar en lo que se va a decir antes de comenzar a hablar, da la posibilidad de transmitir adecuadamente el mensaje, y expresar los reales síntomas al funcionario que puede ayudar a resolver el problema en salud.
- ▶ **Claridad al hablar:** Con lenguaje adecuado al nivel educacional de la persona, manteniendo el carácter educativo del proceso de atención en salud.
- ▶ **Confianza al hablar:** Es necesario que las personas tengan confianza para entregar toda la información necesaria para un mejor y más completo diagnóstico de la situación. Esto además, genera la empatía necesaria para comprender los pasos a seguir por el funcionario para contribuir a mejorar la salud de la persona.
- ▶ **La voz:** El tono de voz es esencial, debiendo ser moderado generando un clima de respeto y sin ironías.

Comunicación no verbal: se refiere a toda comunicación o no comunicación exenta del lenguaje o la voz, que en este caso serían:

- ▶ **Apariencia física:** una persona aseada y ordenada, habla de seriedad respecto de su información y la importancia que otorga a ese ámbito de la vida.
- ▶ **Postura corporal:** Refleja la atención puesta en mejorar el estado de salud sostenido.
- ▶ **Contacto visual:** Mirar a los ojos entrega confianza a las personas, y ayuda a identificar individualmente tanto al paciente como al funcionario.
- ▶ **Ademanos:** Con gestos, que aporten una reconfirmación de lo informado, entendido o sentido.
- ▶ **Capacidad de escucha:** Es necesario involucrarse activamente en la conversación. Comprender lo que está diciendo el usuario, y con gestos y palabras transmitir la comprensión de la situación y ofreciendo las soluciones que están dentro del compromiso de la institución.

Frente a estos tipos de comunicación, Daniel Goleman señala que las personas no expresan verbalmente la mayoría de los sentimientos, sino que se emite continuos mensajes emocionales no verbales, mediante gestos, expresiones de la cara o de las manos, el tono de voz, la postura corporal, o incluso los silencios. Cada persona es un continuo emisor de mensajes afectivos del más diverso género (de aprecio, desagrado, cordialidad, hostilidad, etc.) y, al tiempo, cada persona es también un continuo receptor de los mensajes que irradian los demás.

2.2.3. NORMAS DE CORTESÍA Y AMABILIDAD GENERALMENTE ACEPTADA:

Por su parte, las normas de cortesía y amabilidad constituyen una parte fundamental de un buen trato o un trato humanizado. La amabilidad se compone de actitudes positivas que se traducen en conductas de cortesía siendo usuarios y funcionarios bien recibidos, mostrando responsabilidad en los actos y palabras dichas, respeto y simpatía, ya que el trato no debe ser frío ni distante, sino por el contrario responder a las necesidades con entusiasmo, cordialidad y calidad.

2.2.4. ATENDIDOS POR EL NOMBRE COMUNICANDO LOS PROCEDIMIENTOS:

Para recibir un trato humanizado, las personas deben ser tratadas por su nombre, tanto las que se van a atender como de las que proporcionan los servicios, esto habla de un trato cercano, siendo importante no olvidar el nombre mientras se esté realizando la atención de salud, esto crea un ambiente de confianza entre las personas.

Por otra parte, los pacientes deben ser informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, solicitando su consentimiento para someterse a los tratamientos.

2.2.5. PROTEGER LA PRIVACIDAD DE LAS PERSONAS:

La confidencialidad de la atención en salud, es un punto relevante frente a un trato humanizado, ante la privacidad de algún diagnóstico y del individuo que padece una enfermedad. Es por esto que el personal de salud debe mantener una estricta confidencialidad, así como se realiza con el VIH-SIDA, manipulando la información sólo con motivo de procurar un mejor bienestar. Generando multas, respondiendo a los daños patrimoniales y morales causados al afectado, lo que quedará a criterio de un juez.

➤ Proceso de atención en salud:

Por su parte, es posible identificar ciertos elementos que ayudan a visualizar un proceso de atención en salud donde se hace presente el trato humanizado y aquellos factores que pudieran interferir:

- ▶ Estructura
- ▶ Proceso
- ▶ Resultado

Los presentes elementos, son realizados por los diferentes profesionales de la salud en el proceso de atención, y a la vez es posible utilizarlo igualmente para describir el trato que el usuario en salud da a los profesionales que lo atienden.

Clarificando aquellos puntos, en la primera situación – estructura - los profesionales de salud sostienen sus intervenciones respecto de los lineamientos de acción u organizacionales que la institución a establecido con anterioridad, condicionándola a la estructura física, equipamiento, recursos humanos, tecnológicos y financieros disponibles, entre otros. Por su parte, el proceso se refiere a como el profesional resuelve los problemas de la persona demandante de atención, que de igual manera pueden o no contener los principios que rigen una atención de calidad, como la manera de realizar las cosas y no los medios que se emplean. Y por último, a contar de los anteriores elementos, es posible obtener una buena o mala recepción y satisfacción del usuario como resultado de dicho proceder.

Por su parte, es posible aplicar aquellos elementos al comportamiento del paciente frente a las prestaciones realizadas por los profesionales de la salud. En primera instancia, la estructura de los organismos de salud hacen actuar a los usuarios de diferentes maneras dependiendo de los recursos humanos y tecnológicos disponibles, pudiendo por ejemplo: estar largas horas en sala de espera, obtener un documento rápidamente versus usuarios esperando más de un día por lo mismo, etc. prosiguiendo el segundo acto es el proceso de resolución de problemas, pudiendo el usuario entender los procedimientos que el funcionario debe realizar para obtener respuestas a sus requerimientos sanitarios. Y por último, es posible encontrar el resultado de los anteriores procesos que pueden causar satisfacción, incentivo o desmotivación de los funcionarios para seguir realizando bien sus funciones.

Frente a tal descripción, es posible posicionar al elemento del proceso como el factor clave en la concepción de calidad y un trato humanizado en la atención y relación usuario funcionario. Es por tanto necesario, enfocar la mirada en cómo se efectúan los esfuerzos para lograr los resultados deseados, y si la forma de realizar las cosas son las más idóneas para conseguir real satisfacción de ambas partes.

2.3. EJE PARTICIPACIÓN SOCIAL

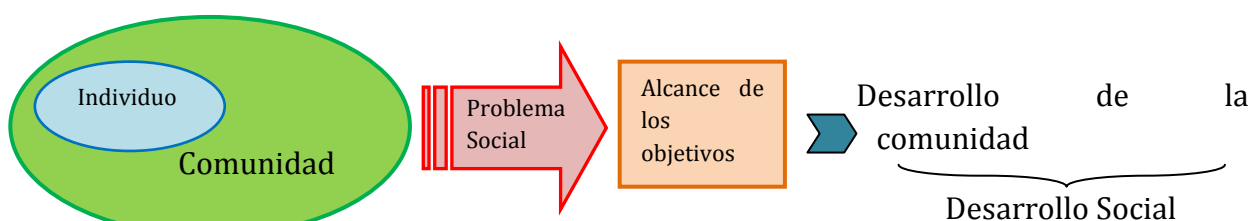
2.3.1. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

No es desconocido que a lo largo de la historia, las personas hayan tenido que organizarse para poder enfrentar situaciones adversas, los resultados de dicha organización quedan plasmados en las propuestas de soluciones ante lo que les aquejaba y en la transformación de su entorno en "algo" favorable para su desarrollo.

Uno de los temas relevantes a estudiar, dice relación con la **participación comunitaria**, ya sea de carácter personal como colectiva, lo que convierte la participación en el tercer eje temático. Una de las características relevantes de ésta, es que busca mejorar el bienestar de los miembros de una comunidad en función a valores que les son propios.

La salud es uno de los factores que se encuentran en la palestra de los discursos presidenciales, ya que por décadas, ha sido uno de los pilares fundamentales para el desarrollo humano y social de la población, es por ellos que la comunidad adquiere un rol fundamental, pues son ellos los beneficiarios de las políticas públicas que en torno a salud u otros ámbitos, como seguridad social, educación, etc., se implementen. Son ellos los que mejor conocen su realidad y de nada serviría que se generaran acuerdos de desarrollo, si no es lo que la sociedad realmente necesita. La aceptación por tanto, de los objetivos que se propongan dependerá del grado de participación, autogestión, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus propios problemas en salud.

ESQUEMA Nº 1



Fuente: Auto construcción

El esquema creado por el equipo seminarista, hace referencia a lo expuesto por Morón, C.²³ donde en resumen se señala, como los problemas sociales cuando son sentidos, arrojan el alcance de los objetivos que el individuo en sociedad espera que se alcancen, lo que impulsa el desarrollo de dicha comunidad y a mayor impacto, el desarrollo social, que beneficia significativamente a otras comunidades.

²³ Morón C. 1995. Políticas y estrategias para la seguridad alimentaria en el hogar. Archivos Latinoamericanos de Nutrición.

A. Planteamiento Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS plantea frente a esta temática que "la instancia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe darse o facilitarse a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud".²⁴

En este sentido, como se señaló en un principio, la salud es vista como el estado de bienestar, que no solo implica el físico, sino el mental y el social, por tanto, los servicios o centros de salud, en este caso, el hospital Carlos Van Buren, debe aspirar a la inclusión de sus usuarios en el mejoramiento de su organización, lo que si bien demanda un proceso paulatino a largo plazo, resulta efectivo si se logra capturar a cabalidad las necesidades sentidas. Intentar comprender al sector salud frente al problema de la participación social, debe servir para proponerle una posición viable frente a la misma, con el fin de contribuir a orientar sus actividades. Al no definirse una posición clara en este sentido, la evaluación de la participación social tiende a limitarse a presentar tipologías sobre acciones con participación en grados que van de la pasividad a la actividad.

En conclusión, la importancia de la participación social en los temas de salud y vinculándola al problema evidente, objeto del presente seminario de título, que tiene que ver con la falta de una carta de derechos y deberes para usuarios y funcionarios del hospital, demanda que los diferentes actores sociales deliberen y tomen decisiones ante aspectos tan relevantes como la composición del instrumento indicado en el presente párrafo, ya que en él quedan estipulados factores prioritarios para ambos grupos (usuarios, funcionarios), además de la adquisición de responsabilidades y obligaciones para la formulación de actividades, definición de variables y sobre todo de medidas para la evaluación de los resultados obtenidos.

La participación comunitaria es imprescindible para conseguir mejoras en la salud de aquellas personas vinculadas en ese proceso. Se hace necesario el conocimiento de los aspectos fundamentales que están vinculados con la participación comunitaria para permitir que esta sea efectiva y cumpla sus objetivos. Estudiar y concientizar la salud como estado de bienestar físico, mental y social nos permite comprender los elementos que en ella intervienen, el papel que la comunidad puede desempeñar en esta y dar explicaciones al fenómeno de la participación comunitaria.

Son cuatro los niveles determinantes de la salud, siendo las condiciones internas del sujeto el determinante más importante en la participación de la comunidad en los problemas de salud; este se expresa a través de la relación personalidad – sujeto.

También es importante conocer las estrategias fundamentales del sector salud, su posición frente a la participación y la relación de esta con diferentes concepciones de Salud Pública para explicar el proceso de participación comunitaria y el desarrollo de la salud.

²⁴ Organización Mundial de la Salud, 1990. *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: OMS.

En este contexto los Servicios de Salud²⁵ han asumido el compromiso de crear Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (**OIRS**) con vistas a la instalación de un Modelo Integral de Atención de Usuarios. Este se constituye como un espacio de participación, interacción y acceso de las personas que reciben atención en el Centro de salud, con la finalidad de garantizar el derecho de los ciudadanos sin discriminación, a informarse, sugerir, reclamar y/o felicitar, acerca de las materias propias del sector, en un marco de respeto a todas las personas que constituyen el medio y la finalidad de las acciones del establecimiento y de una atención de excelencia. Dentro del HCVB esta instancia se materializa en la UAP (Unidad de Atención a las Personas), en la cual se pretende orientar a las personas y atender las diversas problemáticas que éstas plantean referente a la temáticas de salud, y además atender las diversas opiniones o reclamos respecto de servicios o atenciones derivados de la situación hospitalaria, esta instancia entrega el espacio para recibir información certera respecto de los procedimientos y/o servicios que entrega el hospital.

B. Gestión Pública Participativa: es la incorporación de las personas asociadas o no, al diseño de ejecución y/ o evaluación de las políticas públicas, a través de los mecanismos institucionalizados por el Estado que permitan a los ciudadanos y ciudadanas incidir y ejercer control social en períodos y espacios territoriales y políticas públicas específicas. Esta definición plantea cuatro mecanismos, los cuales se identificaran en su totalidad, pero se hará énfasis en aquel que se acerca a la realidad hospitalaria.

Primeramente se encuentra la Cuenta Anual Pública, la cual corresponde a una jornada de diálogo participativo con personas representantes de organizaciones de la sociedad civil. Como segundo y principal mecanismo se contará con un "Consejo de la Sociedad Civil", organización de carácter consultivo que tendrá como objetivo participar en los procesos de toma de decisiones y seguimiento de las políticas públicas impulsadas, lo cual tiene su equivalencia en el Consejo Consultivo del HCVB, en el cual se intenta agrupar y organizar distintos estamentos como lo son la dirección del hospital, los funcionarios y usuarios, con el fin de lograr mayor participación y control de la comunidad usuaria sobre el centro hospitalario. Como tercer mecanismo se encuentra el Sistema de Información Ciudadana, éste tendrá en conocimiento público información relevante acerca de sus políticas, planes, programas, acciones y presupuestos asegurando que ésta sea oportuna, completa y ampliamente accesible y por último se encuentran los Diálogos Participativos, en los cuales una vez al año se involucrará directamente a la ciudadanía.

Si bien estos mecanismos establecidos por el estado, como norma de participación para la Súper intendencia son amplios y de nivel macro, son útiles para este marco de referencia ya que la gestión pública participativa debe estar presente en la institución HCVB, para que éste cumpla con la misión política de la nueva reforma en salud.

En conclusión La participación requiere, primero, que el sector público tenga la apertura, genere la información y establezca espacios y mecanismos que acojan las preocupaciones, necesidades y propuestas provenientes de la ciudadanía. Pero también necesita la participación de una ciudadanía que se involucre en las cuestiones públicas, con organizaciones fuertes que representen toda su diversidad, lo que favorecerá el

²⁵ Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, visitado el 28 de abril a las 14⁰⁰hrs.

fortalecimiento de la sociedad civil y permite una mayor legitimidad de las políticas públicas”.

C. Fortalecimiento de la Sociedad Civil: Las políticas públicas deben incluir iniciativas concretas de fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil que corresponden a su ámbito de competencia, teniendo en cuenta criterios de equidad, descentralización y respeto a su autonomía. Es decir, que exista una potenciación por parte del HCVB hacia los usuarios del servicio, principalmente para lograr generar una participación en los procesos de toma de decisiones de la institución, donde los usuarios se comprometan incluso a que haya un seguimiento de las políticas públicas impulsadas por la institución, verificar su cumplimiento y fomentar la organización en la sociedad civil, para lo cual el HCVB debe generar las instancias y espacios para que la comunidad civil se organice y logre involucrarse en los procesos.

D. No Discriminación y Respeto a la Diversidad: La calidad participativa de las políticas públicas se encuentra comprometida con una sociedad libre de discriminación arbitraria, lo cual requiere de medidas a un enfoque derechos, para la inclusión ciudadana. Esta definición tiene relación directa con la creación de una carta de derecho y deberes, ya que esta es una medida en pro de validar los derechos de las personas y de sentar las bases para un trato respetuoso y humano, además se deben tomar nuevas medidas que apunten a lograr la disminución de las brechas de inequidad tanto en el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de la atención como en el acceso a los medios necesarios para asegurar mejores condiciones de vida y de salud.

2.3.2. LINEAMIENTOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

A. PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL

► Instancias de Participación de Usuarios

Esta línea de acción busca el fortalecimiento y desburocratización de instancias de participación como los Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos u otras, que fueron creadas con el objeto de facilitar el control social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios.

La Norma General sobre Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud, define la participación ciudadana en la gestión pública de la salud a la aplicación específica de los derechos a la publicidad de la información pública; la igualdad para participar en la vida nacional; la libertad de opinión y el derecho de petición.

Para los objetos que prescinde se han fijado líneas de acción que hacen referencia a:

- Mejorar las comunicaciones internas y externas de los consejos
- Renovación de consejeros, organizaciones y líderes comunitarios
- Mejorar la coordinación entre el establecimiento de salud y la comunidad organizada
- Integración de los directivos a los Consejos de Desarrollo

- ▶ Informara la comunidad y personal de salud sobre la importancia de los consejos de desarrollo en el control de la gestión
- ▶ Elaborar con la comunidad un plan de acción de participación social
- ▶ Difusión y retroalimentación entre los distintos consejos de desarrollos a nivel local, comunal, regional y nacional para fortalecer estas instancias de participación

➤ **Proceso de Rendición de Cuentas**

La Cuenta Pública es una herramienta de democratización de la información en salud y de transparencia de la gestión pública. Da cuenta de los logros en materia sanitaria, inversiones y mejoras de la gestión de los Servicios de Salud y establecimiento de la red asistencial.

La Cuenta Pública debe ser entendida como el resultado de un proceso continuo de participación de los usuarios que permite conocer aquello que los ciudadanos les interesa saber y dar a conocer, en un espacio de transparencia que muestra lo realizado y los desafíos para la próxima gestión.

Se espera que la cuenta pública sea desarrollada desde un inicio con la comunidad organizada, incorporándose en los procesos de definición de prioridades, elaboración de documentos, preparación de la ceremonia de presentación de la cuenta y evaluación de esta.

En este marco se propone desarrollar las siguientes actividades:

- ▶ Definir metodologías para el diseño participativo del formato y contenidos de la cuenta pública anual de modo de acercar la gestión a la población.
- ▶ Fortalecer espacios de dialogo ciudadano y ejercicio del control social sobre la gestión.

➤ **Participación en el modelo de atención de salud**

El desarrollo de un nuevo modelo de atención de salud implica superar las limitaciones del modelo tradicional biomédico y centrado en la enfermedad, que se encuentra profundamente arraigado en los equipos de salud y en la cultura sanitaria en general. El cambio significa pasar de un paradigma a otro, es decir, pasar hacia un modelo de salud integral, basado en el proceso de salud enfermedad, que incorpore en la mirada los aspectos biológicos, psicológicos, culturales y ambientales, y que permita enfrentar de mejor forma los nuevos desafíos en salud.

En un modelo de atención integral el desarrollo de la participación social es un elemento fundamental, ya que implica el reconocimiento de las personas como interlocutores validos y la apertura de espacios formales de dialogo que permitan la incorporación de la realidad de las y los usuarios en las decisiones del sector.

En este marco, se propone desarrollar acciones tendientes a la transversalización de la participación en los siguientes modelos de atención y gestión:

► CECOF, CESFAM Y HOSPITAL AUTOGESTIONADO

Para instancias de seminario, los hospitales autogestionados, son un modelo de gestión hospitalaria que tiene como marco normativo la ley de Autoridad Sanitaria y debe cumplir con una serie de requisitos establecidos por la ley. Los establecimientos que podrán obtener la calidad de autogestión en red, deben a lo menos ser dependientes de los Servicios de Salud, tener mayor complejidad técnica, mayor desarrollo de especialidades, mayor organización administrativa y mayor número de prestaciones.

► Micro Redes en Salud

► Mesa Tripartita: instancia de trabajo conjunto entre directivos, equipo de salud y la comunidad organizada, para el intercambio de información, ideas y opiniones para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de diversas acciones y tareas conjuntas vinculadas con objetivos e intereses comunes.

► Mesa territorial: instancia de trabajo conjunto asociada a un territorio delimitado como una microrred local, red de Servicio de Salud o la comunidad para el intercambio de información, ideas y opiniones para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de diversas acciones y tareas conjuntas relacionadas con el funcionamiento, articulación de la red de salud, conformación y funcionamiento de redes de protección social, articulación de políticas locales en bien de la salud.

► Comité intersectorial: instancia de coordinación a nivel local, donde se interrelacionan los actores del equipo de salud e instancias estatales privadas para potenciar su quehacer y desarrollar acciones conjuntas en pro de objetivos comunes.

► Presupuestos Participativos

Tienen como objeto permitir a la población el acceso a las decisiones sobre su salud, mediante un espacio de cogestión, donde la comunidad, el Municipio y el Servicio de Salud deciden juntos parte de las inversiones, buscando democratizar y hacer más transparente la gestión sanitaria.

Presupuestos participativos, es una línea prioritaria, donde se espera una consolidación de los procesos que se han venido desarrollando en algunos servicios de salud y el inicio del trabajo en aquellos donde ya existen condiciones favorables.

► Corresponsabilidad en Salud

La población tiene diversas maneras de sostener en una forma solidaria las condiciones y necesidades de las personas, esto representa un recurso de las comunidades o capital social como se conceptualiza hoy en días, esas posibilidades y capacidades han

estado históricamente en una interacciones con la institucionalidad en salud, lo que ha encontrado distintas formas de dialogo, silencios y contradicciones.

El trabajo en conjunto entre equipos de salud y organizacionales comunitarias requiere de un conjunto estrategias que contribuyan al fortalecimiento de vínculos entre ambos actores sociales. Entre estas pueden señalarse como centrales, el reconocimiento y visibilización de las competencias de las organizaciones comunitarias y la formalización de trabajo colaborativo.

➤ **Premiación Innovación y Ciudadanía**

El premio innovación y ciudadanía busca contribuir al fortalecimiento y desarrollo de ciudadanía, democracia y gobernabilidad local, contribuyendo una gestión pública local participativa y reconocimiento de los derechos ciudadanos.

A través de este espacio se pretende por una parte certificar y reconocer públicamente experiencias innovadoras en participación ciudadana, como sistematizar y aportar a la comunidad académica, sector público y organizacionales de la sociedad civil un cúmulo de innovaciones potencialmente replicables, difundir sus características y aprender de sus aportes.

La actividad más representativa a ejecutar dice relación con el levantamiento de Buenas Prácticas.

➤ **Difusión e Información de Mecanismos de Participación**

La difusión e información de mecanismos de participación social es una estrategia transversal que busca posicionar al interior del ministerio las distintas acciones que se están desarrollando en el ámbito de la participación social en salud.

Para la difusión se proponen las siguientes actividades:

- ▶ Diseño de material gráfico, publicaciones, etc.
- ▶ Seminarios a nivel nacional o regional, talleres, participación de expertos en la facilitación de procesos asociados a la participación en la red pública de salud, publicaciones, etc.

➤ **Observatorio Participación Ciudadana en Salud**

La participación ciudadana en salud es considerada en todas sus magnitudes, incluyendo especialmente el nivel local, de manera de poder incluir indicadores que permitan evaluar y proveer información pertinente a todos aquellos programas que tengan como eje el desarrollo y el compromiso local.

Para avanzar en este ámbito se instalo a partir del 2007 el Observatorio Regional de Participación Ciudadana en Salud, cuyo objetivo es "constituir un centro de referencia para la sistematización, discusión, gestión, difusión y generación del conocimiento sobre participación ciudadana en salud, para incidir en la agenda pública y en los procesos de definición de políticas de salud".

B. PROTECCIÓN DE DERECHOS Y HUMANIZACIÓN DEL TRATO POR MEDIO DE INSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN.

➤ Difusión e información de derechos

Esta estrategia tiene por objeto generar espacios para la difusión e información de derechos para los usuarios de la red asistencial, en tanto el acceso a la información, es el primer nivel de participación de la ciudadanía.

En el marco de esta estrategia se espera el desarrollo de las siguientes actividades:

- ▶ Diálogos Ciudadanos
- ▶ Diálogos tripartitos
- ▶ Cartillas
- ▶ Publicaciones

➤ Oficina de Información, reclamos y sugerencias (OIRS)

Estas oficinas son el primer punto de contacto de los usuarios con la red asistencial y la primera oportunidad de ejercicio ciudadano para la población, permiten recoger sistemáticamente la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios y establecer áreas críticas en torno a las cuales definir estrategias y planes de mejora de la gestión. El seguimiento periódico y evaluación de la atención y gestión de procesos asociados a las OIRS ha permitido avanzar hacia un registro único que contempla la identificación y tipificación de los reclamos y sugerencias, las acciones desarrolladas para la resolución de solicitudes, sugerencias y reclamos, la información entregada a los usuarios y el tipo de consultas realizadas en las OIRS.

2.4. EJE TEMÁTICO DERECHOS Y DEBERES EN SALUD

Si bien en el proyecto de ley, boletín 2727 – 11 sobre derechos y deberes de las personas del sistema público de salud (a considerar usuarios y funcionarios), fue aprobado, se señaló que los derechos no eran materializables, pero que sin embargo se convertían en una instancia relevante en cuanto a la humanización a la que aspira la reforma, su importancia lo transforma en el **tercer eje temático** a tratar.

Siguiendo con lo señalado en el párrafo anterior, se puede mencionar la ley 19.880²⁶, la cual establece las bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado. Las disposiciones que de ella emanen serán aplicables a los ministerios, las intendencias, las gobernaciones y los **servicios públicos** creados para el cumplimiento de la función administrativa. También se aplicarán a la Contraloría General de la República, a las Fuerzas Armadas y a las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública, a los gobiernos regionales y a las municipalidades. Las decisiones escritas que adopte la administración de cada uno de los organismos mencionados se expresarán por medio de actos administrativos²⁷.

2.4.1. BOLETIN 2727-11

Las disposiciones a las que se aspiran con la aprobación de lo emitido en el boletín 2727 – 11, es regular los derechos y deberes de las personas en relación a la persona con el prestador de salud y viceversa, como también en el otorgamiento de las prestaciones requeridas. En resumen, regula aquellos derechos fundamentales que aspiran a la humanización del trato, entre los cuales se puede mencionar y explicar:

- **Acceso a acciones de salud:** Hace referencia a la prestación de salud sin discriminación de ningún tipo por parte de los profesionales del hospital. Además se rescata la prioridad en la atención de personas discapacitadas física y mentalmente, y otras que se establezcan convenientes.
- **Trato digno:** Derecho a un trato digno y respetuoso por los profesionales de salud en cualquier momento y/o circunstancias, evidenciados en el empleo de un lenguaje adecuado y comprensible, normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, respetando la privacidad y pudor de las personas. Los cuales coinciden con algunos de los aspectos que el Servicio de salud Valparaíso San Antonio entrega en la definición de trato Humanizado.
- **Compañía y atención espiritual:** Facilitar el acceso a parientes y/o amigos del hospitalizado, así como también la posibilidad de tener acompañamiento espiritual al interior del hospital.
- **Efectuar consultas y reclamos:** Es posible que usuarios tengan la posibilidad de efectuar reclamos y consultas sobre sus atenciones en salud, así como también manifestar sus opiniones respecto al trato recibido de manera escrita o personalmente.

²⁶ Ley 19.880, estúdiese en profundidad en el sitio web: <http://cl.vlex.com/vid/bases-procedimientos-rigen-actos-organos-467800>

²⁷ Los actos administrativos, son entendidos como las decisiones formales que emitan los órganos Administrativos del Estado en las cuales se contienen declaraciones de voluntad, realizadas en el ejercicio de una potestad pública. <http://cl.vlex.com/vid/bases-procedimientos-rigen-actos-organos-467800>

- **Información:** El derecho a la obtención de información ya sea verbal, visual o por escrito en forma oportuna y comprensible respecto a los asuntos de su propia salud y las prestaciones que otorga el hospital. Haciendo referencia además que cada funcionario se encuentre debidamente identificado así como también la función que desempeña.
- **Reserva de la información contenida en la ficha clínica (privacidad):** Será considerado como un documento con datos sensibles, por tanto debe ser manipulada por el prestador de salud, y a petición del usuario también puede ser manejada por este.
- **Consentimiento informado:** Los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa en forma oral y por escrito, siendo posteriormente firmado por la persona o su representante legal. Este proceso deberá llevarse a cabo en forma previa a la realización de los procedimientos o intervenciones, en un lenguaje comprensible para el usuario.

Respecto a los deberes que establece el boletín 2727-11 para los usuarios como responsables de su propia salud, se señala que toda persona tiene el deber de:

- **Colaborar para dar un ambiente saludable:** Los usuarios deben colaborar con propiciar un ambiente saludable. Además usuario debe contribuir a cuidar su propia salud y la de su familia.
- **Informarse:** Usuarios deben informarse respecto a las prestaciones, horario de atención, entrega de horas médicas y los programas que ofrece el hospital. además de informarse respecto a las instancias y procedimientos formales de consultas y reclamos que hay en el interior del hospital.
- **Dar información completa y veraz:** Usuarios deben entregar información veraz respecto a su salud, necesidades y otros antecedentes que los profesionales requieran para la atención en salud.
- **Cumplir preceptos generales sanitarios:** Usuarios tienen el deber de cumplir con normas sanitarias generales comunes a toda la población.
- **Cuidar el equipamiento del hospital:** Usuarios deben cuidar y usar responsablemente las instalaciones y los servicios otorgados por el hospital.

2.4.2. ESTATUTO ADMINISTRATIVO²⁸

Para la concepción de los derechos y deberes de funcionarios y usuarios de la comunidad hospitalaria, se debe considerar los estatutos que legislan a trabajadores de instituciones de orden público. Para esto, se manejará la ley 18.834 en la cual se expone el estatuto administrativo.

Considerando la humanización del trato al interior del hospital, se considerará algunos **derechos** establecidos en el documento mencionado anteriormente:

²⁸ Estatuto administrativo, correspondiente a la ley 18.834, modificado el año 2005, biblioteca del congreso nacional

Estabilidad: Todo funcionario tendrá derecho a gozar de estabilidad en el empleo y a ascender en el respectivo escalafón, salvo los cargos de exclusiva confianza; participar en los concursos; hacer uso de feriados, permisos y licencias; recibir asistencia en caso de accidente en actos de servicio o de enfermedad contraída a consecuencia del desempeño de sus funciones, y a participar en las acciones de capacitación, de conformidad con las normas del presente Estatuto.

Los funcionarios tendrán derecho a percibir por sus servicios las remuneraciones y demás asignaciones adicionales que establezca la ley, en forma regular y completa.

Protección: Asimismo, tendrá derecho a gozar de todas las prestaciones y beneficios que contemplen los sistemas de previsión y bienestar social en conformidad a la ley y de protección a la maternidad.

Los funcionarios tendrán derecho, además, a ser defendidos y a exigir que la institución a que pertenezcan persiga la responsabilidad civil y criminal de las personas que atenten contra su vida o su integridad corporal, con motivo del desempeño de sus funciones, o que, por dicho motivo, los injurien o calumnien en cualquier forma.

Los funcionarios tendrán derecho a solicitar la permuta de sus cargos, siempre que no sean de exclusiva confianza. La permuta consistirá en el cambio voluntario de sus respectivos cargos entre dos funcionarios titulares de igual grado de la respectiva planta, siempre que posean los requisitos legales y reglamentarios para ocupar los respectivos empleos, y la aceptación de las autoridades facultadas para hacer los nombramientos.

Otros derechos establecidos en el estatuto corresponde a derechos a permisos de ausencia laborales, remunerados o no, dependiendo de la cantidad de días y la naturaleza de la solicitud; derecho a tener licencias médicas remuneradas, considerado como días laborales; prestaciones médicas en accidentes laborales; remuneraciones correspondiente al mes trabajado en caso de fallecimiento, la cual se entregará a los familiares correspondientes.

Descanso: Existen tres tipos de descansos de carácter obligatorio para los trabajadores. El descanso dentro de la jornada de trabajo que, no podrá ser inferior a media hora, para la colación. A la vez, el descanso semanal, destinado a la reposición de las fuerzas físicas e intelectuales gastadas tras un período de cinco o seis días laborados. Finalmente, el feriado anual de quince días hábiles.

El feriado corresponderá a cada año calendario y será de quince días hábiles para los funcionarios con menos de quince años de servicios, de veinte días hábiles para los funcionarios con quince o más años de servicios y menos de veinte, y de veinticinco días hábiles para los funcionarios con veinte o más años de servicio.

Existen excepciones relacionadas con la necesidad de la institución, con lo cual se establece el descanso complementario destinado a compensar los trabajos extraordinarios realizados a continuación de la jornada, será igual al tiempo trabajado más un aumento del veinticinco por ciento. En el evento que lo anterior no fuese posible, la asignación que

corresponda se determinará con un recargo en la remuneración en un veinticinco por ciento más del valor de la hora diaria de trabajo.

Los empleados que deban realizar trabajos nocturnos en días sábado, domingo y festivos deberán ser compensados con un descanso complementario igual al tiempo trabajado más un aumento de cincuenta por ciento.

En caso de que el número de empleados de una institución o unidad de la misma, impida dar el descanso complementario a que tienen derecho los funcionarios que hubieren realizado trabajos en días sábado, domingo y festivos u horas nocturnas, se les abonará un recargo del cincuenta por ciento sobre la hora ordinaria de trabajo.

Como una variable consecuente de la naturaleza de la atención, en instituciones públicas con alta demanda, se expondrá como un derecho el manejo del estrés.

Estrés:²⁹ se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto.

De tal modo, los elementos a destacar en la interacción potencialmente estresante son:

- ▶ **Variables situacionales** (por ejemplo, del ámbito laboral, condiciones trabajo),
- ▶ **Variables individuales** del sujeto que se enfrenta a la situación.
- ▶ **Consecuencias del estrés**

El estrés puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) **es excesiva** frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables), de las cuáles las más importantes son: la ansiedad, la ira y la depresión.

Calificación: El sistema de calificación tendrá por objeto evaluar el desempeño y las aptitudes de cada funcionario, atendidas las exigencias y características de su cargo, y servirá de base para la promoción, los estímulos y la eliminación del servicio.

Todos los funcionarios, incluido el personal a contrata, deben ser calificados anualmente, considerando un desempeño: distintivo, bueno, condicional, para su eliminación. El Jefe Superior de la institución será personalmente responsable del cumplimiento de este deber.

²⁹ Estrés en el ámbito laboral. http://www.microsoft.com/business/smb/es-es/rrhh/estres_laboral.msp, visitado el 03 de junio.

En cada institución existirán Juntas Calificadoras Regionales que harán las calificaciones de sus funcionarios cuando el número de éstos, en la región, sea igual o superior a quince.

En las regiones en que la institución de que se trate tenga menos de quince funcionarios y en la Región Metropolitana de Santiago, las calificaciones se harán por una Junta Calificadora Central. Le corresponderá asimismo a ésta evaluar a los integrantes de las Juntas Calificadoras Regionales.

El funcionario podrá solicitar a su Jefe Directo que se efectúen las anotaciones de mérito que a su juicio sean procedentes. El funcionario podrá solicitar, asimismo, que se deje sin efecto la anotación de demérito o que se deje constancia de las circunstancias atenuantes que concurren en cada caso.

Capacitación: Se entenderá por capacitación el conjunto de actividades permanentes, organizadas y sistemáticas destinadas a que los funcionarios desarrollen, complementen, perfeccionen o actualicen los conocimientos y destrezas necesarios para el eficiente desempeño de sus cargos o aptitudes funcionarias.

Tipos de Capacitación que la ley estipula:

- La capacitación para la promoción que corresponde a aquella que habilita a los funcionarios para asumir cargos superiores.
- La capacitación de perfeccionamiento, que tiene por objeto mejorar el desempeño del funcionario en el cargo que ocupa.
- La capacitación voluntaria, que corresponde a aquella de interés para la institución, y que no está ligada a un cargo determinado, ni es habilitante para el ascenso.

En los casos en que la capacitación impida al funcionario desempeñar las labores de su cargo, conservará éste el derecho a percibir las remuneraciones correspondientes.

La asistencia a cursos obligatorios fuera de la jornada ordinaria de trabajo, dará derecho a un descanso complementario igual al tiempo efectivo de asistencia a clases. Los funcionarios seleccionados para seguir cursos de capacitación tendrán la obligación de asistir a éstos, desde el momento en que hayan sido seleccionados, y los resultados obtenidos deberán considerarse en sus calificaciones.

El funcionario que no de cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo anterior, deberá reembolsar a la institución, todo gasto en que se hubiese incurrido con motivo de la capacitación. Mientras no se pague este reembolso, la persona quedará inhabilitada para volver a trabajar, debiendo la autoridad que corresponda informar este hecho a la Contraloría General de la República.

Obligaciones Funcionarias:

- Desempeñar las funciones del cargo de forma regular.
- Trabajar en función de los objetivos.
- Realizar sus labores con esmero, cortesía, dedicación y eficiencia.
- Cumplir la jornada de trabajo y realizar los trabajos extraordinarios que ordene el superior jerárquico, siempre y cuando esta orden sea de carácter legal o legítimo.
- Desempeñarse con una conducta funcionaria moralmente intachable y una entrega honesta y leal al desempeño de su cargo, con preeminencia del interés público sobre el privado.
- Guardar secreto en los asuntos que revistan el carácter de reservados en virtud de la ley, del reglamento, de su naturaleza o por instrucciones especiales.
- Observar una vida social acorde con la dignidad del cargo.
- Proporcionar con fidelidad y precisión los datos que la institución le requiera relativos a situaciones personales o de familia, cuando ello sea de interés para la Administración, debiendo ésta guardar debida reserva de los mismos.
- Rendir fianza cuando en razón de su cargo tenga la administración y custodia de fondos o bienes, de conformidad con la Ley Orgánica Constitucional de la Contraloría General de la República.
- Justificarse ante el superior jerárquico de los cargos que se le formulen con publicidad, dentro del plazo que éste le fije, atendidas las circunstancias del caso.

Obligaciones de las autoridades:

- Ejercer un control jerárquico permanente del funcionamiento de los órganos y de la actuación del personal de su dependencia, extendiéndose dicho control tanto a la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los fines establecidos, como a la legalidad y oportunidad de las actuaciones.
- Velar permanentemente por el cumplimiento de los planes y de la aplicación de las normas dentro del ámbito de sus atribuciones, sin perjuicio de las obligaciones propias del personal de su dependencia.
- Desempeñar sus funciones con ecuanimidad y de acuerdo a instrucciones claras y objetivas de general aplicación, velando permanentemente para que las condiciones de trabajo permitan una actuación eficiente de los funcionarios.

Prohibiciones de Funcionarios:

- Ejercer facultades, atribuciones o representación de las que no esté legalmente investido, o no le hayan sido delegadas.
- Intervenir, en razón de sus funciones, en asuntos en que tengan interés él, su cónyuge, sus parientes consanguíneos hasta el tercer grado inclusive o por afinidad hasta el segundo grado, y las personas ligadas a él por adopción.
- Actuar en juicio ejerciendo acciones civiles en contra de los intereses del Estado o de las instituciones que de él formen parte, salvo que se trate de un derecho que ataña directamente al funcionario, a su cónyuge o a sus parientes hasta el tercer grado de consanguinidad o por afinidad hasta el segundo grado y las personas ligadas a él por adopción.
- Intervenir ante los tribunales de justicia como parte, testigo o perito, respecto de hechos de que hubiere tomado conocimiento en el ejercicio de sus funciones, o declarar en juicio en que tenga interés el Estado o sus organismos, sin previa comunicación a su superior jerárquico.
- Someter a tramitación innecesaria o dilación los asuntos entregados a su conocimiento o resolución, o exigir para estos efectos documentos o requisitos no establecidos en las disposiciones vigentes.
- Solicitar, hacerse prometer o aceptar donativos, ventajas o privilegios de cualquier naturaleza para sí o para terceros.
- Ejecutar actividades, ocupar tiempo de la jornada de trabajo o utilizar personal, material o información reservada o confidencial del organismo para fines ajenos a los institucionales.
- Realizar cualquier actividad política dentro de la Administración del Estado o usar su autoridad, cargo o bienes de la institución para fines ajenos a sus funciones.
- Organizar o pertenecer a sindicatos en el ámbito de la Administración del Estado; dirigir, promover o participar en huelgas, interrupción o paralización de actividades, totales o parciales, en la retención indebida de personas o bienes, y en otros actos que perturben el normal funcionamiento de los órganos de la Administración del Estado.
- Atentar contra los bienes de la institución, cometer actos que produzcan la destrucción de materiales, instrumentos o productos de trabajo o disminuyan su valor o causen su deterioro.
- Incitar a destruir, inutilizar o interrumpir instalaciones públicas o privadas, o participar en hechos que las dañen.

2.4.3. INSTRUMENTOS PARA LA CONCEPCION DE DERECHOS Y DEBERES

Uno de los instrumentos que la ley hace obligatorios (basándose en los derechos ciudadanos establecidos) son las **Cartas de Derechos y Deberes** a través de la cual los servicios públicos y órganos de la administración del Estado **informan a los ciudadanos sobre los servicios que tienen encomendados y acerca de sus compromisos de calidad, así como de los derechos de los ciudadanos y usuarios en relación con estos servicios**. Esta "Carta" debe definir los estándares de calidad con que se compromete a realizar sus funciones, fijar los niveles mínimos de calidad que cualquier usuario y funcionario podrá hacer exigible y establecer los mecanismos de queja y compensación por su no cumplimiento.

Más recientemente, la Comisión Asesora Presidencial para la Protección de los Derechos de las personas precisa en mayo de 2006: "Se entenderá por Carta de Derechos, aquel documento escrito que constituye un instrumento a través del cual los servicios públicos y órganos de la administración del Estado informan a los ciudadanos sobre los servicios que tiene encomendados y acerca de los compromisos de calidad en su prestación, así como de los derechos de los ciudadanos en relación con estos servicios".³⁰

Conjuntamente con lo establecido por la ley, se señala el instructivo presidencial de 1998 sobre establecimiento de cartas de derechos ciudadanos. Este instructivo establece los **principios orientadores**, al momento de considerar los compromisos que establece una "Carta de Derechos", de un buen trato fundado en la dignidad; entrega de información expedita respecto de las políticas y programas públicos; y sobre la generación de instancias o mecanismos de respuesta pertinente hacia peticiones, reclamos, recursos que interpongan las personas usuarias del servicio (tanto a nivel usuario como funcionario).

2.4.4. PRINCIPIOS DEL INSTRUMENTO:

- **Igualdad:** atención enfocada hacia la NO discriminación, igualitaria hacia la población usuaria y priorizando la asistencia de discapacitados.
- **Imparcialidad:** todos los servicios deben basar su comportamiento en criterios de objetividad, justicia e imparcialidad.
- **Continuidad:** el servicio brindado a los usuarios no debe ser interrumpido. Si esto ocurriera, se deben adoptar las medidas necesarias para que la molestia ocasionada a los usuarios sea la menor posible.
- **Participación:** los servicios deben garantizar la participación de los ciudadanos. Esto permite proteger su derecho a una correcta prestación del servicio y a colaborar, mediante su opinión, en el mejoramiento de la atención recibida. Se debe crear instancias participativas en las que los usuarios tengan posibilidad de diálogo, de modo que sea partícipes de las decisiones y resoluciones sobre aquellos aspectos que puedan verse perjudicados.
- **Eficiencia y Eficacia:** los servicios deben garantizar que en el cumplimiento de sus funciones trabajarán en relación a estos objetivos.

³⁰ Del sitio web: <http://www.supersalud.cl/568/article-4215.html>

➤ **Transparencia:** se debe asegurar a los funcionarios y usuarios la total transparencia de los procedimientos y la información hacia ellos.

➤ **Información:** los servicios deben comprometerse a brindar a los usuarios una información completa y exacta sobre todos los servicios que prestan y cómo es realizada esa función.

2.4.5. RECOMENDACIONES PARA ELABORAR LA NUEVA "CARTA":

Aplicando los criterios presentes en la matriz de referencia, para la elaboración de la nueva Carta de Derechos de la Superintendencia de Salud se considerarán las siguientes recomendaciones prácticas:

Formato: En lo que respecta a la impresión de la "Carta de Derechos", se sugiere la existencia de solo una hoja o dos páginas. Esta carta debe contener una redacción simple, fácil de leer tanto en estilo de letra como en tamaño. El lenguaje empleado debe estar dirigido hacia el usuario. Se aconseja el uso de colores y un formato supervisado por expertos.

2.4.6. ESTRUCTURA E ÍNDICE DE CONTENIDOS:

- La "carta" debe contener una introducción al tema, la misión y función del organismo.
- Derechos y compromiso del servicio prestado.
- Compensaciones: una frase genérica que explique en qué consisten las compensaciones para quienes no se les haya cumplido con sus derechos.
- Deberes de los usuarios expresados como requisitos o condiciones que debe cumplir el ciudadano usuario del servicio para su mejor atención.
- Vías para acceder al servicio: presencial, teléfono, fax, internet.
- Mecanismo para hacer reclamo y exigir compensación.
- Oficina o cargo del funcionario responsable del cumplimiento de los derechos de los usuarios y cómo acceder a él.

2.4.7. DECLARACIÓN DE LOS ESTÁNDARES GENERALES DE CALIDAD:

Las Cartas deben contener una declaración de estándares generales y específicos de calidad para que constituya un compromiso real, verificable y exigible. También pueden contener una descripción breve del servicio, de su misión y de las funciones que desarrolla.

➤ **Calidad de Trato:** para todos los servicios será una obligación brindar un trato amable, cortés y diferente. Esto incluye que todo el personal posea una identificación a fin de que el usuario pueda reconocer con quien entabla la interlocución. Este estándar debiera mantenerse en todas las situaciones en las que exista una relación usuario-servidor público, es decir, tanto en las relaciones personales como por vía telefónica o por correo electrónico.

➤ **Tipos de atención:** diversificar las formas de atención. Además de mantener la información por ventanilla, es necesario utilizar internet, teléfono, fax o correo electrónico.

➤ **Responsables de cada institución:** debe existir un responsable a cargo de la atención del público, que cuente con facultades para resolver los problemas que se presente.

➤ **Lugares y alternativas para consultas e informaciones:** Se debe asegurar que en cada local, la respectiva Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) se encuentre operativa en un 100% y con personal capacitado para responder las inquietudes, dudas y consultas que formulen los usuarios. Debe contar con mecanismos disponibles para la recepción de reclamos y sugerencias.

➤ **Señalética:** Las OIRS deben estar lo suficientemente señalizadas y destacadas, de manera que a los usuarios les sea fácil distinguirlas y acceder a ellas, además, los espacios de la organización o institución también deben contar con señalización que permita al usuario orientarse dentro de ellas.

En ocasiones las instituciones tienen **parámetros de calidad** que responden a "un servicio ideal", pero que no se alcanza debido a que se encuentran por encima de las posibilidades y recursos de la misma. En otras instancias, el parámetro de "calidad" está por debajo de la capacidad de la institución, entre las causales se puede atribuir, un posible desinterés o la dejación, ya sea por tiempo o motivos de fuerza mayor, en la que no se toman medidas para modificar la situación.

Brindar un buen servicio no alcanza, si el usuario no lo percibe. Para ello es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos que sustentan la atención al público:

➤ **Cortesía:** El usuario desea siempre ser bien recibido, sentirse importante y que perciba que es útil.

➤ **Atención expedita:** Realizar una jerarquización de la atención, otorgando la información prudente, de este modo, eliminar esperas innecesarias debido a ignorancia sobre el proceder administrativo.

➤ **Confiable:** El trabajo realizado debe constar siempre con la veracidad de la situación, eliminando las promesas que no se puedan cumplir.

➤ **Atención personal:** Otorgar importancia hacia el usuario, no errando, ni olvidando sus nombres.

➤ **Personal bien informado:** El usuario debe recibir de los funcionarios encargados de brindar un servicio, una información completa y segura.

➤ **Empatía:** El trato no debe ser frío y distante, sino por el contrario responder a las necesidades con entusiasmo y cordialidad.

El conjunto de aspectos analizados, que denotan la relevancia de la estructura de las Cartas de Derechos, sus implicancias, sus alcances, los aspectos claves a considerar, pueden ser vistos en la Carta de Derechos de Usuarios de FONASA, tomada como referente por otras instituciones a la hora de fundamentar una propuesta.

Entre los puntos que destacan, los usuarios de FONASA tienen derecho a:

CUADRO Nº 3, DERECHOS DE FONASA.

1. Solicitar servicios y productos disponibles en canales de atención,
2. ser atendidos en consultorios y hospitales públicos,
3. recibir atención en caso de urgencia con riesgo vital. Sin exigencia de cheque en garantía,
4. exigir las garantías AUGE o GES,
5. realizar el examen de medicina preventiva, gratuito,
6. elegir dónde y con quien atenderse, si eres cotizante,
7. solicitar credencial de salud,
8. informarse, presentar solicitudes, denuncias, reclamos y sugerencias,
9. conocer el nombre del funcionario de FONASA que les otorga el servicio para un dialogo responsable,
10. recibir respuestas ante reclamos,
11. recibir un trato digno y respetuoso.

Fuente: Fondo Nacional de Salud, www.fonasa.cl

Finalmente, es importante señalar que la construcción de una propuesta de carta de derechos y deberes para las personas ligadas a la salud, requiere de la participación activa de la población, así, es posible que el documento tome carácter fidedigno, pues tomando en consideración las necesidades, opiniones y aporte de la comunidad usuaria y sus funcionarios, se les atribuye responsabilidad, y son ellos quienes juegan un rol fundamental a la hora de mejorar los servicios.

1. FUNDAMENTACION METODOLOGICA.

En el marco del proceso de intervención que se pretende llevar a cabo, se ha determinado programar el trabajo en base a fases, que permitan la organización sistemática del curso de las acciones a emprender. Para ello, se ha tomado como base metodológica, aquella que es posible de ser aplicada a una amplia gama de experiencias donde se trate de combinar eficientemente la teoría con la práctica, para obtener un producto significativo, cuyo impacto pueda ser percibido a corto y largo plazo. El preámbulo anterior hace referencia a la metodología que se conoce con el nombre de sistematización.

La sistematización puede ser definida bajo la concepción de los autores chilenos Sergio Matinic³¹ y Oscar Jara³², para el primero de ellos la sistematización implica "un proceso de reflexión que pretende ordenar u organizar lo que ha sido la marcha, los procesos, los resultados de un proyecto, buscando en tal dinámica las dimensiones que pueden explicar el curso que asumió el trabajo realizado", el segundo de ellos, la define como "una interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento, reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso, los factores que han intervenido en él, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo".

En este caso, la segunda definición aportada por Jara, es la que regirá para instancia de seminario, aunque como se puede ver, ambas coinciden en que es una metodología que permite organizar y ordenar prácticas, conocimientos, ideas, datos, opiniones, experiencias, etc. que si bien se han encontrado presentes en la institución a intervenir, la información estaba dispersa, dando mayor importancia al por qué se hizo en tal caso más que al qué se hizo. Por su lado, es posible complementar aquella alternativa, con otra definición que se refiere a la sistematización como "una investigación cualitativa de enfoque crítico interpretativo que intenta describir e interpretar prácticas sociales singulares dando un lugar privilegiado al punto de vista de los actores, a la subjetividad, a la historia local, a la lógica y a los sentidos que están presentes en las prácticas"³³

La sistematización, es una modalidad donde las personas se hacen partícipes de ella, son ellos quienes aportarán los datos que serán ordenados y organizados por los seminaristas que suscriben.

CUADRO N° 1: UTILIDAD DE LA SISTEMATIZACION

³¹ Miembro chileno que trabajo en torno a la sistematización durante el año 1984.

³² Director del Centro de Estudios y Publicaciones Alforja, red de centros de educación popular de Centroamérica, que desde 1984 impulsa la sistematización de las experiencias de sus participantes. "Para Sistematizar Experiencias", 1ª. Ed, Alforja, San José, 1994

³³ www.alboan.org/archivos/Taller4anexo1.pps, Visitado con fecha 24 de Mayo del 2009.

- Contribuye a mejorar las estrategias, enfoques y metodologías.
- Retroalimenta las intervenciones de los equipos y la institución y permite introducir correcciones.
- Favorece el desarrollo profesional de los equipos y de la institución.
- Aporta documentación al sistema de información integral de la institución.
- Ayuda a la producción de nuevos conocimientos.

El cuadro anterior, señala en cinco puntos, cuál es la utilidad de la sistematización. Enfocándonos en el problema objeto de la experiencia a desarrollar por el equipo que suscribe, la sistematización se justifica, pues generara los conocimientos necesarios para la institución, para sus usuarios, funcionarios, familiares, gremios etc., respecto a la realidad que se vive al interior del hospital.

Lo primero, antes de llevar a cabo las actividades que se pretenden, es imprescindible planificar la sistematización, respondiendo a 3 preguntas claves, como lo sugieren en la guía de sistematización³⁴, que permitirá dimensionar y delimitar la primera etapa de la experiencia de intervención:

CUADRO N°2: FUNDAMENTACION DE LA METODOLOGIA

La sistematización, apunta a recabar información referente a los componentes operativos de los ejes temáticos que sustentan el proceso de intervención, rescatando las experiencias de los colectivos considerados para tal efecto.

La información que emane del proceso de sistematización, permitirá visualizar las situaciones que emergen de la relación usuario – funcionario, identificando los aspectos positivos y aquellos que deben ser reforzados, además, constituirá el sustento para las propuestas que se planteen en torno a la humanización del trato, así como también, el comienzo de la incorporación de acciones en torno a gestión de calidad.

En resumen: La riqueza de la sistematización radica en organizar información que se encuentra, pero de manera disgregada.

³⁴ Guía de sistematización. Autora: Anja Nina Kramer, Asesora GTZ, Desarrollo Económico Local y Empleo, artículo publicado en el sitio web: <http://www.gtz.de/de/dokumente/sp-sl-guia-de-sistematizacion-documento-completo.pdf>, visitado con fecha: 27 de abril de 2009.

2. METODOLOGÍA.

En segundo lugar, se debe responder a la pregunta, qué se quiere sistematizar. Aquí la respuesta la conforman los objetivos propuestos en el seminario de título, los que quedan expresados de la siguiente manera:

CUADRO N°3: OBJETIVO DEL PROCESO DE SEMINARIO

2.1. Objetivo General

“Sistematizar - las experiencias de usuarios y funcionarios en el proceso de atención en salud- en torno a los ejes temáticos “trato humanizado, participación social en salud y derechos y deberes en salud”, para la construcción de una propuesta de trabajo al interior del Hospital Carlos Van Burén, que responda a los nuevos desafíos de humanización del trato contemplados en la reforma, durante el año 2009”

Objetivos Específicos

- 1) Analizar la información que emerge de las interacciones entre usuarios y funcionarios en relación al trato humanizado.
- 2) Identificar las instancias de participación comunitaria y la percepción que usuarios y funcionarios tienen de ella.
- 3) Identificar y clasificar los derechos y deberes presentes en el discurso de usuarios y funcionarios, en relación al boletín 2727-11 y el estatuto administrativo.
- 4) Configurar propuestas de humanización del trato en base a la experiencia de seminario en el proceso de sistematización.

CUADRO N°4: DELIMITACION DEL PROCESO DE SEMINARIO

La sistematización prescinde de una serie de criterios para delimitar el estudio como se expone a continuación:

2.2. COLECTIVOS DE SISTEMATIZACIÓN:

1. Funcionarios del Hospital Carlos Van Buren de las Unidades de Atención seleccionadas, que trabajen en atención directa con los usuarios.

Criterios de inclusión

- ▶ Que trabajen en atención directa con los usuarios.
- ▶ Que aporten la información solicitada de manera libre y espontánea.

2. Usuarios del sistema de salud del Hospital Carlos van Buren, que mantengan contacto directo con funcionarios en el tiempo de levantamiento de información.

Criterios de inclusión

- ▶ Atención directa del hospital
- ▶ Que aporten la información solicitada de manera libre y espontánea.

2.3. MUESTRA: la muestra quedara determinada por:

1. Saturación Temática
2. Representatividad

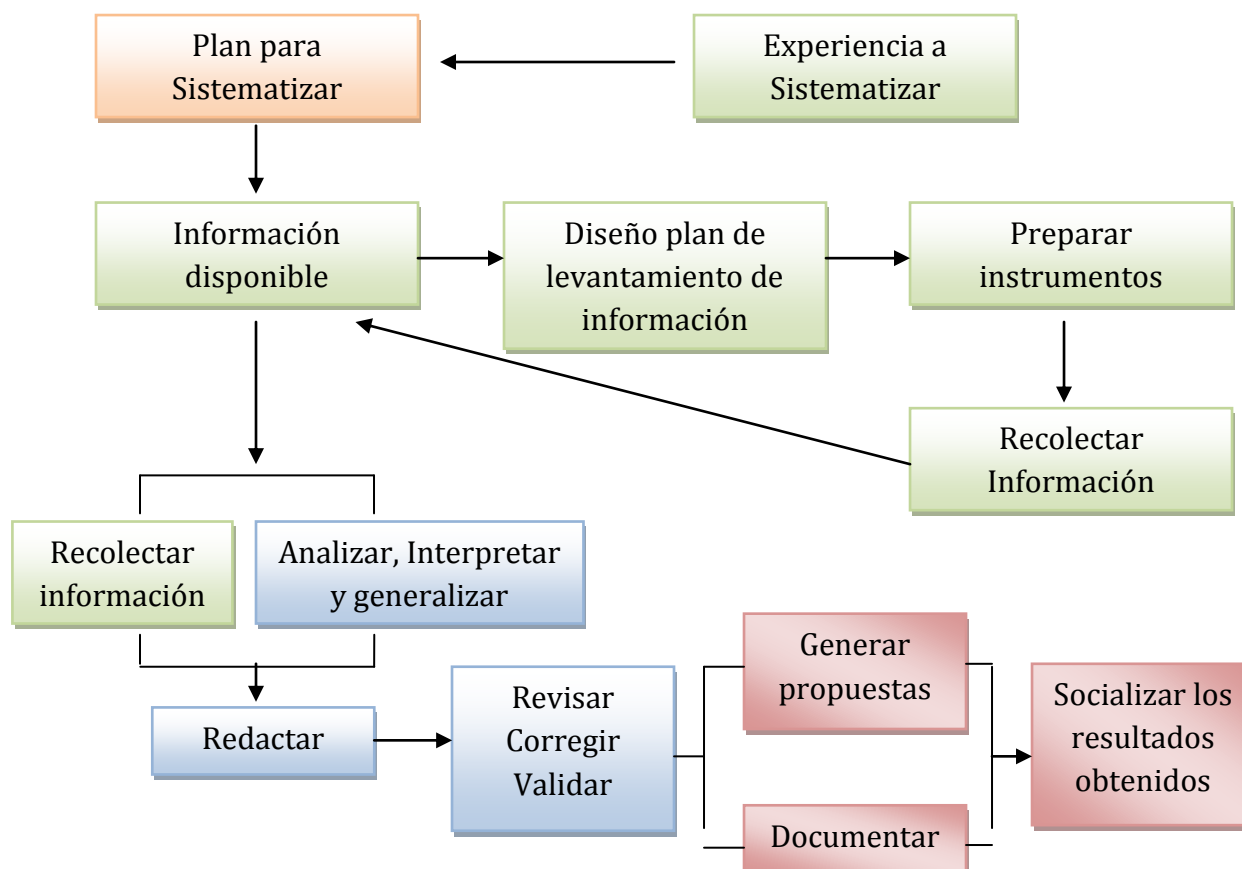
2.4. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LA EXPERIENCIA:

- 1) **Observación No Participante:** Esta técnica de recolección de datos cualitativos, permitirá describir aquellos aspectos de interés para conformar la sistematización a partir de la observación directa de la realidad. La observación en este caso será de carácter no participativo, con la finalidad de no interrumpir la normalidad de los sucesos, recabando información verídica.
- 2) **Entrevista semi - estructurada:** Mediante esta técnica, es posible rescatar el discurso en profundidad, que manejan los colectivos de interés del proceso de sistematización, adentrando en aspectos que no hayan sido considerados, pero que sin duda, podrían enriquecer el estudio, como también, dependiendo de la dinámica omitir otras.
- 3) **Focus Group:** Esta técnica posibilita establecer la participación del equipo seminaristas en conjunto con los usuarios y funcionarios del HCVB en la creación de la Carta de Deberes y Derechos.

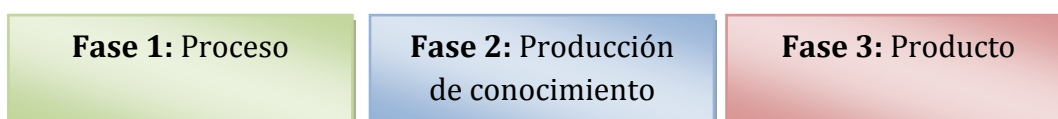
2.5. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS Y RESULTADOS:

Base ampliada de acuerdos.

3. ESQUEMA Nº 1, PLAN GLOBAL DE TRABAJO POR FASES



Fases según color y ubicación en el esquema anterior:



4. UNIDADES DE ESTUDIO HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

La identificación de las unidades de atención del hospital son aquellas donde es posible observar el trato que se genera en la relación usuario-funcionario (unidades de atención directa), y serán consideradas para la aplicación del segundo instrumento que corresponde a una entrevista semi estructurada que permitirá recabar información referente a aspectos que no son posible levantar con la observación. Frente a esto, es posible incluir 40 unidades que se contemplan para ambos instrumentos

Se ha escogido para llevar a cabo esta estrategia de recolección de información, los espacios físicos de cada unidad correspondiente a las secciones de mesones de información, recaudación e ingreso y sala de espera de éstas, en ellas es posible identificar aquellas situaciones que emanan de la relación entre usuarios y funcionarios.

4.1. DESCRIPCIÓN PLANTA FÍSICA:

El hospital cuenta con 7 edificios de tipo monoblock, en su mayoría de construcción sólida; con remodelación de los sectores más antiguos. Estos edificios se distribuyen de la siguiente manera:

➤ **Otorrino - Oftalmología:** Edificio de tres pisos en donde se ubican los consultorios de oftalmología, otorrino, fonoaudiología y lenguaje. Según la distribución de las Unidades o Servicios del HCVB por niveles de complejidad y dependencia, en este edificio se ubicarían las unidades de baja complejidad quirúrgica y médica. Se accede por la calle Blas Cuevas.

➤ **Lavandería:** Edificio que se encuentra ubicado en la zona interna del Hospital, cercano al edificio de Otorrino. Consta de un piso de construcción sólida.

- **Oncología:** Edificio de dos pisos, de construcción sólida, se comunica en su parte posterior con lavandería y laboratorio. Se accede a este edificio por calle Hontaneda.
- **Casino central de alimentación, economato, vestuario del personal masculino y dependencias de nutrición:** Edificio de dos pisos de construcción antigua.
- **Block Médico:** Es el edificio más grande del hospital, de construcción sólida, se accede a él a través de las calles Colón y San Ignacio. Cuenta con ocho pisos que se distribuyen de la siguiente manera:
 - ▶ **Subsuelo:** Medicina física y rehabilitación, hemodiálisis, biblioteca, vestuario personal femenino, reloj control, oficina anatomía patológica.
 - ▶ **1er Piso:** Unidad de emergencia adulto (UEA), abastecimiento, contabilidad, banco de sangre, recaudación, atención de las personas, procura.
 - ▶ **2do Piso:** Auditorio, sala consejo, oficina jefe de personal, secretaria, coordinación y recurso humano, oficina de IIH, jefe de epidemiología, enfermera coordinadora, dirección del hospital, SEDILE y central telefónica.
 - ▶ **3er Piso:** Pensionado, cafetería, unidad de infeccioso pediatría.
 - ▶ **4to Piso:** Servicio de mediana complejidad medica, Urología, neurología adultos.
 - ▶ **5to Piso:** Unidades de atención quirúrgica pediátrica, en donde se encuentra: cirugía, neurocirugía, traumatología y pabellones de cirugía infantil.
 - ▶ **6to Piso:** Unidades de atención médica pediátrica, que incluye las unidades de: lactancia, segunda infancia, oncología, neurología infantil y unidad de paciente críticos pediátricos (UCIP – UCIMP).
 - ▶ **7mo Piso:** Medicina y unidad renal, que por la redistribución de los servicios en alta, media y baja complejidad, correspondería a mediana complejidad médica.
 - ▶ **8vo Piso:** Secretaria de medicina, oficina medico jefe, sala de reuniones clínicas, oficinas de U. de Valparaíso, equipos médicos y escuela del niño hospitalizado.
- **Block Quirúrgico:** Se accede a este a través de calle San Ignacio. Cuenta con seis pisos, que se distribuyen de la siguiente manera:
 - ▶ **Subsuelo:** Unidad de imagenología, y scanner.
 - ▶ **1er Piso:** Farmacia, esterilización, mimeógrafo y fotocopiadora, unidad de emergencia infantil (UEI) y unidad de emergencia gineco-obstétrica (UEGO).
 - ▶ **2do Piso:** Maternidad, neonatología, patología obstétrica y pabellones de parto. residencia médica.
 - ▶ **3er Piso:** Puerperio Normal y quirúrgico, ginecología, oficina de matrona supervisora y médico jefe
 - ▶ **4to Piso:** Unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA) y neurocirugía.
 - ▶ **5to Piso:** Traumatología adulto, que corresponderá a mediana complejidad quirúrgica.
 - ▶ **6to Piso:** Pabellones y recuperación.

➤ **Consultorio de especialidades:** Compuesto por pabellón, cirugía ambulatoria, especialidad respiratoria, cardiología, gastroenterología, pabellón de endoscopio, toma de muestras, traumatología adulto e infantil, pabellón de yesos, admisión de pacientes, recaudación, asistente social de hospitalizados, estadística y stand Fonasa. (Acceso por calle Hontaneda).

5. MODALIDAD DE APLICACIÓN INSTRUMENTO

5.1. PAUTA DE OBSERVACIÓN SIMPLE

Serán sometidas a observación 40 unidades. La información que se desprenda de la aplicación del instrumento será anotada mediante **relatos descriptivos**, donde se plasmará todo lo que ocurra al interior de las unidades, desde las características generales del contexto e interacciones entre ambos colectivos.

El equipo de trabajo fue dividido en duplas, quedando conformado por dos sub equipos, a los cuales les correspondió un total de 20 unidades cada uno.

Las unidades serán observadas durante la mañana, decisión tomada posterior de las semanas de pilotaje, donde se constató que en la mayoría de ellas no atendía en las tardes, por lo que no era posible observar la relación usuario funcionario.

En tercer lugar, el tiempo destinado a observar será de 3 horas por unidad, dividida en dos intervalos de 10 a 11:30 am y de 11:35 a 13:05 pm, los miembros de cada dupla deberán rotar cumplidos el primer intervalo de tiempo, pasando a la unidad de su compañero de dupla en el segundo intervalo. La duración del periodo de observación se fundamenta en que luego de una hora, la información se comienza a saturar, por lo que rotándose es posible que el compañero de dupla, aprecie situaciones que el otro no haya considerado, realizando 120 horas de observación directa.

El trabajo a realizar queda expresado en el siguiente cuadro explicativo:

CUADRO N°5:

Dupla 1 Lisette Castillo Guerra Estefania Fuentes C.	Unidades a observar: - 20	Periodo de observación: - 3 horas por unidad - De 10 am a 11:30 am - De 11:35 am a 13:05 pm
Dupla 2 Herman Ardiles Siqueira Jocelyn Bahamóndez B	Unidades a observar: - 20	Periodo de observación: - 3 horas por unidad - De 10 am a 11:30 am - De 11:35 am a 13:05 pm

Dupla 1

Herman Ardiles Jocelyn Bahamóndez

Lunes 29 de Junio:

- ▶ Imagenología
- ▶ Farmacia.

Martes 30 de Junio:

- ▶ Cardiología.
- ▶ Movilización.

Miércoles 1 de Julio:

- ▶ Ginecología.
- ▶ Urología

Jueves 2 de Julio:

- ▶ Movilización.
- ▶ Neurología.

Lunes 6 de Julio:

- ▶ Neurocirugía- Dermatología
- ▶ Mesón Informaciones 1 (central).

Martes 7 de Julio:

- ▶ Citaciones.
- ▶ Toma de muestras.

Miércoles 8 de Julio:

- ▶ Servicio de Neurocirugía.
- ▶ Traumatología Hombre y Mujer.

Jueves 9 de Julio:

- ▶ Emergencia Infantil.
- ▶ Emergencia Gineco Obstetra.

Viernes 10 de Julio:

- ▶ Policlínico del Dolor - Oncología.
- ▶ Unidad de Cuidados intermedio.

Lunes 13 de Julio:**Dupla 2**

Lisette Castillo Estefanía Fuentes

Lunes 29 de Junio:

- ▶ Imagenología Compleja.
- ▶ Servicio Social.

Martes 30 de Junio:

- ▶ Recaudación (Administración Infantil).
- ▶ Pediatría

Miércoles 1 de Julio:

- ▶ Traumatología -Ortopedia.
- ▶ Emergencia Adulto (Recaudación, sala de espera).

Jueves 2 de Julio:

- ▶ Neurología
- ▶ Endocrinología

Lunes 6 de Julio:

- ▶ Nefrología-reumatismo
- ▶ UAP.

Martes 7 de Julio:

- ▶ Mesón Informaciones 2.
- ▶ Unidad Cuidados Intensivos

Miércoles 8 de Julio:

- ▶ Maternidad.
- ▶ Oftalmología.

Jueves 9 de Julio:

- ▶ Otorrino.
- ▶ Trastornos de Audición y Lenguaje.

Viernes 10 de Julio:

- ▶ Información Hospitalizados.
- ▶ Medicina Física y rehabilitacion

Lunes 13 de Julio:

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| ▶ Dental. | ▶ Unidad Renal (torre médica). |
| ▶ Traumatología adulto | ▶ Neurología (torre médica). |

5.2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A USUARIOS Y FUNCIONARIOS

El segundo instrumento corresponde a una entrevista semi estructurada, la que permitirá obtener aquella información que no es posible capturar mediante la observación.

El universo considerado por el quipo seminaristas corresponde a:

- 1) Se entrevistara a 2 funcionarios por unidad, lo que equivale a 80 en total, considerando las 40 unidades del hospital.
- 2) Entrevistaran a 2 usuarios por unidad, lo que equivale a 80 personas en total.

En total, se efectuaran 160 entrevistas, considerando a usuarios y funcionarios.

CUADRO N° 6:

Entrevistas funcionarios	2 por unidad	80 entrevistas en total
Entrevistas usuarios	2 por unidad	80 entrevistas en total

Período de Aplicación del Instrumento:

Se aplicaran 4 entrevistas diarias por miembro del equipo, lo que equivale a un total de 16 por día, considerando que en total deben aplicarse 160 entrevistas, el tiempo en levantar la información tomara 12 días hábiles consecutivos, con un tiempo de holgura de 7 días.

TABLA GANTT

Lunes 20 de Julio.	Martes 21 de Julio.	Miércoles 22 de Julio.	Jueves 23 de Julio.	Viernes 24 de Julio.
--------------------	---------------------	------------------------	---------------------	----------------------

Lunes 27 de Julio.	Martes 28 e Julio.	Miércoles 29 de Julio.	Jueves 30 de Julio. -----▶	Viernes 31 de Julio. -----▶
Lunes 3 de agosto. -----▶	Martes 4 de Agosto. -----▶	Miércoles 5 de Agosto. -----▶	Jueves 6 de Agosto. -----▶	Viernes 7 de Agosto. -----▶

Tiempo de Holgura : -----▶

Tiempo Real : —————▶

De un total de 160 entrevistas planificadas se entrevistaron 124 usuarios y funcionarios. Esto se debió a factores condicionantes; entre estos indisposición a contestarlas debido al estrés de los familiares u hospitalizados por una situación de enfermedad o temor de funcionarios por el manejo de la información resultante.

Las unidades no entrevistadas de funcionarios son:

- ▶ UCI
- ▶ Endocrinología
- ▶ Dental
- ▶ Trauma Hombre Mujer (Torre quirúrgica)
- ▶ Medicina Física y Rehabilitación
- ▶ Neurología (Torre Médica)
- ▶ Pediatría (Torre médica)

Se declara que de las unidades restantes, lo que equivale a 9 del total, no fue posible entrevistar a dos funcionarios como se tenía establecido, las razones radican que al momento de levantar la información, estas unidades contaban con la presencia física de una persona.

1. CONTEXTO HOSPITALARIO

2.1. INFRAESTRUCTURA

Dentro de la realidad hospitalaria es posible encontrar características específicas en relación al contexto, las cuales deben ser consideradas al momento de abordar el análisis de las temáticas, por el hecho de tener cierta incidencia en el trato entre usuario y funcionario, éstas características pueden ser similares en cada unidad y varían según la naturaleza del trabajo que realiza la unidad, por lo cual se estima como necesario realizar una síntesis de lo observado durante la investigación que contenga datos objetivos y relevantes de la infraestructura y del tiempo de espera.

CUADRO N° 1, INFRAESTRUCTURA.

Infraestructura Habilitación de accesos para discapacitados en la unidad, con señalización clara de rutas de acceso a la unidad. Existencia de ventanilla de recepción e información en cada unidad, señalización de horas de atención del equipo de salud, implementación de la unidad (Baños, número de sillas, luminaria, ventilación)

El equipo que suscribe logra determinar los siguientes datos que competen al contexto en el cual se realiza la atención en salud. En primer lugar, se puede declarar que la mayoría de las unidades observadas pertenecientes al segundo nivel del consultorio de especialidades del hospital, no cuenta con acceso a discapacitados, principalmente en lo que respecta barandas de apoyo o rampas de acceso, aspectos mínimos para asegurar el ingreso expedito de éste sector de la población usuaria, lo que trae numerosos problemas a los usuarios y funcionarios del hospital, ya que por ejemplo se observó una situación en particular donde un discapacitado solicitó al guardia de servicio ayuda para poder ingresar al recinto y éste se negó por cuanto no podía moverse de su puesto de trabajo. En segundo lugar, los baños tampoco cuentan con lo anteriormente señalado, lo que le quita autonomía a las personas discapacitadas, teniendo que depender de terceros para poder realizar esta tarea.

Las situaciones señaladas, solamente corresponden al consultorio, no así a las torres quirúrgica y medica las que cuentan con la habilitación necesaria como por ejemplo, ascensores, barandas y rampas, lo mismo sucede con los edificios de oncología y fonología.

En cuanto a las señalizaciones se logró establecer que a nivel general las unidades se encuentran identificadas y especificadas, por el contrario las rutas de acceso no se encuentran claramente definidas, lo que ocasiona que usuarios con menos experiencia en el hospital se pierdan o se confundan retrasando, entorpeciendo y eventualmente perdiendo la hora de atención, además de ocasionar tensión entre los usuarios y funcionarios.

En cuanto a la existencia de una ventanilla de atención, se logró observar que la mayoría de las unidades posee una recepción lo cual hace más expedito y claro el procedimiento de atención, en estas ventanillas generalmente se observó información respecto de la unidad, sin embargo no siempre se encontraban especificadas las horas de atención del equipo de atención, además fue posible constatar que en algunas unidades se especifica el horario de atención sin embargo no se cumple a cabalidad, lo que trae molestia entre los usuarios y lentitud al proceso de entrega de servicio.

En cuanto a la implementación de la unidad se logró observar que la mayoría posee servicios higiénicos, sin embargo en deplorables condiciones esto junto a una escasa ventilación, sumado al pago por el uso de los servicios higiénicos, y a las insuficientes sillas en salas de espera, repercuten en la disposición del usuario frente al funcionario.

2.2. CUADRO N° 2, TIEMPO DE ESPERA

Tiempo de Espera La atención en salud deberá explicitar los tiempos máximos de espera previstos para que funcionarios que en ellos se individualizan, otorguen efectivamente las atenciones contempladas en el plan.

En el plan de salud deberá estipularse el momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera definidos. Transcurrido el tiempo de espera previsto, sin que la prestación solicitada haya sido otorgada, se configura una insuficiencia, lo que otorga al cotizante el derecho de solicitar su derivación o la de sus beneficiarios, a otro u otros prestadores, conforme al procedimiento previsto en cada contrato de salud. (superintendencia de salud)

▶ Se reconoce, tanto a nivel de usuario como funcionario, mejoras en el sistema, agilizando el tiempo de espera.

▶ Se le atribuye a los tiempos de esperas prolongados a la falta de funcionarios en el hospital.

▶ Usuarios reconocen la demanda de salud como una variable que afecta el tiempo de espera.

Yo creo que tendrían que darle como mas ...bueno de partida deberían tener más médicos , mas funcionarios y más espacios dentro del hospital para que la gente pueda ser atendida más rápido E.U,F:21

Yo creo que tendrían que darle como mas ...bueno de partida deberían tener más médicos , mas funcionarios y más espacios dentro del hospital para que la gente pueda ser atendida más rápido E.U,F:15

Eso es relativo porque a veces depende mucho de la afluencia de público, uno no puede esperar que todo sea tan rápido, pero incluso a veces uno espera 10 o 15 minutos, nunca más de media hora y llaman y atienden al tiro, pero otras veces cuando esta mas colapsado... una vez en emergencia yo he estado dos o tres horas esperando. E.U.F:13

A nivel de discurso existen diversas manifestaciones y percepciones respecto al tiempo de espera, entre esto se puede destacar:

- ▶ Esperas muy largas.
- ▶ Atención expedita.
- ▶ Falta de funcionarios.
- ▶ Se reconoce mejoras en el sistema, entre otras.

En relación a este punto de análisis se debe establecer que el tiempo de espera está condicionado con la naturaleza del servicio, existiendo unidades con un tiempo de espera promedio de cinco a quince minutos y otras que poseen una espera promedio de una hora o más. Debido a esto se ha generado diversas opiniones en usuarios como funcionarios respecto al tema.

Como una estrategia de agilización de la atención, tanto usuarios como funcionarios han declarado la necesidad de implementar un mayor número de funcionarios en algunos servicios. Además se declara la necesidad de priorizar la puntualidad de funcionarios médicos, considerando una comparación respecto de la puntualidad existente en la atención privada.

A nivel de discurso, usuarios de la comunidad hospitalaria realizan una comparación de la atención otorgada por funcionarios tanto en instituciones públicas como privadas. Reconociendo una atención más expedita en el servicio privado, sin embargo se debe reconocer el mayor número de demanda existente en salud en instituciones de orden pública, además de la creciente migración de usuarios privados a los sistemas públicos. Con esto se debe declarar que la necesidad priorizante en los tiempos de esperas existentes, es la implementación de mayor personal al interior del hospital.

Se reconoce tanto a nivel de usuarios como funcionarios, mejoras en el tiempo de espera, este avance se produce al modificar las horas de atención. Anteriormente se citaba a todos los usuarios en un mismo horario y la atención se realizaba por orden de llegada, actualmente se cita por hora y se solicita la llegada de usuarios con media hora de anterioridad. Este progreso a pesar de disminuir el tiempo de espera genera un mayor gasto hospitalario, debido al ausentismo de usuarios citados, quienes no dan un aviso previo. Este suceso genera horas médicas pagadas, sin una atención.

3. EJES DEL BUEN TRATO

Para el cumplimiento del primer objetivo de este seminario se analiza la información que emerge de la relación usuario – funcionario: ámbito humanización del trato o trato humanizado.

CUADRO N° 3:

Analizar la información que emerge de las interacciones entre usuarios y funcionarios en relación al trato humanizado

La definición de trato humanizado se enmarca en el concepto elaborado por el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio la cual supone variables que engloban ciertas conductas, estas son:

“Trato digno y respetuoso; lenguaje adecuado y comprensible; aplicando las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptada; que las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre; protegiendo la privacidad de las personas durante la atención”.

3.1. VISIÓN FUNCIONARIOS

3.1.1. CUADRO N° 4, TRATO DIGNO:

La dignidad humana se ve reflejada en cuatro ámbitos: "Como hombre, como miembro de una cultura, como individuo y como individuo sujeto a diferentes circunstancias"¹⁷. En el primero, la persona es considerada como un todo con necesidades biosicosociales donde estos ámbitos interactúan entre sí. También, el hombre como miembro de una cultura, religión o creencia diferente merece respeto en la atención en salud tanto en el rol de funcionario como de usuario, en otras palabras, no ser discriminado. El hombre como individuo único e irreplicable, es el respeto por la persona individual diferente a las demás, sabiendo que cada individuo reacciona de manera diferente, que por tanto el trato debe ser especial, que responda a su manera de ser y percibir las cosas, por su derecho a pensar y reaccionar particular. Respecto a las diferentes circunstancias, los individuos deben comprender por los momentos que están pasando otras personas, entendiendo los problemas para otorgar un trato adecuado a cada situación

► Preocupación de funcionarios respecto a las necesidades biopsicosociales a nivel de discurso, sin embargo a nivel práctico no es posible responder de forma oportuna a la atención.

► La empatía tiene gran importancia a nivel de discurso, sin embargo a nivel práctico no se logra observar.

► Funcionarios otorgan trato especializado a grupos prioritarios.

"...buena atención en general o sea nosotros tratamos de dar una buena atención pero de repente por la cantidad y afluencia de público que tenemos que no hacemos nada 100 recetas al día que son bastantes más que no podemos dar un trato como dedicarse netamente al paciente es todo rápido aquí..." E.F.F30

"...dar una buena información partiendo por ahí siempre ser empática con el usuario, solucionar los problemas sino buscar vías para canalizar la actitud del usuario..." E.F.F26

"los funcionarios hacen más de lo que deberían hacen guías con personas desvalidas y eso no se puede reconocer" E.F.F20

► La dignidad mencionada en la definición del concepto de trato digno es percibida dentro del centro hospitalario como uno de los derechos fundamentales de cada persona, donde cada individuo puede gozar independiente de su estatus o condición, es así como en los discursos percibidos y en la observación realizada se ha obtenido que si bien el funcionario percibe al usuario como un individuo - como un *todo* - al cual se le debe respeto y un trato digno, a nivel de actitudes éstos no presentan mayores preocupaciones por aspectos biosociales en la atención, como lo son la forma de trato, las actitudes comunicacionales y la disposición con la cual se dirige al usuario, por lo cual esta condición biosicosocial no se encuentra totalmente integrada en la práctica, dado que el trato manifestado presenta parcialidades en contraposición a una atención integral que demanda el concepto de dignidad.

Existe la intención por parte del funcionario de entregar una atención biosicosocial, sin embargo se reconoce que en la práctica existen factores que dificultan ésta atención, tales como la demanda que actualmente tiene el hospital además de la escases del personal, lo que trae como repercusión que exista menor tiempo para atender a las personas y por ende la información o atención otorgada es escueta o carente de rigurosidad, pasando por alto ciertas normas de cortesía y educación.

➤ El trato digno corresponde también a aquellas actitudes empáticas que entregan las herramientas para una comprensión mutua de las situaciones. Dentro del hospital es posible señalar que si bien existe conciencia de la importancia de ésta habilidad social para la atención de público, en la práctica se considera escasa, asociada principalmente a que el funcionario se mantiene distante frente al usuario, no manifiesta mayor interés en éste, solo se limita a responder frente a la temática de salud y realizar sus funciones correspondientes. Esta actitud del funcionario responde a la lógica de que cada vez que un funcionario se muestra proactivo con los usuarios, éstos le sobre exigen y recargan su nivel de trabajo, entorpeciendo así la atención, generando tensiones y conflictos, por lo cual los funcionarios tienden a evitar la pro actividad ciñéndose netamente solo a las funciones correspondientes según cada servicio.

➤ También es posible señalar que los funcionarios entregan una atención prioritaria, en la cual se intenta garantizar un proceso rápido y expedito para adultos mayores, embarazadas y reos. Esto se ve reflejado en los comportamientos de los funcionarios, los cuales se preocupan y toman su tiempo para atender por ejemplo a los adultos mayores a quienes se les explica con detención y claridad, con un tono de voz alto con el fin de facilitar el proceso de atención escucha y de que la persona sienta que recibe un trato humano, digno, acorde a sus derechos como persona y como usuario.

Esta situación se declara de forma divergente en cuanto al discurso de los usuarios, por cuanto éstos señalan que la atención en el centro hospitalario debe ser entregando una atención prioritaria, sin embargo no se tiene claridad respecto de éste concepto, ni tampoco se está dispuesto a asumir las esperas que esta atención requiere.

➤ Dentro de los discursos se logró obtener ciertas peculiaridades que enriquecen la investigación, por cuanto aportan un dato distinto frente a la temática abordada. Una de estas peculiaridades corresponde al Rol Educativo que debe asumir el funcionario dentro de la atención y de un trato digno.

"...yo creo que todos, todos debemos ser educadores de los usuarios, educarles sobre sus deberes educarles sobre sus derechos..." E.F.F.17

Es indispensable que el funcionario entregue una atención completa y veraz, y además dado que se encuentra inmerso dentro de una institución de carácter público la cual entrega un servicio a la comunidad, es necesario que el funcionario eduque respecto de las temáticas de salud y de aquellas relacionadas con el proceso de atención, que oriente y entregue las explicaciones debidas de cada caso, sin ignorar u olvidar al usuario, por cuanto como se ha señalado anteriormente, a éste se le debe un trato en consideración a sus derechos y a su dignidad como persona, sin pasar a llevar su integridad y respondiendo de forma oportuna y responsable.

Otra de las temáticas peculiares que surgieron de los discursos de los funcionarios en relación al trato digno corresponde al escaso manejo del conflicto que poseen los funcionarios.

"...Lo que pasa es que los funcionarios no manejan los conflictos..." E.F.F.20

Se asume que el funcionario es el encargado de atender al usuario de contenerlo y calmarlo frente situaciones complejas, se reconoce no poseer las habilidades sociales necesarias para la resolución o enfrentamiento de éstas situaciones. Por ello frente algún conflicto los funcionarios acuden inmediatamente a los jefes de unidad, la mayoría profesionales, los cuales atienden la situación y entregan una solución en la medida de las posibilidades de la unidad. Este escaso manejo del conflicto por parte de los funcionarios trae consigo perjuicios frente a la atención digna al usuario. Primeramente por que el funcionario debe encontrarse capacitado y adiestrado frente a todas las circunstancias que pueden eventualmente ocurrir dentro de su labor, para así comprender y contener de forma empática como se ha señalado anteriormente y además porque el hospital requiere de personal preparado para que de ésta forma no se recargue el trabajo de las jefaturas al tratar temas conflictivos.

3.1.2. CUADRO Nº 5, LENGUAJE ADECUADO Y COMPRENSIBLE

<p>Lenguaje adecuado y comprensible Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, los familiares y por los funcionarios al momento de ser solicitada, lo cual tiene como resultado la comunicación efectiva. La forma y manera más adecuada de entregar la información, hace referencia a la comunicación verbal y no verbal, y a la relación entre las palabras, tono de voz y postura corporal.</p>	<p>Comunicación verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ El funcionario Técnico paramédico - durante la práctica se adecua al nivel educacional del usuario, sin embargo no se resuelven todas las dudas. ▶ Los usuarios del hospital son llamados por su nombre completo de forma clara y con volumen de voz moderado. ▶ Se le entrega información sobre diagnóstico y procedimientos en atención en salud, en un tiempo breve 	<p>Comunicación Verbal:</p> <p><i>"Se logra observar que el funcionario intenta adecuarse al nivel educacional del usuario para entregar las instrucciones correspondientes". Obs. p7</i></p> <p><i>"Mediante observación se logra establecer que el funcionario realiza llamados a los usuarios a viva voz pronunciando sus nombres"Obs.p10</i></p> <p><i>"Se logra observar que se entrega información posteriormente a la atención con el médico en un tiempo breve".Obs.p12</i></p>
	<p>Comunicación no verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Funcionarios jóvenes se caracterizan por el hecho de portar credencial de identificación y cotona. ▶ Funcionarios mayores no portan credencial de identificación o bien no es posible saber el lugar en que está ubicada por la vestimenta que utilizan. 	<p>Comunicación no verbal:</p> <p><i>"Funcionarios jóvenes se caracterizan por el uso de credencial de identificación y cotona."Obs.p8</i></p> <p><i>"Funcionarios mayores no portan credencial de identificación por lo que no es posible saber la unidad a la cual pertenecen" Obs.p5</i></p> <p><i>"...Yo pienso que lo mínimo es que le miren a la cara a uno para que uno pueda conversar con ellos, pero van</i></p>

- ▶ Funcionarios generalmente mantienen escaso contacto visual con usuarios.

caminando y uno tiene que... poco menos ir siguiendo... E.U.F:50

- Una comunicación clara y sencilla garantiza comprensión entre ambos colectivos, por tal razón es de suma importancia centrar atención en la comunicación verbal y no verbal, es importante entregar una clara información donde se detallen específicamente el proceder de lo que compete al usuario, especialmente si éste posee un nivel educacional escaso o si es adulto mayor. Al interior del hospital se logra observar esta realidad, se logra percibir que los funcionarios entregan la información correspondiente a cada caso adecuándose al nivel educacional de los usuarios, entregando información clara y de fácil comprensión, sin embargo no se resuelven la totalidad de sus dudas en el proceso de atención, situación que se ve reflejada cuando termina la atención con el médico o doctor tratante y el usuario queda desorientado respecto del proceso que debe seguir después de la atención.
- Un aspecto importante dentro de la comunicación corresponde a la identificación de las personas con las cuales se está hablando, ya que hace que la relación sea más personal y dirigida respondiendo a la dignidad e identidad de cada individuo. Es por esta razón que llamar por el nombre a los usuarios es de gran importancia, tanto para evitar equívocos, como para mostrar respeto para con éste. Mediante la observación realizada fue posible verificar que los funcionarios llaman por el nombre a los usuarios para la atención médica con voz clara, sin embargo esto no se da por parte de los usuarios hacia los funcionarios, los cuales no pueden ser llamados por el nombre porque la mayoría de ellos no porta credencial que los identifique. Es preciso señalar que el personal más joven generalmente porta credencial de identificación, lo que se contrapone al personal más antiguo quienes no cumplen con este requisito ni tampoco mantienen un uniforme que al menos deje de manifiesto la unidad a la cual pertenecen.
- Dentro de la comunicación no verbal existen elementos indispensables para sentar las bases para una relación de confianza entre usuario y funcionario, uno de ellos es el contacto visual.

Este elemento se presentó escaso dentro de la realidad hospitalaria, por cuanto los funcionarios que trabajan con computadoras prestan toda su atención en la pantalla y escasamente miran a los ojos a los usuarios, con este gesto se logró verificar que los usuarios muestran cierto descontento y despersonalización, ya que no sienten ser escuchados o comprendidos en la atención. En numerosas entrevistas se logró obtener que la mayoría de los usuarios manifestara que el funcionario debe mirar a la cara cuando habla o cuando el usuario se comunica con éste, situación que se observa escasamente en la realidad hospitalaria.

3.1.3. CUADRO Nº 6. CORTESÍA Y AMABILIDAD

Cortesía y amabilidad:

La amabilidad se compone de actitudes positivas que se traducen en conductas de cortesía siendo usuarios y funcionarios bien recibidos, mostrando responsabilidad en los actos y palabras dichas, respeto y simpatía, ya que el trato no debe

- ▶ El trato otorgado está asociado al estado anímico y las habilidades comunicacionales de ambos colectivos.
- ▶ La relación cordial depende del trato que

"...porque todo depende del estado de ánimo de la persona, o por cómo se levante y tengan una buena relación entre el funcionario y los pacientes..."E.F.F27

"Como el funcionario recibe al paciente es como se da la relación, o sea nosotros tenemos que estar siempre

ser frío ni distante, sino por el contrario responder a las necesidades con entusiasmo, cordialidad y calidad.	entregue el funcionario en primera instancia	<i>bien... "E.F.F18</i>
	▶ La relación cordial depende del servicio o unidad	<i>"...Depende del servicio, hay servicios que son más conflictivos y otros menos conflictivos, depende de la carga de trabajo que tengan..." E.F.F20</i>
	▶ Entrega de información clara y precisa.	<i>"...que se vallan con una solución a sus casas, es nuestro deber entregarles a ellos una buena información y solucionarles los problemas" E.F.F18 P2</i>

➤ La cortesía y amabilidad engloban un conjunto de actitudes que se deben dar de forma positiva dentro del hospital, ya que existe la necesidad por parte de ambos colectivos de tener un trato que sea adecuado, el cual sienta las bases para una buena relación usuario funcionario. Dentro de la realidad del hospital se ha logrado verificar que el trato entregado se encuentra asociado al estado de ánimo de cada persona y a las habilidades comunicacionales de ambos colectivos, por lo cual es factible encontrar a un mismo funcionario atendiendo cortésmente y luego del transcurso de la jornada observar que tiene un trato poco amable y distante con los usuarios, situación que deja entrever que existen condicionantes dentro de la atención en salud que merman un trato cortés para con el usuario. Además se señala entre los usuarios que la atención que se entrega debe realizarse de la forma más rápida posible, entonces debido a la inmediatez se menoscaba la atención cortes en pro de una atención rápida.

➤ Por parte de los funcionarios también es posible señalar que se consideran principalmente responsables en la relación que se produce con el usuario. Dado que ellos son los que prestan un servicio, son ellos quienes tienen la responsabilidad principal de generar un primer encuentro adecuado y cortés, donde el usuario pueda sentir acogida y pueda sentirse escuchado, son anfitriones y los que manejan la información y procesos que debe conocer el usuario, por lo tanto de ellos depende en una primera instancia sentar las bases para una adecuada relación. Existe además la responsabilidad por parte del usuario de responder a este primer encuentro de forma correcta, lo que en la realidad no siempre sucede. Es así como por ejemplo se encuentran usuarios que responden con prepotencia y agresividad provocando al funcionario, lo que trae como consecuencia conflicto y tensión.

➤ También fue posible detectar que una relación amable y cortés depende además de la unidad o servicio en el cual trabaje el funcionario. Existen servicios o unidades en las cuales la sobrecarga de trabajo y la sobre demanda hacia el funcionario, hacen que éste se encuentre mal humorado y sobre exigido, por lo tanto su respuesta o recibimiento ante el usuario no es la más indicada por las normas de cortesía.

Ésta situación responde principalmente a la falta de personal que tiene el hospital donde los funcionarios reciben órdenes de numerosas jefaturas, debiendo acatar las distintas ordenes entregadas encontrándose sobrepasado no logrando atender al usuario de forma amable.

➤ Las normas de cortesía y de amabilidad implican además responsabilidad en actos o en palabras dichas, es por ello que además se requiere de los funcionarios la entrega de información clara y precisa, que responda a las necesidades de los usuarios, donde cada funcionario se haga responsable de las indicaciones que le entrega al usuario. Este punto en la realidad practica no se da el todo, por cuanto en algunas oportunidades los funcionarios entregan indicaciones erradas lo que provoca que el usuario se retrase, perdiendo así su hora atención. Además cuando la atención es demasiado rápida el funcionario no alcanza a

entregar toda la información correcta y cabal, produciéndose malos entendidos de los cuales nadie se hace responsable frente al usuario.

➤ En cuanto a las peculiaridades de este punto es posible señalar que se observó en escasas oportunidades la cortesía y amabilidad en los profesionales, pero existe un episodio en el cual se observó a un médico acercarse hasta el usuario, utilizando un tono de voz familiar y tranquilizador, donde el profesional tuvo gestos de empatía y cortesía frente al usuario gestos tales como, tocar su hombro, mirarlo a la cara y calmar al usuario. Situación que se muestra como peculiaridad dado la cercanía y consideración con la cual el médico atendió al usuario.

3.1.4. CUADRO Nº 7 PRIVACIDAD

<p>Privacidad: La privacidad corresponde al cuidado que se le otorga a la información, la confidencialidad entregada con los usuarios enfermos de VIH-SIDA. Y el cuidado otorgado con la intimidad de los usuarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se resguarda el box de atención a pacientes VIH. ▶ La infraestructura de alguna unidades no permite resguardar una total privacidad ▶ Los diálogos correspondientes al diagnóstico o al proceso de atención entre funcionarios y usuarios, son realizados con un tono de voz moderado pero no garantiza la privacidad 	<p><i>Durante la experiencia de observación realizada por el equipo investigador se el box de VIH no se encuentra identificado</i></p> <p><i>"Durante las observaciones realizadas, se pudo connotar, que las ventanillas de recepción y de información son abierta al público y no resguarda con mejor precisión la privacidad del usuario"</i></p> <p><i>"...hay muchos de los pacientes que preguntan cosas que no deberían estar uno encima de otro como están para que haya privacidad en la relación..." E.F.F 26</i></p>
--	---	---

➤ Dentro del proceso de atención y en función de un trato digno, se hace indispensable abordar la temática de la privacidad y confidencialidad en el diagnóstico. Es así como se logra encontrar en la realidad hospitalaria que existe un intento por proteger la privacidad del usuario, especialmente si éste se encuentra aquejado de alguna enfermedad de índole no solamente física sino también con repercusiones sociales, es así como por ejemplo se pretende resguardar la identidad de los usuarios VIH. Para así evitar posibles discriminaciones, derivadas tanto de los propios funcionarios del hospital como de los usuarios, esta situación ha tenido resultados positivos, ya que el box de atención VIH se encuentra en medio de las unidades en un lugar céntrico del hospital y logra pasar desapercibido de los usuarios de otros servicios.

➤ Los esfuerzos por resguardar la privacidad de los usuarios son una realidad, sin embargo también existe otra variable que cumple un rol importante en cuanto a la privacidad y

confidencialidad. La infraestructura hospitalaria no permite una adecuada atención confidencial, ya que el momento de atención donde se entregan instrucciones o se resuelven dudas se encuentra la presencia de otros usuarios que están esperando ser atendidos y que por lo tanto deben realizar filas para poder atenderse, generando aglomeraciones y finalmente el espacio físico queda reducido en forma considerable. Los esfuerzos de los funcionarios por mantener la privacidad de los pacientes corresponde a un intento por respetar sus derechos y su dignidad como persona sin embargo la estructura física del hospital y los recursos materiales dificultan esta consideración. Si bien las puertas del box son cerradas al momento de la atención la atención del médico es personal, al finalizar el proceso de atención el usuario debe atenderse en el mesón de la unidad, donde es posible escuchar la problemática y datos personales del usuario.

- A través de la observación se logró percibir que el funcionario utiliza un tono de voz moderado y adecuado al usuario, por ejemplo al tratarse de un usuario de la tercera edad se intenta ser claro y hablar con un volumen de voz alto, para que éste logre entender las indicaciones. Cuando se trata de un usuario, sin mayores complicaciones de audición o entendimiento el funcionario utiliza un tono de voz moderado, principalmente para resguardar la privacidad, pero en este caso vuelve a surgir el atochamiento entre un usuario y otro, por lo cual es casi imposible evitar que se conozca la información o los datos del proceso de atención.
- Una de las peculiaridades que se logró encontrar en este punto corresponde a lo extraído de las observaciones que realizó el equipo investigador, donde se logró observar como pacientes eran trasladados desde un piso a otro mediante el ascensor, los cuales eran dejados por los funcionarios por largos minutos en los pasillos o salas de espera comunes del hospital. Situación que genera descuido, faltando a la privacidad del usuario, exponiéndole a una situación desagradable que conlleva a un menoscabo, no respetando por tanto el pudor que puedan sentir.

3.2. VISIÓN DE USUARIOS

3.2.1. CUADRO Nº 8, TRATO DIGNO

La dignidad humana se ve reflejada en cuatro ámbitos:

*"Como hombre, como miembro de una cultura, como individuo y como individuo sujeto a diferentes circunstancias"*¹⁷. En el primero, la persona es considerada como un todo con necesidades biosociales donde estos ámbitos interactúan entre sí. También, el hombre como miembro de una cultura, religión o creencia diferente merece respeto en la atención en salud tanto en el rol de funcionario como de usuario, en otras palabras, no ser discriminado. El hombre como individuo único e irrepetible, es el respeto por la persona individual diferente a las demás, sabiendo que cada individuo reacciona de manera diferente, que por tanto el trato debe ser especial, que responda a

- ▶ Ausencia de discriminación en el acceso la atención en salud. Presencia de discriminación en el proceder de los funcionarios.
- ▶ Usuarios manifiestan su disgusto ante las priorizaciones realizadas por funcionarios.
- ▶ Altas expectativas de usuarios respecto al servicio que pueda entregar el hospital.

"...La verdad que la gente está acostumbrada en el hospital a recibir como ese trato no malo, sino que a veces es un poco discriminatorio, por que como uno tiene plata para pagar la salud particular y viene acá a veces las auxiliares..." E.U.F:56

"...la gente quiere que uno se apure y a los mayores no podemos atenderlos rápido tenemos que anotarle las cosas para que no se olviden y ellos te vuelven a preguntar entonces hay cosas que no se pueden hacer tan rápido..." E.F.F 26

"...porque aquí son pacientes que vienen muy agresivos porque saben sus derechos y no sus deberes, la gente piensa que todo es gratuito, pero no es así porque no todo es

su manera de ser y percibir las cosas, por su derecho a pensar y reaccionar particular. Respecto a las diferentes circunstancias, los individuos deben comprender por los momentos que están pasando otras personas, entendiendo los problemas para otorgar un trato adecuado a cada situación.

AUGE..."

"...piensan que por que dicen yo pago mi 7% Uds. Me tienen que hacer todo lo que nosotros queremos..." E.F.F:24

"...yo creo que el tema que tensa las relaciones es cuando la prensa crea expectativas del tema, cuando dice en la prensa que hemos mejorado tanto en salud y valla y pida esto y aquí y allá , cuando en la práctica no se da eso genera mucha molestia en la gente eso crea mucha tensión..."E.F.F30

➤ Respecto del concepto de trato digno es posible señalar que éste se encuentra vinculado a percibir al individuo como un ser distinto de otros, el cual debe ser aceptado y comprendido, lo cual hace alusión a ciertos valores como la **no discriminación**.

Dentro de la realidad practica del hospital fue posible verificar y observar que existe ausencia de discriminación en cuanto al acceso a la salud, por cuanto la ley señala que la salud es un derecho, condición que es respetada por los funcionarios, ya que no se ha negado la atención a aquellos que por ley les corresponde atención en el hospital, sin embargo se ha detectado la presencia de discriminación no en el acceso a la salud sino mas bien en los procesos vinculados a la atención, lo cual genera tensión respecto del trato que ejercen los funcionarios hacia los usuarios. Esta situación se ve reflejada especialmente en aquellos usuarios que por razones económicas han tenido que migrar desde un sistema privado de salud hacia el sistema público, los cuales manifiestan percibir de parte de los funcionarios cierta hostilidad y un trato un tanto negativo por parte del funcionario.

➤ Dentro del hospital y como anteriormente se señalaba existe una trato priorizado para algunos grupos como los de la tercera edad y embarazadas, ésta atención es considerada como un derecho por parte del usuario, sin embargo éstos no están dispuestos a asumir la significancia de ésta atención, ya que existe un numero alto de personas que no están dentro de éstos grupos los cuales se irritan frente a la demora que conlleva una atención más priorizada, e inclusive se producen conflictos entre usuarios, ya que es el propio usuario quien manifiesta su descontento al observar como los funcionarios atienden de forma más rápida a los adultos mayores.

➤ Un factor importante que influye en los usuarios tiene que ver con las expectativas derivadas de las reformas y políticas públicas, las cuales buscan favorecer y agilizar los sistemas de atención a favor del usuario, sin embargo se produce un conflicto, ya que el proceso de implementación de la política es más bien paulatino, lo cual significa requerir de tiempo para su total aplicación en los distintos servicios del hospital, hecho escasamente comprendido por los usuarios del hospital, los cuales a menudo requieren de los beneficios de las reformas a priori y el funcionario no puede responder a estos requerimientos produciéndose así un punto de conflicto. Además es preciso señalar que existe un desconocimiento a nivel general de las patologías que tienen más cobertura o que se encuentran en el sistema AUGE, así también de las nuevas normativas o leyes que se encuentran a favor de una atención más digna y transparente, por lo cual existen usuarios que exigen derechos frente al hospital sin embargo no cumplen sus deberes, además de ampararse de forma equivocada en las nuevas leyes, por desconocimiento de éstas y por la gran expectativa que crean los medios de comunicación en torno a éstas.

► En cuanto a las peculiaridades surgidas en los discursos de los usuarios es posible destacar la empatía.

"...Porque ellos están trabajando y uno esta consiente...es obvio que el personal esta de repente como sobrepasado yo creo que es un deber tener una buena comunicación por ambos lados y entender..."E.U.F.50

La empatía, es decir la comprensión mutua tanto de usuarios como funcionarios, es considerada como un deber del usuario, donde se debe entender y comprender al funcionario, situación que se logra apreciar, cuando los usuarios esperan largos minutos u horas de espera, además de escuchar y atender a todas las indicaciones del funcionario. Esta empatía que se logra generar en el usuario no es del todo adecuada, por cuanto el hospital está prestando un servicio, donde los funcionarios deben entregar atención rápida y oportuna, por lo tanto el usuario debiese recibir esa atención sin obstáculos en el proceso.

3.2.2. CUADRO Nº 9, LENGUAJE ADECUADO Y COMPRENSIBLE

<p>Lenguaje adecuado y comprensible</p> <p>Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, los familiares y por los funcionarios al momento de ser solicitada, lo cual tiene como resultado la comunicación efectiva. La forma y manera más adecuada de entregar la información, hace referencia a la comunicación verbal y no verbal, y a la relación entre las palabras, tono de voz y postura corporal.</p>	<p>Comunicación verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Usuarios responden ante las preguntas en relación al proceso que realizan los funcionarios. ► Desde el discurso de usuarios, se declara que el personal médico utiliza un lenguaje muy técnico a la hora de entregar diagnósticos, lo que dificulta la comprensión 	<p>Comunicación verbal:</p> <p><i>Durante el período de observación se declara que los usuarios entregan la información en forma completa al funcionario respecto de su situación de salud.</i>Obs.p5</p> <p><i>"...Para que uno pueda entender también , que de repente no hablen con muchos términos médicos, es que a las personas les cuesta entender eso...que hablen más claro, que se den el tiempo de explicarle bien a uno..."E.U.F50</i></p>
	<p>Comunicación no verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Usuario percibe no ser escuchado por funcionarios 	<p>Comunicación no verbal:</p> <p><i>"Bueno... yo estoy aquí por una hermana y opino que la atención es irregular, buena y mala, algunos doctores van conversando, caminando y uno detrás poco menos que rogándole que expliquen, que paren y que nos explique cómo la gente, que nos traten como la gente..."E.U.F:52</i></p>

► Un elemento importante corresponde al de los datos que entregan los usuarios a los funcionarios, dado que éstos tienen que manejar toda la información respecto de la dolencia que aqueja al usuario, por lo tanto éste debe entregar toda la información, para poder recibir una atención acorde a la necesidad que se sufre. dentro de la observación realizada se logró determinar que los usuarios se muestran abiertos y entregan toda la información sin ocultar datos, lo que ayuda en la tarea al funcionario ya que hace que la atención sea más expedita.

- Es importante dentro de la comunicación que el mensaje que se entrega sea claro y de fácil comprensión, especialmente si se considera que la atención debe además tener un carácter educativo. Por lo tanto, se le impronta una responsabilidad al médico tratante quien debe informar el diagnóstico y los procesos que este conlleva con la mayor claridad posible. En la realidad hospitalaria y bajo el criterio de los usuarios, en numerosas ocasiones se determinó la ignorancia de los usuarios en cuanto a las intervenciones, es así como por ejemplo es posible encontrar que usuarios no conocen el examen del scanner u otros exámenes, los cuales no son explicados con detención, produciendo así que el usuario se encuentre confundido y desorientado al momento de realizarlos. A esto se suma prácticas de profesionales médicos quienes extienden órdenes de exámenes u operaciones, donde los usuarios no son informados correctamente de los detalles tales como el nombre del cirujano o no conocen el tipo de examen que deben realizarse para tal caso. Estas situaciones se propician principalmente por la escasa o inadecuada comunicación que existe la cual debe ser fortalecida primeramente en los funcionarios del hospital.
- También dentro de la comunicación es preciso tener en cuenta la importancia de escucharse mutuamente, además es considerado como un derecho por parte del usuario. Es legítimo que éste quiera sentirse escuchado, ya que responde a su condición de dignidad y de ser tratado de una forma respetuosa y adecuada.

En la realidad del hospital se logra percibir que el usuario es escasamente escuchado, es el funcionario quien entrega la información, pero el momento que el usuario tienen para expresar su sentir queda reducido considerablemente y muchas veces no es respetado, por lo cual existe la sensación colectiva de parte de los usuarios de no ser escuchados y tampoco ser tomados en cuenta, situación que vulnera sus derechos de expresión y de participación.

3.2.3. CUADRO N° 10, CORTESÍA Y AMABILIDAD

Cortesía y amabilidad:

La amabilidad se compone de actitudes positivas que se traducen en conductas de cortesía siendo usuarios y funcionarios bien recibidos, mostrando responsabilidad en los actos y palabras dichas, respeto y simpatía, ya que el trato no debe ser frío ni distante, sino por el contrario responder a las necesidades con entusiasmo, cordialidad y calidad.

- ▶ Usuarios consideran que funcionarios más jóvenes mantienen un trato más amable hacia los usuarios que los antiguos
- ▶ Existen casos de negligencias médicas en los cuales no hay reconocimiento por parte del funcionario.
- ▶ Se asume el deber de respetar y acatar las de normas del hospital

"...La gente más antigua es más despota siempre contestan mal no son amables, pero la gente joven el personal nuevo digamos es muy amable..."E.U.F.40

*"...que a uno le hagan alguna operación o algo que a uno le dejen bien, o sino que se den cuenta a tiempo que de repente ellos mismos se equivocan..."
E.U.F.44*

"...Si no voy a venir aviso o vengo. Llegar a la hora y cumplir con el tratamiento para que ellos después me puedan dar una solución..."E.U.F.56

- Un factor importante considerado por los usuarios en la atención corresponde a la edad de los funcionarios. usuarios manifiestan que los funcionarios más jóvenes son más pacientes y amables, toleran más situaciones y además entregan un trato más cordial. Esta situación se produce principalmente por que el funcionario joven posee la energía y paciencia para atender al usuario, características que se desgastan con el tiempo, produciendo así un funcionario institucionalizado que realiza su trabajo de forma rutinaria volviéndose inmune ante los gestos de cortesía u olvidando su importancia.

➤ Dentro del concepto de cortesía y amabilidad surge un elemento de gran importancia dentro de la relación usuario funcionario, éste corresponde al respeto y responsabilidad valor que se encuentra muy apreciado entre la comunidad de usuarios, sin embargo se ha podido verificar que en la práctica que por ejemplo han existido casos de negligencia médica los cuales han tenido una consecuencia en los usuarios no solo a nivel de salud física sino además psicológica, uno de los factores más interesantes corresponde a la importancia que le adjudica el usuario al reconocimiento de la negligencia por parte de los profesionales, ya que se considera como un derecho el ser atendidos de forma adecuada, por lo tanto al no existir un reconocimiento por parte de los profesionales médicos éste derecho se considera vulnerado.

➤ Como se mencionaba anteriormente, la responsabilidad frente a los actos o palabras no se encuentra sujeta solamente a los funcionarios, sino además se considera de gran importancia el deber de los usuarios frente a este elemento. Es así como por ejemplo se vislumbra la necesidad de aportar a la agilización del sistema a través de un compromiso mayor por parte del usuario, donde se avisen con anticipación las inasistencias y se respete el horario de visita, situación que no ocurre dentro del hospital, lo cual entorpece una atención expedita.

Se denota un usuario empoderado consiente y conocedor de sus derechos, sin embargo existe un vacío respecto de los deberes de éstos y de la responsabilidad que conlleva su condición, por lo cual cuando el concepto de cortesía hace alusión a la responsabilidad, también quiere decir que el usuario es un agente activo el cual debe responder frente a los beneficios que el hospital entrega.

➤ En cuanto a las peculiaridades que arroja este punto se encuentra la incoherencia que presentan algunos discursos de usuarios, en los cuales se señala que el trato que reciben en el hospital es adecuado, sin embargo al transcurrir la entrevista comienzan a aportar datos sobre la realidad y los malos tratos o discriminación de las cuales han sido víctimas, lo cual muestra que el usuario se encuentra con una visión poco clara y confundida respecto de lo que verdaderamente y en base a teoría corresponde a un trato amable y cortes, conformándose con tratos pocos cordiales o escasa comunicación.

3.2.4. CUADRO N° 11, PRIVACIDAD

Privacidad:

La privacidad corresponde al cuidado que se le otorga a la información, la confidencialidad entregada con los usuarios enfermos de VIH-SIDA. Y el cuidado otorgado con la intimidad de los usuarios.

➤ Usuarios no respetan privacidad

"...hay muchos de los pacientes que preguntan cosas que no deberían estar uno encima de otro como están para que haya privacidad en la relación..." E.F.F 26

➤ Si bien la privacidad es un derecho que se considera importante dentro de la atención en salud, es posible afirmar mediante observación investigadora y mediante entrevistas que los usuarios no prestan mayor interés o respeto por proteger su privacidad. Esto se ve reflejado en los atochamientos producidos al momento de la entrega de datos o de realizar alguna consulta al funcionario en lugares inapropiados, tales como pasillos. Además de interrumpir la atención de otro usuario con preguntas o dudas, lo que entorpece la atención y provoca que esta sea más lenta y que generen conflictos en la relación.

4. EJE PARTICIPACION SOCIAL.

Para el cumplimiento del segundo objetivo específico, se identificará y analizará las instancias participativas al interior del hospital.

CUADRO N° 12.

Identificar las instancias de participación comunitaria y la percepción que usuarios y funcionarios tienen de ella.

La participación social emerge por la necesidad de las personas de buscar soluciones a los problemas que les aquejan y transformar el entorno en "algo" favorable para ellas.

La participación se materializa mediante las acciones que se realicen para acercarse a la comunidad y por el grado de acercamiento de la comunidad a estas iniciativas.

Lo que se pretende llevar a cabo a continuación, es conocer las instancias de participación comunitaria y la percepción que usuarios y funcionarios tienen de ellas. Para la consecución de tal objetivo, fue necesario revisar la documentación con la que cuenta el hospital, constatando la intención de los equipos de trabajo de incluir a la comunidad en las decisiones respecto de su salud y de considerar las sugerencias que emanen de ella, además de validar el discurso de usuarios y funcionarios.

Como señala la Organización Mundial de la Salud, de la participación dependerá lograr capturar a cabalidad las necesidades de la comunidad y proponer una posición viable frente a la misma.

4.1. PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL

La participación, es uno de los pilares fundamentales en el desarrollo de la salud, la aceptación de los objetivos que se propongan dependerá del grado de participación, autogestión, responsabilidad e iniciativa en la solución de los problemas de salud, propios de la comunidad.

CUADRO Nº 13, PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL.

"La participación social en salud se concibe como la instancia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud, es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud".³⁵

► Se concibe la participación social como una instancia de retroalimentación entre la comunidad y el hospital respecto al proceder en la entrega de los servicios. La participación se percibe como un medio donde la comunidad se hace parte de las decisiones en salud (concordancia con lo teóricamente expuesto) y ejerce sus derechos como ciudadanos.

"la participación social se concibe un medio donde los usuarios participan de las decisiones de salud... que puedan conocer la gestión, evaluar la gestión, que puedan retroalimentar a la institución también de las formas como se está entregando el servicio, cuales son las fallas, donde están los puntos críticos y cuales debieran ser las soluciones..." (Entrevista Unidad de Participación)

"la participación es un puente de comunicación permanente para escucharse, para proponer ideas... en el fondo tiene que ver con cómo se ejerce la ciudadanía" (Entrevista Unidad de Participación)

En la práctica se evidencia un manejo conceptual de lo que es la participación social fuertemente ligado a la definición dada por el ministerio de salud, lo que se complementa en la práctica mediante procesos de retroalimentación que se ven reflejados en el impulso de instancias de participación para usuarios, con fines de mejoramiento de los servicios y como un medio viable para acercar el hospital a la comunidad, de modo que sea posible fundamentar las acciones que se realicen al interior de este.

4.1.1. INSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN DE USUARIOS

Desde lo teóricamente establecido en las líneas de participación social en salud del ministerio y la subsecretaría de redes asistenciales, las instancias de participación buscan el fortalecimiento y desburocratización de los Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos u otros, que fueron creadas con el objeto de facilitar el control social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios. Es así como desde la práctica se visualiza:

CUADRO Nº 14, INSTANCIAS PARTICIPATIVAS DE USUARIOS.

³⁵ Organización Mundial de la Salud, 1990. *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: OMS.

Inclusión de los usuarios en el mejoramiento de la organización por medio de instancias participativas de carácter comunitario:

- ▶ Consejo Consultivo.
- ▶ Consejo de Desarrollo Local.
- ▶ Otras instancias de participación sin fines de lucro.

Los consejos se constituyen al interior del hospital como un espacio de participación que permite el dialogo e intercambio de información entre los trabajadores de los establecimientos de salud, sus directivos y los usuarios. De lo anterior es posible señalar que el Hospital Carlos Van Buren ha contemplado instancias de participación pública representativa, específicamente en lo que hace referencia al fortalecimiento de la sociedad civil y de los sistemas de información ciudadana.

La teoría señala que aquellas medidas que permitan la incorporación del individuo, permite hacer públicas aquellas medidas que son consideradas estrictamente privadas, este enfoque destaca la importancia de la corresponsabilidad entre el hospital y el ciudadano o comunidad, dándole al primero un carácter de facilitador, no paternalista, y requiriendo del segundo la participación activa en la resolución de sus problemas.

Es así como las acciones realizadas por el hospital, permite inducir cambios fundamentados en las necesidades que visualizan los miembros de los consejos los que se encuentran constituidos por una amplia red como lo son, los representantes de la Cámara de Comercio, de la Fundación Homero que tiene que ver con discapacitados visuales, representantes de las juntas de vecinos, del Ejercito de Salvación, de Consejos Locales de Salud, un representante de los alcohólicos anónimos, del sindicato de suplementeros y personas pertenecientes a voluntariados.

En relación a lo anteriormente expuesto, se visualiza en la práctica ausencia de participación de agrupaciones juveniles, por lo que como medida para revertir la situación y en un intento por ampliar aún más la red que conforma los consejos, durante el segundo semestre del presente año, como plan estratégico se vinculo al Hospital con la Universidad de Valparaíso, donde los alumnos realizan la tarea de vincular el hospital con instituciones sociales lo que visualiza en un futuro una mayor representatividad a nivel comunal en las decisiones que en torno a la salud se tomen.

Respecto al plan de acción o de trabajo establecido para mejorar la entrega de los servicios, se evidencia por medio del discurso institucional representado por la Asistente Social señorita Carolina Villegas, encargada de la participación social que:

"los consejos en este momento se encuentran en una etapa de fortalecimiento, por tanto los planes de trabajo que se establecen a principio de año van cambiando en virtud de la contingencia..."

La etapa de fortalecimiento a la que se hace referencia es fundamental para el ejercicio ciudadano de la participación en la formulación, implementación y evaluación de los planes de mejora del establecimiento de salud.

4.1.2. PROCESOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS

Esta instancia permite transparentar la información en salud y las acciones de gestión pública, acción que en la práctica es ejecutada una vez al año, permite así que la comunidad tome conocimiento de los avances realizados, de las tareas pendientes a ser consideradas en los próximos planes de mejoramiento.

4.1.3. PARTICIPACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD

El Hospital Carlos Van Buren ha tenido un cambio de paradigma desde un modelo biomédico a un modelo biosicosocial, este cambio es entendido desde la teoría como la consecución del hombre como un todo, considerando mas allá de su enfermedad, también su medio social, económico, cultural y ambiental.

Desde la práctica por tanto las instancias adoptadas donde el usuario se hace parte de las decisiones de salud, son percibidas de manera positiva, pues les permite conocer las necesidades sentidas de las personas, sin embargo, en el proceso de atención hay consideraciones que deben ser señaladas porque interfieren este cambio de enfoque y que se encuentran arraigadas a la cultura hospitalaria, lo que se expresa en el discurso de las personas.

CUADRO N° 15 FRAGMENTOS.

"es que ellos no se ponen en nuestro lugar, uno es mas de piel, uno también tiene problemas..."

"a veces el doctor no llega y las personas se tienen que ir, pierden la hora y la plata..."

Lo expuesto evidencia en la práctica, deficiencias en el ejercicio de la atención, algo que vinculado al trato implica percances en la relación usuario funcionario, sin embargo, el progreso paulatino y el fortalecimiento del que se hizo anteriormente referencia, permitirá seguir avanzando en temas de gestión pública y de calidad, este último concepto aún no se inserta en el discurso institucional.

Frente a estas deficiencias el rol del asistente social radica en empoderar a la comunidad para facilitar e incentivar su pertenencia a las instancias de participación, y que esta participación sea activa, es decir, que se opine, que se discuta que se haga notar la

persona y no solamente asistir a las instancias de participación, ya que solo de esta forma es posible conocer los problemas de la atención, de otro modo solo se conocen "algunos", y la representación se torna mínima, por lo demás, es importante señalar, que el rol de asistente social debe ser activista y no intervencionista, pues al intervenir se limita el poder de toma de decisiones de las personas (visión institucional).

4.1.4. CUADRO Nº 16, PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

Tienen como objeto permitir a la población el acceso a las decisiones sobre su salud, mediante un espacio de cogestión, donde la comunidad, el Municipio y el Servicio de Salud deciden juntos parte de las inversiones, buscando democratizar y hacer más transparente la gestión sanitaria.

► Durante el 2009 se incorpora el sistema de presupuestos participativos como experiencia piloto, para la repartición de los fondos del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

"estamos trabajando con presupuestos participativos que es una propuesta piloto, donde la comunidad decide en que se va a usar parte del dinero del Servicio de Salud, hay 17 millones para Valparaíso y la decisión que tomaron... fue repartirse 1 millón a cada institución..."

El Servicio de Salud de Talcahuano es uno de los pioneros en incorporar a sus prácticas la implementación de los presupuestos participativos, y ha sido calificado como un referente en los avances de salud a nivel ministerial, es así, como en la realidad hospitalaria del hospital Carlos Van Buren, esta instancia permitió a los usuarios presentar sus proyectos para la utilización de los recursos adjudicados, entre los que figuraban, la compra de jarros y utensilios para los hospitalizados, debido a que es una necesidad que en la actualidad debe ser satisfecha por los familiares. La simpleza de los proyectos refleja la organización de la comunidad de trabajar en torno a sus problemas de salud, los que solo pueden ser visualizados por ellos, ya que son los agentes involucrados directamente en los procesos de atención.

4.1.5. OFICINA DE INFORMACIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS (OIRS)

La OIRS a partir del 2007 paso a llamarse **Unidad de Atención a las Personas** y funciona como una instancia de participación comunitaria y de control social, otorgando a la ciudadanía la oportunidad de expresarse frente a la atención recibida en temas relacionados con:

- Información
- Competencia Técnica
- Infraestructura
- Tiempo de Espera
- Auge o GES
- Trato
- Probidad Administrativa
- Procedimientos Administrativos

► Principios

"El equipo de Salud, con el liderazgo efectivo de sus directivos, se compromete en Centrar la atención en el usuario, estableciendo como práctica diaria la satisfacción de sus necesidades

considerando en ello la participación tanto del usuario interno como externo, como una herramienta de gestión”.

► **Objetivos Generales**

1.- Satisfacer las necesidades psicológicas, sociales y /o físicas de los usuarios, usualmente no consideradas, que resultan de adquirir la condición de paciente, de familiar y /o amigo del mismo, complementado de esta manera, la atención clínica y administrativa tradicional del Hospital.

2.- Crear canales de comunicación efectivos y afectivos entre el usuario y el Hospital.

3.- Colaborar con los directivos del establecimiento en la detección de problemas y en la búsqueda de soluciones.

► **Dependencia**

Corresponde a la U.A.P. depender directamente del nivel de mayor jerarquía, vale decir, del Director del Hospital, ya que sus funciones atraviesan horizontalmente a la organización.

4.2. GRADO DE PARTICIPACIÓN Y AUTOGESTIÓN

En relación al grado de participación y a su influencia en la autogestión se evidencia:

CUADRO N° 17.

Concepto	Características	Fragmentos
Grado de Participación	Desde el discurso institucional, las personas hacen uso de la Unidad de Atención a las Personas, sin embargo, las cifras o estadísticas que se manejan denotan que el grado de participación no es representativo en relación a la población usuaria.	<i>“... la gente prácticamente no reclama, no felicita, no nada... sabemos que por cada 1 reclamo hay 10 que no se están efectuando, la gente no habla, entonces ves tú... cómo podemos mejorar, hay una población o público cautivo y a ella hay que llegar pa` que esto funcione...” (Entrevista de Unidad de Atención a las Personas.)</i>
Autogestión	La opinión de la comunidad que hace uso de la Unidad permite impulsar iniciativas de fortalecimiento y mejoramiento de la labor institucional. Los recursos utilizados son en base al discurso ciudadano.	<i>“La opinión usuaria es enviada a la jefatura involucrada para su investigación, de los resultados que emanen de ella se toman las medidas más adecuadas para el mejoramiento y fortalecimiento de las unidades del hospital, resguardando así la satisfacción usuaria. El encargado de evaluar si las medidas adoptadas son adecuadas o no es la autoridad máxima del hospital, su Director”. (Extracto documentación gestión hospitalaria, HCVB)</i>

La UAP como instancia de participación abierta, ofrece a la comunidad la oportunidad de expresarse y de responsabilizarse de las acciones de salud que le aquejen, otorgando soluciones que desde su percepción contribuirían a mejorar las falencias de la atención, lo que se interrelaciona con la teoría en un intento de fortalecer el dialogo y la sociedad civil, sin embargo, se aprecia en el discurso institucional como la comunidad

usuaria no participa y por tanto, no representa la visión que efectivamente se tiene de las instancias hospitalarias o bien de la atención recibida.

Esto implica que el actuar de los profesionales se fundamente bajo supuestos y percepciones personales de lo que realmente requiere cambios o fortalecerse. En conclusión, las personas no estarían haciendo uso efectivo de esta instancia y por tanto no estaría haciéndose responsable de las acciones que se emprendan en torno a su salud, la iniciativa desde el nivel organizacional se hace presente, sin lograr impactar en la población.

Bajo lo anteriormente señalado, es importante conocer la percepción que se tienen de las medidas de participación que se desarrollan al interior del hospital, para su triangulación y la composición de estrategias que contribuyan a fomentar la participación comunitaria.

CUADRO N° 18.

<p>Ámbito de análisis Uso de las instancias de participación del hospital</p>	<p>Visión desde la práctica La visión que usuarios tienen de la Unidad de Atención a las Personas es negativa, existe el temor a ser discriminado por el hecho de expresar su descontento, ya que dentro del discurso se percibe a la unidad como exclusiva para la recepción de reclamos y no como la oportunidad de felicitar, sugerir o solicitar aspectos propios de la atención. Las felicitaciones se realizan de manera verbal y no de manera formal. Por lo demás, existe un número considerable de personas que no conocen la unidad, desconocen su ubicación y la función que cumple.</p>	<p>Evidencia <i>"La verdad que no acudo... porque al final no saca nada, es reclamar al viento y eso da rabia, impotencia... así que al final me preocupo de que a mi familiar no le ocurra nada..." E.U. F: 13</i> <i>"... Eh... los agradecimientos si los hemos dado, las dificultades no porque uno siempre tiene temor, como tiene a su familiar acá uno tiene temor de quejarse por temor a que los traten mal..." E.U. F:14</i> <i>... "dónde queda... ¿pero me sirve de algo hacerlo?... E.U. F: 23</i></p>
---	--	--

CUADRO N° 19.

<p>Ámbito de análisis Uso de participación del hospital</p>	<p>Visión desde la práctica La UAP, desde el discurso no es una instancia para la comunidad hospitalaria en general, es decir, usuarios y funcionarios. Lo anterior radica en un descontento por parte de los profesionales frente un sentimiento de desprotección ante los problemas que emergen de sus relaciones (generalmente por agresiones). Percibir su trabajo como un negocio donde el cliente tiene la razón incrementa la situación anteriormente señalada, por</p>	<p>Evidencia <i>"necesitamos tener el derecho a una ley de protección, así como los pacientes tienen su instancia que es la UAP nosotros también necesitamos... y no hay, entonces quien nos protege" E.U, n°03</i> <i>"acá los funcionarios no tenemos una instancia que nos proteja, o sea solo lo que indica los estatutos, pero no hay una unidad como la UAP para funcionarios... y claro, el cliente siempre tiene la razón, entonces el funcionario</i></p>
---	---	---

lo que reiteradamente (aspecto saturado temáticamente) solicitan una unidad que los ampare en el ejercicio de sus labores.

Otra apreciación respecto de la instancia expuesta a análisis, es la desconfianza frente a las medidas que la UAP debiera tomar, señalando que los reclamos quedan en la impunidad por temor a desprestigiar la imagen del hospital y de su representante máximo, lo que impide mejoras en el personal y por tanto, la percepción negativa de los usuarios perpetuaría en el tiempo al no presenciar cambios.

que se joda, nadie lo defiende ante agresiones porque jefatura siempre llega tarde... es eee no se, nadie te defiende la verdad" E.U. F: 04

"...La función de la UAP es nula, o sea yo se que la gente pone reclamos a funcionarios y esos se acumulan y no pasa nada, acá no despiden, porque al director le preocupa más no salir en la tele que no lo vayan a echar que mantener las cosas bien, nadie adopta medidas y olvídase si es con gente conflictiva, nooo tu creí que alguien hace algo, no eso es cuento..." E.F.

(privada)

El nuevo modelo de salud con enfoque integral ha venido a cambiar la concepción de las relaciones de usuarios y funcionarios, las decisiones que a salud se refieren prescinden de la participación comunitaria en el desarrollo de un sistema de salud eficiente al servicio de las personas, que contemple las aspiraciones gubernamentales y la de los usuarios.

En este contexto de salud, cada vez con un grado de influencia mayor en los hábitos y conductas de las personas, es necesario que ellos tomen conciencia, se empoderen y se comprometan en el cuidado de su salud. La participación cumple un papel determinante en la construcción de mecanismos de control social, además, una participación organizada concluye con un adecuado uso de los recursos y por ende, una mayor satisfacción de necesidades.

Desde este punto de vista, la visión institucional, la visión de los usuarios y de los funcionarios respecto a las instancias de participación comunitaria impulsadas por el Hospital Carlos Van Buren, denotan un progreso paulatino por una parte y por otra, un descontento social que no es permeable a las acciones de fortalecimiento que se puedan emprender.

Los usuarios demandan mejoras en relación al trato, su visión respecto a las instancias de participación carece de fundamentos debido a la falta de información que entrega el hospital, por otro lado, funcionarios demandan mayor protección frente a situaciones de conflicto, o que si bien esta establecido en los estatutos del hospital, en la práctica no hay quien se cerciore de su cumplimiento.

Estas situaciones requieren de estudios constantes de satisfacción usuaria y por ende de satisfacción laboral, ya que ambos grupos son los protagonistas del sistema de atención en salud, una unidad encargada de esta área, con profesionales de las ciencias sociales, puede resultar ser un gran paso en cuanto a investigaciones y planes de mejoras de la atención en salud, lo que beneficiaría a usuarios y funcionarios y por tanto, los aspectos biosociales del hombre, a fin de humanizar el trato y avanzar en temas de mejoras y reformas institucionales.

4.3. CARACTERÍSTICAS DE LA PARTICIPACIÓN

En conclusión, las principales características de la participación al interior del hospital serían:

CUADRO N° 20.

Activa	Intervención de la comunidad en las fases de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud. A mayor poder de influencia en las decisiones de salud, mayor eficacia, equidad y democratización del servicios.
Consciente	Las personas toman conciencia de los problemas de salud para generar soluciones eficaces en beneficio de la población.
Responsable	La comunidad se compromete y decide de acuerdo al grado de responsabilidad que adquiera de las soluciones que en torno a la salud se tomen.
Voluntaria	La participación es de carácter voluntaria, quienes deciden hacerlo ingresan a un grupo donde su autonomía y desarrollo se valida por el entorno.
Organizada	La comunidad tiene sus formas de organización, su voz y actuar son independientes en relación al servicio de salud.
Perdurable y continua	Los problemas de salud detectados por la comunidad requieren de soluciones sostenidas en el tiempo, y no de acciones temporales o respuestas a tensiones coyunturales que impliquen volver a movilizar recursos, reiniciando procesos que se habían dado por finalizados.

La pregunta que asoma es ¿Cuánto es la brecha entre estas características y la realidad del hospital? Aquello es posible responderse dando lectura al análisis que se ha realizado en los anteriores ítems del seminario, que sin duda tiene características muy débiles por ejemplo: conciencia de las personas en salud y responsabilidad, como otras en proceso de reforzamiento como por ejemplo: participación activa, organizada, perdurable y continua.

Es así que, para obtener una participación social con las características ideales, es de importancia delimitar que la responsabilidad para que esto sea posible es de toda la comunidad, y aun más del hospital, ya que este en su plan estratégico, y por ende parte de sus actividades y recursos deben estar destinados a la concreción de estas cualidades. Dando las pautas para obtener una intervención *activa* y democrática de la comunidad. Que las personas tomen *consciencia* interna de los problemas de salud y del hospital. Que sean *responsables* en la medida justa en entregar soluciones y de cuidar el otorgamiento de un ambiente saludable al interior del hospital. La participación debe ser *voluntaria* y promovida a la vez, intentando entusiasmar constantemente a las personas naturales a tomar decisiones otorgándoles importancia, a través de la expresión de sus opiniones, etc. y no solamente de usuarios que poseen cargos vecinales de dirigentes. Por su parte, la participación social debe tener instancias *organizadas* para personas que pueden y quieren inmiscuirse aun más en las actividades del hospital. Y por último, los productos, actividades y problemas contemplados por la comunidad deben tener soluciones concretas y *perdurables*, que reflejen el logro de usuarios y funcionarios organizados en pro de mejorar las condiciones del hospital, obteniendo la participación continua a través de estas incitaciones.

5. EJE TEMÁTICO DE DERECHOS Y DEBERES EN SALUD

Para dar cumplimiento del tercer objetivo específico, se identifican y clasifican los derechos y deberes de usuarios y funcionarios presentes en el discurso de la comunidad hospitalaria y presentes en el boletín 27272-11 junto al estatuto administrativo.

CUADRO N° 21.

Identificar y clasificar los derechos y deberes presentes en el discurso de usuarios y funcionarios, en relación al boletín 2727-11 y el estatuto administrativo.

5.1. EL BOLETÍN 2727-11

De los derechos y deberes de las personas en salud, pone en el tapete la necesidad de legislar sobre el presente tema, es por eso que el seminario que se suscribe refuerza el contenido de este boletín. Considerando pertinente incorporar al análisis los derechos y deberes en la relación usuario -funcionario que permiten jerarquizar aquellos aspectos que serán establecidos en el Hospital Carlos Van Buren de manera general y específica en el ejercicio de una potestad pública.

Frente a los derechos genéricos que se destacan en el boletín se insta a los establecimientos que elaboran su carta de Derechos y Deberes en salud a incorporar un mínimo de siete derechos que las personas deben tener las cuales son:

- Acceso a acciones de salud
- Trato digno
- Compañía y atención espiritual
- Efectuar consultas y reclamos

- Información
- Reserva de la información contenida en la ficha clínica
(privacidad)
- Consentimiento informado

Aquellos derechos determinados como generales para la construcción de una carta, son posibles de ampliar con la realidad específica de cada establecimiento. Frente a esto, el presente seminario ahonda en los derechos al trato digno, a efectuar consultas y reclamos, a la información y reserva de esta contenida en la ficha clínica, dejando en menor protagonismo debido a las características de los instrumentos utilizados el derecho al acceso a acciones de salud, compañía y atención espiritual, y consentimiento informado, sin embargo, es posible hacer referencia a estos ítems debido a la multiplicidad de información recabada. Además es posible incorporar en el análisis experiencias y prácticas que refieren a contradicciones, incoherencias y peculiaridades que constituyen un nuevo acervo de conocimiento, complementario para los contenidos trabajados en el marco de referencia, contribuyendo en la elaboración de los derechos específicos apegados a la realidad del Hospital Carlos Van Buren.

Por su parte, es posible hacer referencia a los deberes que este boletín 2727-11 establece para el usuario, teniendo conciencia que este colectivo en gran parte es responsable de la atención en salud, los cuales se configuran en:

- Colaborar para dar un ambiente saludable
- Informarse
- Dar información completa y veraz
- Cumplir preceptos generales sanitarios

De los cuales se ahondan en el deber de colaborar con un ambiente saludable, el deber de informarse, a dar una información completa y veraz, que obtuvieron mayor información para su análisis, no así el deber de cumplir con los preceptos generales sanitarios que no se profundizaron en mayor medida.

Por su parte, se dividirá el análisis en cuatro partes remitiéndose a: derechos de usuarios, derechos de funcionarios, deberes de usuarios y deberes de funcionarios todo en el marco de la humanización del trato.

5.1.1. Derecho de los Usuarios en Salud

Comenzando el análisis respecto a los derechos y deberes de las personas en salud, los referentes que emanan del boletín 2727-11 entregan una base mínima y adecuada para regular las relaciones e interacciones que se dan entre usuarios y funcionarios, estableciendo la cuota de responsabilidad necesaria que cada persona tiene para obtener un ambiente saludable al interior de cada establecimiento de salud. Sin embargo, es posible evidenciar emergentes que constituyen tanto la especificidad de los derechos al interior del Hospital Carlos Van Buren, como problemas salientes que necesitan consideración adelantada para prevenir aquellas problemáticas.

A. CUADRO Nº 22, DERECHO A ACCIONES EN SALUD

Acceso a acciones de salud:	▶ Sin discriminación por	<i>"No hay tratos discriminatorios ni en</i>
------------------------------------	--------------------------	--

<p>Hace referencia a la prestación de salud sin discriminación de ningún tipo por parte de los profesionales del hospital. Además se rescata la prioridad en la atención de personas discapacitadas física y mentalmente, y otras que se establezcan convenientes.</p>	<p>parte de funcionarios en el acceso de atención, pero excepcionalmente se evidencian discriminaciones ocultas, respecto a la apariencia física de los usuarios.</p> <p>► Descontento por la prioridad en la atención en salud establecida y ejecutada por el personal.</p>	<p><i>funcionarios ni en usuarios, estos últimos escuchan atentamente y responden sus preguntas" Obs.p.7</i></p> <p><i>"Se puede escuchar a funcionarias hablar despectivamente de un recién nacido diciendo..."parece una laucha con los ojos desorbitados y flaco"..." Obs.p.12</i></p> <p><i>"...como tu andis vestido te tratan" E.U.F:37</i></p> <p><i>"...dejar la amistad de un lado, porque aquí se ve mucho pituto...aquí muchos funcionarios que conocen a algunas personas y llegan y las dejan pasar primero</i></p>
--	--	--

El derecho al acceso a acciones en salud no es nombrado por los usuarios, debido a que generalmente no existe discriminación en las interacciones entre usuarios y funcionarios, respecto al color de piel de las personas, opinión política, género, etc. Sin embargo este colectivo no coincide en entregar prioridad de atención a indigentes, y reos debido a la poca urgencia médica que presentan aquellas personas en comparación con otras que si se encuentran con mayor gravedad en la sala de espera. A esto, se demuestra en forma reiterada sobre la existencia de preferencias a las amistades y familiares de los funcionarios que trabajan al interior del hospital en la atención en salud, por sobre las personas con más gravedad y las que están esperando hace varias horas antes.

"me he percatado que a los indigentes lo atienden antes para que se vayan al tiro, igual que a los reos, a veces viene gente con mucha urgencia y viene un reo sólo a constatar lesiones y es el primero en la atención...yo he visto aquí a personas que han estado muriendo y los dejan de lado para atender" E.U.F:19.

B. CUADRO Nº 23, TRATO DIGNO

<p>Trato digno: Derecho a un trato digno y respetuoso por los profesionales de salud en cualquier momento y/o circunstancias, evidenciados en el empleo de un lenguaje adecuado y comprensible, normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, respetando la privacidad y pudor de las personas.</p>	<p>► Preponderancia de opiniones de los usuarios respecto al mejoramiento del trato de los profesionales que atienden al interior del hospital.</p>	<p><i>"capacitaciones a los trabajadores porque por ahí es por donde hay que partir creo yo" E.U.F:10</i></p>
--	---	---

Uno de los derechos reflejados en los referentes y que poseen saturación en la práctica es el buen trato, el cual se traduce en conductas de respeto entre funcionarios hacia usuarios y entre ellos mismos, ya que es posible contar con testimonios que hablan de que el personal de salud responder mal, sin preocuparse de realizar conductas amables como saludar o mirar a la cara, sin embargo no se evidencian en las observaciones y los

testimonios dados insultos por parte de los funcionarios, además se observa que usuarios tienen altercados con otros usuarios, donde si están presente las groserías y las falta de respeto, no habiendo una colaboración para un ambiente ameno en salud.

C. CUADRO Nº 24, COMPAÑÍA Y ATENCIÓN ESPIRITUAL.

Compañía y atención

espiritual: Facilitar el acceso a parientes y/o amigos del hospitalizado, así como también la posibilidad de tener acompañamiento espiritual.

- ▶ Acceso permanente de parientes y personas cercanas a los hospitalizados.

"Y la idea del hospital amigo que ayuden a cuidar a sus parientes, son sus familias, su gente. Yo creo que en este servicio debería pasar un poquito más porque hay gente que se queda y ayuda bastante..." E.F.F:65

- ▶ Facilidad desorganizada en el acompañamiento espiritual.

"ellos dicen soy el pastor, pero llegan a cualquier hora y si quieren paz espiritual lo mejor es que lo hagan cuando los familiares se vayan para estar tranquilos conversando" E.F.F: 03

En relación al acceso de parientes a las visitas, funcionarios señalan en diversas ocasiones el descontento que tienen por no tener una regularización eficaz sobre el ingreso de visitas, provocando cierto estrés en el funcionario, situaciones como: no cuidar el equipamiento del servicio, no respetar la privacidad de las personas en las salas comunes de hospitalizados, preguntar las mismas cosas para el mismo usuario, etc. desgasta la labor del funcionario, sintiéndose sobre pasado por las exigencias de los visitantes. Para las personas hospitalizadas, la presencia de las visitas en ocasiones es incómoda, sobre todo en unidades como "maternidad", donde la privacidad y el pudor se ve pasado a llevar, exponiendo sus acciones a personas que no son conocidas para ellas, por lo que se solicita mayor control en los accesos con el fin de velar por la comodidad de sus usuarios.

Respecto al derecho del acompañamiento espiritual al interior del hospital, se señala que esta modalidad forma parte de los lineamientos a la protección de los derechos y la humanización del trato. En la realidad práctica, el acompañamiento espiritual es solicitado por las personas hospitalizadas o por sus familiares, sin embargo este tipo de compañía no está organizada, pues se provocan descoordinaciones entre los horarios de visita de familiares y regulación en los horarios de visitas espirituales, esto se ve traducido en atochamientos en los horarios de visita porque además de contar con la presencia de parientes, amigos, conocidos se agrega otra persona que brinda este apoyo espiritual, lo cual no contribuye a lograr los objetivos del hospital para con la persona, o sea, estar tranquilo, proporcionarse de un ambiente saludable, que visitas se conviertan en personas activas para el cuidado del enfermo, y por último tampoco se consigue la misión que las personas que brindan compañía espiritual se imponen, entregar un consuelo y una respuesta más allá de lo físico o científico sino que un alivio y una sanación mental y espiritual.

D. CUADRO Nº 25, EFECTUAR CONSULTAS Y RECLAMOS:

Efectuar consultas y reclamos: Es posible que usuarios tengan la posibilidad de efectuar reclamos y

- ▶ Inconurrencia de usuarios a los lugares formales de solicitudes ciudadanas (UAP),

"...si tengo un problema con un trabajador, se lo digo y se soluciona acá" E.U.F:21

consultas sobre sus atenciones en salud, así como también manifestar sus opiniones respecto al trato recibido de manera escrita o personalmente.

realizando sus opiniones de manera informal y directa al personal, además de falta de conocimiento respecto a las instancias que apoyan estas gestiones.

Otro derecho que concilia la realidad con el referente, es el derecho a efectuar consultas y reclamos, ya que de manera reiterada se evidencia que usuarios no conocen aquella instancia del hospital llamada UAP que acoge las opiniones respecto al trato recibido, además de manera general aquel colectivo no concurre a colocar sus opiniones o solicitudes por escrito y de manera formal, si no que se expresan de manera directa y verbal, y por lo tanto el derecho a ser escuchado y a tener expresión se repite en varias ocasiones, en razón de que se utiliza en la práctica aquel canal de comunicación de manera más frecuente pudiendo ser regulada aquella instancia.

E. CUADRO Nº 26, INFORMACIÓN

Información: El derecho a la obtención de información ya sea verbal, visual o por escrito en forma oportuna y comprensible respecto a los asuntos de su propia salud y las prestaciones que otorga el hospital. Haciendo referencia además que cada funcionario se encuentre debidamente identificado así como también la función que desempeña.

- ▶ Usuarios en su mayoría desinformados de los procesos y los lugares donde concurrir, entre otros aspectos. Además de no obtener siempre una respuesta amable y clara por parte del funcionario respecto a las interrogantes que les aquejan.
- ▶ Usuarios no saben el nombre del doctor o profesional que los atendió, sólo usuarios crónicos tienen esa individualización del personal.
- ▶ Funcionarios de más años de servicio no poseen identificación, funcionarios jóvenes en su gran mayoría con distintivo.

"...a veces me dicen a medias además que uno no entiende nada, que me hablaran bien en español...porque...hablan en términos médicos...ellos deberían bajarse al nivel del paciente..." E.U.F:31

"siempre dicen...no, el doctor está saliendo" nadie da la historia completa" E.U.F:19

"no conozco a ningún médico, aquí siempre van rotando rotando" E.U.F:36

"si de los años que llevo atendiéndome conozco a la mayoría" E.U.F:12

"funcionarios mayores no utilizan distintivo, funcionarios jóvenes en su totalidad utilizan distintivo que los identifique" Obs. P.1

De manera menos frecuente, pero igualmente nombrada es el derecho a la información, la cual se ve manifestada en que usuarios entregan la información necesaria que el profesional requiere para su atención en salud, sin embargo el colectivo de los funcionarios no proporciona la información que el usuario requiere, provocando lo que aquellos conocen como "peloteo", que significa que las personas se desplazan de un lado

para otro al interior del hospital sin tener la certeza de saber a qué unidad y con qué profesional acudir, además de no siempre obtener una respuesta amable por parte del funcionario a sus interrogantes.

"...te responden mal tu ahora mismo si le vas a preguntar a esa señorita por ese sector te manda a la punta del cerro y si te responde te va a responder de malas maneras" E.U.F:37

De manera peculiar y posiblemente sea una de las causas de la conducta descrita en el párrafo anterior, se menciona cierta vergüenza de los usuarios para pedir información, lo cual habla de una parte del colectivo de usuarios que se auto margina de la información que el hospital pueda estar otorgando, lo cual debe ser tratado por los profesionales pertinentes. Por su parte, se observa en la práctica que funcionarios de más años de trabajo no poseen distintivo que los identifique como miembro de un equipo que trabaja por la salud de las personas, sin embargo esto es posible de corroborar en los funcionarios más jóvenes, los cuales se identifican adecuadamente.

F. CUADRO Nº 27, RESERVA DE INFORMACIÓN CONTENIDA EN FICHAS CLÍNICAS

Reserva de la información contenida en la ficha clínica:

Será considerado como un documento con datos sensibles, por tanto debe ser manipulada por el prestador de salud, y a petición del usuario también puede ser manejada por este.

► Cierta parte de los funcionarios da cuidado especial a las fichas clínicas, la otra parte no lo realiza por acciones personales y condicionamiento estructural del espacio.

"se observa gran cantidad de fichas clínicas encima del escritorio" Obs.p.2

"en el mesón de atención en general no hay fichas encima y sólo en ocasiones hay fichas médicas que son retiradas prontamente" Obs.p.7

Refiriéndose a la reserva en el contenido de la ficha clínica, aquel instrumento es considerado como un documento con datos sensibles, y que en la práctica no todas las veces es manipulada de esta manera, ya que en varias ocasiones se observa a guardias manipular las fichas y otro tipo de documentos de citación por ejemplo, personal que no está capacitado para hacerse responsable por el manejo físico de la ficha (trasladar la ficha de un lado a otro), siendo posible el extravío de la ficha con este tipo de manipulación, y menos con el manejo respecto al contenido de aquella herramienta de trabajo o de otro papel que debiese ser manejado sólo el personal capacitado para esto.

"en una ocasión un guardia le entrega una ficha clínica a una señora para que hiciera la fila en recaudaciones" Obs.p.8.

También se observa en varias ocasiones fichas encima de los mesones de atención, debido al sistema de orden que el funcionario implementa en su área de trabajo y por las condiciones de infraestructura y equipamiento del hospital, que hace no tener espacio al profesional para salvaguardar las fichas. Sin embargo, aquel aspecto no constituye un

derecho primordial para el usuario, ya que no se manifestó en opinión alguna en este colectivo.

G. CUADRO Nº 28, CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado: Los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa en forma oral y por escrito, siendo posteriormente firmado por la persona o su representante legal. Este proceso deberá llevarse a cabo en forma previa a la realización de los procedimientos o intervenciones, en un lenguaje comprensible para el usuario.

- ▶ En el área administrativa se realizan consentimientos a través de las firmas, sin embargo funcionario no informa de manera previa al usuario.

"funcionaria lo escribe en el libro de procedimientos y lo hace firmar a usuario éste no lee lo que firma y funcionaria tampoco le dice que lo lea primero antes de firmar"

Obs.p.14

Por su parte, el consentimiento informado no pudo ser visto ampliamente debido a utilizar la técnica de observación no participante, a pesar de esto es posible observar que en ocasiones funcionarios hacen firmar a usuarios un cuaderno o una suerte de bitácora, sin corroborar con anterioridad que la persona lea bien lo que está firmando, y el usuario por su parte tampoco lo lee responsablemente. A pesar de esto, para los usuarios no hay mayor jerarquización de este aspecto, pues no es nombrado en ocasión alguna por estos.

H. PRIORIZACIÓN DE DERECHOS EN LA REALIDAD

Finalmente, y adicionando a los referentes existentes en el boletín 2727-11, cabe agregar específicamente el derecho a agilizar más el tiempo de espera, como una verdad profundamente sentida y necesaria, debido a la saturación que aquel aspecto obtuvo en el colectivo de usuarios, y que se considera como un aspecto que mejoraría notablemente el trato, la relación entre usuarios y funcionarios y que contribuiría a mejorar el ambiente saludable al interior del hospital, lo cual obviamente va de la mano con la entrega de más recursos para apalear estas necesidades.

CUADRO Nº 29, PRIORIZACIÓN DE LOS DERECHOS

- | | |
|---|--|
| ▶ Acceso a acciones de salud | ✓ Acceso a acciones de salud, sin prioridad de reos, indigentes y conocidos. |
| ▶ Trato digno | ✓ Trato digno y respetuoso |
| ▶ Compañía y atención espiritual | ✓ Efectuar consultas y reclamos: Derecho a opinar y expresarse. |
| ▶ Efectuar consultas y reclamos | ✓ Información |
| ▶ Información | ✓ Agilizar el tiempo de espera |
| ▶ Reserva de la información contenida en la ficha clínica | |
| ▶ Consentimiento informado | |

En ciertos discursos, es posible evidenciar una desesperanza frente a la expresión de los derechos que usuarios puedan exigir, debido a una visión negativa que se compone de ideas que reflejan la imposibilidad de dirigirse a los cargos más altos para hacer exigibles sus derechos, pensando que todo esfuerzo es infructuoso porque la situación continuará igual, coincidiendo con la teoría de la desesperanza aprendida la cual hace referencia a un déficit emocional y cognitivo en las personas antes de empezar cualquier actividad, ya saben que van a estar mal³⁶. Contradictoriamente se refleja en los instrumentos aplicados que la gran mayoría de las personas de ambos colectivos son capaces de expresar su deseo de que las cosas cambien proponiendo y entregando testimonios que hagan cambiar aquellas situaciones que no son bien aceptadas al interior del hospital.

5.1.2. DEBERES DE LOS USUARIOS EN SALUD

Al igual que en el ítem anterior los deberes establecidos como referentes están referidos en el boletín 2727-11 los cuales se especificarán de acuerdo a la realidad del hospital Carlos Van Buren:

A. CUADRO Nº 30, COLABORAR PARA DAR UN AMBIENTE SALUDABLE

Colaborar para dar un ambiente saludable: Los usuarios deben colaborar con propiciar un ambiente saludable. Además usuario debe contribuir a cuidar su propia salud y la de su familia.

- ▶ Se evidencia una falta de colaboración por parte de los usuarios para propiciar un ambiente saludable.

"porque a veces el sistema colapsa...y la gente comienza a presionar al que está trabajando" E.U.F:20

Comenzando a analizar los deberes que corresponden a los usuarios del Hospital Carlos Van Buren, se señala en los referentes y de manera saturada en la realidad que este colectivo tienen el deber colaborar con un ambiente saludable al interior del hospital, viéndose reflejado en conductas de respeto hacia los funcionarios y entre los mismos usuarios, ya que se señala constantemente que usuarios manifiestan actitudes prepotentes, y agresivas con los profesionales y con el equipamiento del hospital.

"hay algunos que son bien prepotentes, hay que reconocer, el otro día vino un gallo y porque no lo atendían al papá le pegó bien a la puerta..." E.U.F:36.

B. CUADRO Nº 31, INFORMARSE

Informarse: Usuarios deben informarse respecto a las prestaciones, horario de atención, entrega de horas médicas y los programas que ofrece el hospital. Además de informarse respecto a las instancias y procedimientos formales de consultas y reclamos que hay en el interior del hospital.

- ▶ En los usuarios hay desinformación de las prestaciones, horarios y horas médicas del hospital.
- ▶ Usuarios no tienen conocimiento sobre las instancias y procedimientos formales para realizar consultas y/o reclamos.

"En el las observaciones ejecutadas, se denota insuficiente señalización sobre horario o procedimientos, en muchas unidades o servicios."

"O sea nunca he reclamado ni felicitado, pero en el momento uno igual le dice a los doctores "sabe doctor muchas gracias por todo", y cosas así po, uno aprovecha casi siempre cuando está ahí mismo siendo atendida" E.U.F:09

³⁶ www.mat.uv.cl/.../ Peña.X, 2008

Con respecto a la información que debe manejar la población que se atiende en el hospital aquella es paupérrima, ya que en los testimonios revisados se repite constantemente el no saber las instancias exactas donde acudir en caso de hacer consultas y realizar reclamos, no saber la existencia de las unidades de información que posee el hospital, además de transitar de unidad en unidad sin tener la certeza de la información que debe manejar para desplazarse al interior del hospital. Esto dificulta aún más la atención expedita en salud, y por tanto no favorece al ambiente saludable que es deseable obtener, es por esto que concentrar los esfuerzos en dar a conocer a las personas las unidades donde puedan expresarse y ser parte de la dinámica interna del hospital es clave, más sentidamente si consideramos a la población que transita sin mayor familiarización del hospital, concurriendo ocasionalmente a este, y que no tienen mayor conocimiento de los conductos regulares establecidos, no tiene claro las unidades donde asistir, entre otras orientaciones básicas.

C. CUADRO Nº 32, DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y VERAZ

Dar información completa y veraz: Usuarios deben entregar información veraz respecto a su salud, necesidades y otros antecedentes que los profesionales requieran para la atención en salud.

► Usuarios entregan los datos e información necesaria que funcionario le pide para realizar la atención en salud.

"la entrega de información dentro del hospital... yo personalmente la considero buena, existe un buen manejo y se cuida la privacidad, el problema es que somos humanos y siempre existen accidentes y suceden casos en que se pierden las fichas..." E.F.F:68

Aquel aspecto si es realizado en la práctica por el usuario, entregando la mayoría de la información que el profesional requiere, teniendo algunas excepciones de personas que no entregan toda la información necesaria. Aquella situación que el boletín establece como referente mínimo no es señalado por el colectivo de usuarios como un deber que tengan que realizar, por lo tanto en la práctica estos no son sentidos por la población.

D. CUADRO Nº 33, CUMPLIR PRECEPTOS GENERALES SANITARIOS

Cumplir preceptos generales sanitarios: Usuarios tienen el deber de cumplir con normas sanitarias generales comunes a toda la población.

► Funcionarios responsabilizan a consultorios y usuarios por el cumplimiento de las normas sanitarias generales.

"...a todos ellos se les da una charla en su consultorio le explican todo, lo conocen todo pero no acatan nada...no hacen nada de lo que les enseñaron en el consultorio si eso viene de la educación"
E.F.F:09

A nivel de práctica se evidencia como los funcionarios responsabilizan a los consultorios por la educación de la comunidad en las normas sanitarias generales. Por su parte, a nivel de usuarios no es posible constatar en qué manera este colectivo cumple con estos preceptos, la razón radica en que solo ellos tienen conocimiento de las acciones que llevan a cabo en relación al tema.

E. CUADRO Nº 34, CUIDAR EL EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL

Cuidar el equipamiento del hospital: Usuarios deben cuidar y usar responsablemente las instalaciones y los servicios otorgados por el hospital.

▶ De mediana manera usuarios cuidan y usan responsablemente las instalaciones y los servicios que entrega el hospital.

"...el otro día vino un gallo y porque no lo atendían al papá le pegó bien a la puerta..." E.U.F:36.

Frente al deber de cuidar el equipamiento del hospital, aquellos se cumplen de mediana manera, debido a que se menciona que una parte de los usuarios rayan, las paredes y roban las instalaciones del establecimiento, pero esto no constituye un deber que usuario sienta necesario como deber propio. Con respecto a esto, es necesario hacer sentir a la población la responsabilidad por cuidar el equipamiento del establecimiento, pues esto contribuye a obtener prestaciones futuras de mejor calidad para todos.

"...cuidar el servicio porque rayan las paredes roban las cosas..." E.F.F:16

En cuanto a los deberes que se repitieron constantemente, y que constituyeron un sentir de la población usuaria como responsabilidad propia frente a la atención en salud y a contribuir al ambiente saludable al interior del hospital, es el deber de tener *paciencia* para el tiempo de espera, ya sea en el tiempo para esperar a ser atendidos en el momento, la espera para la entrega de horas médicas, realización de exámenes, entrega de resultados, etc. Porque se señala que los usuarios presionan al funcionario en momentos de gran colapso, sin tener la capacidad empática para comprender las condiciones en que profesionales trabajan al interior del hospital.

"porque a veces el sistema colapsa...y la gente comienza a presionar al que está trabajando"
E.U.F:20

F. PRIORIZACIÓN DE DEBERES EN LA REALIDAD

Finalmente el deber que usuarios mencionaron en reiteradas ocasiones, es la puntualidad a las horas de llegada, porque esto constituye un atraso para las personas que esperan, respetan y realizan la fila para la atención.

"...yo creo que respetar el horario de llegada porque llegan a la hora que quieren y cuando uno la necesita no están, si los usuarios yyyy no nunca están de repente le dicen a las tres o las mismas visitas a las una y llegan todos como a las tres cuando ya se tienen que ir nadie se va."

E.U.F: 40

CUADRO Nº 35.

- | | |
|--|---|
| ▶ Colaborar para un ambiente saludable. | ✓ Colaborar para un ambiente saludable. |
| ▶ Informarse | ✓ Paciencia |
| ▶ Dar información completa | ✓ Puntualidad |
| ▶ Cumplir preceptos generales sanitarios | |
| ▶ Cuidar el equipamiento del hospital | |

Es posible evidenciar que usuarios en general no tienen mayor noción de lo que son sus deberes en salud, pues en la mayoría de las ocasiones no inferían sugerencia para este punto, sin embargo es posible ver 3 deberes que constituyen una necesidad sentida de la población como parte responsable del funcionamiento al interior del hospital. Frente a esta poca noción que los usuarios tienen sobre la responsabilidad propia para obtener una mejor atención en salud, dando respuesta a condiciones externas a su gravamen como el locus control externo, y no actitudes internas como el locus control interno, lo cual constituye un área a trabajar importante por los profesionales interesados en dicha área.

5.2. ESTATUTO ADMINISTRATIVO.

Para el análisis de los derechos y deberes de los funcionarios de la comunidad hospitalaria, se hará referencia a la ley 18.834 correspondiente al "Estatuto Administrativo" la cual legisla las relaciones entre el Estado y el personal de los Ministerios, Intendencias, Gobernaciones y de los servicios públicos centralizados y descentralizados creados para el cumplimiento de la función administrativa.

Esta ley establece los derechos y deberes que tiene todo funcionario de instituciones de orden públicas debiera poseer.

Reconociendo los derechos de los funcionarios en relación a la "humanización del trato" para el cumplimiento del objetivo general de este seminario. Se analizarán tales temáticas:

Condiciones laborales analizadas en base a los siguientes referentes:

- ▶ Nivel de estrés.
- ▶ Protección ante agresiones verbales y/o físicas.
- ▶ Descanso laborales.
- ▶ Libre expresión.

Condiciones de la interacción usuario funcionario:

- ▶ Respeto.
- ▶ Recibir la información necesaria completa, de parte de los usuarios.

De forma complementaria se analizará las condiciones laborales en las interacciones de funcionarios administrativos y funcionarios con cargo de jefatura. Para este efecto se revisará:

- ▶ Sistema de remuneraciones.

- ▶ Sistema de calificaciones.
- ▶ Capacidad de ascenso laboral.
- ▶ Capacitaciones.

Correspondiente a los deberes de los funcionarios en salud, el estatuto administrativo legisla respecto a:

Condiciones laborales.

- ▶ Desempeño.
- ▶ Jornadas laborales (utilización del tiempo laboral).
- ▶ Conductas funcionarias acorde a la naturaleza de la labor y la institución.
- ▶ Interés superior por un desempeño público ante el desempeño privado.

Condiciones de la interacción usuario-funcionario.

- ▶ Cortesía y respeto hacia los usuarios.
- ▶ Cumplimiento de roles laborales.
- ▶ Secreto profesional.

5.2.1. DERECHOS DE LOS FUNCIONARIOS EN SALUD.

A. CUADRO Nº 36, CONDICIONES LABORALES

Correspondiente a la seguridad, protección, salud de los trabajadores.

Nivel de estrés: se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos disponibles del sujeto.

De tal modo, los elementos a destacar en la interacción potencialmente estresante son: las variables situacionales y variables individuales del sujeto que se enfrenta a la situación

Estrés relacionado con elementos externos:

- ▶ Se destaca la infraestructura de algunos servicios, como un elemento distractor y estresante hacia los funcionarios.
- ▶ Se declara a nivel de discurso deficiencias en la alimentación otorgada en el hospital.
- ▶ La remuneración se

"A nivel de observación de distintas unidades se encuentran deficitarias en infraestructura, con insuficientes sillas para la comunidad usuaria en espera de la atención, insuficiente iluminación y ventilación." (saturación observaciones)

"Yo tuve problemas de salud en un momento y el doctor me dijo que fue por la alimentación, desde entonces no como más acá" E.F.F:66

"Claro po' si antes yo no estudiaba y podía hacer horas extras, pero ahora que no puedo mi sueldo ha bajado mucho, casi a la mitad" E.F.F:67

"Todo depende de cómo venga el paciente o el familiar que es generalmente más conflictivo, si ellos nos tratan bien

	considera un elemento estresante	<i>nosotros también andamos bien, pero si comienzan con problemas, eso igual nos aqueja, mira tú, mezclar todos nuestros problemas más lo de ellos." E.F.F:66</i>
	Estrés relacionado con elementos internos: ▶ Los problemas personales, influyen en el actuar.	
Protección ante agresiones verbales y/o físicas: Los funcionarios tendrán derecho, además, a ser defendidos y a exigir que la institución a que pertenezcan persiga la responsabilidad civil y criminal de las personas que atenten contra su vida o su integridad corporal.	Protección: ▶ Existe un resguardo de seguridad hacia los funcionarios, a través de guardias o carabineros.	<i>"eso por una parte, cuando hemos sido víctimas de maltrato en general es verbal. Tratando de bajarle el perfil a la situación, tratar de contener al paciente, tratar de calmarlo en general resulta, pero cuando no da resultado se le dice que no se le va a atender con esta agresividad y que vuelva en otro momento." E.F.F:66</i>
Descansos laborales: Existen tres tipos de descansos de carácter obligatorio para los trabajadores. El descanso dentro de la jornada de trabajo que no podrá ser inferior a media hora, para la colación. A la vez, el descanso semanal destinado a la reposición de las fuerzas físicas e intelectuales gastadas tras un período de cinco o seis días laborados. Finalmente, el feriado anual de quince días hábiles	Descansos laborales: ▶ Como un elemento influyente en las interacciones de usuarios y funcionarios es la ejecución de "horas extras" a modo de conseguir mejor remuneración. ▶ Se declara a nivel de discurso, errada distribución del tiempo libre.	<i>"Por lo menos tengo posibilidad de ganar más plata. Trabajo más, pero gano más, (...)el problema es que por mucho que gane la gente, se endeuda más y nunca alcanza" E.F.F:67</i> <i>"no si hay doctores que se van a la escalera de la entrada a fumar en horas que debieran estar trabajando(...) y cuando se van a pabellón, en realidad ESTAN DURMIENDO" E.F.F:62</i>
Libre expresión: es un derecho fundamental o un derecho humano, señalado en el artículo 19º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, y las constituciones de los sistemas democráticos, también lo señalan.	Libre expresión: ▶ Se reconoce el derecho a la libre expresión mediante los derechos humanos, sin embargo laboralmente se limita a los requerimientos de la institución.	<i>"la gente reclama y reclama, pero nosotros no tenemos derecho a reclamarles cuando nos tratan mal" E.F.F:78</i>

Considerando los establecimientos que derivan del estatuto administrativo y los derechos que se reconocen a nivel de funcionarios, se puede señalar el correcto cumplimiento de parte del hospital con cada requisito señalado en la Ley 18.834. Sin embargo, antes de comenzar a analizar los derechos de funcionarios propiamente, se debe señalar que la ley promueve la protección del usuario y otorga a los funcionarios públicos una posición de servicio a favor de este último señalado. De esta forma –a modo general- los derechos establecidos hacia un funcionario están a favor de la otorga de un buen servicio y a favor de los derechos de los usuarios.

Al declarar sobre la **infraestructura del hospital**, se reconoce a través de las observaciones que se contemplaron en este seminario, la escasez de mobiliario para el tiempo de espera de los usuarios. Debido a esto, y a la cultura individualista que se genera en algunos usuarios de la comunidad hospitalaria, funcionarios del hospital deben

preocuparse de discapacitados o adultos mayores que no tienen un lugar donde sentarse a esperar la atención.

Se debe declarar mal estado en paredes, iluminación y ventilación de algunos servicios. Situación que podría generar asedia tanto a nivel de funcionarios como de usuarios.

La alimentación otorgada al interior del hospital se reconoce a modo de discurso como insuficiente, funcionarios establecen insuficiencia del servicio por dos variables:

- **Tiempo:** Existe un escaso tiempo para la alimentación, el servicio tarda un período determinado muchas veces superior al tiempo que funcionarios disponen para alimentarse.
- **Calidad del alimento:** Funcionarios declaran calidad insuficiente de los alimentos otorgados, sin embargo no se pudo confirmar la información debido a la naturaleza de las observaciones ejecutadas en el proceso de levantamiento de información.

Otra problemática detectada en el levantamiento de información, que produce estrés en funcionarios es la remuneración percibida, en comparación con los servicios privados o la atención en salud a nivel primario. Se declara que aún siendo un hospital altamente especializado, un funcionario recibe potencialmente una menor remuneración que en otras instituciones. Sin embargo se reconoce la existencia de beneficios otorgados y una mayor estabilidad laboral.

El estrés laboral, debido a la elevada demanda en salud que sostiene el hospital, a los problemas de índole económicos, de infraestructura de la unidad, etc. es el motivo principal que genera conflictos en la interacción usuarios-funcionarios. Se debe señalar el carácter azaroso que usuarios reconocen en la buena atención, lo que simboliza una buena atención dependiendo del funcionario. De este modo contemplando modificaciones en la calidad laboral en cuanto al estrés de funcionarios, mejoraría el trato hacia los usuarios.

Estableciendo anteriormente que el hospital cuenta con guardias para resguardar la protección de los funcionarios, se debe señalar que mayoritariamente existen agresiones hacia funcionarios de orden verbales, las cuales no se ejecuta ninguna acción en protección del trabajador. Generalmente funcionarios demuestran un alto nivel de empatía ante las situaciones que motivan las agresiones, de modo que mantienen un límite adecuado con usuarios y solucionan o entregan posibles soluciones a la situación.

Se debe señalar el uso excesivo de "horas extras", sobre todo en funcionarios paramédicos a modo de conseguir una remuneración mayor. Con esto se funcionarios no mantienen un nivel de descanso requerido para una oportuna atención. Se declara a nivel de discurso que funcionarios médicos tienen una jornada laboral con tiempos mal administrado, de esta forma tienen descanso en momentos de mucha afluencia o demanda, generando escasez de funcionarios en momentos importantes. Se declara además que los funcionarios de administración o recepción tienen poco tiempo de aviso en caso de la inasistencia de algún médico. De modo que usuarios ya se encuentran esperando cuando se les avisa que no serán atendidos.

La libre expresión al interior del hospital se ve limitada en la otorga de un buen servicio. En casos de maltrato hacia los funcionarios, no existe una instancia de protección hacia los funcionarios donde pongan un reclamo o sugerencia hacia los usuarios. Se reconoce la necesidad de una instancia similar a la UAP en la que funcionarios colaboren con la mejora del servicio y se protejan ante posibles agresiones.

B. CUADRO Nº 37, CONDICIONES DE LA INTERACCIÓN USUARIO-FUNCIONARIO.

<p>Respeto: El respeto en las relaciones interpersonales comienza en el individuo, en el reconocimiento del mismo como entidad única que necesita que se comprenda al otro. Consiste en saber valorar los intereses y necesidades de otro individuo</p>	<p>Respeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Se reconoce a nivel de discurso la entrega de un servicio en salud, sin embargo en la práctica funcionarios exigen igualdad de derechos. 	<p><i>"Los pacientes reconocen solo sus derechos, y demandan, ellos demandan, ¿pero qué pasa con sus deberes? También tienen deberes, si la cosa tiene que ser por igual"</i> E.F.F:74</p>
<p>Información: el funcionario, para su completo y eficaz desempeño tiene el derecho de solicitar toda información necesaria sobre el usuario.</p>	<p>Información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Funcionarios manejan y obtienen la información requerida para una atención en salud ▶ Existen problemas con las fechas en que se realizan exámenes médicos y la fecha que funcionarios médicos la requieran. 	<p><i>"la entrega de información dentro del hospital... yo personalmente la considero buena, existe un buen manejo y se cuida la privacidad, el problema es que somos humanos y siempre existen accidentes y suceden casos en que se pierden las fichas..."</i> E.F.F:68</p> <p><i>"mira esto es complicado, porque cuando viene el paciente y no está la ficha no está el escáner, y ellos se enojan con uno que da la cara, pero el problema es el sistema"</i> E.F.F:69</p>

La igualdad como un elemento fundamental establecido como un derecho y un deber en la convención de los derechos humanos, se presenta dentro del hospital Carlos Van Buren, a través de dos ejes guidores:

En primera instancia se declara la importancia de un acceso a la atención de salud de forma igualitaria, sin importar la condición humana del usuario. Considerando este punto se declara que el sistema de atención en salud presente no condiciona su calidad ni el acceso respecto a factores como las condiciones socioeconómicas, edad, raza, creencia religiosa, etc. Con esto se declara que todos los usuarios tienen acceso a la salud.

Como segundo elemento a analizar en relación a la igualdad, está la exigencia de igualdad en derechos en relación al trato, condición no legislada. Funcionarios entregan un servicio, de este modo los derechos establecidos legalmente no están en igualdad con los derechos de usuarios. Los derechos en relación al trato no se han establecidos como posibles de legislar, debido a la imposibilidad de exigirlos. Para esto se requiere trabajar la empatía de usuarios e imponer los deberes de usuarios en la comunidad hospitalaria.

Debido a la escasez de funcionarios al interior del hospital, se reconoce el retraso con que se entregan algunos exámenes médicos, situación que genera problemas hacia la comunidad hospitalaria y un mayor gasto hacia el hospital. Desde funcionarios y usuarios, durante una atención en salud, un funcionario médico solicita a usuario un examen, sin embargo este documento en algunos servicios requiere un tiempo excesivo, al momento de la nueva atención en salud, usuario no dispone del documento y eso significa pérdida de horas pagadas hacia el funcionario.

C. RELACIÓN FUNCIONARIO Y JEFATURA.

- Sistema de remuneraciones.
- Sistema de calificaciones.
- Capacidad de ascenso laboral.
- Capacitaciones.

Todo funcionario del sistema público en salud, tiene derecho a una remuneración acorde con el cargo y la función que ejerce, Se establece un sistema de calificaciones hacia el funcionario, motivando a base de incentivos el buen quehacer laboral. Situación que repercute directamente en las remuneraciones.

Se declara a nivel de discurso infracciones a la ley, en el caso de la contratación, sin embargo a nivel de análisis se considera como una peculiaridad del levantamiento de información y no se establece medidas decisionales en la creación de propuestas para la humanización del trato.

En relación a las capacitaciones, se reconoce la existencia de capacitaciones de libre acceso a funcionarios que dispongan de tiempo y deseo a participar. A través de las entrevistas no fue posible recolectar información respecto a las capacitaciones efectuadas para ascenso laboral, sin embargo se rectifica la necesidad de capacitaciones orientadas hacia las capacidades tanto comunicacionales, como de trato hacia los usuarios, como un requerimiento desde los funcionarios.

D. PRIORIZACIÓN DE DERECHOS EN LA REALIDAD

Para explicar la importancia que funcionarios atribuyen en los derechos que debieran ser priorizados, se expone un cuadro comparativo. Referente a los derechos establecidos en el estatuto administrativo y los derechos expuestos por los funcionarios en el levantamiento de información:

CUADRO N° 38.

▶ Sistema de remuneraciones.	✓ Sistema de Remuneraciones.
▶ Sistema de calificaciones.	✓ Sistema de calificaciones, relacionado con la posibilidad de un ascenso laboral.
▶ Capacidad de ascenso laboral.	✓ Capacitaciones relacionadas con el trato hacia los usuarios.
▶ Capacitaciones.	✓ Respeto.
▶ Respeto.	✓ Protección ante agresiones.
▶ Recibir la información necesaria completa, de parte de los usuarios.	✓ Entrega de información.
▶ Nivel de estrés.	

- ▶ Protección ante agresiones verbales y/o físicas.
- ▶ Descanso laborales.
- ▶ Libre expresión.

Funcionarios atribuyen gran importancia al sistema de remuneración y al sistema de calificación. Se reconoce el sueldo como un medio para motivar el desempeño, sin embargo se reconocen deficiencias en el sistema de calificación otorgada, se presenta un sistema poco retributivo y poco evaluador, basado principalmente en las opiniones públicas entregadas por usuarios. Se debe señalar ante esto que un gran porcentaje de los usuarios que tienen alguna sugerencia, felicitación o reclamo frente al hospital o hacia un funcionario, no lo declara frente al medio correspondiente, esto debido a ignorancia de las instancias participativas o por falta de interés.

Como segundo eje, funcionarios reconocen la necesidad de mejorar las interacciones entre funcionarios y usuarios, de este modo se declara la necesidad de incorporar un mayor número de capacitaciones relacionadas con el trato. Con esto renovar capacidades comunicacionales, mejorando la entrega de información, el desempeño en general y disminuyendo el nivel de estrés que acarrearán funcionarios, esto producido al disminuir las principales problemáticas formadas con los usuarios.

5.2.2. DEBERES DE FUNCIONARIOS EN SALUD

A. CUADRO Nº 39, CONDICIONES LABORALES:

Desempeño: desempeñar sus funciones regulares, en función de los objetivos institucionales

Desempeño:

- ▶ Se reconoce a nivel de discurso, dualidad en el cumplimiento de objetivos.
- ▶ Se declara a nivel de discurso la existencia de muchas jefaturas, sin embargo la comunicación en el proceder para el cumplimiento de

"el problema es que unos me mandan hacer una cosa y otros otras cosas y no se ponen de acuerdo, al final una queda con el cacho" E.F.F:62

"Ehh muchos jefes y muchos funcionarios en jefatura, y pocos acá, (risas), eso es obvio po' si acá crean puestos. Acá la gente tiene reclamos, trata mal pero se le crean puestos, para que no se vayan." E.F.F:63

	objetivos es escasa.	
<u>Jornadas laborales y utilización del tiempo laboral:</u>	Jornadas Laborales:	
Cumplir la jornada de trabajo y realizar los trabajos extraordinarios que ordene el superior jerárquico, siempre y cuando esta orden sea de carácter legal.	▶ La utilización de la jornada extraordinaria laboral es voluntaria.	
<u>Conductas funcionarias acorde a la naturaleza de la labor y la institución:</u>	Conductas funcionarias:	<i>"El funcionario acá trabaja bien, nos preocupamos de hacer nuestras obligaciones lo mejor posible -con sus excepciones obviamente- pero en general no existe negligencias, yo creo que el mayor problema son los pacientes, o mejor los familiares de algunos pacientes, pero son casos bien aislados" E.F.F:67</i>
actuar a favor de los intereses del Estado o de las instituciones que de él formen parte, salvo que se trate de un derecho que atañe directamente al funcionario u otros beneficiarios establecidos en la ley.	▶ Funcionarios actúan correspondiente a la labor y cargo asumido.	
<u>Interés superior por un desempeño público:</u>	Intereses Públicos:	<i>"uno aquí tiene que tener esa vocación, tiene que tener ese ángel para tratar a la gente y ayudarla lo mejor posible, aun que no todos son así" E.F.F:65</i>
con un carácter vocacional, la ley establece que todo funcionario público debe tener vocación por la atención pública.	▶ Existe divergencia entre el reconocimiento de vocación de servicio de funcionarios o necesidad laboral.	

Para analizar el cumplimiento de objetivo se establecerá la efectividad del hospital en tres aspectos: económico, social y técnico.

➤ **Efectividad Económica:** Se reconoce la escasez de recursos humanos y económicos al interior del hospital. Situación que repercute en la continuidad de la atención y el cumplimiento de los plazos necesarios.

➤ **Efectividad Social:** Debido a problemas culturales y de información hacia los usuarios, existen prácticas sostenidas de poco cuidado de la infraestructura de la institución; existe ineficiencia en la información y ubicación de las unidades por parte de los usuarios.

A nivel de usuario se mantiene mucha desinformación del procedimiento del hospital, situación que repercute en las apreciaciones personales de la atención.

El hospital mantiene vinculación con redes externas, sin embargo se realiza mayoritariamente de forma asistencial. Esto se manifiesta en las atenciones de salud diarias, en caso de necesidad de apoyo de otra institución. Existe una vinculación de redes en capacitación y desarrollo interno del hospital, pero esta práctica no está orientada a una audiencia en específico, son charlas abiertas al público, tanto usuario como funcionario, pero este último debe tener disposición de tiempo.

➤ **Efectividad Técnica:** A nivel de discurso se reconoce capacidades profesionales de los funcionarios del hospital, sin embargo se declara deficiencia en las habilidades comunicacionales y en la capacidad de generar confianza hacia los usuarios.

A nivel de discurso se informa sobre deficiencia en el procedimiento en funcionarios con jefatura, quienes tienen un menor tiempo de experiencia. Esta situación genera

dualidad en el cumplimiento de objetivos. Se declara deficiencia en el sistema hospitalario de forma que las comunicaciones no se efectúan de la mejor forma.

Las jornadas laborales de forma extraordinaria son efectuadas a decisión libre por el funcionario, en caso que se requiera una mayor remuneración, sin embargo las jornadas laborales muy extensas generan un impacto negativo, como fue declarado anteriormente.

Funcionarios del hospital reconocen la necesidad como un motivo importante de trabajar en la institución, sin embargo a nivel de discurso se manifiesta la necesidad de vocación de servicio. Se atribuye el mal trato –en los casos que existan- a presiones externas, estrés laboral, y desmotivación generada en muchas ocasiones por funcionarios sin vocación suficiente para el cargo que ocupa o con vocación y motivación, pero limitados por el contexto. Estos funcionarios asumen el cargo de forma correcta, sin embargo no ejecutan mayores esfuerzos por solucionar alguna problemática o agilizar-mejorar el proceso de atención.

B. CUADRO Nº 40, CONDICIONES DE LA INTERACCIÓN USUARIO-FUNCIONARIO.

Cortesía y respeto hacia los usuarios:

Realizar sus labores con esmero, cortesía, dedicación y eficiencia

Cortesía y Respeto:

- ▶ Funcionarios mantiene una conducta cortés hacia los usuarios, sin embargo existe divergencia en el esmero otorgado en la atención.
- ▶ El saludo u otras manifestaciones de la interacción usuario-funcionario, se realizan a modo de respuesta, esta asimilación se extiende hacia otros niveles, como puede ser el mal trato hacia un funcionario como respuesta del descontento del sistema de atención.

“a través de la observación se pudo presenciar que funcionarios con menor edad utilizan credencial y se mantienen más atentos y cordiales hacia los funcionarios” (saturación observaciones)

“Yo no siempre saludo, pero no creo q la gente se moleste con eso. En el fondo hay cosas más importantes, además hay que ver que nosotras estamos todo el día acá, saludar a todos si puede ser desgastador”

E.F.F:63

Cumplimiento de roles laborales:

Todo funcionario deber ejercer sus labores correspondientes al cargo que le compete, cumpliendo el rol determinado por el cargo e instrucción educacional.

Cumplimiento de Roles:

- ▶ Funcionarios mantienen un rol adecuado a su cargo.
- ▶ Existen cargos en los que sus funcionarios no se encuentran lo suficientemente informados para

“Durante las observaciones realizadas, se expone generalmente la conducta correcta de funcionarios, aún frente a discusiones con usuarios”. (coherencias de la práctica en observaciones)

“deberían actualizar a los guardias de información. Debería ser muchos mejor, viste que la gente anda de allá para acá, dando botes” E.F.F:70

su ejecución.

Secreto profesional: El manejo de información, tanto institucional como relacionada con usuarios, debe ser confidencial, salvo en los casos establecidos previamente en la ley.

Secreto Profesional:

- ▶ El mal utilizar la información institucional es sancionado por la ley.
- ▶ Existe un cuidado por la información de usuarios, con algunas excepciones.

*"Durante el proceso de observación se notó funcionarios conversar entre ellos sobre el tratamiento y diagnóstico de usuarios en pasillo o sala de espera."
(saturación observaciones)*

Las conductas relacionadas con el trato existente se efectúan generalmente a modo de respuesta, si un usuario saluda al funcionario también lo hará y viceversa, así el trato existente, está condicionado con las capacidades y problemáticas personales, tanto de usuarios como de funcionarios. Se ha recolectado declarado y observado mejor atención proporcionada desde los funcionarios más jóvenes. También se debe declarar la existencia generalizada de empatía de los usuarios. Sin embargo las excepciones, son establecidas por: problemas personales; problemas del sistema, como largas esperas o deficiencia en el sistema comunicacional; se reconoce la insuficiente capacitación del hospital por tratar temas sociales y de liberación del estrés hacia los funcionarios; por último se declara la existencia de instancias participativas hacia los usuarios, sin embargo no son representativas, no se promueven de forma que no generan empoderamiento de la comunidad hacia el hospital.

En relación a la utilización de la información hospitalaria, no se reconoce problemáticas relacionadas con ello, sin embargo a través de las observaciones realizadas se puede destacar que funcionarios conversan sobre diagnósticos o atienden consultas rápidas en los pasillos. Esta situación, se manifiesta debido al espacio laboral y el tiempo reducido que tienen los funcionarios. La demanda de salud presente en el hospital es muy alta y la infraestructura a veces puede llegar a ser insuficiente. Funcionarios se ven obligados a realizar estas conductas, aún cuando tenten contra la privacidad de usuarios o con el secreto profesional.

Considerando los roles laborales, se debe mencionar una problemática detectada con saturación en el levantamiento de información, respecto a la información otorgada hacia los usuarios. La unidad establecida para la entrega de información está a cargo de funcionarios guardias, quienes son externos al hospital. Se declara la necesidad de una unidad especializada de entregar la información completa sobre todo el hospital, con funcionarios actualizados y especializados solo en ese deber.

C. PRIORIZACIÓN DE LOS DEBERES EN LA REALIDAD

Para explicar la importancia que funcionarios atribuyen en los deberes que debieran ser priorizados, se expone un cuadro comparativo. Referente a los deberes establecidos en el estatuto administrativo y los deberes expuestos por los funcionarios en el levantamiento de información:

CUADRO N° 41.

- | | |
|---|------------------------------|
| ▶ Desempeño. | ✓ Desempeño. |
| ▶ Jornadas laborales (utilización del tiempo laboral). | ✓ Administración del tiempo. |
| ▶ Conductas funcionarias acorde a la naturaleza de la labor y la institución. | ✓ Vocación Laboral. |
| ▶ Interés superior por un desempeño público ante el desempeño privado. | ✓ Cumplimiento de roles. |
| ▶ Cortesía y respeto hacia los usuarios. | ✓ Cortesía y respeto. |
| ▶ Cumplimiento de roles laborales. | |
| ▶ Secreto profesional. | |

Funcionarios conocen la necesidad de un adecuado desempeño laboral, sin embargo se expone a través de las entrevistas dicotomías en el tema. Funcionarios declaran la existencia de personal sin vocación o sin la motivación necesaria. Como ya se ha señalado anteriormente funcionarios realizan sus labores sin mayor iniciativa, esto debido a limitantes del hospital o por la sobrecarga que se genera con los usuarios. Como una estrategia para modificar la situación se requiere empoderar hacia la participación en el hospital, estableciendo una mayor capacidad de opinión y capacidades decisionales de funcionarios, otorgándoles una libertad de expresión y control sobre sus condiciones laborales.

6. CONCEPTUALIZACION

Finalizado el nivel de análisis, es posible percibir nuevas concepciones en relación a las variables abordadas y en base al discurso emitido por usuarios y funcionarios.

Las variables contempladas por el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio en relación al "trato humanizado" son: trato digno y respetuoso, lenguaje adecuado y comprensible (termino modificado por el equipo que suscribe y denominado "canales de comunicación y entrega de información"), normas de cortesía y amabilidad, y privacidad, además, en concordancia con las líneas de participación social en salud declaradas por el Ministerio de Salud, la participación y la protecciones de los derechos y deberes en salud, también constituyen aspectos relevantes a la hora de humanizar el trato y resguardar la igualdad en el proceso de atención en los centros de salud.

6.1. CUADRO Nº 42. CONCEPTUALIZACION EN BASE AL DISCURSO:

	DEFINICION EN BASE AL DISCURSO DE USUARIOS Y FUNCIONARIOS HCVB
<p><u>TRATO DIGNO Y RESPETUOSO:</u></p> <p><i>"percepción del hombre como miembro de una cultura, como individuo sujeto a diferentes circunstancias teniendo en cuenta sus necesidades biosicosociales, las diferencias de cada sujeto, lo que hace alusión a la no discriminación y la comprensión de los momentos y estados por los cuales está pasando (empatía)"</i></p>	<p>El trato digno y respetuoso en el proceso de atención en salud implica a usuarios y funcionarios en su condición de persona.</p> <p>El usuario demanda la entrega oportuna y constante de los servicios, de manera acogedora y respondiendo a las necesidades o estados emocionales de las personas.</p> <p>El funcionario demanda empatía, es decir, que el usuario se ponga en su lugar y comprenda los procesos que interfieren en la entrega de los servicios.</p> <p>El trato digno implica un esfuerzo por fortalecer el enfoque biosicosocial en el proceso de atención.</p>

Fundamentación usuarios: *"...Yo pienso que lo mínimo es que le miren a la cara a uno para que uno pueda conversar con ellos, pero van caminando y uno tiene que... poco menos ir siguiendo... E.U.F:50*

"Bueno... yo estoy aquí por una hermana y opino que la atención es irregular, buena y mala, algunos doctores van conversando, caminando y uno detrás poco menos que rogándole que expliquen, que paren y que nos explique cómo la gente, que nos traten como la gente..." E.U.F:28

Fundamentación funcionarios: *"...la gente quiere que uno se apure y a los mayores no podemos atenderlos rápido tenemos que anotarle las cosas para que no se olviden y ellos te vuelven a preguntar entonces hay cosas que no se pueden hacer tan rápido..." E.F.F 26*

Como se aprecia en los extractos emanados de usuarios y funcionarios, se hace presente la necesidad de ser escuchados y de recibir respuestas a sus preguntas con respeto, en pocas palabras, "como la gente", es decir, recibir un trato acorde a su calidad de persona.

Los funcionarios por su parte, expresan la necesidad de ser entendidos por los usuarios, que entiendan las labores que están realizando, de este modo el ejercicio de la empatía permite a los profesionales realizar las acciones necesarias para entregar una atención acorde a las demandas de las personas.

CUADRO Nº 43.

REFERENTE	DEFINICION EN BASE AL DISCURSO DE USUARIOS Y FUNCIONARIOS DEL HCVB
<p><u>CANALES DE COMUNICACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACION:</u></p> <p><i>"información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, los familiares y funcionarios al momento de ser solicitada. Hace referencia a la comunicación verbal (palabras emitidas) y no verbal (gestos)"</i></p>	<p>La información es concebida como "un medio transversal a los ejes de humanización del trato. Esta debe ser entregada de manera completa y oportuna, en un espacio físico que resguarde la privacidad de las personas.</p> <p>Las formas en cómo se entrega la información deben ser considerando el nivel educacional de las personas (presencia de analfabetismo) y las discapacidades que ellos presenten (personas no videntes).</p> <p>La actualización oportuna de los sistemas de información y el uso de distintivos en los funcionarios, son estrategias mínimas consideradas por las personas para ejercer su derecho a la información"</p>

Fundamentación de formas como entregar la información desde el discurso de los colectivos: *"...Para que uno pueda entender también, que de repente no hablen con muchos términos médicos, es que a las personas les cuesta entender eso...que hablen más claro, que se den el tiempo de explicarle bien a uno..."E.U.F50*

"Funcionarios jóvenes se caracterizan por el uso de credencial de identificación y cotona."Obs.p8

"Funcionarios mayores no portan credencial de identificación por lo que no es posible saber la unidad a la cual pertenecen" Obs.p5

Es evidente que las formas en cómo se entrega la información condicionan la orientación del que la solicita, adecuarse al nivel educacional de las personas que acuden al hospital, es una tarea sencilla que no demanda tiempo y que por lo demás evita que el usuario pregunte en reiteradas ocasiones lo mismo, así el funcionario no sentirá el desgaste que implica este suceso.

Aspectos como la infraestructura del hospital facilita que los usuarios tengan que exponer sus consultas a viva voz y delante de los demás, algo que como se verá más adelante, no respeta el pudor de las personas.

La identificación es clave a la hora de identificar a las personas, si los funcionarios no la portan, usuarios no saben a quién se están dirigiendo, lo que por otro lado, deja obsoleto la hoja de reclamos, sugerencias, felicitaciones y/o solicitudes ciudadanas, pues uno de los requisitos es señalar al funcionario, acción difícil de realizar específicamente con el personal antiguo. En relación a lo anterior, se constato como los profesionales jóvenes utilizan uniforme adecuado y con su identificación, es posible distinguirlos entre las personas.

CUADRO N° 44.

REFERENTE	DEFINICION EN BASE AL DISCURSO DE USUARIOS Y FUNCIONARIOS DEL HCVB
<p><u>NORMAS DE CORTESIA Y AMABILIDAD:</u></p> <p><i>La amabilidad se compone de actitudes positivas</i></p>	<p>Al interior del hospital, "las normas de cortesía y amabilidad son una respuesta mutua que conforman las bases de las relaciones humanas y además, son consideradas factores condicionantes en la ausencia o</p>

que se traducen en conductas de cortesía siendo usuarios y funcionarios bien recibidos, mostrando **responsabilidad en los actos y palabras dichas, respeto y simpatía**, ya que el trato no debe ser frío ni distante, sino por el contrario responder a las necesidades con entusiasmo, cordialidad y calidad.

presencia de conflictos.

La cortesía y amabilidad favorece la relación usuario - funcionario y gratifica el ambiente laboral, es decir, entre funcionarios.

La simpatía queda exenta de las necesidades de las personas, lo que prevalece es la atención enmarcada en el respeto y el apoyo considerable ante momentos de contención emocional, es decir, la vocación ante todas las cosas"

Fundamentación: *"Todo depende de cómo venga el paciente o el familiar que es generalmente más conflictivo, si ellos nos tratan bien nosotros también andamos bien, pero si comienzan con problemas, eso igual nos aqueja, mira tú, mezclar todos nuestros problemas más lo de ellos."* E.F.F27

El agente condicionante de las relaciones resulta ser el estado de ánimo de las personas, de él dependerá el ejercicio de un trato cortés o descortés, algo que por lo demás también se observa en la relación entre funcionarios y el ambiente laboral que sus interacciones generan.

Las personas no demandan simpatía, sino estándares mínimos que están ligados a prestar un servicio de estas características.

"uno aquí tiene que tener esa vocación, tiene que tener ese ángel para tratar a la gente y ayudarla lo mejor posible, aun que no todos son así"

Como se aprecia, la solución está en la vocación, las personas que reconocen su profesión están dispuestas a entregar un servicio enmarcado en el respeto y la contención, validando sobre todo, la calidad humana de las personas.

CUADRO N° 45.

REFERENTES	DEFINICION EN BASE AL DISCURSO DE USUARIOS Y FUNCIONARIOS DEL HCVB
<p>PRIVACIDAD:</p> <p>La privacidad corresponde al cuidado que se le otorga a la información, la</p>	<p>La privacidad implica para las personas, el resguardo a su intimidad y el respeto ante el pudor que pueda sentir.</p> <p>Las acciones mínimas para el resguardo de la privacidad</p>

confidencialidad entregada con los usuarios enfermos de VIH-SIDA. Y el cuidado otorgado con la intimidad de los usuarios.

tienen que ver con:

- ▶ Espacio físico adecuado para la entrega de diagnóstico y para dar respuestas a preguntas que provoquen pudor a las personas.
- ▶ La presencia de alumnos en práctica al momento de la atención debe contar con la aprobación de las personas, el no consultarlas respecto a su presencia es no respetar la privacidad del usuario.
- ▶ Si usuarios exponen sus diagnósticos a otros usuarios durante el tiempo de espera es de su responsabilidad, dejando exento a los funcionarios de dicho acto.

Fundamentación: *"...pacientes VIH entonces ellos vienen por una cantidad de horas y muchas veces vienen con sus problemas que ellos se los ocultan a las familias, aquí ellos prácticamente tienen que ventilarlo a vox populi y eso es malo para el paciente..." E.F.F 26*

"...hay muchos de los pacientes que preguntan cosas que no deberían estar uno encima de otro como están para que haya privacidad en la relación..." E.F.F 26

El concepto de privacidad es fundamental en el área salud, sobre todo por el tipo de problemáticas que aborda. En primera instancia es indispensable hacer alusión a la escasa habilitación de espacios físicos adecuados para responder a los usuarios sus consultas, exponiéndolos a situación que para el común de las personas resultan desagradables y van en desmedro de su integridad.

En segundo lugar, se evidencia que el hospital a tomado la iniciativa en cuanto al resguardo de la privacidad y confidencialidad en la atención en personas con VIH, asignando un box sin identificación que impide que los demás usuarios se enteren de lo que ocurre, sin embargo a nivel de discurso los profesionales señalan que su información es entregada frente a otras personas, dejando expuesta su vida y su salud, asumiendo entonces, la discriminación social que pueda sufrir el paciente.

Finalmente, el equipo que suscribe observo en las salas de espera, que un fenómeno común para pasar las horas es que usuarios tienden a exponer sus diagnósticos, señalando el motivo de su atención y el tratamiento que debe seguir, situación que es de exclusiva responsabilidad de quien emite dicha información, por tal motivo se deja exento a profesionales de este tipo de situaciones.

CUADRO N° 46

REFERENTES	DEFINICION EN BASE AL DISCURSO DE USUARIOS Y FUNCIONARIOS DEL HCVB
<p><u>PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD:</u></p> <p><i>"Instancia en que la gente debe hacerse responsable</i></p>	<p>La participación es la instancia donde las personas se hacen responsables de las decisiones en salud (tal como se señala en el Ministerio de Salud).</p>

de su propia salud, es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud".³⁷

Pero además, es un espacio donde la comunidad da a conocer las falencias del sistema de salud y las acciones que debieran tomarse para mejorar. Es un aspecto importante, sin embargo distante y desconocida para gran parte de los usuarios. De su fortalecimiento se fundamentan las estrategias de mejoras al interior del hospital. Sin embargo, las instancias de participación son desvaloradas por usuarios y funcionarios, pues no estarían cumpliendo el rol que se les ha asignado"

Fundamentación: *"la participación social se concibe un medio donde los usuarios participan de las decisiones de salud... que puedan conocer la gestión, evaluar la gestión, que puedan retroalimentar a la institución también de las formas como se está entregando el servicio, cuales son las fallas, donde están los puntos críticos y cuales debieran ser las soluciones..." (Entrevista Unidad de Participación Social)*

Desde este punto, la participación constituye el puente comunicacional entre la comunidad y el centro de salud. Las personas adquieren un rol fundamental, adquiriendo responsabilidades en cuanto a la forma en cómo se entregan los servicios, por lo demás, como actores directamente involucrados en los procesos de mejora, son ellos los encargados de proponer las ideas y los argumentos para el impulsar cambios en común acuerdo con el resto de la comunidad hospitalaria.

Percepción instancias de participación usuarios: *"La verdad que no acudo... porque al final no saca nada, es reclamar al viento y eso da rabia, impotencia... así que al final me preocupo de que a mi familiar no le ocurra nada..." E.U. F: 13*

"... Eh... los agradecimientos si los hemos dado, las dificultades no porque uno siempre tiene temor, como tiene a su familiar acá uno tiene temor de quejarse por temor a que los traten mal..." E.U.F:14

... "dónde queda... ¿pero me sirve de algo hacerlo?... E.U. F: 23

El usuario percibe las instancias de participación (específicamente UAP), como una amenaza y no como un espacio donde expresarse y ejercer su derecho a tomar decisiones en salud.

Respecto a la labor de los consejos que funcionan al interior del hospital, las personas no hacen referencia a ellos, se infiere por tanto, que son espacios desconocidos para la comunidad en general, quedando limitados a instituciones u organizaciones que conforman su red y no como un espacio accesible para la comunidad en su totalidad.

Percepción instancias de participación funcionarios: *"...La función de la UAP es nula, o sea yo se que la gente pone reclamos a funcionarios y esos se acumulan y no pasa nada, acá no despiden, porque al director le preocupa más no salir en la tele que no lo vayan*

³⁷ Organización Mundial de la Salud, 1990. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS.

a echar que mantener las cosas bien, nadie adopta medidas y olvídate si es con gente conflictiva, nooo tu creí que alguien hace algo, no eso es cuento..." E.F.F:25

Esta visión representa a la mayoría de los funcionarios, los cuales se sienten desprotegidos ante los percances que puedan tener durante el ejercicio de sus labores.

"acá los funcionarios no tenemos una instancia que nos proteja, o sea solo lo que indica los estatutos, pero no hay una unidad como la UAP para funcionarios... y claro, el cliente siempre tiene la razón, entonces el funcionario que se joda, nadie lo defiende ante agresiones porque jefatura siempre llega tarde... es eee no se, nadie te defiende la verdad" E.U F: 04

En el segundo párrafo queda de manifiesto como perciben sus funciones como un negocio donde el cliente tiene la razón, desperfilando su calidad de persona humana. Además, se responsabiliza a jefatura por la tardanza a la hora de resolver conflictos, incrementando aún más su sentimiento de desprotección y desamparo.

Esta situación es perjudicial ya que interfiere en la entrega de un trato digno y sobre todo en la humanización del trato, pues se ignora la influencia del ambiente laboral en el estado de las personas, esto sumado a los alcances que implica el cambio de paradigma desde un enfoque biomédico a un enfoque biosicosocial, se puede inferir que las debilidades en esta área afectan directamente el alcance de las metas que se impulsan a nivel de reforma.

CUADRO N° 47.

REFERENTES	DEFINICION EN BASE AL DISCURSO DE USUARIOS Y FUNCIONARIOS DEL HCVB
<p>DERECHOS Y DEBERES EN SALUD:</p> <p><i>Los derechos y deberes en salud se declaran inmatrimoniales, razón por la cual se retraso la aprobación del boletín 2727-11.</i></p>	<p>Derechos: Concepciones globales enmarcadas en los derechos humanos, las cuales se generalizan hacia distintos ámbitos de la vida y contemplan la existencia de deberes.</p> <p>Deberes: responsabilidades emanadas del rol de usuario y funcionario los cuales contemplan la existencia de derechos.</p>

Fundamentación funcionarios: *"Qué derechos... bueno nosotros tenemos los derechos de los estatutos claros, pero aparte hay que ver que esos se cumplan. Yo creo que mas protección en cuanto al funcionario, una mayor protección a pesar que el estatuto administrativo señala que el art. 61 nos protege, pero eso es en teoría porque en la práctica eso no se da o se da poco, porque como nosotros interactuamos con el paciente o familiar nos complica, tenemos la experiencia de que aquí se ha hecho la denuncia y se ha aplicado el artículo 61, va carabineros y detiene al agresor verba o físico y después vienen las represalias, nosotros tenemos miedo a las represalias, queremos estar más protegidos". E.F.F:12*

En la frase expuesta se evidencia como funcionarios manejan con claridad sus derechos, sobre todo porque estos emanan del Estatuto Administrativo del Hospital, sin embargo, en la práctica se menciona la desprotección nuevamente como una amenaza al cumplimiento eficaz de sus deberes.

Dentro de los deberes se conciben como un factor derivado de su adquisición de derechos, funcionarios sin embargo, ven limitado su poder de decisión por factores externos que le impiden realizar sus labores profesionales y responder a las exigencias de los usuarios, acto que queda de manifiesto en la siguiente frase:

"Yo tengo que dar una buena atención, tengo que ser resolutiva, amable con el paciente y eso, más que nada resolutiva y ser acogedora con el paciente porque más que mal viene enfermo.

...Aquí hay mucho jefe intermedio que de repente no te solucionan ni un pequeño problema... hay mucha burocracia de parte de nuestras mismas compañeras, por ejemplo aquí en recaudación yo mando a un paciente a poner un timbre auge y de allá los mandan a este otro lado, hacer tremendas filas, si que les cuestan poner un timbre, son poco resolutivas, no tienen iniciativa... yo cambiaría un montón de cosas aquí."

Es entonces la burocratización, los jefes intermedios, lo que impide que funcionarios cumplan con uno de los deberes fundamentales considerados en su discurso – dar atención de calidad y ser resolutivos – este último deber es una aspiración en la mayoría de los funcionarios, los cuales solicitan mayor poder de decisión para poder ser resolutivos en sus labores, y poder así, solucionar las demandas de los usuarios, sobre todo en casos que están a su alcance y que se ven perjudicados por el exceso de tramitación.

A modo de ejemplo, funcionarias señalaban que en ocasiones personas que venían de San Antonio, debían devolverse porque los médicos no asistían a atender y avisaban en el transcurso de la mañana y que al otro día debían volver para realizar otro tramite y eso implicaba mayor gasto ya que eran cuatro pasajes, cuando perfectamente se le podrían solucionar sus problemas en el momento, pero que eso no estaba permitido al interior del hospital.

Fundamentación usuarios: los usuarios por su parte aún no logran internalizar lo que implica la adquisición de derechos, atribuyen su existencia a los derechos humanos y los exigen en el proceso de atención en salud, olvidando con ello los deberes que deben cumplir para poder sentirse en la libertad de exigir.

Sin embargo, es importante señalar que existe una parte de los usuarios que reconocen entre sus deberes, ser comprensivos, respetar las filas, acudir a la hora o de lo contrario avisar que no lo harán y cumplir con las indicaciones que den los profesionales.

*"Más comprensivo deben ser, entender el esfuerzo que se hace los doctores por dar lo mejor, no venir acá con prepotencia porque todos somos personas, solo por eso nomas".
(I. compleja)*

Lo anterior, sin duda permite presagiar, que mediante procesos de sensibilización respecto a los derechos y deberes de ambos colectivos, es posible inducir cambios en las relaciones, aspirando a un mejor trato en salud.

Las variables anteriormente descritas se complementan con otras emanadas del discurso del colectivo en estudio, entre ellas es posible mencionar en primer lugar, el contexto.

CUADRO N° 48.

<p>6.2. CONTEXTO</p>	<p>“Entorno que impacta en las relaciones humanas de manera positiva o negativa, frente a las cuales las personas responden de determinada manera”</p> <p>La variable contexto se conforma de subvariables internas a mencionar:</p> <p>Infraestructura: “la infraestructura facilita o dificulta la estadía y acogida de los usuarios, a mejor infraestructura mejor satisfacción”</p> <p>La infraestructura debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ acceso adecuado para los usuarios prioritariamente discapacitados y personas de la tercera edad, en espacios no habilitados como el consultorio de especialidades. ▶ La implementación inmobiliaria del hospital resguarda la comodidad de sus usuarios durante el tiempo que dure la atención, permite además, que sus funcionarios trabajen en un lugar grato que contribuya al cumplimiento de sus labores. ▶ El color de las paredes, la limpieza del lugar, la señalética, la ventilación, la iluminación, entre otras, son factores que las personas consideran necesarias, pues constituyen aspectos mínimos de un establecimiento de salud de la envergadura que es el HCVB. ▶ El acceso a los baños debiera ser gratuito y habilitados para todos los usuarios que acuden al hospital.
-----------------------------	---

Al definir la base contexto, el equipo seminarista se basó en las observaciones realizadas por los integrantes del Consejo Consultivo, al momento de presentar los lineamientos y objetivos del seminario de título.

Esta variable es percibida como una condicionante de las relaciones entre usuarios y funcionarios, es por este motivo que su implementación a nivel de infraestructura, permite mejorar la acogida de sus usuarios, la señalética contribuye a la orientación de las personas y evita sobre cargas en las labores de guardias y personal de información, así como también de quienes se encuentran en los diferentes mesones de recepción del hospital, ya que como ellos lo definen, son la piedra de tope cuando las personas requieren información.

6.3. DEFINICIÓN TRATO HUMANIZADO

En relación a lo expuesto, el concepto “trato humanizado” en la realidad hospitalaria del HCVB queda definido como:

"Trato Humanizado implica el ejercicio de conductas de cortesía y amabilidad en la relación usuario - funcionario, donde exista preocupación constante por respetar la privacidad y el pudor que puedan sentir mutuamente, con demostraciones de apoyo y contención emocional y empatía manifestada mediante la paciencia y comprensión durante el tiempo que dure la atención.

Trato Humanizado significa considerar la opinión de usuarios y funcionarios por el solo hecho de ser personas con derecho a expresarse democráticamente, otorgándoles los medios necesarios para su inclusión a instancias de participación, y otorgándoles derechos y deberes, los que deben ser respetados, exigidos, cumplidos y representativos de la comunidad hospitalaria.

Todo en torno a un contexto agradable y acogedor, que responda a los estándares de hospitalidad que requieren los establecimientos de salud".

6.4. ESTRATEGIAS PARA LA HUMANIZACION DEL TRATO

Es posible hacer referencia a las estrategias de humanización del trato que establece el ministerio de salud, como las adecuadas para llevar a cabo efectivamente la humanización del trato al interior de los hospitales. Es posible hacer mención a 4 estrategias que los establecimientos de salud deben llevar a cabo: Hospital amigo, Acompañamiento espiritual, Enfoque salud integral y Carta de derechos y deberes.

La primera de ellas hospital amigo, se encuentra en una etapa de implementación en el hospital. Esta iniciativa carece de regulación, pues lo que se genera en la realidad es más que acompañamiento una aglomeración de personas, que acarrea otras dificultades más, las cuales se nombrarán en párrafos posteriores, pero que primero las causas de esta poca ordenación se deben a las variadas puertas donde usuarios pueden entrar, además de la mediana fiscalización de guardias en los accesos. Frente a las consecuencias que traen para el sistema se encuentran: más de un familiar por usuario, ya que estos no se responsabilizan de colocarse de acuerdo anteriormente, violar la privacidad de una sala de hospitalización que ya es compartida con otras personas, todas estas realizan las mismas consultas a los funcionarios, los cuales a la larga se estresan y no pueden llevar a cabo realmente los procesos de acogida y de recepción, además de no garantizar un descanso total al usuario, y tantas personas no constituyen realmente una ayuda externa para los cuidados del usuario. Respecto a tales efectos, es donde los profesionales encargados de llevar a cabo aquella estrategia, hagan de esta una acción verdadera y eficaz, la cual sea una colaboración real para el proceso de recuperación de las personas y no un evento social donde la familia se aglomera, situación favorable de realizar en los hogares de las personas y no en un lugar de descanso común como lo es el hospital.

Por su parte, respecto al sistema de acompañamiento espiritual aquel es realizado de manera poco organizada entre religiones, pues si bien existe un funcionamiento ordenado de este tipo de acompañamiento espiritual, faltan bastantes acciones que instauren una unidad de acompañamiento espiritual para este tipo de actividades al interior del hospital y que sepan el funcionamiento interno del hospital con el fin de que sus funciones sean oportunas y acordes con las necesidades de usuarios y del propio establecimiento

respetando los horarios de atención porque en la cotidianeidad no es así, y que cuente con un sistema de información propio para la comunidad, o también contar con un Consejo Ministerial Interreligioso que realicen actividades de acompañamiento espiritual en los hospitales de la red pública.

Respecto a elaboración e implementación de la Carta de Derechos y Deberes de Usuarios y funcionarios aquella está siendo llevada a cabo por el hospital en colaboración con la Universidad de Valparaíso a través de un seminario. Aquella será posible crearla en participación con la comunidad: usuarios, funcionarios y dirección, así como también esta será responsable de procurar la materialización real de los ítems que de la carta emanen, con el fin de constituir una medida integradora y representativa de la colectividad.

Finalmente, el enfoque integral de salud como estrategia para la humanización del trato reúne a todas las estrategias anteriores juntándolas de manera de constituir una medida integradora al interior del hospital, por tanto los puntos anteriores constituyen objetivos que siendo realizados escaladamente por el hospital, así como también de otras medidas que el hospital estime necesarias agregar, será posible cumplir con obtener una mayor humanización en el trato en la relación usuario funcionario.

ESQUEMA Nº 1, Estrategias humanización del Trato establecido por el ministerio de salud:



Recapitulando lo que ha sido el seminario de título, es posible finalizar con un análisis más bien estructural funcionalista que materializa las propuestas y todo el que hacer del seminario de manera que resulten fiable frente a las políticas que el gobierno

instaura para que las estructuras más pequeñas y de trato directo con las personas la hagan materializables y perdurables en el tiempo.

Es así que desde un comienzo, el seminario hace mención a los objetivos sanitarios de la década 2000-2010 que concentra los esfuerzos en responder adecuadamente a las expectativas de la población respecto al sistema de salud, así como también asistir a los problemas pendientes manteniendo los logros sanitarios alcanzados, adecuándolos a los requerimientos técnicos sanitarios y a las exigencias de los usuarios. Aquellos eran posibles de traducir operativamente en cuatro objetivos sanitarios, y que este seminario se concentraría en uno de ellos el de *"prestar servicios acordes a las expectativas de la población"* obligando a los establecimientos a realizar acciones que potencien esta meta impuesta por el ministerio de salud.

Así, el hospital Carlos Van Buren paulatinamente ha facilitado las acciones que puedan cumplir con el cometido impuesto, sabiendo que las áreas más débiles se refieren al acompañamiento espiritual, hospital amigo estrategia implementada, pero poco regularizada, así como también la creación de la carta de derechos y deberes estrategia que se está llevando a cabo, y que necesita ser regularizada para su socialización y materialización verdadera.

Por lo tanto, observando el mapa anterior el trabajo que el seminario de título ha realizado en todo este periodo académico responde a los objetivos sanitarios de la década 2000-2010, realizando una sistematización de experiencias que las personas desde su cotidianeidad señalaron, y por su parte contribuir con la elaboración de la carta de derechos y deberes de las personas en salud, así como también de otras propuestas complementarias que ayudarían a lograr avances en materia tales objetivos sanitarios a los cuales el hospital está llamado a colaborar y realizar.

PROPUESTAS DE HUMANIZACIÓN DEL TRATO

Para dar cumplimiento al cuarto objetivo específico, se elaboran propuestas que promuevan la Humanización del Trato al Interior del Hospital "Carlos Van Buren".

CUADRO Nº 1

Configurar propuestas de humanización del trato en base a la experiencia de seminario en el proceso de sistematización.

Para la composición del Manual que se expone, se tuvo principalmente en consideración, el Plan Estratégico del Hospital Carlos Van Buren, el cual realiza un enlace entre lo que se compromete este establecimiento con su comunidad y las propuestas que emanan del presente seminario de título, fundamentadas en los resultados de la sistematización realizada, lo cual hace que aquellas sean viables, tanto para el hospital como a nivel de políticas sociales. Teniendo como objetivo el aprovechamiento máximo de los recursos, la profundización de acciones y temáticas relacionadas con el ejercicio de un buen trato, y la constante mirada al Plan Estratégico y los Planes de Desarrollo, por ser instancias de modificación y mejoramiento constante a raíz de estudios, investigaciones y la retroalimentación que la comunidad hospitalaria pueda entregar.

Siguiendo una línea funcionalista y estructurada para sustentar las propuestas que el seminario de título desea entregar, se formulan en base a la política de salud que el Ministerio de Salud realiza, diversas estrategias para la Humanización del Trato, las cuales contemplan tres ejes temáticos trabajados en profundidad durante el periodo – marzo a octubre de 2009 – en base a la relación existente entre usuarios y funcionarios, a mencionar; trato humanizado, participación social y derechos y deberes en salud.

Frente a estos aspectos vitales, y las estrategias para un Trato Humanizado ideadas por el Ministerio de Salud, el Hospital Carlos Van Buren responde a estas políticas a través de los **lineamientos del Plan Estratégico HCVB**³⁸ el cual establece como misión, visión, valores y promesas, los aspectos que se ponen a continuación:

CUADRO Nº2.

Misión	"Trabajar para satisfacer, junto a usted, su familia y la comunidad, sus necesidades de salud"
Visión	"Constituir un centro de salud de alta complejidad, de excelencia e integrado a la de atención"
Valores	"Equidad, Dignidad y Vocación de Servicio"
Promesas	"Dedicar nuestro mejor esfuerzo para brindar una atención humanizada que implique: oportunidad, eficacia e información"

En cuanto a las reparaciones, estas se traducen en acciones para mejorar constantemente las deficiencias que se producen en la dinámica del hospital, las cuales deben estar interrelacionadas con las diversas propuestas de mejora que los colectivos en estudios y quienes suscriben, puedan realizar para contribuir a cumplir con la responsabilidad del hospital de compensar los errores que se puedan dar, es así que:

³⁸ www.hcvb.cl, 27 de septiembre del 2009

"Las promesas incumplidas serán atendidas preferencialmente y serán reparadas de acuerdo a las posibilidades" (HCVB)

En virtud de lo anterior es que las propuestas deben enmarcarse en aquellos ámbitos de la política de salud y plan estratégico del hospital, todas las cuales encaminan a mejorar la relación entre usuarios y funcionarios, para entregar y obtener una mejor atención en salud, y así contribuir finalmente a un ambiente saludable y a una humanización del trato al interior del Hospital con respeto, empatía, dignidad y equidad, siendo la intención inicial de las propuestas que elaboraremos en los párrafos siguientes.

Además, realizando una conexión con lo establecido en el marco de referencia que sustento el proceso de seminario, se aspira a dar prioridad a la mejora constante de la etapa de **proceso de atención en salud** como una manera de centrarse en **cómo** se realizan las acciones en salud y no los medios que se emplean, pues es el primer punto el decisivo y lo que determina si una atención es óptima o deficiente. Para esto es necesario contar con la empatía, paciencia, y disposición positiva de las personas tanto en su rol de usuario como de funcionario.

Frente a las presentes consideraciones, el equipo seminarista delimita sus propuestas en:

1. Política de Buen Trato al interior del Hospital.
2. Manual para un Trato Humanizado.
3. Creación Unidad de Participación Social.
4. Carta de Derechos y Deberes de las personas en salud (usuarios-funcionarios).
5. Propuestas que emergen del colectivo de estudio.
6. Otras propuestas a considerar.

1. POLÍTICA DE BUEN TRATO HOSPITAL CARLOS VAN BUREN³⁹

Sobre la base de la visión, misión, y promesas del HCVB, se plantea como objetivo:
"Establecer una Política de Buen Trato entre usuarios y funcionarios del HCVB".

Aquella política del Buen Trato debe procurar desarrollar una ruta estratégica, que muestre los caminos más idóneos para conseguir la concreción paulatina de la humanización del trato al interior del hospital, como un esfuerzo constante y conjunto de la comunidad hospitalaria para lograr una socialización total de las personas en aquel desafío. Esto necesita de líneas de diseño que deben ser corroboradas por las instancias pertinentes, a modo de validar la viabilidad y de comprometerse institucionalmente con los desafíos que implique.

1.1. CONCEPTUALIZACIÓN:

CUADRO N°3, ¿Qué vamos a entender por Buen Trato?

<p><u>Trato Digno y Respetuoso:</u></p> <p>"percepción del hombre como miembro de una cultura, como individuo sujeto a diferentes circunstancias teniendo en cuenta sus necesidades biosociales, las diferencias de cada sujeto, lo que hace alusión a la no discriminación y la comprensión de los momentos y estados por los cuales está pasando (empatía)"</p> <p><u>Canales de Comunicación y Entrega de Información:</u></p> <p>"información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, los familiares y funcionarios al momento de ser solicitada. Hace referencia a la comunicación verbal (palabras emitidas) y no verbal (gestos)"</p> <p><u>Normas de Cortesía y Amabilidad:</u></p> <p>La amabilidad se compone de actitudes positivas que se traducen en conductas de cortesía siendo usuarios y funcionarios bien recibidos,</p>	<p><u>Trato Digno y Respetuoso:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ El trato digno y respetuoso en el proceso de atención en salud implica a usuarios y funcionarios en su condición de persona. ▶ El usuario demanda la entrega oportuna y constante de los servicios, de manera acogedora y respondiendo a las necesidades o estados emocionales de las personas. ▶ El funcionario demanda empatía, es decir, que el usuario se ponga en su lugar y comprenda los procesos que interfieren en la entrega de los servicios. ▶ El trato digno implica un esfuerzo por fortalecer el enfoque biosocial en el proceso de atención. <p><u>Canales de Comunicación y Entrega de Información:</u></p> <p>La información es concebida como "un medio transversal a los ejes de humanización del trato. Esta debe ser entregada de manera completa y oportuna, en un espacio físico que resguarde la privacidad de las personas.</p> <p>Las formas en cómo se entrega la información deben ser considerando el nivel educacional de las personas (presencia de analfabetismo) y las discapacidades que ellos presenten (personas no videntes).</p> <p>La actualización oportuna de los sistemas de información y el uso de distintivos en los funcionarios, son estrategias mínimas consideradas por las personas para ejercer su derecho a la información"</p> <p><u>Normas de Cortesía y Amabilidad:</u></p> <p>Al interior del hospital, "las normas de cortesía y amabilidad son una respuesta mutua que conforman las bases de las relaciones humanas y además, son consideradas factores condicionantes en la ausencia o presencia de conflictos.</p> <p>La cortesía y amabilidad favorece la relación usuario - funcionario y</p>
---	--

³⁹ http://www.sstalcahuano.cl/buen_trato.php, visitado el 06.10.09

<p>mostrando responsabilidad en los actos y palabras dichas, respeto y simpatía, ya que el trato no debe ser frío ni distante, sino por el contrario responder a las necesidades con entusiasmo, cordialidad y calidad.</p> <p>Privacidad:</p> <p>La privacidad corresponde al cuidado que se le otorga a la información, la confidencialidad entregada con los usuarios enfermos de VIH-SIDA. Y el cuidado otorgado con la intimidad de los usuarios.</p>	<p>gratifica el ambiente laboral, es decir, entre funcionarios.</p> <p>La simpatía queda exenta de las necesidades de las personas, lo que prevalece es la atención enmarcada en el respeto y el apoyo considerable ante momentos de contención emocional, es decir, la vocación ante todas las cosas” La privacidad implica para las personas, el resguardo a su intimidad y el respeto ante el pudor que pueda sentir.</p> <p>Privacidad:</p> <p>Las acciones mínimas para el resguardo de la privacidad tienen que ver con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Espacio físico adecuado para la entrega de diagnóstico y para dar respuestas a preguntas que provoquen pudor a las personas. ▶ La presencia de alumnos en práctica al momento de la atención debe contar con la aprobación de las personas, el no consultarlas respecto a su presencia es no respetar la privacidad del usuario. <p>Si usuarios exponen sus diagnósticos a otros usuarios durante el tiempo de espera es de su responsabilidad, dejando exento a los funcionarios de dicho acto.</p>
--	---

1.2. **PERFIL DIAGNÓSTICO:**

Buen Trato implica, el ejercicio de conductas de cortesía y amabilidad en la relación usuario - funcionario, donde exista preocupación constante por respetar la privacidad y el pudor que puedan sentir mutuamente, con demostraciones de apoyo y contención emocional y empatía manifestada mediante la paciencia y comprensión durante el tiempo que dure la atención.

Significara por tanto, considerar la opinión de usuarios y funcionarios por el solo hecho de ser personas con derecho a expresarse democráticamente, otorgándoles los medios necesarios para su inclusión a instancias de participación, y otorgándoles derechos y deberes, los que deben ser respetados, exigidos, cumplidos y representativos de la comunidad hospitalaria.

Todo en torno a un contexto agradable y acogedor, que responda a los estándares de hospitalidad que requieren los establecimientos de salud

1.3. **VALORES:**

Estos son los emanados del Plan Estratégico nombrado en el primer apartado de este capítulo, los cuales se corroboran para sostener la presente propuesta de Política para el Buen Trato.

1.4. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA:

Objetivo General:

"Promover la humanización del trato, respetando los derechos de usuarios y funcionarios en salud, así como también que aquellos cumplan sus deberes al interior Hospital Carlos Van Buren"

Objetivos Específicos:

- Recopilar y consolidar las acciones desarrolladas por el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA) y de la red, tendientes a mejorar las buenas relaciones y el trato entre la comunidad hospitalaria.
- Sensibilizar y comprometer gradualmente a los/as funcionarios/as y usuarios/as en la humanización del trato.
- Capacitar a la mayor cantidad de funcionarios entre el 2009 y 2010, en el tema de calidad en la atención.
- Socializar y Consolidar colaborativamente la carta de derechos y deberes de las personas en salud (usuarios-funcionarios) realizada por el equipo seminarista y la participación de la comunidad hospitalaria.

Deberán incorporarse todas las actividades que se relacionen con mejorar el buen trato, ejemplo de esto es el Programa Hospital Amigo.

1.5. ESTRATEGIAS:

- Estrategia comunicacional para la sensibilización e instauración y reconocimiento del concepto de buen trato.
- Capacitación transversal en los diversos estamentos, unidades o servicios.
- Retroalimentación constante en servicios o unidades, con mejor evaluación de atención al público, menores reclamos y mejor manejo de las situaciones de conflicto y apoyo a los funcionarios según datos que maneja la Unidad de Atención a las Personas.
- Plan/es de intervención en Servicios o unidades, con mayores reclamos según las cifras que maneja la Unidad de Atención a las Personas.

1.6. ACTORES QUE DEBERÍAN ESTAR INVOLUCRADOS:

- Unidad de Servicio Social
- Unidad de Comunicaciones
- Dirección HCVB
- Unidad de Atención a las Personas (UAP)
- Jefaturas de cada servicio o unidad
- Gremios (FENAT, APRUS Capítulo Médico)
- Consejo de Desarrollo
- Consejo Consultivo
- Consejo Técnico
- Comité de Ética

2. MANUAL PARA UN BUEN TRATO.

A continuación, se presenta el "Manual para un Buen Trato entre usuarios y funcionarios", que pretende contribuir a un ambiente saludable al interior del hospital, a través de la entrega de ciertos parámetros o guías que regulan la relación de ambos colectivos en diversas circunstancias de la cotidianeidad.

Este desafío se fundamenta en los resultados que se obtuvieron del proceso de seminario de título realizado por alumnos de la carrera de Trabajo Social realizado el año 2009, que diagnostica ciertas falencias en la relación usuario funcionario sobre todo en situaciones de agresiones físicas y psicológicas. Frente a esto, las áreas de aplicación para el presente manual, serán para todas aquellas personas que recurren al hospital Carlos Van Buren y tienen contacto directo con los profesionales de aquel establecimiento, así como también dirigido a los funcionarios que interactúan con los usuarios, además de las respectivas jefaturas y por último la dirección del hospital.

Es importante señalar que se requiere de la revisión constante de este manual para llevar a cabo los procedimientos que en este se establecen. Es necesario, llevar una actualización reiterada del manual acomodándolo acorde a la realidad o contexto determinado, el diagnóstico de la situación difiere en diversos momentos, las políticas, planes, programas del hospital también cambian.

Por último, la auditoría o constante evaluación, es un punto importante para corroborar que aquellas acciones de buen trato se estén cumpliendo, tomando las decisiones y planificando las actividades pertinentes para lograr aquel desafío de entregar un ambiente saludable al interior del hospital.

Comparado con el resto de los días en tu vida, ¿cómo será hoy? ¿Será mejor, peor, o más o menos igual? ¿Qué podrías hacer tú, a medida que transcurre el día, para que este sea el mejor día que hayas vivido jamás?

2.1. CUADRO Nº 4, OBJETIVOS

"Entregar a la comunidad hospitalaria una herramienta útil que establezca algunas guías que orienten la relación de usuarios y funcionarios para contribuir a un ambiente saludable al interior del hospital Carlos Van Buren".

Específicos:

- Establecer guías para orientar la relación usuario-funcionario a través de buenas prácticas en salud.
- Establecer los responsables de concretar las acciones que incluye el manual, en cuanto a: coordinación, ejecución, percances, actualización y evaluación.
- Nombrar el conducto regular a seguir para solucionar situaciones problemáticas o engorrosas en la atención en salud.

2.2. ÁREAS DE APLICACIÓN

Las esferas de aplicación del presente manual serán todas las personas que sostengan trato directo con los usuarios y con los funcionarios, que generalmente se dan en los mesones de atención, recaudación, e ingreso, en la atención directa de salud, entre otras. Se pretende que este manual obtenga repercusión en la comunidad hospitalaria de manera continua.

2.3. RESPONSABLE

Es la dirección del Hospital Carlos Van Buren el responsable último de velar por el cumplimiento total de las acciones que hagan tener vigencia y materialidad al presente manual en cualquiera de sus fases de aplicación.

2.4. CONCEPTOS

Usuario: Es la persona que se atiende en el hospital, y usa el servicio que este ofrece, teniendo un protagonismo mayor al momento de ser partícipe y tener un rol más activo que el de paciente.

Funcionario: Prestadora de servicios al interior del hospital. Son los profesionales que atienden y administran el hospital.

Ambiente saludable: Es el medio ambiente o el entorno con conductas de respeto, buenos modales, cortesía, amabilidad, paciencia, empatía, sin agresividad física o psicológica de manera recíproca entre usuarios y funcionarios del hospital.

Conducto regular: Es la cadena jerárquica, para notificar, aprobar acciones o situaciones según su importancia para obtener mejores resultados.

Comunidad hospitalaria: Son todas las personas que tienen un rol en el hospital, usuarios, funcionarios, familiares, administrativos, dirección, etc.

In situ: En el lugar, en el sitio.

Inalienable: Que no se puede desposeer, quitar o privarse de algo.

Elocuencia: Facultad de hablar o escribir de modo eficaz para, conmover o convencer.

Reactivo: Que produce reacción, muchas veces antes de saber toda la información.

Dispensar: Dar, conceder, otorgar, distribuir.

Afección: Enfermedad.

2.5. PROCEDIMIENTOS PARA FUNCIONARIOS

La Presentación Personal:

- Saludar al usuario
- Tener una sonrisa amistosa, atención personal y amable, con una expresión corporal y oral adecuada.

- En media de lo posible, dar su nombre que debe estar puesto en el uniforme o capa de trabajo.
- Utiliza preguntas abiertas para conocer las necesidades del usuario.
- El lenguaje corporal debe denotar respeto y atención.
- Cuando tratar de tú o de usted al usuario
- Utilizar el plural y no el singular cuando te refieras al hospital.
- Tener una presentación adecuada.
- Tener a mano la información adecuada

Primero Escuchar y Luego Informar

A. Escucha empática: Permite no sólo entender lo que el otro plantea sino también cómo se siente al hacerlo. Hay una serie de medidas simples que pueden ayudar a lograrlo:

- a) Buen contacto visual:** De ser posible vea al usuario de cuerpo entero. De esta forma podrá reconocer sus mensajes no verbales y entenderlo mejor.
- b) No juzgue mientras escucha:** La mayoría de las personas hacen lo que se llama una escucha centrada y no empática. ¿Qué significa esto? Pues que mientras el otro está hablando se pasa más tiempo pensando en lo que se le va a responder que en comprender cabalmente su mensaje.
- c) Sea receptivo:** Esto implica aceptar comentarios que no nos agraden, escuchar posiciones diferentes a la nuestra o simplemente ser paciente con una persona a la que le hemos explicado dos veces un concepto y vuelve sobre él por una tercera vez.
- d) Concéntrese:** La escucha empática requiere de un esfuerzo de concentración, nos obliga a estar pendientes de los mensajes del otro.
- e) Haga preguntas:** El preguntar es un signo de interés. Si Usted le pregunta al usuario sobre su forma de percibir su afección, sus inquietudes o sus dudas sentirá que él tiene un genuino agradecimiento hacia usted por su preocupación.
- f) Tome notas:** Es una variante del punto anterior. Al anotar usted le da a la persona un mensaje de la importancia que tiene lo que ha dicho. Es una forma de valorar sus comentarios.

B. La información que transmitimos. Nos tenemos que colocar en el lugar del usuario, y elegir los términos más apropiados para transmitirle la idea que tenemos en mente, colocándose al nivel educacional de la persona. La mejor manera de asegurarnos que el otro entienda nuestro mensaje tal y como lo pensamos es diciéndolo de la forma más sencilla que nos resulte posible. Por ejemplo evitando términos técnicos propios de la medicina y buscando palabras más simples que nuestro usuario comprenda sin dificultad. Pon en práctica estas medidas que a continuación se exponen:

- a) Evite hablar demasiado rápido**
- b) Utilice palabras sencillas**
- c) Sea preciso:** Utilice la cantidad justa y necesaria de palabras.

d) Repita los conceptos clave: No dude en repetir aquellas indicaciones que considere importantes para el usuario, ya que al hacerlo está reforzando el recuerdo de la idea.

e) Explique: Hay que tener en cuenta que **"Lo que sería adecuado para un usuario con un determinado nivel cultural, digamos medio o bajo, sería inadecuado, y casi ofensivo, para un nivel cultural superior."**

Normas de Actuación

No se trata de estar todos pendientes de cualquier persona que llegue al servicio, simplemente, cada uno, dentro de su planilla de trabajo, sabe perfectamente cuándo llega el usuario a la unidad.

Somos profesionales y como tales tenemos que actuar. Cada persona está adscrita a una sección, cada uno es responsable de sus usuarios, no vale eso de decir: "-¡Te ha llegado un paciente! - dile que espere". Es más, nos tenemos que adelantar a esta situación, a veces difícil, pero posible.

Si alguien te dice que ha llegado usuario, eres tú el que sabe en qué momento se encuentra tu sección, el tiempo que tiene que esperar, y lo más importante, cualquier duda que pueda tener. Lo ideal sería poder ir, al llegar el usuario, pero no pasa nada si en los minutos siguientes buscas un espacio para informarle. De esta forma tienes a tus usuarios bien informados, saben lo que les espera, y sobre todo, ante cualquier cambio horario, reaccionan de una manera más tranquila y con mayor comprensión.

Cada uno sabe la citación que tiene y el horario de llegada del usuario. No estaría de más salir a la sala de espera y preguntar por este, que normalmente, habrá llegado ya. En ese momento se le da la información precisa y se le resuelven las dudas que pueda tener.

En el caso que la persona no haya llegado, siempre hay una explicación y, de todas formas, normalmente son ellos los que nos tienen que esperar.

Hay veces, que la información que tenemos que dar, no tiene porque ser escuchada por el resto de usuarios de la sala de espera. Se llama al usuario o persona a su cargo y en un lugar más discreto se le entrega la información pertinente, o bien hablar discretamente sobre su situación.

Los Mandamientos de la Atención:

A. Cuando se trata de satisfacer al usuario, todos somos un equipo: Todas las personas de la organización del hospital deben estar dispuestas a trabajar en pro de la satisfacción del usuario, trátase de una queja, de una petición o de cualquier otro asunto.

B. No hay nada imposibles cuando se quiere: A veces los usuarios solicitan cosas casi imposibles, con un poco de esfuerzo y ganas, se puede conseguir lo que él desea o queja.

C. Cumple todo lo que prometas: Son varios los funcionarios que se comprometen con el usuario en cosas que muchas veces no pueden manejar por diversas variables, además

esto se acrecienta con la propagación de los medios de comunicación, por lo cual usuarios llegan con altas expectativas que el hospital no puede cumplir, contribuyendo al surgimiento de conflictos.

D. Dar más de lo que espera: Esto se logra a través de conocer bien al público, enfocándose en sus necesidades y deseos.

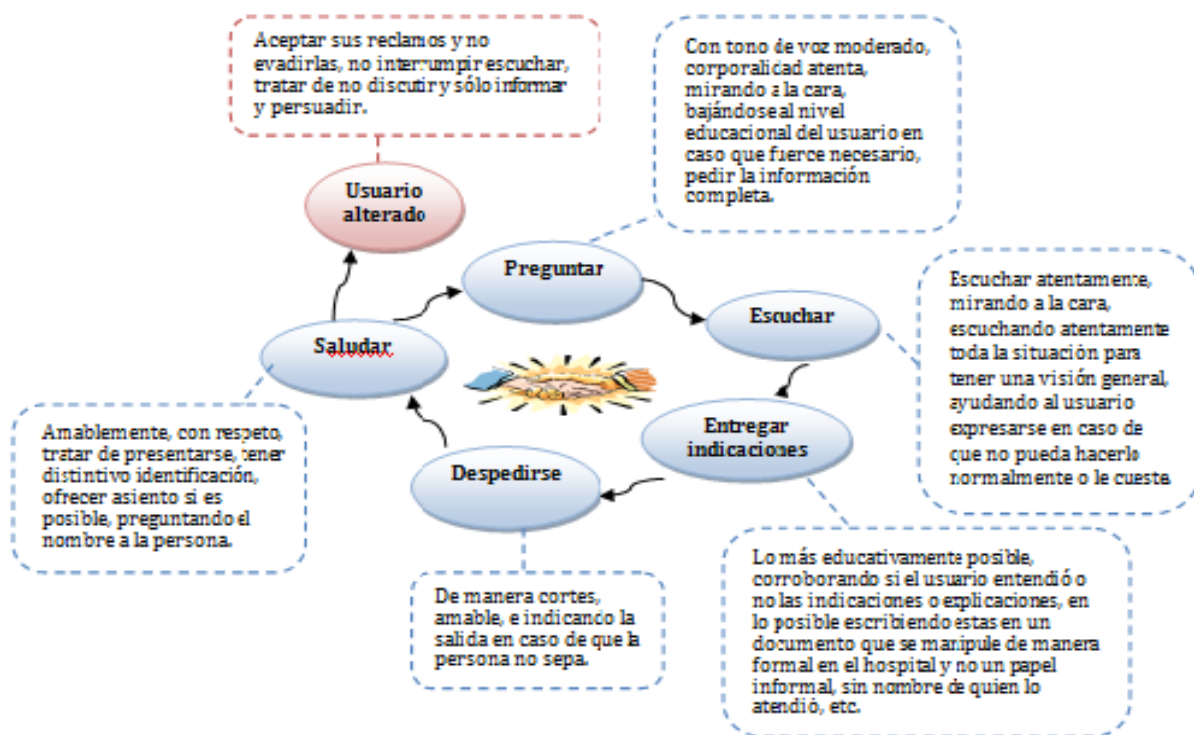
E. Para el usuario tú marcas la diferencia: Las personas que tiene contacto directo con los usuarios tienen un gran compromiso.

F. Fallar en un punto significa fallar en todo: Puede que todo funcione a la perfección, que tengamos controlado todo, pero si se falla en una sola cosa, las personas generalizan su opinión sobre todo el servicio entregado.

G. Los funcionarios son los primeros "usuarios": La lógica es, si no se les satisface a ellos como pretendemos satisfacer a los usuarios externos.

H. Por muy bueno que sea el servicio entregado siempre se puede mejorar: Si se logro alcanzar las metas propuestas de servicio y satisfacción del usuario, es necesario plantear nuevos objetivos.

GRÁFICO Nº 1.



CUADRO Nº5.

Aceptarlas, no rechazarlas.
 No interrumpirlas, escucharlas.
 No evadirlas, afrontarlas.
 No discutir, informar, persuadir.
 Ayudar al usuario cuando no pueda expresarse claramente, ayudarlo con preguntas adecuadas.
 A veces puede querer contestar al usuario como se merece, no lo haga será un círculo vicioso de nunca acabar.

2.6. PROCEDIMIENTOS PARA USUARIOS

La Presentación Personal:

- Saludar al funcionario
- Tener una sonrisa amistosa, ser amable.
- En media de lo posible dar su nombre.
- Utilizar preguntas puntuales para que funcionario pueda responder específica y certeramente.
- El lenguaje corporal debe denotar respeto y atención.
- Tratar de usted al funcionario.
- Informarse lo más posible de su situación en salud.

Escuchar e Informarse

A. Escucha empática: Entender lo que el funcionario plantea. Hay una serie de medidas simples que pueden ayudar a lograrlo:

- a) **Buen contacto visual:** De ser posible vea al funcionario a la cara. De esta forma podrá reconocer sus mensajes no verbales y entenderlo mejor.
- b) **No juzgue mientras escucha:** Escuche completamente la información que le proporcionan, haga todas las preguntas que necesite para que no quede con dudas y comprenda la situación laboral del profesional que la atiende.
- c) **No sea reactivo:** Escuchar, informarse, comprender el contexto en que el hospital o el consultorio se desenvuelve para entender la demora de la atención o las diversas dificultades que puedan existir.
- d) **Concéntrese:** La escucha empática requiere de un esfuerzo de concentración, nos obliga a estar pendientes de los mensajes que nos da el funcionario.
- e) **Haga preguntas:** El preguntar es un signo de interés sobre su salud, no se incomode en pedir que le repitan lo que ya se le dijo, es preferible eso que recorra todo el hospital buscando respuestas.

B. La información que transmitimos. Póngase en el lugar del funcionario, siendo claro, veraz entregando toda la información que maneja. Ponga en práctica estas medidas que a continuación se exponen:

- a) **Evite hablar demasiado rápido**
- b) **Sea claro en el mensaje**
- c) **Sea preciso:** Utilice la cantidad justa y necesaria de palabras.
- d) **Repita la información:** Cerciorándose que el funcionario le entendió todo lo que usted quiere decir.

Normas De Actuación

Para saber perfectamente los conductos regulares a los cuales recurrir para obtener atención en salud es necesario informarse, concurriendo a la Unidad de Atención a Personas (UAP) que está capacitada para brindar todo tipo de información.

Al llegar al hospital avise su llegada y que tiene cita con el doctor, preguntando cuanto se puede demorar más o menos para que usted sepa lo que se tardará o no en ser atendido. Si usted llegó retrasado, de las explicaciones pertinentes y pregunte cuanto se demorará en ser atendido por su retraso.

Resguarde constantemente su privacidad, utilice tono de voz bajo para hablar con el funcionario, y si este habla fuerte dígame que prefiere hablar más bajo. Por su parte, trate de no hablar su situación personal o de salud en público, que no sepan todas las personas que estén en la sala de espera.

Los Mandamientos del usuario:

- A. Responsables de nuestra salud:** Cuidarnos, informarse, tener estilos de vida saludable son condicionantes para tener mejor salud y recibir mejor atención de salud en el hospital.
- B. Tener paciencia:** Esperar el turno para ser atendido.
- C. Anote todo:** O pida que se le entregue un documento formal con nombre del funcionario, unidad o servicio, fecha, etc.
- D. Sea amable:** Tenga una actitud de respeto, amabilidad con el funcionario, así obtendrá mejores resultados y será más gratificante.
- E. Uno debe marcar la diferencia:** Si los demás usuarios se comportan de manera errada usted no haga lo mismo.
- F. Infórmese bien:** Muchas veces los medios de comunicación tienden a agrandar ciertos beneficios o coberturas que el hospital, la municipalidad o el gobierno entrega, averigüe como realmente son las condiciones.
- G. Sea puntual:** Salga media hora antes de su hogar, de manera prudente y no exageradamente antes, así no retrasará el sistema de atención.
- H. Siempre se puede ser mejor:** Siempre se puede ser mejor como persona, cada día hacer una acción buena, tener respeto, ser amable contribuye a mejorar el ambiente saludable al interior del hospital.

GRÁFICO Nº 2.



CUADRO Nº 6.

Si le hablan mal no discuta.
 Hable con los superiores del funcionario que lo atendió.
 Diríjase a la UAP (unida de atención a las personas) a manifestar su problema.

2.7. RESPONSABLES

Es necesario tener en cuenta, que existen ciertos conductos regulares que norman las situaciones especiales en caso de algún problema en lo que respecta a la atención en salud.

Es por esto que en primera instancia, tanto usuario como funcionarios deben acudir a la jefatura de la unidad o servicio en que se encuentran para solucionar insitu las situaciones problemáticas o engorrosas. Si no es posible tener una solución a este nivel, es preferible que se acuda a la Unidad de Atención a las Personas (UAP) la cual se ubica a un costado de la reja de acceso para visitas a hospitalizados, así como también al interior del hospital al lado de Recaudación Central. Si después de acudir a esta instancia no hay posibilidad de resolverlo, es esta misma (UAP) la que deriva a dirección, así como también es posible ir directa y personalmente a esta mayor y última instancia del Hospital Carlos Van Buren.

2.8. ÚLTIMAS CONSIDERACIONES

El presente manual de procedimientos al buen trato y resolución de situaciones problemáticas, es un esfuerzo que el equipo de seminario de título de Trabajo Social quiso ofrecer a la comunidad hospitalaria. Sin embargo, hay que tener muy en cuenta que ésta es sólo una propuesta, pues lamentablemente los manuales, políticas, iniciativas, etc. son escritas por personas que nunca interactúan con el usuario, y dificultan la capacidad de plasmar la realidad y la capacidad empática para resolver estas contingencias, por tanto es necesario elaborar estas propuestas de manera participativa con la comunidad hospitalaria completa.

La dignidad inalienable del hombre se muestra sobre todo cuando no hay en él nada más que su humanidad. "Cuando ya no le queda juventud, belleza, poder, inteligencia, riqueza o cualquiera otra de esas características por las cuales una persona puede dispensarnos un favor, sernos agradable, ser un motivo de atracción. Cuando a una persona no le queda nada, sino su condición de "persona en sufrimiento", en ese momento se pone de relieve con mayor elocuencia su dignidad inalienable. Por ello, en ese momento, la llamada a mostrar amor a la persona es una pieza esencial de la cultura moral, del cultivo del corazón humano, y piedra de toque de la civilización". **Caldera.**

3. CREACIÓN UNIDAD DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Frente a los hallazgos obtenidos durante la segunda etapa de sistematización, se recabó información clave y posteriormente se analizó en virtud de los ejes temáticos, por tanto, es posible generar ciertas propuestas (como se ha mencionado a lo largo del manual), como líneas de acción que como resultado, configuran un trabajo esencial, para propender el desarrollo de un trato más humanizado al interior del Hospital.

Dentro de estas líneas de acción se enmarca la creación de la **Unidad de Participación Social (UPS)**, como eje rector respecto a la conformación de estrategias para la humanización del trato, estableciendo así los esfuerzos reales de la política en salud por lograr una participación activa, informada y responsable, donde usuarios y funcionarios sean protagonistas y beneficiarios de ella.

La UPS constituiría por tanto, un esfuerzo por avanzar en temas como la participación social, la gestión organizacional, el trato y las relaciones entre usuarios y funcionarios, así como también, la medición constante del impacto que los fenómenos sociales emergentes puedan ocasionar a la comunidad hospitalaria, siendo gestora además de investigaciones y estudios sistemáticos para el ejercicio de buenas prácticas, que democratizen y atiendan las necesidades sentidas por las personas, generando cambios que impacten positivamente el funcionamiento del establecimiento.

3.1. CUADRO N°7, LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA CREACIÓN DE LA UPS

Meta
Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios del sistema de salud en atención abierta y cerrada a través de acciones que propicien un encuentro y participación intra e intersectorial, donde el valor a la equidad, dignidad y vocación de servicio sean centrales en sus ejercicios.
Objetivo General
"Contribuir al fortalecimiento de la Gestión participativa al interior del Hospital Carlos Van Buren, por medio de la instalación de mecanismos de participación social y control ciudadano, con el fin de generar respuestas a las necesidades y expectativas de los usuarios y funcionarios rescatadas de sus discursos y percepciones, sobre un marco de equidad y de respeto"
Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer espacios de diálogo, participación y control ciudadano, intersectorial e intrasectorial (Consejo Consultivo, Consejo de Desarrollo, Consejo Técnico). ➤ Difundir la política pública en salud, a los usuarios y funcionarios del Hospital, con el fin de mantener a la comunidad hospitalaria informada. ➤ Fomentar la inclusión de jóvenes y comunidad usuaria no organizada en los espacios dispuestos para participación, control y diálogos ciudadanos ➤ Capacitar constantemente a Funcionarios en temáticas fundamentales como, manejo de conflicto, trato al público y autocuidado, con el fin de contribuir a la humanización del trato. ➤ Impulsar y fomentar el desarrollo de investigaciones y estudios vinculados a la interacción usuario - funcionario, la entrega de los servicios, fortalezas y debilidades de los procesos, entre otros.

3.2. RECURSOS MÍNIMOS A UTILIZAR:

La constitución de la UPS prescindirá de recursos mínimos para garantizar el cumplimiento de sus objetivos, así como también el establecimiento de actividades y plazos acordados, que optimicen el proceso de fortalecimiento de la unidad.

3.2.1. RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos requeridos para la ejecución de los objetivos en esta unidad corresponden a profesionales del área de las Ciencias Sociales, cuyo perfil garantice el óptimo desempeño de su cargo, contribuyendo activamente al mejoramiento de las relaciones humanas.

El profesional a cargo deberá contar con equipo asesor, que deberá comprometerse con el logro de los objetivos, disponiendo sus conocimientos a la comunidad y promoviendo acciones de mejoramiento hospitalario.

Profesional a cargo de la unidad: Trabajador Social u otro profesional con amplio conocimiento de las ciencias sociales y metodologías de intervención, que propicie el impulso de estudios y evaluaciones al interior del hospital.

Perfil del profesional:

- Capacidad empática de relacionarse con las personas (usuarios y funcionarios) y equipo de trabajo.
- Habilidades sociales desarrolladas que permitan el reconocimiento de sus labores como profesional a cargo de la unidad.
- Manejo de las ciencias sociales y metodologías de la intervención.
- Pro activo y resolutivo en sus labores.

3.2.2. RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros corresponden a aquellos entregados por el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, la utilización que se le otorgue, deberá responder a las actividades que se realizan.

El equipo profesional deberá informar a la comunidad las inversiones realizadas y a su vez, optimizar al máximo los recursos de que disponga.

3.2.3. RECURSOS MATERIALES

La UPS, requiere de un espacio físico adecuado y de fácil acceso a la comunidad hospitalaria, con señalética legible y con el mobiliario que los profesionales a cargo determinen necesarios.

3.3. ROLES BÁSICOS A DESEMPEÑAR:

- **Educador social**, se hará presente dentro de la práctica del profesional en esta unidad, mediante la entrega constante de la información que sea necesaria para fortalecer los espacios de participación, manteniendo a la comunidad en constante conocimiento de la política pública en salud y de los resultados obtenidos de los estudios o investigaciones que se realicen.
- **Vinculador de redes**: Es importante que el profesional a cargo de la unidad vincule al hospital con las redes sociales que sean necesarias para la coordinación inter e intra sectorial, para así disponer de los recursos humanos y financieros necesarios para el desarrollo de un adecuado funcionamiento de la unidad.

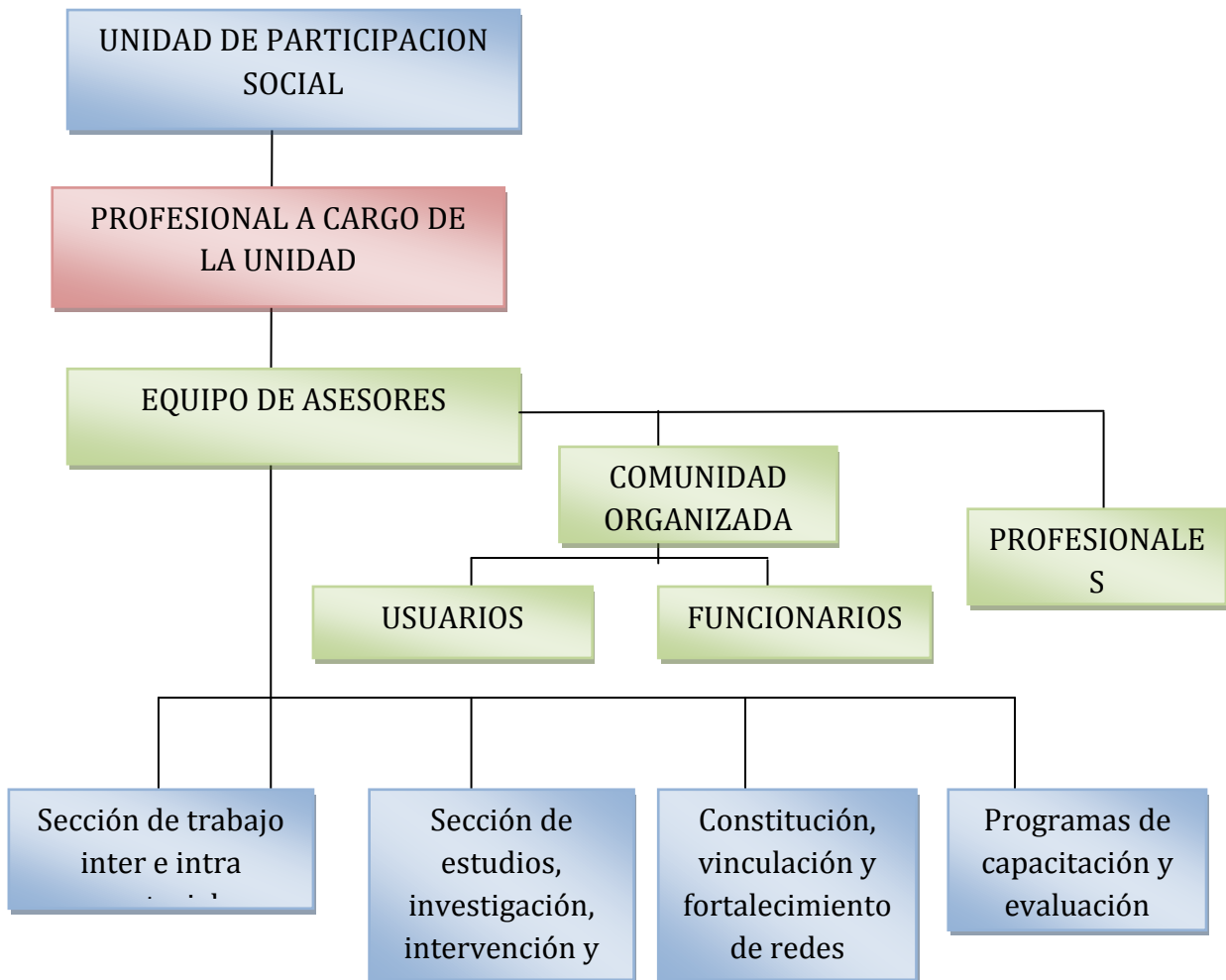
3.4. FUNCIONES A REALIZAR:

- Asesorar y promover el desarrollo de las organizaciones de usuarios y funcionarios del HCVB
- Asesorar y capacitar a los equipos técnicos de salud
- Planificar, ejecutar y evaluar actividades relacionadas con las estrategias de participación y control social.
- Monitorear de ejecución de estrategias de participación y control social en el centro hospitalario.
- Coordinación intrasectorial e intersectorial en materias de su competencia.
- Sistematización de procesos o estrategias desarrolladas.
- Entregar completo reporte del proceso realizado.

3.5. Funciones Equipo Asesor

- Asesorar y promover el desarrollo de las organizaciones de usuarios y funcionarios
- Asesorar y capacitar a equipos técnicos de salud
- Desarrollo de capacitaciones a funcionarios del hospital
- Ayudar en la planificación ejecución y evaluación de las actividades relacionadas con las estrategias de participación y control social.
- Coordinación intrasectorial e intersectorial en materias de su competencia.
- Participación constante en la Sistematización de procesos o estrategias desarrolladas.

3.6. ORGANIGRAMA N° 1, INICIAL UNIDAD DE PARTICIPACION SOCIAL



El organigrama expuesto, contempla los parámetros iniciales para el impulso y fortalecimiento de la unidad, indicando los aspectos centrales a tratar en la primera etapa de constitución.

4. CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN SALUD

En el presente ítem, se elabora una propuesta para la socialización y propagación de la Carta de derechos y deberes creada en forma participativa por la comunidad del hospital Carlos Van Buren.

Antes de comenzar aquella elaboración, es posible describir y mencionar que el proceso de construcción de la Carta de Derechos y Deberes de usuarios y funcionarios, debió pasar por instancias para ser confeccionada y aprobada. Es por esto que, se insta en la reunión del Consejo de Desarrollo a participar del Focus Grup, que gozó de un momento de reflexión ante el tema del buen trato y el sentimiento de las personas respecto a la realidad de esta situación en el hospital. Antes de esto, el producto de la fase anterior de levantamiento de información, corrobora y complementa, algunos de los derechos y deberes establecidos en el Boletín 2727-11 y en el estatuto administrativo. Frente a esta información, se crea por el equipo seminarista la propuesta de Carta de derechos y deberes de ambos colectivos, la cual es trabajada en el Focus Grup II, para surtir de aportes necesarios a través de una retroalimentación entre usuarios y funcionarios, dando paso a la confección final de este documento.

Finalizada la creación participativa de la Carta de derechos y deberes en salud, es la Unidad de Participación Social, en conjunto con la Unidad de Atención a las Personas, las encargadas de propagar aquella carta de derechos y deberes en un trabajo futuro. Las cuales deberán coordinar con dirección las actividades pertinentes de socialización de esta.

4.1. CAMPAÑA DE PROPAGACIÓN DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES EN SALUD

Actividades

- Elaborar folletos con la carta incluida en su interior para usuarios.
- Crear folletos específicos para funcionarios sobre la carta y su materialidad en la realidad.
- Realizar un ploteo que señale c/u de los derechos y deberes en salud de usuarios y funcionarios instalándolos en los accesos principales del hospital y del consultorio de especialidades.
- Hacer uso de tecnología audiovisual que contenga la carta y su aplicación regular en la realidad, así como también las instancias a dónde usuarios y funcionarios puedan acudir en caso de alguna solicitud ciudadana.
- Acudir a los medios de comunicación informando de la existencia de la carta como se materializa en la realidad del hospital, y las demás iniciativas que se están llevando a cabo.
- Entregar una vez al mes, en forma regular, los folletos que contengan la carta.
- Entregar los folletos a funcionarios comentando escuetamente de lo que se trata.
- Realizar una capacitación a los funcionarios para socializar la carta y como debe llevarse a cabo ésta en la realidad.

- Colocar en las salas de espera que posean televisor y reproductor de filmación, un circuito cerrado de televisión que contenga los derechos y deberes de ambos colectivos, como una manera lúdica para educar y socializar a la población usuaria.
- Además en ese circuito cerrado de televisión, colocar la propaganda a los medios de comunicación que se realizaron, mostrando la portada de los diarios, la grabación de la entrevista en la radio, etc. respecto a la carta.
- Colocar en las salas de espera, en los box, y mesones administrativos la carta de derechos y deberes, con colores fuertes para llamar la atención.
- Incentivar a funcionarios para que estos eduquen in situ a los usuarios en su lugar de trabajo directo.
- Estudiar y poner en práctica las propuestas de los colaboradores en relación al mismo tema.

Responsables

- Unidad o área de participación social.
- Unidad de Atención a las Personas.
- Dirección

Colaboradores:

- Consejo de Desarrollo
- Consejo Consultivo
- Unidad de Comunicaciones Y Relaciones Públicas.
- Medios de comunicación.
- Universidades
- A través de alumnos en práctica.
- Voluntarios

Igualmente, los colaboradores son gran fuente de aportes para proponer nuevas actividades que hagan socializar a la comunidad hospitalaria la Carta de derechos y deberes en salud, así como su total materialización en la realidad.

4.2. CARTA DE DERECHOS Y DEBERES

Usuarios

CUADRO N° 8.

- 1) Conocer y exigir sus derechos en salud, así como también respetar los derechos de los funcionarios, otros usuarios y los propios.
- 2) Conocer y acceder a la salud por personal idóneo, sin ser discriminado por el nivel económico o social, apariencia física, sexo o condición sexual, edad o características del grupo etario al cual pertenece, o por su estado de salud, ideología política y/o religiosa
- 3) Conocer y acceder a las instancias de participación ejerciendo su libertad de opinión, efectuando consultas, reclamos, felicitaciones y sugerencias de manera respetuosa.
- 4) Ser atendido a la hora citada, donde el proceso de atención se caracterice en primer lugar por un saludo cordial y respetuoso, donde haya constante contacto visual y donde el funcionario tenga disposición de responder a las interrogantes.
- 5) La información completa (entregada por los funcionarios) verás y oportuna de las acciones que el hospital emprenda en relación a sus usuarios. A ser informado sobre su estado de salud o diagnóstico, el plan de asistencia o tratamiento y la evolución, teniendo en cuenta su estado anímico y de acuerdo a su nivel cultural y de instrucción.
- 6) Visitas y acompañamiento espiritual, y que las 6 horas diarias que establece la ley (de 12^º a 18^º hrs.) sean respetadas por funcionarios y usuarios
- 7) Recibir una atención donde el usuario sea respetado en el contexto de la atención o evaluación médica respecto de la presencia de otras personas, sean estos otros funcionarios o alumnos en practica, especialmente cuando el usuario se sienta avergonzado o pudoroso.
- 8) Acceder en todo momento a sus antecedentes clínicos, los que para el resto de las personas deberá tener carácter reservado, de lo contrario, designar sus representantes para que conozcan la información relativa a su situación y expresen el consentimiento por el usuario, si fuere necesario.
- 9) Ser atendido por la persona idónea, con los suficientes conocimientos y destrezas, de tal manera, que la atención no implique riesgos mayores para su salud, siendo derivado los profesionales o entidades que puedan atenderlo correctamente, cuando el hospital no disponga de los medios indispensables para ello o por razones administrativas.
- 10) Recibir información sobre el sistema AUGE o GES y sistema PRAIS, recibir una atención oportuna y de acuerdo a los compromisos asumidos por el hospital.
- 11) Que se elabore, conserve y resguarde una historia clínica integra, veraz y con letra clara, como instrumento para coordinar, facilitar y evaluar su atención.
- 12) Condiciones físicas dignas (Infraestructura), donde el hospital propicie los medios adecuados y disponibles para evitar el daño a su integridad física y la pérdida o deterioro de sus pertenencias.
- 13) Negarse a ser sujeto de una investigación experimental sin que ésta haya sido aprobada por el hospital y sin su plena información y libre consentimiento, y retirarse en cualquier momento sin sufrir represalias
- 14) Que se aminore y no se prolongue o aumente de manera desproporcionada su dolor y sufrimiento, tanto físico, como psíquico y espiritual considerando el consentimiento propio o de alguna persona significativa del usuario.
- 15) Morir dignamente y en compañía de sus queridos si ello fuere posible. Con el acompañamiento espiritual que la familia o persona significativa estime necesario.

CUADRO N°8.

- 1) Cumplir con los deberes que emanan de la carta de derechos y deberes
- 2) Respetar lo derechos propios y de los otros, procurando su divulgación en la comunidad y familia.
- 3) Tratar con respeto y dignidad a las personas que lo atienden, a los demás usuarios y a los familiares cuando se trate de hospitalizados.
- 4) Cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, dotación, servicios y prestaciones sociales.
- 5) Colaborar con el cumplimiento de normas, reglamentos e instrucciones de la institución o equipo tratante, en la medida que estas sean conocidas por el usuario.
- 6) Presentarse 30 minutos antes de la hora de atención asignada por el hospital.
- 7) Comunicar con 48 horas de anticipación si desea algún cambio o tiene impedimento para asistir a la hora de atención, para así otorgar la oportunidad a otros usuarios
- 8) Respetar y cumplir los procedimientos formales del hospital, consultando en el momento adecuado en caso de no haber entendido.
- 9) Respetar la dignidad e intimidad de los demás usuarios, manteniendo una distancia prudente cuando realiza su consulta o este siendo atendido.
- 10) Informar en forma oportuna, clara, veraz y completa las circunstancias
- 11) Tener un rol activo y comprometer responsablemente a la familia o algún adulto significativo, a hacerse parte del tratamiento y en la atención Post alta.
- 12) Informar oportunamente de los hechos que no le gustan de la atención o de permanencia en el hospital y colaborar con los administradores y autoridades competentes para subsanarlos, canalizando por el conducto regular sus reclamos, sugerencias, felicitaciones u otro de manera adecuada y con respeto.
- 13) Comprometerse con el consentimiento informado, y designar, cuando esté en condiciones de hacerlo, a un tercero que se haga cargo responsablemente del consentimiento informado.
- 14) Contribuir a un ambiente grato en la atención, teniendo paciencia cuando la situación lo amerite, respetando las filas y manteniendo el control de sus actos de modo que no perjudique a las demás personas, considerando las condiciones mentales y/o descompensatorias y/o alcohólicas que tenga
- 15) Cancelar cuando corresponda los pagos que se generen por su atención.

Funcionarios

CUADRO N° 9.**4.2.3. Como funcionario tiene DERECHO a:**

- | |
|---|
| 1) Conocer y ser beneficiado por la presente carta de derechos y deberes, y poder exigir que se cumplan todos los aspectos que esta contempla. |
| 2) Obtener ingresos sobre jornadas laborales extraordinarias. |
| 3) Tener de manera física el estatuto administrativo de funcionarios en cada unidad o servicio. |
| 4) Sindicalizarse libremente. |
| 5) Contar con un sistema de calificaciones, como instrumento real para ascender. |
| 6) Acceder a capacitaciones relativas al trabajo realizado, para la formación constante del profesional. |
| 7) Obtener un espacio físico que resguarde integralmente el descanso laboral, así como también asegurar que aquellos descansos laborales legales (diarios, semanales y anuales) se realicen de manera constante, además de respetar los días administrativos. |
| 8) Recibir un trato respetuoso, amable, considerado y sin discriminación por parte de los usuarios, colegas de funciones y jefatura. |
| 9) Recibir y acceder a la información necesaria por parte de usuarios para otorgar un buen servicio. |
| 10) Recibir y acceder a la información necesaria por parte del hospital, con el fin de otorgar un buen servicio y hacerse parte de los objetivos y metas del establecimiento. |
| 11) Que el hospital resguarde de forma eficiente la integridad física y psicológica, sobre todo respecto a las agresiones verbales de los usuarios y familiares, realizando capacitaciones respecto al auto cuidado como funcionario del hospital. |
| 12) Tener la oportunidad de expresar libremente sus opiniones, haciéndose responsable de sus dichos. |
| 13) Trabajar en un ambiente saludable, con el menor ruido posible, ordenado, limpio y con los materiales necesarios para entregar una adecuada atención. |
| 14) Satisfacer sus necesidades fisiológicas de alimentación, y servicios sanitarios. |
| 15) Tener 2 pausas saludables para el descanso, de manera breve, y regulada, que incentive al rendimiento diario. |

CUADRO N° 10**4.2.4. Como funcionario tiene el DEBER de:**

- 1) Conocer y cumplir cabalmente con las disposiciones de la presente carta de derechos y deberes.
- 2) Respetar los derechos propios y de los otros, divulgándolos a la comunidad cuando sea necesario.
- 3) Otorgar un servicio caracterizado por el respeto, con un saludo cordial y contacto visual durante el proceso que dure la consulta.
- 4) Respetar la dignidad e intimidad de los usuarios en la medida de lo posible.
- 5) Tener las habilidades comunicacionales necesarias, que hagan manejar las situaciones complicadas de la atención en salud.
- 6) Desempeñarse de acuerdo al rol que el oficio o profesión y el hospital le otorgue, estableciendo límites con usuarios.
- 7) Desempeñarse adecuadamente acorde con los requerimientos y necesidades del hospital y los usuarios.
- 8) Cumplir la jornada de trabajo a cabalidad, de manera eficiente y con puntualidad.
- 9) Proteger la confidencialidad de toda la información reservada que se maneja respecto a los usuarios o del hospital.
- 10) Cuidar las instalaciones o inmobiliario del hospital y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad e infraestructura del hospital.
- 11) Generar ambientes saludables en la atención en salud al interior del hospital.
- 12) Proporcionar la información veraz que el usuario o la institución requiera de manera oportuna, siempre que esta sea necesaria y resguarde el derecho a la privacidad y confidencialidad de usuarios y funcionarios.
- 13) Informar ante el superior jerárquico, respecto a los eventos que le impidan cumplir con sus obligaciones dentro del plazo que éste le fije, atendidas las circunstancias del caso.

5. PROPUESTAS QUE EMERGEN DEL COLECTIVO DE ESTUDIO.

A continuación se entregarán los aportes que el colectivo de estudio entregó, los cuales constituyen elaboradamente en estrategias para mejorar el trato al interior del hospital, a través de la opinión de usuarios y funcionarios del hospital Carlos Van Buren.

CUADRO N°12.

VISIÓN USUARIOS	VISIÓN FUNCIONARIOS
➤ Mayor Información	➤ Información completa.
➤ Se reconoce la falta de funcionarios.	➤ Mejoras en la señalética.
➤ Capacitaciones enfocadas hacia un buen trato.	➤ Existen capacitaciones en trato, pero enfocado sólo a un grupo.
➤ Mayor compromiso en jefaturas.	➤ Mejoras en el sistema de comunicaciones del hospital.
➤ Puntualidad.	➤ Puntualidad.
➤ Mejoras en el Inmobiliario.	➤ Recurso humano preocupado de la señalética.
➤ Mejoras en la Señalética.	➤ Personalización en el trato.
➤ Utilización correcta del tiempo de trabajo.	➤ Vocación laboral.
➤ Vocación laboral en los puestos.	➤ Mayor supervisión sobre funcionarios.
➤ Comunicación especializada en casos requeridos.	➤ Utilización del tiempo laboral.
➤ Reformas en el sistema.	➤ Diario mural activo y actualizado.
➤ Mejoras en la higiene del hospital.	➤ Educar a través de un circuito cerrado de tv.
➤ Dar un tiempo para la entrega de información.	➤ Reformas en el sistema, implementación de mayor tecnología.
➤ Oficina de informaciones.	➤ Funcionarios que realizan mal su trabajo se resguardan en gremios.
	➤ Identificación en las puertas.
	➤ Colores por servicio.
	➤ Sistema de Líneas.
	➤ Utilización correcta de uniforme.
	➤ Trabajo en equipo.
	➤ Problemas de sueldo.
	➤ Aumento de cupos para becados.
	➤ Oficina de informaciones.

Usuarios y funcionarios, reconocen la necesidad de una entrega de información más completa, sin embargo debido a la falta de personal al interior del hospital, la entrega de información se realiza en un contexto de rapidez, otorgándola en el menor tiempo posible, lo que genera insatisfacción a nivel usuario es por esto que la información otorgada, no da paso a obtener la retroalimentación necesaria que usuario puede requerir, y tampoco se esclarecen todas las dudas. Como estrategia para corregir la situación, ambos colectivos reconocen la necesidad de contratar un mayor número de funcionarios en los servicios o unidades con mayor demanda de atención, sin embargo esta iniciativa genera mayores gastos al interior del hospital, asunto difícil de llevar a cabo con los recursos con los que se cuenta.

Como una medida de generar un mejor impacto en la entrega de información, se ha destacado la implementación de televisores como posibles difusores de información relevante al interior del hospital, a través de un circuito cerrado de televisión, que recrean

situaciones cotidianas de la atención en salud, así como también el conducto regular por el cual se debe acudir en alguna solicitud ciudadana, ayudando a otorgar información a las personas en las salas de espera.

Por su parte, se propone confeccionar un mural con información actualizada para los funcionarios, evitando canales comunicacionales informales, facilitando que la información que dirección y jefatura entreguen, descienda a los estamentos más bajos de funcionarios de manera pareja y total.

Se declaran diferencias en el trato y entrega de información, según el funcionario y el servicio que se otorgue, esto dependiendo de las condiciones personales y del entorno de cada funcionario. Además, las problemáticas relacionadas con el trato son consideradas por ambos colectivos, generalmente como responsabilidad de usuarios o familiares, debido a la ansiedad y nerviosismo producido por el estado de salud, adherido a los inconvenientes del sistema hospitalario. Frente a esto, se propone la medida de personalizar la atención, ya que se puede personalizar el tono de voz, el lenguaje utilizado y la pronunciación, dependiendo del nivel de instrucción y la edad o condición específica de algunos usuarios. Considerando esta iniciativa como una medida para optimizar la atención, ya que a modo de "simpatía", generaría un quiebre del límite y ascendencia profesional necesario para un buen servicio.

Para optimizar el trato al interior del hospital, se presenta la alternativa de incrementar el número de capacitaciones en este asunto, la cual se lleva a cabo en la actualidad. Sin embargo la problemática principal, corresponde a un deficitario sistema comunicacional al interior del hospital evidenciado en los párrafos anteriores, y la manera en cómo se efectúan estas capacitaciones, ya que se trabaja por unidades individualizadas. Bajo esta premisa se realizan las capacitaciones, que están disponibles para todos los funcionarios, sin embargo la difusión respecto a la realización de estos talleres es tardía, por lo cual muchos funcionarios tienen desconocimiento de la realización de estas capacitaciones. Además, mucha de estas instancias no son compatibles con los horarios laborales, por lo cual esta oportunidad no es utilizada integralmente por los equipos de trabajo, sin alcanzar el nivel de socialización necesaria para contribuir a cambiar ciertas conductas en la atención del hospital.

Siguiendo la condición comunicacional del sistema hospitalario, se declara la necesidad de incorporar mayor tecnología en los sistemas, ya que existen numerosas fallas, por saturación o colapso del sistema, lentitud en los computadores, y las impresiones de los documentos, generando pérdida de tiempo en los usuarios del sistema, además de resignación de estas haciendo abandono de las dependencias del hospital para su atención. Por su parte, como una propuesta a destacar, es la implementación de las fichas clínicas de modo digital, que resguarden la privacidad de la información de cada usuario, agilizando el tiempo de espera, y finalmente disminuir las pérdidas de fichas clínicas, producidas por un mal manejo de los documentos físicos.

Reconociendo la necesidad de un trabajo integrado en todos los servicios que presta el hospital, se señalan dicotomías en el cumplimiento de los objetivos de cada unidad a nivel de jefatura, ya que se ha declarado a modo de saturación temática, la existencia de muchos puestos en jefaturas, generando un déficit en el cumplimiento de un objetivo en común, donde las órdenes impuestas hacia un mismo funcionario pueden llegar a ser contradictorias, generando dualidad de mando y deficiencias en la práctica de atención. Bajo este punto, funcionarios declaran la necesidad de mayor supervisión laboral. Un real

avance no sólo depende de un marco legal adecuado, sino que también resulta relevante la cultura y disposición que exista al respecto en los funcionarios públicos.

A nivel de discurso se reconoce la "vocación laboral", como un deber prioritario tanto en el estatuto administrativo como en la realidad hospitalaria, ya que se reconoce la existencia de funcionarios que ejercen su labor de forma deficiente. Sin embargo, estos prestadores se resguardan en los gremios obteniendo respaldo de sus colegas, lo cual no posibilita realizar alguna acción respecto a esto, quedando muchas veces inmunes en situaciones que deberían hacerse cargo. Frente a esto se propone, monitorear las conductas de funcionarios para que este siempre se desempeñe con vocación en su trabajo, como requisito infaltable para atender en establecimientos públicos, así lo declara el colectivo de prestadores de servicio. Además de que gremios, estudien bien la situación y la historia laboral de funcionarios que tengan problemas, realizando un apoyo verdadero y no equivocado.

Se señala además, que existe cotidianamente problemas de impuntualidad en los funcionarios médicos, sin ser estos regulados con algún sistema eficaz, y si este existe está sujeto a modificaciones o alteraciones por parte de los médicos, todo esto debido a la carga laboral de estos, consistente en atenciones en el consultorio, operaciones, emergencias del hospital, así como también en sus consultas privadas. Sin embargo, también se declara en varias ocasiones tanto por usuarios como por funcionarios de menor grado, el uso de descansos extras en medio de las jornadas laborales, traducidas en tomar café y conversar con colegas en horario de trabajo y existiendo filas de público esperando a ser atendidas, siestas o acostarse en sus horarios de atención, situación que genera complicaciones a usuarios, funcionarios administrativos y al hospital como institución. Por lo cual el colectivo propone, implementar un control de horarios eficaz y verdadero, con un profesional externo supervisor que regule tal situación.

Se reconoce la importancia de utilizar el uniforme completo, con un distintivo que contenga el nombre, profesión y cargo de cada funcionario, debido a que esta situación no se realiza con totalidad. El utilizar estos elementos mejoraría el nivel de confianza del usuario, al poder identificar al personal con quien interactúa, y optimizaría las gestiones al disminuir las consultas que usuarios realizan con funcionarios que no identifican la información requerida, quien los atendió o derivó.

Por su parte, funcionarios destacan la necesidad de que ciertos servicios o unidades implementen realmente el trabajo en equipo de manera biopsicosocial, a lo cual se les puede exigir avances en esta materia, y una comisión encargada de esto.

Como propuestas adicionales, ambos colectivos expresaron sugerencias en torno a la infraestructura y condiciones laborales:

Señalética:

➤ **Las puertas de cada unidad deben estar señalizada**, bajo esta posición se puede señalar que las puertas de los diversos servicios que presta el hospital se encuentran señalizados por un número, y en el mesón de información de cada unidad se debe especificar en cual "box" se realizará la atención. Si el usuario no tiene conocimiento del

lugar en que se atenderá, es responsabilidad del funcionario y no se reconoce como una problemática de la señalización.

- **Cada servicio debe estar diferenciado por colores**, esta propuesta significaría la implementación de un color diferente en cada servicio, la dificultad de llevar a cabo esta iniciativa está relacionada con algunas unidades correspondiente al consultorio de especialidades, en el cual existe un "mesón de información" en común en algunos servicios, de esta forma los "boxes" de atención estarían diferenciados, pero los mesones o ventanillas de información no. Además de la gran inversión que esto significaría para un hospital público.
- **Utilización de líneas que describan la ruta a seguir**, la implementación de esta propuesta no es factible al interior del hospital debido al número de servicios que presta el hospital, esta medida generaría una cantidad de líneas descriptivas muy elevadas como para poder ser entendida con facilidad. Sería recomendable, implementar estas líneas sólo en los servicios más concurridos o importantes.
- **Recurso humano y oficina encargada de entregar la información completa**, se ha destacado la necesidad de implementar funcionarios encargados específicamente de la entrega de información, quienes deben estar actualizados y capacitados en el procedimiento de los servicios que se atienden, he incluso el requisito para ser parte de esta área sería tener varios años de trabajo en el hospital, para tener personal que tenga conocimiento de cómo se maneja el hospital a su interior.

Remuneraciones:

Funcionarios declaran insuficiencia en el sueldo recibido, se expone una comparación con la atención primaria, lugar donde se recibe un sueldo mayor, aún cuando la especificación y capacitación requerida es menor. Se realiza una comparación además entre la remuneración de profesionales y técnicos paramédicos, así como también entre servicios públicos y los privados. A lo cual, se declara la necesidad de aumentar los sueldos, debido a que la carga laboral es grande en comparación a los demás establecimientos de salud.

Becados:

Se reconoce la falta de funcionarios en el hospital, junto a esto se declara la existencia de cupos limitados para becados profesionales, siendo necesarios sabiendo que hay una mayor demanda y pocos funcionarios, estimando que se necesita un mayor número de estos, con una supervisión mayor hacia sus desempeños.

6. OTRAS PROPUESTAS A CONSIDERAR

Complementando las estrategias declaradas por ambos colectivos del proceso de sistematización, el equipo seminarista que suscribe establece propuestas evaluando su factibilidad en la realidad práctica:

6.1. INFORMACIÓN:

Para la entrega de información completa y suficiente se ha destacado la necesidad de que funcionarios dediquen un mayor esfuerzo a esto, sin embargo en la práctica esta situación genera un mayor tiempo de espera y enlentece el proceso de atención. Para esto se requiere **que usuarios comprendan el deber y derecho que tienen de consultar** y aclarar las dudas que emerjan en el proceso de atención.

La información también puede ser entendida como instrumento para el ejercicio de otros derechos:

- Como mecanismo de fiscalización.
- Como una instancia de participación.
- Para exigir o ejercer un derecho.

En base a esta declaración, se señala la información como el eje principal en la fiscalización de funcionarios y el empoderamiento de ambos colectivos hacia la institución.

Si la comunidad usuaria del sistema reconoce el derecho y el deber que tiene para informarse, utilizará la instancia de participación UAP para efectuar sus felicitaciones, reclamos o sugerencias. La información que emerge de esta unidad, será el punto principal de la fiscalización de funcionarios.

6.2. CAPACITACIONES.

El estatuto administrativo establece que es un deber del servicio, a la vez que un derecho para el trabajador, proporcionar actividades de capacitación.

Este derecho está concebido legalmente como el conjunto de actividades permanentes, organizadas y sistemáticas destinadas a que los funcionarios desarrollen, complementen, perfeccionen o actualicen los conocimientos y destrezas necesarias para el eficiente desempeño de sus cargos o aptitudes funcionarias.

Existen los siguientes tipos de capacitación:

- Capacitación para el ascenso
- Capacitación de Perfeccionamiento
- Capacitación Voluntaria

El hospital debe distribuir los fondos que les sean asignados en programas de capacitación, de acuerdo a sus necesidades. Si la capacitación impide al funcionario desempeñar labores de su cargo, éste conserva el derecho a percibir sus remuneraciones. Si la capacitación se efectúa fuera de la jornada laboral ordinaria de trabajo, el funcionario tiene derecho a descanso complementario.

Los funcionarios seleccionados para capacitación, tienen la obligación de asistir a ella y los resultados que obtengan se consideran en su calificación. El funcionario que no cumpla con esto tiene la obligación de pagar a la institución cualquier gasto surgido en el proceso.

6.3. SISTEMA DE COMUNICACIONES

Se requiere la actualización de los sistemas al interior del hospital, con la implementación de tecnología acorde con la necesidad de atención.

Para esto se propone la inclusión de un sistema digital en las fichas clínicas de usuarios, esta implementación debe resguardar la privacidad de la comunidad hospitalaria y agilizar los procesos de atención.

Como segundo elemento a destacar es la implementación de un mural por cada servicio, este debe estar actualizado en información, destacando cada suceso o resolución ejercida. Y con esto eliminar la desinformación existente a nivel de funcionarios, sobre algunos procedimientos actuales.

Se requiere además que funcionarios utilicen un uniforme distintivo, según el oficio y utilicen una credencial con información personal. Esta iniciativa busca un mayor compromiso y personalización en el trato desde los funcionarios hacia los usuarios.

6.4. INFRAESTRUCTURA

Reconociendo el proyecto actual respecto a la señalética del hospital, se debe destacar que la implementación de letreros en cada unidad respecto a las áreas, enfermedades o acciones que se hacen en aquel servicio, merece prioridad frente a una desinformación de los usuarios que se confunden entre unidades del consultorio de especialidades y el hospital que tiene nombres iguales o parecidos.

Desde el consejo consultivo se plantea la posibilidad de colocar un "tótem" con información sobre cada servicio, ubicado en la entrada del consultorio de especialidades, sin embargo esta iniciativa no responde a todo lo que el hospital requiere sobre este tema. Es necesario poner la señalización en aquellas unidades que no están señalizadas, y la vez se debe establecer sus rutas de acceso.

Junto a los elementos físicos de señalización, es necesaria la implementación de funcionarios actualizados y capacitados, que entreguen aquella información, contemplando a los usuarios analfabetos o con problemas de visión.

Funcionarios encargados del aseo deben preocuparse de educar a la comunidad hospitalaria en el cuidado del material inmobiliario, además se requiere mayor fiscalización a partir de los usuarios, sobre cómo funcionarios trabajan en torno al cuidado de la higiene.

Por su parte, para reforzar el conocimiento de los usuarios respecto a las instancias donde pueden acudir a realizar sus solicitudes ciudadanas. Se propone realizar una re-inauguración o una re-campaña de difusión, sobre la unidad de atención a las personas (UAP), sus funciones, actividades, roles, las áreas sobre las cuales operan, etc. ya que existe una gran desinformación de la población usuaria sobre esta instancia y sus utilidades.

Finalmente, y abordando todas las propuestas realizadas se estima necesario elaborar un Plan de Desarrollo del Trato Humanizado que tome todas estas propuestas y las materialice en la realidad. Permitiendo colaborar con el cumplimiento constante del plan estratégico del hospital, adecuándose a la realidad cambiante de aquel.

1. CONCLUSIONES

Para efectos de seminario, se llevo a cabo un proceso de sistematización de las opiniones de usuarios y funcionarios del Hospital Carlos Van Buren, en relación al trato recibido en el proceso de atención, principalmente con los agentes involucrados en otorgar un trato directo.

En primera instancia se visualiza la forma en cómo interaccionaban las personas y las características que de dicho acto emanaban, todo con el propósito de generar propuestas para la humanización del trato y en respuesta a una necesidad sentida por el hospital de contar con un respaldo a la hora de emprender acciones en función de los lineamientos de la Reforma de Salud.

➤ **Conclusiones en torno a la Temática de Humanización del Trato:**

La humanización del trato como tema central para efectos de seminario, conlleva el ejercicio de una serie de acciones que contribuyan a mejorar las relaciones entre los actores involucrados en los procesos de atención en salud, razón por la cual, el cómo se lleva a cabo la atención adquiere mayor relevancia en relación a los medios que se utilizan.

Partiendo desde la base de las relaciones, lo primordial es establecerlas dentro de un marco de respeto y dignidad hacia la persona, lo que implica la consideración de todos los aspectos que rodean al ser. Desde este punto se evidencia la necesidad de un fortalecimiento del enfoque biopsicosocial en los procesos de atención a nivel práctico, ya que a nivel de discurso se tiene conocimiento de lo que esto implica.

Las personas, es decir, usuarios y funcionarios del sector salud, reconocen la necesidad de ser reconocidos como seres integrales, con necesidades de índole social, económica, emocional y psicológica y por supuesto, biológicas, por tanto, demandan acceso a la salud sin discriminación y recibir un trato que responda a sus expectativas.

El trato que demanda la población incluye variables que van desde la recepción hasta el término de la atención, es así como las conductas de cortesía y amabilidad al establecer la primera relación son vitales para la ejecución del proceso, el contacto visual constituye un aspecto relevante ya que permite que las personas se sientan escuchadas y comprendidas. De tal modo, al interior del Hospital Carlos Van Buren, estas conductas llevadas a la práctica disminuirían la aparición de conflictos entre usuarios y funcionarios, así como también entre compañeros de trabajos y entre las personas que se acercan a solicitar un servicio.

La empatía por tanto cobra relevancia debido a las exigencias basadas en las expectativas de las personas, que superan las capacidades de resolución en las demandas, por lo que la comprensión y el ponerse en el lugar del otro, permite llevar a cabo la atención de la manera más adecuada posible. Es posible deducir que el ejercicio en la práctica de este principio es llevado a cabo por las minorías, sin embargo, es algo presente en el discurso de las personas, la capacidad empática evita el enfrentamiento de estas en momentos

conflictivos. Estas situaciones por su parte vienen a debilitar las relaciones y la predisposición de los individuos ante una nueva atención, por lo que es necesario que el personal de los centros de salud, se encuentre capacitado en temas como la resolución de conflictos y la contención emocional de las personas.

Las capacitaciones a los profesionales de la salud, constituyen un aspecto relevante en el desarrollo de habilidades sociales y comunicacionales. Se debe considerar que los hospitales que constituyen la red pública asistencial atienden a una diversidad de personas, con características socioculturales diversas, por lo que el nivel educacional influye en el grado de comprensión de la información recibida, razón por la cual el desarrollo de las habilidades enunciadas viene a reforzar el óptimo desempeño de las relaciones. Otros casos particulares dicen relación con la entrega de diagnósticos o el resultado de las intervenciones y los grupos etéreos y sus dificultades de audición, entre otros. Entregar la información de manera empática, con la capacidad de contener a los usuarios, o el tono de voz y volumen en que se haga, determinará el estado en que la persona asimile lo transmitido y en el segundo de los casos el grado de comprensión.

➤ **De la Participación Social.**

La participación social en salud por su parte, no es un tema ajeno a la hora de hablar de la humanización del trato y nace de la necesidad de otorgar un espacio a la comunidad donde pueda ejercer su derecho a expresarse y a tomar conocimiento y responsabilidad en las acciones de salud. La necesidad fundamental por tanto es fortalecer las instancias de participación de la comunidad, con el objetivo de propiciar la inclusión de la población a la hora de fundamentar las propuestas de mejora en la entrega de los servicios y en la gestión hospitalaria. La comunidad representada por usuarios, funcionarios, gremios, organizaciones u otras, debe dar a conocer los problemas de salud y las soluciones de su consideración, de manera que todos y cada uno se exprese libremente y determine los lineamientos y acciones que se deben llevar a cabo, resguardando el cumplimiento de las necesidades de la población.

La participación como concepto en sí, emerge de los principios de la Conferencia de ALMA – ATA, y se refuerza mediante los discursos presidenciales por el hecho de constituir un instrumento de profundización de la democracia y asignando un rol protagónico a quienes deciden formar parte de ella. La participación se considera como la forma de ejercer las libertades fundamentales de las personas y el ejercicio de sus derechos de carácter universal, indivisible e interdependiente.

El derecho a la participación y el deber de participar activamente en los asuntos públicos es indispensable, sin embargo, debe ser considerada también la calidad y la cantidad de esta, ya que en la medida en que estos factores se vayan perfeccionando se contribuiría a mejorar el nivel de transparencia de la gestión pública, promoviendo un cambio positivo en la relación representante - representados así como también modificaría el sentido de la obra pública como propiedad comunitaria, desarrollándose un sentido de apropiación y pertenencia de la sociedad en la gestión pública, así como en la comunicación y cercanía de los actores al hospital, lo cual conlleva, sin lugar a duda, a un mejoramiento de la planificación y ejecución de las diferentes políticas públicas. El reto es desarrollar al máximo las capacidades de vincular a la comunidad con el hospital, a fin de que efectivamente se pueda lograr una verdadera participación de la sociedad civil, lo que significa una herramienta para el desarrollo de la democracia, esto sobre la base de los

resultados del análisis obtenidos, donde fue posible evidenciar que las características de la participación atraviesan por diferentes niveles, asumiendo como tarea fundamental por parte de los encargados del área, fortalecer las instancias de participación y acercar el hospital a la comunidad cautiva, que no adquiere responsabilidades en torno a salud.

➤ **Sobre el contexto nacional e interno del hospital**

Refiriéndose al contexto en el que se desarrolló el seminario de título esto *no provocó sesgos en los resultados* de la sistematización. El hecho de sobrellevar una pandemia como lo es la influenza AH1N1 para los usuarios y funcionarios no es una causal de dar y obtener un trato respetuoso y digno, aquello constituye una excusa para estos, pues haya o no crisis en el sector salud el trato se ha caracterizado de igual forma en todo momento. Respecto a la crisis económica, aquella tampoco constituye sesgos en la información, pues los recursos asignados al sector no disminuyen la brecha en comparación a años anteriores, lo que quiere decir, que en tiempo de crisis el gobierno se encarga de resguardar la integralidad de los dineros, tal como lo declaro la Encargada de Participación Social del Ministerio de Salud, Señora Nora Donoso.

Por su parte, el conflicto interno de los gremios y funcionarios del hospital tampoco constituyó un sesgo en el seminario, pues las actividades no se vieron trastocada por aquello, y fueron pocos los discursos de funcionarios donde emergían aquellas problemáticas, no constituyendo saturación temática para los resultados finales.

➤ **Conclusiones en torno a los Derechos y los Deberes de Usuarios y Funcionarios.**

Otro aspecto relevante en la humanización del trato es establecer y garantizar los derechos y deberes de las personas vinculadas al sector salud, que sean de conocimiento público y que responsabilicen a usuarios y funcionarios por sus actos.

Las personas generalmente atribuyen sus derechos en salud, al establecimiento de los derechos humanos, sin embargo, en este sector estos adquieren características particulares. La relevancia radica en que para efectos de seminario, fue la población la encargada de definir los derechos y deberes que emergen de sus roles como actores involucrados en el proceso de atención.

En primer lugar, para usuarios la prioridad y el primer derecho es tener acceso a las acciones de salud, sin priorización de reos, indigentes y conocidos, tal y como se mencionaba anteriormente. En segundo lugar, priorizan el trato digno y respetuoso, posterior a ello, el derecho a efectuar consultas y reclamos (opinar y expresarse), a la información y finalmente a la agilización del tiempo de espera. El último punto mencionado a nivel práctico se ha reducido considerablemente en los últimos 2 años, lo que es percibido o evaluado positivamente por la comunidad usuaria.

Los deberes para el usuario no están ligados a la adquisición de derechos, esto se evidencia pues a nivel de discurso y práctico, no son reconocidos ni efectuados. Sin embargo, una parte de la población manifiesta como prioridades el deber de colaborar para que el ambiente donde se llevan a cabo las interacciones sea grato, también a la paciencia en las salas de espera de atención y la puntualidad entre los usuarios a la hora de llegada.

Se puede concluir por tanto, que la comunidad usuaria reconoce sus derechos como un aspecto fundamental a la hora de acudir a solicitar un servicio, los cuales son exigidos en la medida que consideran necesario, sin embargo, no reconocen que los deberes son la consecuencia de los derechos, y estos deben ser cumplidos y respetados por ellos, contribuyendo así a una salud enmarcada en el respeto y el ejercicio de buenas relaciones. Esto se debe a la presencia de un marcado locus control interno paupérrimo, esto quiere decir, a la poca capacidad de las personas de responsabilizarse propiamente por ciertos sucesos o resultados que en la realidad se dan. Es ejemplificable el hecho de encontrar personas que no ponen a su débito el poder contribuir con un ambiente más saludable y respetuoso al interior del hospital, entregando esa carga solamente a los funcionarios, posicionándose en una situación cómoda e inactiva. Otro ejemplo, la concurrencia a la UAP, donde usuarios en su mayoría realizan sus quejas de manera verbal y no en las instancias formales como debería ser, ya sea por comodidad o porque en los conflictos que puedan haber ellos también tienen la responsabilidad de asumir ciertos cargos.

Los derechos y deberes de funcionarios emanan del Estatuto Administrativo de funcionarios públicos, lo que de él se desprende es de conocimiento del personal, sin embargo a nivel práctico, la debilidad identificada por ellos, es la escasa supervisión del cumplimiento del estatuto, el desempeño de sus derechos están directamente relacionados con el hospital como fuente laboral, donde la priorización es el poder acceder a un régimen de remuneraciones, capacitaciones, a un sistema laboral y a mayor protección ante agresiones, y finalmente a recibir por parte del usuario un trato respetuoso y mayor información.

Los deberes por su parte, van desde el desempeño laboral, la vocación, la cortesía hasta la capacidad para ser resolutivos, sin embargo esta última se encuentra limitada por los lineamientos para la entrega de atención.

El ejercicio de derechos y deberes en el caso de funcionarios, se enmarca dentro de lo que se considera adecuado para el ejercicio de sus labores, por tanto, es el hospital el encargado de resguardar que la satisfacción de su personal coincida con las exigencias requeridas.

En conclusión, que el hospital elabore propuestas para favorecer la igualdad entre usuarios y funcionario en temas como el ejercicio de un buen trato y el derecho a participar activamente de las instancias de participación, respetando su calidad de personas, contribuye a un ambiente laboral grato y a la satisfacción del personal en el cumplimiento de sus funciones, por ende, a otorgar una atención conforme a las necesidades y requerimientos de las personas.

Finalmente, los resultados obtenidos constituyen uno de los soportes a las propuestas que el equipo seminaristas elaboró, de este modo es posible fundamentarlas teniendo como base el discurso de las personas, es decir, de los agentes involucrados directamente en el proceso de atención en consecuencia de las políticas públicas en salud.

➤ De la metodología empleada

Respecto a este punto, la metodología constituye el pilar de lo realizado, lo que se fundamenta en la sistematización que en resumen, consiste en otorgar un orden a determinada práctica para proponer medidas para su mejora.

Es así como la **sistematización de las opiniones de usuarios y funcionarios** respecto al proceso de atención en salud, permitió conocer variables que no eran contempladas por los referentes utilizados, lo que derivó en la reconceptualización de las mismas, adecuando la definición de los ejes temáticos a la realidad hospitalaria.

Es por ello, que la utilización de esta metodología y las fases que contempla, proceso, producción de conocimiento y producto, favorecen el orden en la ejecución del trabajo planteado. Por lo demás, la sistematización implicó en el proceso la elaboración de instrumentos de carácter cualitativos, lo que como técnica favorece el rescate del discurso de las personas y su actuar, con el fin de ordenarlas y elaborar propuestas.

El carácter cualitativo del proceso ejecutado cobra realce a la hora de mencionar que al interior de las unidades los estudios de satisfacción usuaria llevados a cabo, han sido por lo general de carácter cuantitativo, por lo que este nuevo enfoque permite a la comunidad expresarse de manera libre resguardando la privacidad de su información y utilizándola para la elaboración de propuestas desde sus puntos de vista. Pudiendo adherir nuevas dimensiones que emergían del discurso de las personas, rescatando fenomenología de las situaciones cotidianas y no encapsularlas en una realidad reduccionista como lo es el paradigma cuantitativo.

Es posible concluir a modo general, que el proceso de sistematización requiere del desarrollo de habilidades en la aplicación del instrumentos, que van desde la empatía a la selección y análisis de lo recabado. Sin embargo, es necesario conocer la metodología de manera rigurosa, que en este caso debió ser aprendido en el ejercicio de la práctica, por lo que se demanda mayor formación a nivel académico, para resguardar la integridad de los resultados.

➤ Trabajo Social: los aportes a la profesión

El trabajo social como profesión y disciplina, se caracteriza por el complemento y la integralidad de la formación de sus profesionales, los que manejan un amplio conocimiento de las ciencias sociales, a mencionar antropología, psicología, sociología, entre otras.

Lo anterior, permite la realización de un trabajo recabado en lo que a formación profesional respecta, considerando además, el manejo técnico de metodologías de la intervención e investigación y la aplicación de instrumentos de carácter cualitativos y cuantitativos.

Al interior del Hospital Carlos Van Buren, no había realizado un estudio de carácter cualitativo, que contemplara temas como el trato y abarcando por lo demás a la comunidad

hospitalaria en general – todas las unidades del hospital y consultorio de especialidades – en su calidad de usuario o funcionario. Este hecho si bien generó la resistencia espontánea de algunos profesionales, la mayoría lo evaluó como un hecho necesario de ser realizado, por la oportunidad de expresarse y opinar respecto a temas relevantes para el ejercicio de sus labores y para el establecimiento de iniciativas para mejorar la relación usuario – funcionario y establecer la igualdad que debe haber entre las personas.

El aporte más significativo dice relación con la ejecución del seminario de título por alumnos de la carrera de trabajo social, por abrir un espacio dentro del hospital del área de servicio social, que contribuyó a priorizar otras acciones adicionales y con mayores alturas de miras para el hospital como lo es adentrarse en los estudios de Gestión de Calidad, dimensión no desarrollada en este establecimiento, además de ampliar la visión de las demás unidades respecto a la labor que se realizaba, fortaleciendo la integridad de la profesión y el valor social que la caracteriza, logrando la participación en el proceso de 64 profesionales de trato directo, 64 usuarios del sector, personas que integran el Consejo Consultivo y de Desarrollo, a la dirección del hospital y a la Unidad de Atención a las Personas, grupo amplio y protagonista de lo realizado, donde se rescató su discurso y las propuestas que sugerían para mejorar las relaciones y humanizar el trato.

Por su parte, este seminario aportó sin duda a remontar los orígenes de Trabajo Social referidos a los ideales humanistas materializables en la estructura política a través de lo que hoy en día es conocido como políticas públicas. Ideales que se impregnan de principios y valores que con el tiempo han adquirido mayor rigidez y que también la sociedad ha pospuesto y olvidado. Es por esto, que la forma en cómo se levantó la información permitió rescatar los discursos de las personas que al verse trastocadas emergen sus concepciones de dignidad, de principios y valores llevando a colación estos aspectos enriqueciendo a acciones reivindicativas en el marco del ejercicio de la profesión.

➤ **De las Habilidades Sociales del equipo seminarista**

El seminario de título se desarrolló a cargo de un equipo de cuatro estudiantes de la Universidad de Valparaíso, los cuales debieron ejecutar un trabajo metodológico, organizado, estableciendo una línea de acción flexible ante los requerimientos institucionales. En esta instancia se pone en práctica las competencias adquiridas en los cinco años de formación, ejecutando una sistematización rigurosa en cuanto a la representatividad del colectivo de estudio y los tiempos definidos.

La cantidad de integrantes del equipo suscriptor, más que una limitación en relación a la toma de decisiones se complementa, transformándose en una fortaleza para alcanzar los objetivos planteados, considerando la magnitud del trabajo en torno al levantamiento de información, y el análisis y los resultados del proceso.

Se debe señalar una inicial deficiencia en el proceso debido al desconocimiento del equipo, en relación al proceso de sistematización. Sin embargo, ante la indagación y estudio, esta limitante se pudo franquear de modo eficiente, poniendo en la realidad todo el esfuerzo por conocer y llevar a la práctica esta metodología que no alcanzó a ser parte de la formación académica entregada por la universidad, pero que sí pudo ser parte durante todo un año del ejercicio práctico de los seminaristas.

Se concluye que el equipo seminarista que suscribe, elaboró un proceso recabado y eficiente, sobrepasando las limitantes en torno a los desconocimientos iniciales del proceso, y las diferencias entre los tiempos institucionales y los tiempos exigidos académicamente.

2. APRENDIZAJES

La salud constituye un derecho fundamental para el desarrollo integral de las personas. En un principio estaba determinada por la presencia o ausencia de enfermedad, sin embargo, con el avance del tiempo se produjo una evolución a nivel de concepto, es así, como en la actualidad se tiene una visión integral de lo que es la salud, considerando a las personas como seres particulares sujetos a una serie de necesidades que van desde lo biológico a lo psicológico y social.

El cambio que se produjo en la salud, se considera fundamental a la hora de avalar la importancia del enfoque biopsicosocial en los procesos de salud, es así como la Reforma de Salud viene a saldar las necesidades de las personas en todos los ámbitos que el concepto contempla. Si bien, los avances tecnológicos en la medicina constituyen el aspecto fundamental en la salud, las relaciones que se establecen entre usuarios y funcionarios - principalmente las de trato directo - son la base a la hora de inducir cambios en el ejercicio de una atención más humana.

Abordar las relaciones entre usuarios y funcionarios es valorarlos en su calidad de persona inmersas en un sistema que debido a sus exigencias requiere mejoras, donde en primer lugar se debe considerar el ejercicio de un buen trato, de este modo es posible garantizar un ambiente más grato y la resolución de las demandas de la atención con mayor gratitud. En consecuencia, también es posible detener el espiral dialéctico donde en caso de conflictos, jefatura, administración o dirección deben constantemente encargarse de problemas que emergen de las relaciones, que podrían ser evitados mediante el ejercicio de un buen trato.

Como es sabido la atención pública, no tiene buena reputación respecto a la atención de público, esto se manifiesta a través de quejas por una acogida impersonal, un tono de voz inapropiado, el uso de apelativos en lugar de llamarlos por su nombre, falta de información, poco tiempo dedicado a las respuestas o estas poco claras, desinterés en sus necesidades inmediatas, no se mira a la cara al hablar, más interés en llenar papeles que interrelacionarse con la persona que se está atendiendo.

Con el tiempo y el avance tecnológico también es posible señalar, que la atención tiende a mecanizarse, otorgando una atención de calidad en cuanto a elementos técnicos, pero carentes de calidez e individualización de los problemas de las personas. La relación que se establezca entre el usuario y el profesional es importante ya que de esta dependerá, entre otras cosas, el tiempo que se tomara para efectuar los diagnósticos, la adhesión al tratamiento que los usuarios tengan y la continuidad del autocuidado; la comunicación se torna fundamental, cuando esta no se realiza adecuadamente puede generar usuarios policonsultantes (debido a la desorientación o falta de comprensión de las indicaciones), la

actitud por tanto que se presentara puede ser la de perder la confianza en el sistema, optar por otras alternativas, o reclamar sus derechos y exponer su disgusto en la atención recibida.

Es necesario por tanto, que el hospital emprenda acciones para evaluar constantemente la situación e interferencias que deterioran la calidad de la atención, involucrando activamente a quienes participan en las decisiones de salud, a decir, consejo consultivo y de desarrollo.

Es por ello, que este rol protagónico que toma la comunidad usuaria es fundamental en el tema de la calidad de la atención, que si bien es un concepto que aún no se trabaja con fuerza al interior del hospital, a partir de este estudio realizado por el equipo seminarista, es posible tener una visión global y sistemática de la relación entre usuarios y funcionarios, visualizando aquellos temas que deben ser mejorados, de modo de garantizar a la comunidad el interés por avanzar en la humanización del trato.

3. REFLEXIONES

Respecto a la temática abordada en el desarrollo del seminario, es necesario realizar una reflexión que lleve a replantear las acciones hechas en el pasado, en el presente y las pensadas para el futuro respecto a la humanización del trato. Es por esto que emerge del consciente las siguientes interrogantes ¿es posible obtener en la generalidad de las atenciones un trato digno tanto para usuarios como para funcionarios?, ¿la relación usuario-funcionario podrá llegar a niveles óptimos respetando la esencia misma de la persona como ser humano independiente de sus condiciones?, ¿será posible obtener un ambiente saludable haciendo grata la estadía al interior del hospital?, ¿los usuarios y los funcionarios, lograrán participar responsablemente sobre los asuntos de un servicio tanto suyo como de los demás, como una forma de contribuir con su persona, familia y entorno? y por último ¿lograrán interiorizar en su concepción de mundo los derechos y deberes que emanan de la carta que representa a ambos colectivos?.

Atendiendo a las interrogantes anteriores, la primera de ellas respecto a si ¿es posible obtener en la generalidad de las atenciones un trato digno tanto para usuarios como para funcionarios? , no se expresa utópico aquel desafío si se considera que en las consultas privadas aquella situación resulta una cotidianeidad, sin embargo ¿acaso es necesario contar con más recursos para saludar a una persona, para preguntarle como está, mirarla a los ojos o simplemente consultarle el nombre?, pues no. Estas son normas de cortesía que denotan el respeto al individuo como ser humano sea cual sea su condición. Es de igual forma importante considerar que hay aspectos materiales que obviamente optimizarían aún más la atención, pero sin duda, lo que está en manos de las personas es más importante, marcando realmente la diferencia entre un trato bueno o no y que lo mejor de todo no tiene costos. Entonces surgen ciertos principios que con el paso del tiempo se van debilitando, así como pasa con la empatía que es la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Frente a esto, se torna indispensable adherir otros principios como la vocación, variable que trasciende en la comunidad hospitalaria como requisito para trabajar en un servicio público, y por lo demás los usuarios tienen la responsabilidad de informarse para entender la situación que viven los profesionales que desempeñan labores al interior del hospital.

Respecto a la segunda interrogante sobre si ¿la relación usuario-funcionario podrá llegar a niveles óptimos respetando la esencia misma de la persona como ser humano independiente de sus condiciones? Es posible responde igualmente con las reflexiones del párrafo anterior, además si la humanidad fue capaz de realizar un esfuerzo conjunto por entender al hombre en su totalidad y por elaborar un escrito formal que establece los derechos humanos como esencia para ser pilar inmediato de la creación de otras leyes, normas, códigos, etc. y que este sea apto para desarrollarse transversalmente beneficiando a la humanidad completa, es sin duda a raíz de que las personas si pueden respetar a sus semejantes indistintamente su condición o situación. Por otra parte, si se piensa que la relación de usuarios y funcionarios nunca será óptima o lo más cercano a ella, es establecer

de antemano trabas mentales a un conjunto de iniciativas que deberían ser mínimos exigibles para las personas. Realizar los mayores esfuerzos por conseguir que algo se logre o cambie en este mundo sea de cualquier índole, habla de individuos que aportan su cuota contra la adversidad, frente a los problemas de la vida cotidiana y esta es una de las características que debe emanar del perfil de un Trabajador Social, entonces la invitación es a contagiarse de esa lucha diaria que pocas personas realizan.

Respondiendo a la siguiente pregunta respecto a ¿será posible obtener un ambiente saludable haciendo grata la estadía al interior del hospital?, si se tiene un referente como lo es la atención médica privada, ¿por qué no aspirar a lo mismo? Si para dar un trato digno la mayoría de las proporciones se establece en la voluntad de las personas en los buenos modales, la simpatía, valores y "conductas positivas", y es el resto, lo material, es lo que quedará en segundo orden, pues constituye un mínimo frente a esta temática. Entonces si personas de otro nivel socioeconómico que se atienden privadamente obtienen un servicio de calidad con un ambiente saludable de respeto y principios, ¿por qué en un servicio público no? Y es sabido que eso si es posible, pero la labor es realizar un trabajo minucioso de muchos esfuerzos, coraje, perseverancia, y ¿porque no amor? Pues es el amor hacia el prójimo lo que mueve montañas aunque el tiempo empleado sea considerablemente largo.

La cuarta pregunta sobre si ¿los usuarios y los funcionarios, lograrán participar responsablemente sobre los asuntos de un servicio tanto suyo como el de los demás, como una forma de contribuir con su persona, familia y entorno? La respuesta es sí. Es posible evidenciar experiencias en diferentes países que cuentan con una participación mucho mayor y más organizada, por lo tanto es sensato imitar ciertas iniciativas y/o acciones que han sido reales estrategias para incentivar la participación, lo que obviamente debe ejecutarse en un contexto diferente como es el de Chile. Es necesario tomar en cuenta que existen variados tipos de participación y el grado en que esta se da, por tanto es prudente involucrar a las personas en diferentes escalas desde lo más mínimo a lo más complejo, lo importante es hacer sentir a las personas parte del hospital por muy poco que sea este aporte.

Es así como se incluye en el Trato Humanizado la participación, el involucramiento de las personas de ambos colectivos. Es preciso que las iniciativas emerjan de ellos, desde sus vivencias, sus opiniones y no que personas externas realicen documentos que comprometan a ciertas cosas que les competen sólo a ellos, y es por esto que si un grupo de personas se van a adquirir un compromiso con la institución, lo elaboren ellos mismos, y la acción profesional debe pasar a un segundo plano, realizando orientaciones, ayudas técnicas, incentivar a la convocatoria, pero nada más.

Finalmente la última interrogante respecto a si ¿lograrán interiorizar en su concepción de mundo los derechos y deberes que emanan de la carta que representa a ambos colectivos? La afirmación es sí, pues la labor educativa no tiene fronteras, y el Trabajador Social o los funcionarios no son los únicos llamados a educar, sino que también son las personas naturales las que tienen una cuota de responsabilidad, ellos son una fuente potenciadora de conocimientos y la pregunta es ¿Cómo?, con la trasmisión generacional e inter generacional, traducido en traspasar a través de la comunicación de las personas los conocimientos. Además, también pasa por la voluntad de todos los estamentos de

funcionarios, ya que son estos los que dan las condiciones para hacer materializables c/u de los derechos y deberes de la carta.

Es posible llevar a la realidad algo utópico para algunos, con la colaboración de todos los estamentos, pues la dirección del hospital da órdenes, los funcionarios encargados de la jefatura de cada servicio pueden comunicarlo o no, o transgiversar esta información y sólo los estamentos más bajos son los que deciden realmente si se realizarán las iniciativas positivas de otros. Y es también decisión de los usuarios si cumplirán al pié de la letra lo establecido en la carta y todo lo que esta contempla. Es por ello que el llamado a todos es realizar e incentivar al otro a una introspección respecto a sus principios, sus valores como persona, con esto se establece que la labor se concentra en lo más básico de las personas que es inherente a ella "su dignidad, su humanidad hacia con el otro".

Finalizando la reflexión nos quedaremos con la siguiente frase que enmarca la esencia del hombre, y refleja lo que verdaderamente es su dignidad:

La dignidad inalienable del hombre se muestra sobre todo cuando no hay en él nada más que su humanidad. "Cuando ya no le queda juventud, belleza, poder, inteligencia, riqueza o cualquiera otra de esas características por las cuales una persona puede dispensarnos un favor, sernos agradable, ser un motivo de atracción. Cuando a una persona no le queda nada, sino su condición de "persona en sufrimiento", en ese momento se pone de relieve con mayor elocuencia su dignidad inalienable. Por ello, en ese momento, la llamada a mostrar amor a la persona es una pieza esencial de la cultura moral, del cultivo del corazón humano, y piedra de toque de la civilización".

Caldera

GLOSARIO

1. **Acervo:** Conjunto de bienes o valores morales o culturales que pertenecen a un grupo
2. **Acreditación:** Documento con que se acredita la identidad y el cargo o función del portador y que permite realizar ciertas cosas.
3. **Adaptación Diferencial:** Proceso por el que un ente u organismo se acomoda al medio ambiente o medio social y a los cambios de éste, de forma distinta al resto.
4. **Adolecer:** Sufrir cierto defecto, carencia o vicio:
5. **Adscritos:** Atribuir o contar entre lo que corresponde a alguien
6. **Afección:** Enfermedad o alteración patológica
7. **Ambulatorio:** Se aplica al tratamiento médico que no exige que el enfermo permanezca ingresado en un hospital.
8. **Arbitrario:** Se aplica a la cosa que depende solamente de la voluntad o capricho de alguien y no de la razón, la lógica o la justicia
9. **Arraigado:** Establecer firmemente, afirmar una cosa, establecer y afirmar a uno en una virtud, costumbre.
10. **Autogestión:** Dirección de una empresa o institución y del conjunto de personas que trabajan en ella.
11. **Autonomía:** Condición y estado del individuo, comunidad o pueblo con independencia y capacidad de autogobierno
12. **Biomédico:** Paradigma y visión de intervención en el cual se pone énfasis en los aspectos fisiológicos del ser humano.
13. **Biosicosocial:** Paradigma y visión de intervención en el cual se considera la integralidad de los seres humanos poniendo énfasis en los aspectos Psicosociales Físicos y Cognitivos-
14. **Calidad de Vida:** Condiciones mínimas de vivencia las cuales satisfacen necesidades Biosicosociales.
15. **Cogestión:** Dirección, administración de una institución de forma compartida
16. **Conceptualizar:** Organizar o clasificar en conceptos sobre una realidad determinada.
17. **Concerniente:** Que concierne o corresponde a una determinada temática.
18. **Conciente:** Que siente, piensa y obra con conocimiento de sus actos y de su repercusión, Con pleno uso de los sentidos y facultades
19. **Concientizar:** Hacer que alguien sea consciente de algo, que lo conozca y sepa de su alcance
20. **Condicional:** Que incluye o conlleva una condición o requisito
21. **Confidencialidad:** Se aplica a lo que se hace o dice de manera reservada o secreta o con seguridad recíproca entre varias personas

22. **Coordinación Intra sectorial:** Reunión de medios y esfuerzos, para la acción común de los sectores internos de la institución.
23. **Cúmulo:** Multitud de cosas aunque no sean materiales
24. **Deliberar:** Meditar y considerar las opciones a favor y en contra antes de tomar una decisión
25. **Democratización:** Proceso de conversión a la democracia, como doctrina o sistema, Extensión de un beneficio o derecho a un gran número de personas
26. **Desburocratización:** Terminio o menoscabo de la Complicación y lentitud excesiva en la realización de estas gestiones, particularmente en las que dependen de la administración de una institución.
27. **Descentralización:** Traspaso de competencias y servicios de la Administración central a corporaciones locales o regionales.
28. **Difusión:** Propagación de algo, especialmente de un conocimiento o de una noticia
29. **Discriminación:** Ideología o comportamiento social que separa y considera inferiores a las personas por su raza, clase social, sexo, religión u otros motivos ideológicos
30. **Disgregados:** Separar, desunir un todo que era compacto.
31. **Documentar:** Probar una cosa con documentos.
32. **Epidemiológico:** De la epidemiología o relativo a esta ciencia
33. **Equitativa:** Que se caracteriza por su equidad, justicia o imparcialidad
34. **Estándares:** Se dice de lo que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia por ser corriente, de serie
35. **Estímulos:** Cualquier elemento externo a un cuerpo o a un órgano que estimula, activa o mejora su actividad o su respuesta o reacción
36. **Expectativas:** Esperanza o posibilidad de conseguir una cosa
37. **Garantías:** Acción y resultado de afianzar lo estipulado
38. **Grupos prioritarios:** Conjunto de personas que forman un conjunto importante de atención.
39. **Homogéneo:** Que posee el mismo género o naturaleza
40. **Humanización:** Adquisición de características más humanas y más amables
41. **Incentivo:** Que mueve o estimula a desear o hacer una cosa
42. **Institucionalizados:** Conferir a algo carácter de institución.
43. **Integral:** Que no carece de ninguna de sus partes, entero
44. **Interacción:** Acción que se ejerce recíprocamente
45. **Interlocutores:** Cada una de las personas que toman parte en un diálogo
46. **Interpretar:** Explicar el sentido o significado de una cosa, concebir, ordenar o expresar de un modo personal la realidad
47. **Intrínseca:** Característico, esencial
48. **Legitimidad:** Conformidad y adecuación a la ley, Capacidad y derecho para ejercer una

labor o una función.

49. Optimizar: Buscar la mejor manera de realizar una actividad

50. Palestra: Dar a conocer al público

51. Participación: intervención en algún asunto

52. Percibir: Comprender o conocer una cosa

53. Perito: Experimentado, competente. Persona autorizada legalmente por sus conocimientos para dar su opinión acerca de una determinada materia.

54. Permuta: Cambio de una cosa por otra

55. Personalidad: Conjunto de las características y diferencias individuales que distingue a una persona de otra

56. Potencialidades: Capacidad de potencia o posibilidad de existir, independiente al acto

57. Preeminencia: Privilegio, ventaja o preferencia de que goza una persona respecto de otra por razón o mérito especial.

58. Prestaciones: Servicio otorgado en una determinada área.

59. Prevención: Preparación y disposición para evitar un riesgo o ejecutar una cosa: colocaron sacos de arena como prevención contra la riada.

60. Privacidad: Derecho y propiedad de la propia intimidad y vida privada

61. Provisión: Abastecimiento y suministro de las cosas necesarias: la expedición ha hecho escala en este pueblo para hacer provisión de víveres

62. Pudor: Honestidad, recato, Timidez, modestia, Sentimiento de vergüenza hacia lo relativo al sexo o la desnudez

63. Rembolsar: Devolver una cantidad al que la había desembolsado

64. Resolución: Determinación o decisión de algo

65. Sistematizar: Organizar, clasificar o reducir a sistema

66. Subjetivas: Se dice de lo que pertenece al sujeto, en oposición con el término objetivo, que designa lo relativo al objeto.

67. Supervigilar: Inspeccionar un superior un trabajo o actividad

68. Tipificación: Ajuste o adaptación de varias cosas semejantes al patrón de un modelo o norma común

69. Validar: Ratificar, admitir una determinado hecho a través de la autorización y publicación de éste.

70. Verídico: Conforme a una verdad determinada, Franqueza autenticidad al enunciar o establecer un hecho o acontecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

TEXTOS:

- ▶ **Hacia la sistematización de la práctica**
Autor: Gagneten, María Mercedes, (1987)
Editorial: Humanitas, Argentina.
- ▶ **Salud Comunitaria y promoción del Desarrollo, Curso de educación a distancia n°5**
Autor: Morgan, María de la Luz, (1992),
Editorial: Celats, Lima Perú.
- ▶ **Para sistematizar experiencias**
Autor: Jara, Oscar (1994)
Editorial: 1ª. Ed, Alforja, San José
- ▶ **Administración de los Servicios de Salud Pública**
Autor: Freman, Ruth (1963)
Editorial: México, Interamericana,

FUENTES PRIMARIAS:

- ▶ Entrevista Asistente Social Srta. Carolina Villegas, Área de Participación Social, Unidad de servicio Social, Hospital Carlos Van Buren.
- ▶ Entrevista Asistente Social Sra. Alejandra Sánchez, Unidad de Atención a las Personas, Hospital Carlos Van Buren.
- ▶ Entrevista Asistente Social Sra. Nora Donoso. Encargada de Participación Social, Ministerio de Salud, Santiago.

SEMINARIOS DE TITULO:

- ▶ Ahumada Novoa, X., Andaur Vargas, D., (2006), *Sistematización de situaciones Profesionales de Trabajo Social en el área de discapacidad*. Seminario de título para optar a Asistente Social, Escuela de Trabajo Social, Facultad de Derechos y Ciencias Sociales, Universidad de Valparaíso, Chile.
- ▶ Palma Morales, C., Poblete Favre, P. (2006), *Sistematización de la Intervención Profesional del Trabajo con familias en Jardines Infantiles de la JUNJI*. Seminario de título para optar a Asistente Social, Escuela de Trabajo Social, Facultad de Derechos y Ciencias Sociales, Universidad de Valparaíso, Chile.

DOCUMENTOS:

- ▶ Informe de la Comisión de Salud, Boletín nº 6.230-11, (16 de Diciembre de 2008), *Proyecto de ley, impidiendo que los establecimientos de salud, no calificados de autogestión en red al 1 de enero de 2009, pasen a tener dicha calidad por el sólo ministerio de la ley*, Valparaíso, Chile.
- ▶ Ministerio de Salud, Secretaria de Redes Asistenciales, (17 de Agosto del 2007), *Reglamento sobre Asistencia religiosa en recintos hospitalarios*, Santiago, Chile.
- ▶ Montenegro, S. Asistente Social Coordinadora Hospital Carlos Van Buren, (28 mayo de 2008), *Plan de Intervención Servicio Social 2008*, Valparaíso, Chile.
- ▶ Morón C. (1995), *Políticas y estrategias para la seguridad alimentaria en el hogar*, Archivos Latinoamericanos de Nutrición.
- ▶ Pardo Novoa, G. (Dr.) Director Hospital Carlos Van Buren, (Febrero 2009), *Resolución Exenta N° 53506*, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Valparaíso, Chile.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS:

- ▶ Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Participación Ciudadana Trato Humanizado. www.ssvsa.cl Visitado: 25 de Abril del 2009
- ▶ Declaración de Alma – Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma – Ata, URSS, 6 – 12 de Septiembre de 1978. http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. visitado con fecha 27 de abril de 2009
- ▶ Kramer, Anja Nina Asesora GTZ, Artículo Desarrollo Económico Local y Empleo. Guía de sistematización. <http://www.gtz.de/de/dokumente/sp-sl-guia-de-sistematizacion-documento-completo.pdf> Visitado: 27 de abril de 2009
- ▶ Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. www.epi.minsal.cl/epidemiologia Visitado: 27 de Abril del 2009
- ▶ Superintendencia de Salud. Carta de Derechos Ciudadano. <http://www.supersalud.cl/568/article-4215.html> Visitado: 27 de Abril del 2009

- ▶ García, R., Revista médica de Chile "El concepto de calidad y su aplicación en Medicina". Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. www.scielo.cl. Visitado: 27 de Abril del 2009
- ▶ Informe de la comisión de Salud. Proyecto de Ley sobre Derechos y Deberes de las personas en materia de Salud. <http://consensociudadano.bcn.cl/conferencia1/ProyectoLeyDebDerr>, visitado con fecha 28 de abril de 2009
- ▶ Organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), primeros estatutos de la OMS, en 1948, <http://www.who.int/es/> Visitado: 29 de abril de 2009.
- ▶ El Observatorio de Equidad de Género en Salud, OPS/OMS, Proyecto Género, Equidad y Reforma de Salud en Chile 2001-2006. www.observatoriogenerosalud.cl. Visitado con fecha 04 de mayo de 2009
- ▶ Biblioteca del Congreso Nacional. www.bnc.cl, visitado con fecha 07 de mayo de 2009
- ▶ El Proceso de Sistematización. Revisión documental de teorías y prácticas de sistematización (1980-1999). www.alboan.org/archivos/Taller4anexo1.pps. Visitado: 24 de Mayo del 2009
- ▶ Rovira, Blanca, Psicóloga empresarial. Estrés en el ámbito laboral. Recursos Humanos Microsoft. http://www.microsoft.com/business/smb/eses/rrhh/estres_laboral.msp Visitado con fecha 03 de junio del 2009
- ▶ Chan, Margaret (Dra.), Directora General de la OMS, Declaración Impacto de la Crisis financiera y económica mundial en la salud 1 de abril de 2009. www.who.int. Visitado con fecha 12 de junio de 2009
- ▶ Hospital Carlos Van Buren, página principal., www.hcvb.cl. Visitado: 27 de Septiembre del 2009.
- ▶ Fincowsky, F., Enrique Benjamín. Manuales administrativos: Guía para su elaboración. México, 1997. www.asecoma.com/manual%20de%20procedimientos.pdf Visitado el 06 octubre de 2009
- ▶ Hospital General de México. Cruzada nacional por la calidad en los servicios de salud. www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/.../acta_creacion.pdf. Visitado: 06 de octubre de 2009

- ▶ Servicio de Salud Talcahuano. Política para el Buen Trato.
http://www.sstalcahuano.cl/buen_trato.php Visitado con fecha 06 de octubre de 2009
- ▶ Ley n° 18.834 Estatuto administrativo, modificado el año 2005. www.bcn.cl
- ▶ Ley 19.880, Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado, Última modificación 29/05/2003. <http://cl.vlex.com/vid/bases-procedimientos-rigen-actos-organos-467800>
- ▶ Ley n° 19.937, Nueva Autoridad Sanitaria. www.sinley.cl
- ▶ Martinic, S. Definición de la metodología de la sistematización.
<http://www.slideshare.net/antonio.jure/mini-capsulas-sistematización-de-experiencias> Miembro chileno que trabajo en torno a la sistematización durante el año 1984.
- ▶ Organización Mundial de la Salud, La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria, 1990, Ginebra.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243561367.pdf> Organización Mundial de la Salud, 1990. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS.
- ▶ Parada Lezcano, M., Financiamiento solidario: un espejismo en la reforma sanitaria chilena, departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.
<http://www.abres.cict.fiocruz.br/trabalhos/mesa17/4.pdf>
- ▶ Propuestas de la Reforma Sanitaria. www.minsal.cl
- ▶ Superintendencia de Salud. Comisión Asesora Presidencial para la Protección de los Derechos de las personas, Mayo de 2006.
<http://www.supersalud.cl/568/article-4215.html>
- ▶ Universidad de Valparaíso. Facultad de Ciencias. Pedagogía en Matemáticas.
www.mat.uv.cl/.../Peña.X,2008