



**¿QUÉ ES “TRATO DIGNO” PARA LOS
PACIENTES?
Elementos que componen el trato digno
Informe Global**

Departamento de Estudios y Desarrollo

Diciembre de 2013

Índice

Resumen Ejecutivo	3
1. Introducción: "Trato digno" ¿un concepto estándar para todos los pacientes?	3
2. Antecedentes Metodológicos	4
2.1. Objetivos	4
2.1.1. <i>Objetivo General:</i>	4
2.1.2. <i>Objetivos Específicos:</i>	4
2.2. Metodología.....	4
2.2.1. <i>Procedimiento</i>	4
2.2.2. <i>Participantes</i>	5
2.3. Criterios de análisis	6
3. Resultados.....	6
3.1. Elementos asociados a trato digno: primera etapa identificación de la ideas:	7
3.1.1. <i>Trato</i>	7
3.1.2. <i>Información</i>	10
3.1.3. <i>Médico comprometido/responsable</i>	13
3.1.4. <i>Atención oportuna</i>	15
3.1.5. <i>Personal Administrativo/Auxiliares de Enfermería/Técnicos Paramédicos</i>	17
3.1.6. <i>Estructura y organización hospitalaria</i>	18
3.1.7. <i>Tratamientos</i>	19
3.1.8. <i>Derecho a la privacidad/intimidad</i>	19
3.1.9. <i>Atención domiciliaria y traslado</i>	20
3.1.10. <i>Farmacia</i>	20
3.2. Elementos asociados a trato digno: nivel de importancia de las ideas	20
4. Trato digno y sus componentes	22
5. Trato digno para los usuarios: coincidencias y diferencias con la ley	24
6. Conclusiones	26
ANEXOS	26

Resumen Ejecutivo

Este trabajo analiza las principales ideas asociadas al concepto de trato digno. Se pretende conocer los elementos que para los usuarios son relevantes en este ámbito ya que, de acuerdo a la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, este concepto se establece como un derecho de los usuarios en la atención de salud. De esta manera, se aspira conocer qué es en definitiva para los pacientes un trato digno en la atención de salud y en qué están pensando al exigirlo como un derecho.

El estudio da cuenta de los elementos que componen trato digno para los pacientes. Se observa que, aun cuando existen diferencias en las personas de quienes se atienden en prestadores públicos y privados, existe un modelo mental en base a ideas que a niveles profundos son muy parecidos. Estos componentes se relacionan fundamentalmente con cuatro dimensiones que son: ser tratados como personas o seres humanos (trato), información, médico comprometido/responsable y atención oportuna. Dentro de estas dimensiones coexisten asociaciones que completan el significado de cada una de ellas. Adicionalmente, revela otras ideas que no son transversales, sin embargo, son relevantes dependiendo si son usuarios que se atienden en prestadores públicos o privados.

Finalmente, se identifican las concordancias y diferencias entre lo que estipula la ley respecto del derecho a trato digno y lo que efectivamente esperan los usuarios cuando se analiza este constructo.

1. Introducción

“Trato digno” ¿un concepto estándar para todos los pacientes?

El brindar una atención de calidad en salud es algo deseado tanto para los que dirigen los centros asistenciales como para la autoridad que se preocupa que esto se cumpla. En este contexto, en el año 2005 se creó la ley de Autoridad Sanitaria, que establece un sistema de acreditación para los prestadores autorizados para funcionar¹. Este sistema exige que se implementen estándares mínimos que permitan que los procesos brinden mayor seguridad a quienes utilizan los servicios de los establecimientos de salud. Complementariamente, se crea en el año 2012 la ley sobre Derechos y Deberes de las Personas, que está relacionada con las acciones vinculadas a la atención de salud. El espíritu de esta ley cautela brindar una atención de calidad respetando los derechos esenciales de las personas.

La calidad en la atención de salud se puede abordar desde distintas aristas, no obstante, uno de los valores que interesa desarrollar en este estudio es lo relacionado con el concepto de “trato digno” de los pacientes o usuarios. En este sentido, ambas leyes consideran la temática de trato digno, por una parte, a través del sistema de acreditación que incorpora el ámbito Dignidad del Paciente (DP-1), donde su componente básico es que el prestador debe resguardar que el paciente reciba un trato digno y por otra, la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, que señala que en

¹ Ley 19.937, Autoridad Sanitaria, MINSAL, publicada en el Diario Oficial el 24 de febrero de 2004

su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno, respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.

El significado del derecho a un trato digno en la atención de salud parece ser obvio para quienes lo entregan. Sin embargo, lo que los usuarios expresan en palabras respecto de este concepto es un pequeño fragmento de las asociaciones que emergen de los procesos mentales y emocionales que se vinculan a él. Por lo tanto, no parece estar tan claro cuáles son sus componentes y ante esta reflexión surgen las siguientes interrogantes: ¿qué es trato digno los pacientes?, ¿es una idea única y estándar?, ¿qué aspectos componen este concepto?, ¿cómo se concreta en un significado más específico para saber si efectivamente se cumple?, ¿cuáles son las asociaciones y conexiones relevantes que se activan en los pacientes al hablar del trato digno?, ¿son los componentes de este concepto transversales a los pacientes de la atención pública y privada?, para dar respuesta a estas preguntas la Superintendencia de Salud preocupada por develar los componentes claves del concepto trato digno y con el fin de orientar la verificación de su cumplimiento desarrolló el siguiente estudio.

2. Antecedentes metodológicos

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General:

- Conocer las opiniones, emociones, pensamientos y experiencias de los pacientes sobre el significado de trato digno.

2.1.2. Objetivos Específicos:

1. Conocer el significado que los pacientes atribuyen al concepto "trato digno".
2. Recoger la variabilidad de esas percepciones y aunarlas en un concepto más concreto y específico.
3. Analizar qué elementos de la atención pueden influir en que los pacientes perciban que se les está dando un trato digno.
4. Identificar los elementos subjetivos y objetivos que componen el concepto de trato digno.

2.2. Metodología

2.2.1. Procedimiento

El estudio se desarrolló a través de técnicas cualitativas combinando elementos de grupo nominal² y de grupo focal³, donde se analizaron las perspectivas y puntos de vista de los pacientes sobre el concepto de "trato digno" recogido en la Ley número 20.584⁴.

²Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ 1995; 311:42-45.

³Morgan D, Krueger R. (Eds.). The Focus Group Kit. Sage Publications. London.1998.

⁴ Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación de las Acciones Vinculadas a su Atención de Salud.

En el grupo nominal se dispuso de las ventajas del trabajo individual de los participantes con la riqueza de la discusión en grupo, evitando las presiones de éste sobre los sujetos, de forma que los entrevistados pudieron manifestar sus opiniones libremente, sin sesgar las temáticas que se abordaron una vez iniciado el debate. Los participantes plasmaron, primero, sus ideas de manera individual e independiente y, seguidamente, se presentaron al grupo de forma no vinculada a la persona que la generó para discutir las abiertamente.

Por su parte, en el grupo focal se buscó la interacción entre los entrevistados del grupo para desarrollar los temas vinculados a trato digno y poder generar cuanta más información mejor. Se analizó no solo el contenido del discurso, sino también la solidez de las propuestas, el interés y consenso que suscitó cada una de las ideas. Se consiguió información sobre la opinión de las personas, su manera de actuar, explorando el porqué y el cómo de su opinión y de sus acciones.

Al aplicar esta técnica, y una vez definidos los temas a debatir, se presentaron cada una de las cuestiones clave al grupo de asistentes para que, individualmente, formulen propuestas y, posteriormente en grupo, discutan sobre las mismas. Para poder comprender lo que las personas del grupo piensan sobre trato digno y qué constructos se activan respecto de este concepto, se planteó la pregunta clave ¿Qué es para usted un "trato digno"? indagando adicionalmente en los aspectos relacionados a información, cuidados emocionales, intimidad, confianza y respeto, que había sido elaborada con la supervisión de la responsable del proyecto, junto a la pauta (anexo 1).

Para identificar las ideas de mayor consenso, se pidió a los asistentes que ponderaran, según la relevancia de la idea surgida en el grupo. La ponderación se realizó mediante una escala de 1 a 5, donde 1 representaba que la idea propuesta no era importante en opinión del entrevistado y 5 muy importante.

Con el fin de lograr este propósito se utilizó un proceso tecnológico electrónico para emitir la ponderación citada durante el desarrollo del Focus Group. Los participantes registraron electrónicamente su evaluación mostrando transparentemente frente una pantalla al término de cada concepto los resultados de su jerarquización. Esto facilitó la participación de la gente, les resultó atractivo, motivador y permitió concretar lo que ellos estaban planteando.

El procedimiento de emitir su preferencia es para todos los participantes al mismo tiempo.

2.2.2. Participantes

Para el logro del estudio se coordinó con importantes prestadores de salud y asociaciones de pacientes de la Región Metropolitana con el fin de reclutar a las personas que participarían en los Focus Groups. Los prestadores de salud enviaron a la Superintendencia de Salud un listado de pacientes que habían sido dados de alta en los meses de mayo, junio hasta el 15 de julio de 2013. Los pacientes registrados en el listado debían autorizar a la Superintendencia de Salud para contactarlo a través de su teléfono celular/fijo o a su correo electrónico, con el fin de invitarlo a participar del grupo focal.

La investigación se realizó a hombres y mujeres de la Región Metropolitana, que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público, Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado, con edades entre 18 y 74 años (en el caso de los niños, se invitó a sus padres o tutores legales), así como a representantes de asociaciones de pacientes, pertenecientes a distintos grupos socioeconómicos (anexo 2).

Se realizaron 6 sesiones dos con asociaciones de pacientes, dos con pacientes atendidos en hospitales universitarios y clínicas privadas y dos con pacientes atendidos en hospitales públicos. En total participaron 35 pacientes atendidos en el sistema de salud chileno, con edades comprendidas entre 18 y 75 años.

2.3. Criterios de análisis

En el siguiente informe se han tenido en cuenta la identificación de los siguientes criterios de análisis:

Conceptos objetivos: son aquellas ideas que los pacientes expresaron en los grupos y que son fácilmente asociadas a variable objetivas (por ejemplo, puntualidad a la hora de empezar las consultas), así como aquellas ideas que, cumpliendo con el criterio anterior, no se podrían implementar y, por tanto no son susceptibles de fiscalizar, porque están relacionadas con implementación que implican un mayor número de recursos (por ejemplo, mayor número de médicos especialistas).

Conceptos subjetivos: son ideas que siendo importantes para los usuarios, requieren de mayor nivel de profundización, aplicando otro tipo de técnicas que permitan conocer su componente emocional y su significado simbólico.

Conceptos factibles de fiscalizar: son ideas se puedan operacionalizar para poder ser fiscalizadas y conforman propuestas de mejora (por ejemplo, entrega de información).

Agrupación de ideas: son las ideas asociadas al concepto en función de la importancia otorgada por los usuarios. Importancia basada en dos medidas: la primera por número de ideas expuestas por los participantes en los diferentes grupos, la segunda por puntuación numérica de la importancia de la idea en un rango de 1 (nada importante o la menos importante) a 5 (muy importante o la más importante).

3. Resultados

A continuación se presentan los resultados de las ideas transmitidas por los usuarios de los grupos focales. En la siguiente tabla se presenta el número de ideas totales expresadas por los usuarios de los diferentes grupos focales: Tabla 1. Productividad: número de ideas propuestas.

GRUPO	Ideas Totales	Ideas diferentes
ASOCIACIONES 1 y 2 (n=14)	76	53
PRIVADO 1 y 2 (n=10)	52	35
PÚBLICO 1 y 2 (n=11)	94	75
Total	222	163

Para facilitar la organización de toda la información obtenida, las investigadoras agruparon las ideas expuestas en grandes bloques temáticos, que recogían el concepto más global del que trataba cada una de las opiniones expresadas, respetando el lenguaje empleado por los usuarios. De éste modo quedan configurados 10 grandes conceptos que se asociaron a "trato digno": trato (desde la relación humana), información, médico comprometido o responsable, atención oportuna, auxiliares de enfermería/técnico paramédico y otro personal de salud, estructura y organización sanitaria, tratamientos (referidos a los medicamentos), privacidad o intimidad, atención domiciliaria y traslado y farmacia.

A continuación la tabla 2 muestra el número de ideas que el grupo generó en función del concepto y el orden en el que apareció.

Tabla 2. Orden de los conceptos asociados a Trato Digno.

CONCEPTO	Número de Ideas (n=35)	Orden
Trato (relación humana)	77	1º
Información	31	2º
Médico comprometido/responsable	26	3º
Atención oportuna	24	4º
Auxiliares de enfermería/Técnicos paramédicos y otro personal de salud	22	5º
Estructura y organización sanitaria	17	6º
Tratamientos	12	7º
Privacidad o Intimidad	5	8º
Atención domiciliaria y traslado	5	8º
Farmacia	3	9º

3.1. Elementos asociados a trato digno: primera etapa identificación de la ideas:

En esta categorización quedan representadas las temáticas en las que los usuarios, de manera espontánea en el transcurso de la fase nominal, expresaron mayor número de ideas.

3.1.1. Trato

En este apartado hemos incluido las opiniones que surgieron referidas a todo lo que los propios usuarios etiquetaban como "trato". Los participantes en los diferentes grupos registraron 77 ideas relacionadas con este concepto (anexo, tabla número 3). A continuación se comentan las ideas más relevantes asociadas a "trato" que surgieron con mayor fuerza y de manera transversal en todos o la mayor parte de los grupos.

1) Esta idea amalgama la significación de Trato Humano. A pesar de que este concepto tuvo muchos matices diferentes entre los grupos, por lo que se requiere de mayor profundización, principalmente implica ser **tratados como personas**. El significado de este pensamiento representa una serie de constructos que interactúan entre sí y que le dan sentido a la idea de ser tratado como persona, puede tener distintas expresiones, sin embargo, los participantes comparten algunos elementos comunes en relación al tema tratado. Sus ideas son consecuentes al señalar que en el momento que se contactan con el personal de salud y administrativo que los atienden se activan otros conceptos, algunos de ellos, más concretos que sustentan el significado de ser tratados como persona, los cuales se asocian a que éstos: miren, escuchen, saluden, tengan en consideración su opinión, sean cordiales e, incluso, cariñosos. Es interesante observar que en algunos de ellos (que "saluden") en sí mismo se vincula mentalmente a la presencia de la sonrisa y/o actitud de alegría, que es valorado más allá que un saludo amable. El saludo unido a la sonrisa se percibe positivamente y es interpretado como que a esa persona "le gusta lo que hace", le importo y siente que disminuye su ansiedad.

Algunos relatos asociados a esta idea:

"Hay muy poca humanidad...humanidad es...ser humano, exactamente...no tratarnos como animalitos" Usuaría Hospital Público

*"Claro que sí, un **trato digno es una persona humana**, si no necesita llorar con nosotros nuestro dolor, pero sí **apoyarnos un poquito** en nuestro dolor porque por Dios que estamos mal cuando estamos en esas...instancias..." Usuaría Hospital Público*

*"de que **uno está enfermo**, uno no está ahí de visita, claro... no está en un hotel instalado, sino que está enfermo por lo tanto esta medio inhibido, está medio cohibido, un poco desagradado etc. Y por lo tanto...en toda relación te das cuenta de que estas hablando con un enfermo, **no con una persona común y corriente**" Usuario Clínica Privada*

2) Sin discriminación, igualdad en el trato: En éste apartado se recogen las peticiones de trato igualitario. Así se consideró que trato digno sería que se diese la misma atención a la tercera edad, a los jóvenes, a los de menor educación entre usuarios de los subsistemas público y privado. Estas ideas surgen en el contexto de la atención de salud donde los relatos describen situaciones de discriminación que se identifican como un elemento negativo. En sus percepciones esperan que ésta se brinde sin distinciones ni discriminación de ningún tipo, es decir, reforzar el concepto de igualdad de oportunidad, como un derecho fundamental.

*"yo soy profesional...y a mí me trataron bien, pero a otras personas que **no tenían la educación...** que no se saben expresar... **los tratan así al lote no más...** uno no puede no puede tampoco diferenciar" Usuario asociación de pacientes*

*"en la salud privada **es un poco más digna**, por así decirlo, pero no así en los establecimientos públicos a mí por emergencia, por urgencia he ido a los **establecimientos públicos** y **la atención no es igual**, no es igual...que si uno va a un **público o privado reciba**, ojala, **siempre el mismo trato** sea donde caiga, donde llegue..." Usuaría clínica privada*

*"cuando estaba hospitalizada, al lado había una señora de 82 años que tenía casi lo mismo mío, ¿la válvula tapá? El médico dijo, ah dejémoslo p'a después, **como diciendo***

***sí total ya en unos años más ya no le va a servir...Y fue horrible** escuchar eso de un médico” Usuario hospital público*

3) **Ponerse en el lugar del otro, Empatía:** tratar al paciente como le gustaría ser tratado, ver interés en los profesionales, que se “preocupen por mí”. Los profesionales deben comprender que el paciente se siente enfermo y esto puede provocarle reacciones de enfado y hostilidad, por tanto se solicita que se pongan en el lugar del paciente y hagan el esfuerzo de entender estas emociones. Esta idea aborda el plano emocional, no es un concepto nuevo se menciona también en otros estudios.⁵ Esto implica entrar en el mundo emocional del paciente, con sus sentimientos de enfermo, su vulnerabilidad y su inseguridad, esto es complejo ya que de acuerdo al modelo clínico que se plantea en Chile las habilidades blandas son escasamente desarrolladas en los profesionales de la salud.

*“**empatía es tolerancia** a que el médico... cuando uno entra y le está explicando, no le ponga... eh la cara que le pone y segundo lo que le responde... **escucharle** al decir “sí, me duele esto doctor.” Usuario asociación de pacientes*

*“la verdad que trato digno sería **que tú me trataras como esperas que yo te trate**” Usuario asociación de pacientes*

*“el médico, el enfermero, el auxiliar **debe tratar ser empático**... uno que está enfermo le cuesta más ser empático a veces porque, según la enfermedad que tenga, o está botado, o está asustado... **entender que uno está enfermo**, está incómodo, enojado por estar enfermo, **hay gente que se enoja por estar enferma**...no me gusta estar enfermo” Usuario clínica privada*

4) **Persona que entiende,** evitar el **paternalismo**. Alude a un rol activo del usuario, que no se condice con el rol pasivo que se le asigna al “paciente” donde se plantea una relación que es percibida como asimétrica entre los integrantes del equipo de salud y él. Esto significa un cambio de paradigma en esta relación donde no queda claro que los profesionales lo practiquen de acuerdo a los relatos de los participantes. Se espera que le den información completa sobre el tratamiento y/o enfermedad que tiene. Les produce malestar que les consideren como personas que no son capaces de entender, tienen acceso a la información a través de otros medios y, cuando acuden al prestador con sus dudas y preocupaciones no se las resuelven, se sienten engañados. Predomina también el deseo de tener la oportunidad y el tiempo para poder aclarar dudas específicamente con el médico.

*“eh, se refiere a que a nosotros nos traten **como seres que entendemos** o sea que no te digan te tienes que tomar la aspirina 1 cada 8 horas y sería, que a mí como **que me expliquen por qué** me tengo que tomar la aspirina, eh **cada cuánto**, y que es lo...**qué efecto va a tener** en mí como paciente o para mi patología... no traten a los pacientes como seres que no entienden.” Usuaría de Asociación de Pacientes*

*“yo soy bien catete, **me gusta que me expliquen** bien...cuando no entiendo no tengo ningún problema en decir sabe que hoy día ando tonto **explíqueme de nuevo** pero a prueba de mí...” Usuario de clínica privada*

⁵ Pezoa M., Romero MF., (2012) Elementos Claves de Satisfacción en la Hospitalización, Superintendencia de Salud.

"los médicos generalmente cuando van a dar la información respecto al diagnóstico o a cómo va el avance del tratamiento...es **como si uno no tuviera la capacidad de comprender** de que está hablando el médico..." Usuario de Asociación de Pacientes

5) Considerarlos de manera integral, no como una enfermedad. Como un enfermo que es un ser humano completo, que es más que el dolor en el abdomen, que no es un órgano aislado, que siente temor, que puede tener otras necesidades y con un entorno (familia, hijos, etc.)

"**Ver al paciente no como una enfermedad**, si...un paciente, que tiene una familia, tiene hijos, está inserto en una sociedad, eeh, **y no preocuparme si el paciente tiene solamente hipertensión y tratarle la hipertensión...** o tal enfermedad, si no que preocuparse de su contexto en general...verlo como un **ser que tiene distintas dimensiones...**" Usuaría de Asociación de Pacientes

"Lo que pasa es que cuando uno va y llega a urgencia... no solo a mí me duele la parte baja del abdomen, no, o sea, **yo tengo otras necesidades**, o sea desde la parte como yo les decía **desde el temor**, puede que en ese minuto no sé yo esté con período menopáusico y **esté con bochornos**, entonces **no es que solamente me duela la parte baja del abdomen...**, oye pero sabes que además yo tengo esta molestia, por lo tanto necesito esto". Usuaría de clínica privada

6) Que le saluden por su nombre aunque no fuese una idea que se repitiera de manera transversal es importante destacarla por el significado que le asignan los pacientes a este aspecto, quienes lo perciben como algo que es más que su identificación, simbólicamente el paciente ve reducida su ansiedad, sienten que lo acogen, que lo quieren y que se preocupan por él. Se escucha con mayor frecuencia en los relatos de personas de hospitales públicos y consultorios.

Cabe preguntarse, ¿por qué sigue apareciendo este factor como una necesidad no satisfecha?, siendo que este componente es parte de algunos protocolos que deben aplicar estas instituciones en su práctica cotidiana.

"...los pacientes no tienen nombre, **son número...** deme su ficha, no es cuál es su nombre, cuál es su ficha...no lo sabe (el nombre), entonces eso **denigra a la persona**, a mí me ha tocado **mucho dolor por eso**" Usuaría Asociación de Pacientes

"Que me digan mi nombre...no "el 1, la señora gordita que está ahí"...tú te sientes acogido cuando dicen "Virtudes", sientes **que te quieren** y **se te pasó el dolor...** porque **parece que te conocen...**si no te tratan como un "objeto", páselo para acá, tírelo para allá" Usuario hospital público

Los relatos mencionan también ideas asociadas a cordialidad que se vincula a cariño, sentir que importo, cercanía. Escuchar y poner atención que involucra gestos y actitud, se relaciona con la disposición para entender al paciente, que lo escuchen atentamente, que su opinión sea respetada y considerada, amabilidad y ayuda.

3.1.2. Información

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 31 ideas relacionadas con este concepto y la valoración otorgada a la misma (anexo, tabla número 4).

1) **Que el médico explique con la verdad.** A través de esta idea se quiere transmitir que se les explique realmente en qué consiste la enfermedad, que no les oculte la verdad sobre su estado de salud, su esperanza de vivir. Además los pacientes prefieren que sea el médico el que transmita esta información, especialmente si es una enfermedad con pronóstico grave, no que lo hagan los familiares ya que, por ser un tema doloroso, éstos pueden engañar al paciente.

*"Cuando uno recién empieza en esto a uno le dicen tiene lupus ¿qué es eso?, y tiene que **recurrir a internet** o recurrir a **otra gente**, que ha tenido conocidos que tengan la enfermedad, para explicarnos **algo que el doctor debería explicarlo**" Usuaría de asociación de pacientes*

*"Que siempre digan **la verdad**... tú tienes cáncer... que ande con...**transparencia**" Usuaría de clínica privada*

*"Es un concepto general de que en realidad **todos los pasos que uno tiene que hacer**, digamos en una clínica, eeh sean con la verdad...que de un principio te digan...oye esta operación te va a costar entre 1 y 5 millones, **no te digo no te preocupes** y después..." Usuaría de clínica privada*

Complementariamente, se requiere la verdad en el costo económico que puede significarle las prestaciones en salud. Esto no es un tema que se vincule directamente con el médico, sin embargo, se hace presente cuando falta información en este ámbito.

2) **Información a los familiares.** La información que el médico le entrega a los familiares se asocia a tres ideas fundamentales: disminuye la ansiedad, entienden mejor lo que tiene al enfermo y le pueden apoyar en su recuperación y tratamiento. Las ideas que transmitieron estuvieron relacionadas con: que se les diese una explicación clara a los acompañantes, especialmente importante en la Urgencia ya que, como no dejan acompañarlos, puede pasar mucho tiempo sin tener conocimiento de lo que le están haciendo al paciente. Otro aspecto es porque el paciente a veces no tiene la capacidad para explicar su enfermedad, sobre todo cuando es una enfermedad compleja que necesita del apoyo de la familia, que el médico explique a los familiares la enfermedad y los cuidados.

*"mi señora fue a preguntar cómo estaba yo y **le dieron una explicación en una jerigonza clínica que no entendió** y ella sintió que le habían hablado así como para sacarse el cacho luego" Usuario de clínica privada*

*"su marido está en el hospital...por un procedimiento de 45 minutos que demoró 4 horas y ella está esperando un hijo de 8 meses y medio... y **nadie le dijo nada durante esas 4 horas**, o sea... Le podrían haber inducido el parto sólo con ese **nivel de ansiedad**" Usuario de clínica privada*

*"es distinto que uno le diga al marido, a los hijos oye mira, sabes que **necesito tu apoyo**, es distinto cuando un médico le dice oye mira apoya a la mamá o a la señora porque esta enfermedad requiere de los **cuidados de parte de ustedes en conjunto**..." Usuaría de asociación de pacientes*

3) **Información completa.** En los grupos surgió la idea de que explicasen más detalles de los procedimientos y tratamientos que se les van a realizar, conocer para qué, cómo y cuándo. El conocimiento de todo esto les permitiría esperar, el tiempo necesario, de

una manera más calmada porque entenderían la necesidad de tantas horas de espera, a la vez que les aliviaría la sensación de sentirse como un objeto.

*"Sí que expliquen y **todo... y tómese estos remedios, váyase para la casa y en 6 meses más me viene a ver...**" Usuaría de asociación de pacientes*

*"a ti te van a hacer algo, **no te explican** y ahí quedaste tirado en una camilla de nuevo, no sabes que te hicieron, no te dijeron **para qué, lo que era, quien** te iba a volver a atender, nada, poh, **uno pasó a ser un objeto dentro del hospital.** Entonces el trato digno para mí es eso, que a mí me informen: señor sabe **qué le vamos a tomar** un examen de sangre, esto es **por este motivo**, por esta razón, **va a tardar tanto**, va a tener que esperar, después va a venir la enfermera, va a hacer tal procedimiento, después va a venir el médico...entonces yo ya sé el proceso, entonces no estoy esperando las 7 horas ahí..." Usuario hospital público.*

4) **Información continua en los pasos que sigue en la hospitalización.** Los relatos dan cuenta de la importancia que tiene la entrega de información completa durante toda la enfermedad: al ingreso del hospital o clínica, en el diagnóstico, durante todo el proceso principalmente del tratamiento, como al momento del alta incluyendo los cuidados que tenían que realizarse tras la hospitalización.

*"al momento que uno **ingresa** hay un tipo de información, ¿verdad?, con respecto a la **búsqueda del diagnóstico**, luego viene un **proceso de tratamiento** con respecto al diagnóstico que se encontró y luego viene la **parte del tratamiento que es post hospitalario**, que es cuando uno ya se va a su casa y tiene que eh, tener claro cuáles son los cuidados de hospitalización" Usuario asociación de pacientes.*

*"O sea yo creo que desde que uno entra a, supongamos a urgencia ehh, yo creo que es súper **necesario que uno vaya sabiendo que va pasando con uno**, o sea yo **voy hacer tal examen, como salió** el examen, porque de repente me viene a ver otro médico que no es el que me recibí... **Si me dan una indicación, que me expliquen porque la indicación...**" Usuaría de clínica privada*

5) **Comprensible.** Transversalmente en los diferentes grupos se comentó que los médicos explicasen la enfermedad y de sus tratamientos en palabras simples, "no médicas" de tal modo que el paciente los entienda. Incluso propusieron cómo se podrían asegurar que el usuario ha comprendido la información: **chequear** que el paciente la comprende y **repetirla** tantas veces como sea necesario.

*"sí, es que le expliquen en palabras **simples** si uno no es doctor...en términos **no médicos...** nosotros **somos gente normal**, si ellos son los que estudiaron medicina no nosotros" Usuario de asociación de pacientes*

*"Entendible para mí es hacerse cargo del que esté recibiendo chequeo, que **chequee que se entendió...** Bueno entonces que me explique en un tratado médico en la mano, "por una urgencia encontré a una doctora muy buena...Y ella es totalmente distinta, ella espera que yo lleve a mi hija, **me explica dos, tres veces...**" Usuaría de clínica privada*

6) **Confidencialidad de la información.** En primer lugar se le debe dar al paciente y, si este lo considera pertinente, se puede informar a los familiares ya que en ocasiones les produce vergüenza o asusta a sus seres queridos.

*"hay preguntas que yo sí le quiero responder al médico, enfermera, etc. que **no quiero que mi parentela escuche**"* Usuario de clínica privada

*"De repente entre el ginecólogo y la niña, la mamá para afuera...porque a lo mejor la cabra necesita aportar algún dato que **le da vergüenza decirlo delante de la mamá** y que es relevante en el tratamiento"* Usuario de clínica privada

7) **Información acerca de los costos y antecedentes del médico.** En este caso surgen ideas relacionadas con los pagos de su tratamiento o de procedimientos, señalando por ejemplo que debiesen informarles antes de brindar la prestación el costo aproximado de éstas, para dar chance de cambio. Las razones de lo anterior, es porque en algunos casos se debe solicitar un préstamo bancario, esto demora y no se conjuga con los tiempos que dan los hospitales para el pago. Adicionalmente, expresan la necesidad de ser informados sobre el pago de honorarios médicos cuando se hace en forma diferenciada al programa.

Es deseable tener información del currículum/experiencia/prestigio del médico (estudios, años de experiencia, etc.)

3.1.3. Médico comprometido/responsable

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 24 ideas relacionadas con este concepto y la valoración otorgada a la misma (anexo, tabla número 5). Una relación más cercana y un mayor nivel de compromiso se le asocia también al concepto de médico responsable en que la responsabilidad se percibe con un valor que debe estar en su conciencia y debe ser puesto en práctica en distintos planos de su actuar cotidiano.

1) **Puntualidad.** El atraso se percibe como injusto porque sienten que el médico puede llegar tarde y los pacientes no se pueden atrasar ni un minuto. Que el médico llegue a la hora y que te avisen cuando el médico no va a la consulta es muy valorado porque implica una muestra de respeto hacia el usuario y, además, les supone una pérdida a nivel económico (tanto por horas de trabajo como por transporte). Y, en el caso de que no pueda ser puntual, al menos que pidan disculpas por la demora.

*"Tú estás esperando desde las 8.30 y si llegas 25 para las 9, "no, tú estás citada a las 8.30", pero el médico va a llegar a las 11.30...o sea **tú tienes que estar, pero el médico tiene derecho a hacerte esperar 3 horas** y media o 4 horas, toda una mañana en el hospital"* Usuaría asociación de pacientes

*"cuando dan una hora, **que sea a la hora** y que uno no tenga por qué estar esperando...**fui citado a las 4 y empezamos a las 4:15** ¿ah? yo estuve a punto de irme porque yo no espero a nadie más de 15 minutos...es muy común en los doctores eso...cuando uno está pagando 55.000 pesos en una consulta...**como que se tiene que hacer respetar**"* Usuario clínica privada

*"Nuestro tiempo es válido tal como el de cada funcionario...cuando te citan a una hora por favor **respetar esa hora que es muy importante para nosotros**"* Usuaría de hospital público

*"Que cuando nos digan llega a una hora...y no atienden...eso significa **vuelta pasaje de la micro**, todo eso"* Usuario hospital público

2) **Saber quién es el médico tratante.** Sus ideas y relatos dan cuenta que se confunden contando su historia clínica y siendo examinados en variadas oportunidades. Esto genera sentimientos malestar, impotencia y decepción. Por otro lado, se espera que le informen del cambio del médico tratante cuando se encuentran hospitalizados (Público)

*"eeh que parecen doctores y te preguntan, **yo les vuelvo a contar toda la historia** y después uno le dice hable con el doctor y después viene por decirle mi marido, **no yo no soy el doctor** entonces de qué estamos hablando poh" Usuario hospital público*

*"porque viene como una tropa de gente así eh, a observarte, eh y pasa uno y otro, otro grupo de gente y **te hacen 20.000 mil veces las mismas preguntas** y si no te encuentras en una condición del tipo digamos eh, con ánimo, o cosas porque estás hospitalizado porque estás enfermo eh, muchas veces ni siquiera tienes la opción a decir...**quiero que me dejen descansar**" Usuario de Asociación de pacientes*

*"van esos estudiantes y uno no sabe quién es y **no te dicen quién es** (el médico tratante) deberían andar con ese delantal...viene uno y tienes que **contarle toda la historia de nuevo...pónganle el delantal de otro color** para diferenciarlos" Usuaría de hospital*

3) **Confianza en el paciente:** que escuche y crea al paciente, que sienta que va a poder contar con él en caso de cualquier eventualidad.

*"en un hospital **la opinión del paciente no la toman en cuenta**, y un simple ejemplo es que, de repente, doctores quieren hacer exámenes o tratamiento que realmente no son necesario y el paciente le explica al doctor que no es necesario, que él cree que es otra cosa, y el doctor no accede a las peticiones del paciente cosa que **podría traer como consecuencia un problema de salud al paciente y gastos extras**" Usuario clínica privada*

4) **Ser informado en forma oportuna.** No parece adecuado que te hagan firmar el consentimiento informado cuando se está en medio de un pasillo o a punto de ser anestesiado, se sugiere se dedique un tiempo en una consulta previa en la que te entreguen todos los documentos que posteriormente tengan que firmar, dando la posibilidad de leerlos con calma y preguntar las dudas. Se perciben vulnerables, están asustados, la sensación es que no saben, ni entienden lo que firman. Por otro lado, se espera que el médico informe oportunamente acerca de su estado de salud.

*"hay otros papeles que están más adentro, te digo **me hizo firmar el segundo anestesista** una cosa que...**no tengo idea**...te firmo los papeles pero **explícame porqué** me estás haciendo firmar un papel... y además que sale a la rápida...parece que anda con el cacho del papel..." Usuario clínica privada*

*"**te hacen firmar 20 papeles camino al pabellón**, a mí por lo menos...de repente da la impresión de que **están más preocupados de que quede firmado ahí todo el protocolo**, a que, al sentido de fondo...yo estaba en la sala **en el preoperatorio ya pilucho listo para entrar a pabellón...** que ya **ni me acuerdo** porque uno **está tan estresado** de entrar a pabellón que no, yo digo que pasa si no firmo, me van a sacar algo menos" Usuario clínica privada*

*"una persona que va entrando a pabellón va con **140 pulsaciones** por segundo, entonces es **difícil entender**" Usuario hospital privado*

5) **Que el médico haga bien la receta:** ponga correctamente el nombre del fármaco, que no esté discontinuado y registre su firma. Esto conlleva que los pacientes se quedan sin el fármaco necesario durante horas, hasta que al día siguiente viene el médico de nuevo, suponiendo un serio problema para los pacientes que la necesitan de manera importante. Así como el malestar de tener que ir a la farmacia, esperar el tiempo que sea necesario para finalmente no obtener su fármaco, y tener que volver otro día a hacer el mismo recorrido.

*"que dejan la receta y **no la firman** entonces la enfermera ¿qué hace?" ...y **retrasan la pega**...no voy a poder firmarla porque no es de la especialidad que le corresponde" Usuaría de hospital público*

*"es un **serio problema**, porque a veces **uno se queda sin remedios** porque no está la receta bien extendida y la receta es interna entonces, **la rechazan de farmacia, vuelta a subir**, el médico ya se fue no hay quien la haga... y pasan las horas...y no te llega, no te llega tu medicamento" Usuario hospital público*

Otras ideas que se asocian al médico: Que salude; Sea cordial; que se ponga al nivel del paciente, sea sencillo, amable; Que los visite en el día/noche (pacientes hospital público); Que reconozcan cuando su conocimiento es limitado y derive a otro profesional oportunamente; Poder contactar con el médico a cualquier hora (dar e-mail, teléfono).

3.1.4. Atención oportuna

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 24 ideas relacionadas con este concepto y la valoración otorgada a la misma (anexo, tabla 6). Sin embargo, la atención oportuna en términos globales se asocia a tres variables principales: a) posibilidad de ser atendido cuando lo requiere, b) tener acceso a las prestaciones que necesita y c) tiempos razonables de espera (lista de espera para hospitalizarse o realizar un procedimiento, horas de especialistas, puntualidad en la atención, tiempo que le dedica el médico).

1) **Servicio de Urgencia:** que lo atiendan con rapidez y en forma oportuna es la premisa básica. Los usuarios comentan que si acuden a ese servicio es porque su problema necesita ser atendido con rapidez ya que lo sienten como de vital importancia y, en ocasiones, la espera prolongada se percibe como un trato no digno. Esto se atenúa cuando le informan acerca del estado de salud de su familiar.

En este contexto, se genera un mapa mental que es compartido por los participantes de los grupos con ideas asociadas a la atención oportuna. Los relatos evidencian la necesidad de tener presente la priorización y clasificación en estado de salud de pacientes más o menos graves (podría ser consecuente con la implementación del concepto de triage).

*"lleve un día a mi mamá al hospital, porque ella está súper enferma...llevábamos **esperando como 12 horas**...ya habíamos pasado toda la noche" Usuaría de hospital público*

*"he visto casos que **han muerto en la espera** porque...tiene que esperar...como todos...(**prioridad** en la atención) **de acuerdo a las patologías**" Usuaría de asociación de pacientes*

"pero si están todos los box colapsados y le están dando prioridad, yo he visto en todas las clínicas están **clasificando a los pacientes según gravedad**, obviamente si viene alguien con un dedo colgando, pasa al tiro, antes que alguien que tiene una tos digamos, me parece correcto" Usuario de clínica privada

2) **Consultas médicas:** que haya poca demora en la atención y acceso a la consulta del médico cuando se requiere. La espera prolongada (a veces hasta meses) se vincula a un trato indigno. Esto se exagera cuando se trata de especialidades médicas donde la lista de espera (incluido el privado en algunas especialidades) representa el hecho de no sentir que lo tratan como persona.

"No es digno **estar esperando 20 días por una atención... si yo voy a una clínica no es por gusto, créeme que no quiero estar aquí...si vengo es para que me digas a tiempo lo que tengo y para que me den un tratamiento...me siento tratado como que estás a la merced del sistema y estamos hablando de privados, más encima**" Usuario de clínica privada

"me hicieron todos los exámenes por primera vez, luego me dejaron en la lista de espera, de ahí **a los 2 años...** volvieron a hacer la misma lista de espera y me dieron una receta y unos exámenes que hacerme, eh pregunto que p'a cuando iba a ser la cirugía que iban a hacer p'a comprar la receta y hacerme los exámenes me dijo, esta niña me dijo que el médico operaba una vez a la semana, un paciente y dijo hay más de 100, **o sea automáticamente me dijo que habían más de 2 años más**" Usuario hospital público

"hablando de especialidades o sub especialidades los dermatólogos te dan hora **cada 3 meses** y dermatología es una es una bien sensible porque las manchitas crecen de un día para otro..." Usuario clínica privada

3) **Más tiempo en la consulta médica:** que dediquen más tiempo durante la consulta para atender al paciente. La sensación es que esperan mucho tiempo para ser atendidos y, una vez dentro, con el poco tiempo, no son capaces de preguntarles todas sus dudas, ni realizarles las pruebas necesarias, ni el médico dar respuestas. Esto provoca enfado y la sensación de tenerse que "pelear" con el médico para que le preste la atención necesaria.

"en la parte pública tiene **cierta cantidad de minutos para atenderte**, te atienden **a la rápida...**sobre todo en los consultorios son 5 minutos por paciente y en los hospitales son 15 minutos, **en 5 minutos qué va alcanzar a decir...**he esperado meses, una hora llego a dentro y la doctora **no me contesta nada** y yo tampoco alcanzo a preguntar...A veces lo llevo anotado y pregunto y no me contesta nada y esa misma profesional...**he pedido horas particulares en una clínica** donde ella atiende y **ahí me entero de todo lo que tengo**" Usuaría de asociación de pacientes

"Tampoco quiero que me atiendan 1 hora 45 pero también tú te sorprendes cuando ves...las horas disponibles de ciertos doctores son cada 15 minutos, entonces algo, algo no cuadra... que yo entiendo ah, hay cosas que son de 10 minutos a lo mejor o de 7 para ser súper estricto, pero también, me imagino que hay gente que requiere más atención o tipos de pacientes que necesitan más de atención... **yo he tenido que parar el carro al doctor, a ver estas apurado y ahí como que se calman** y no, no, no, concentrado en el papelito no más" Usuario de clínica privada

"yo tenía entendido...que **son 15 minutos** por paciente, lo cual a mí al principio con algunos doctores **en pediatría nunca fue**, porque estaban **apurados, no me pesaban**

a mi hija o **no la median**, entonces al final uno **terminaba peleando con los doctores porque no respetaban los tiempos**, y sin embargo, **yo tenía que esperar mucho tiempo afuera para ser atendida**” Usuaría de clínica privada

3.1.5. Personal Administrativo/Auxiliares de Enfermería/Técnicos Paramédicos

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 22 ideas relacionadas con este concepto y la valoración otorgada a la misma (anexo, tabla 7).

1) **Auxiliares de enfermería /Técnicos paramédicos** que estén atentos a las necesidades del paciente y den respuesta a las mismas, tener “voluntad” para atender. Entre las mismas se encuentra el aseo a los pacientes, cosa indispensable para que el paciente pueda estar en condiciones “aceptables”. Así como administrar los medicamentos adecuadamente en el momento oportuno. Les produce incomodidad tener que demandar que se les atienda sus necesidades básicas. Estos relatos son más frecuentes en los usuarios de establecimientos públicos. Se les pide humildad acudan a las llamadas del paciente. Los usuarios mostraban malestar porque incluso tenían que ir “gritando” para que los atiendan cuando están con dolor y sus necesidades.

*“nos preocupábamos de lavarle los dientes, de absolutamente todo, mi papá habría fallecido **de una forma muy pero muy denigrante**, porque **no había una atención inmediata** por parte, en este caso, de la gente a cargo del aseo...de la **dignidad de una persona que es mínimo estar limpia, aseada, sin ningún olor**, cosa que no ocurría en ese caso y si no es por nosotras mi papá no habría estado digamos, en condiciones eh, aceptables” Usuaría asociación de pacientes*

*“**tener mucho dolor** y querer que me den algo para que se me calme, ay no tenís que esperar ahí hasta que te atienda alguien, viene otra señorita, deme algo que me duele mucho y...no te hacen caso, con más voluntad podrían hacer algo para que esperes al doctor...**llegué a las 7 de la tarde y vinieron al otro día a las 9 para inyectarme algo para el dolor**” Usuaría hospital público*

*“se escucha música pero que venga un auxiliar a uno...a veces **yo he tocado timbres tanto de los compañeros** que están al lado también igual...auxiliar es que **gritan** me duele la cabeza, que me duele acá...y **no acuden**, no se ve a nadie, entonces está el **peligro**” Usuario hospital público*

2) **Recepcionistas o administrativos** que pospongan sus conversaciones y que atiendan al paciente, se observa con mayor frecuencia en las narraciones de usuarios de establecimientos públicos. Mire y conteste con un saludo, que se espera que acompañe de una sonrisa (vale más que mil palabras, es altamente valorado)

*“yo he estado muchos días en el hospital, **todavía no me solucionan mi problema**, pero en **la conversación entre ellos no termina nunca**, que los buenos días, que las buenas tardes, que las buenas noches, que cómo dormiste, que cómo pasaste, para eso hay tiempo...Pero la atención a los pacientes que estamos esperando, ahí **seguimos esperando**” Usuaría de hospital público*

*“Eso es un **chuchoqueo** dentro del hospital de **todo el día**, porque el que llega en la mañana comenta lo de la tarde, y el que llega en la tarde comenta lo de la noche...nosotros **llevamos horas esperando 6, 7, 8 hasta 12 horas**, he estado esperando” Usuaría de hospital público*

*"siempre no sé porque la gente de la salud **siempre está enojada**...nunca está bien...les va mal en la vida siempre...**nunca una sonrisa**"* Usuario asociación de pacientes

Otros elementos: Que la recepcionista me escuche, entienda; Que la auxiliar que asiste al médico sepa a quien va a atender; Que los auxiliares no se creen que son más que los pacientes; capacitación (administrativos -auxiliares-enfermeros que conozcan el hospital o clínica); No ser una molestia cuando se necesita ir al baño; Que te den un calmante para el dolor "en el momento"; Que te dejen comer si el médico no lo ha prohibido.

3.1.6. Estructura y organización hospitalaria

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 17 ideas relacionadas con este concepto y la valoración otorgada a la misma (anexo, tabla número 8).

En este caso no hay ideas que aparezcan apuntadas de manera transversal en la fase nominal aunque sí de manera verbal en el transcurso del discurso de la fase focal surge una idea con bastante frecuencia:

1) **Coordinación y eficiencia** entre la indicación de exámenes, información al paciente realización de la hospitalización o intervención quirúrgica. La realización de los exámenes en hospitales públicos se percibe con incertidumbre, impotencia y falta de dignidad en el trato, ya que en los relatos de los participantes se menciona que no se les informa sus resultados, o el médico no se da el tiempo para explicar, los deben repetir por las largas esperas para hospitalizarse o en algunos casos se extravían.

*"la enfermera me dio la orden para los exámenes me los entregaron muy rápidamente, pero **cada 6 meses voy a hacerme los exámenes** y aun la doctora no tiene hora para mí. **No me ha visto los exámenes nadie**"* Usuaría asociación de pacientes

*"a uno le piden exámenes y **ahí quedan** y **no informan** oportunamente de que está el examen ahí, o te dicen va a llegar a su ficha, y **uno no tiene idea cuando llegó, cómo llegó, ¿cierto?**"* Entonces que nos digan: este examen lo vamos a tomar hoy día y se demora 4 días en llegar a su ficha y, en 3 horas más, 4 horas más, lo recibirá el médico y que te informe "sabes llegó tu examen", no sé... el mismo día" Usuario hospital público

*"yo llevo mi carpeta de atenciones propia porque a veces uno va a otro servicio y uno lleva su carpeta...yo me atendí con tal y tal profesional en este hospital...y me ha pasado que **me han perdido exámenes y me he tenido que repetir el examen** porque nunca supe de cuando llegó" Usuario clínica privada*

2) **Necesidades estructurales: rampas, sillas de ruedas, etc.:** estos elementos de apoyo se vinculan como parte importante del proceso de atención de salud. Se manifiesta como una necesidad importante.

*"lo llevé la ambulancia, lo dejó en la entrada del hospital, no fue capaz el camillero de entrarle en una **silla de ruedas**...lo dejó ahí... él tuvo que caminar tenía el pie súper hinchado" Usuaría asociación de pacientes*

*"están construyendo la clínica...y la **incomodidad** para llegar es espantosa, yo tuve un accidente de auto, incapacitada físicamente, el **estacionamiento está lejísimo**, tienes*

*que subir por una rampa donde hay maestros, tienes que pasar por una serie de **obstáculos para poder llegar**" Usuaría clínica privada*

3) **Solución frente a una indicación de hospitalización:** se refiere que el hospital se haga responsable de buscar sitio para ingresar al paciente cuando no tiene cama.

*"el médico le dice "sabe qué, su mamá tiene que estar hospitalizada pero **aquí no tenemos camas**" y ¿cómo lo hago? yo no puedo pagar una clínica, haga una interconsulta... ¿a dónde? a este hospital, no es que **tampoco tienen camas.**" **Una semana así con mi mamá: con una arritmia en el corazón y en la casa** porque no tenían camas" Usuaría hospital público*

4) **Compañía del enfermo:** que dejen que un familiar permanezca todo el tiempo con el paciente que se encuentra inmovilizado.

*"yo les he visto amarrarlos de manos y de pies, para que no molesten, si, el adulto mayor es algo especial, pero **que lo vean más seguido**, si quiere agua pregúntale, si le das agua te va a dejar de joder, si yo trabajara de eso tendría que estar pendiente de eso...al paciente inmóvil...que tuviera un **familiar con él constantemente** es más factible de que el personal esté ahí constantemente...claro si ellos no pueden estar ahí con él, que esté un familiar con él" Usuaría hospital público*

3.1.7. Tratamientos

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 12 ideas relacionadas con este concepto y la valoración otorgada a la misma. En este caso (anexo, tabla número 9) no existe una idea transversal a todos los grupos. Este apartado se relaciona a evidentes deficiencias que perciben los participantes fundamentalmente las asociaciones de pacientes. Estas ideas se relacionan con que los tratamientos estén basados en evidencia científica, lo cual se relaciona con seguridad, que se indiquen los medicamentos adecuados durante el proceso de la enfermedad y no que se evite su indicación por limitaciones de costo. Se menciona también la importancia de efectuar un seguimiento del tratamiento.

3.1.8. Derecho a la privacidad/intimidad

Este derecho se hace presente con distintas ideas, no existe transversalidad en las opiniones de los grupos, éstas difieren según sean usuarios que han tenido su experiencia en establecimientos públicos o privados. Lo anterior, se asocia a dos ideas principales: la primera, a medios estructurales donde se releva la importancia del biombo o cortinas que lo separe de los otros pacientes y a no ser atendidos en pasillos (público). Además, el significado de mantener la puerta cerrada (privado), el cerrar la puerta se asocia a respeto de su dignidad, resguardo de la intimidad y a "reposo tranquilo". La segunda idea, vincula este derecho a la autorización que debiese dar el paciente para ser examinado por estudiantes y becados de medicina. El ser examinado e interrogado por estudiantes o becados se percibe con una sensación de malestar, que vulnera su derechos de poder decir que no y a su vez, su intimidad.

*"hay muchos lugares que son campos clínicos de distintas universidades o de institutos en donde **al paciente no se le pregunta en realidad si quiere ser examinado por becados**, por internos o por alumnos ... no se le pregunta al paciente...llega el becado y lo examina sin decir agua va!! [...] **uno tiene su derecho a decir no, yo no quiero ser un caso clínico**" Usuaría asociación de pacientes*

*"si entrara un becado no sería nada, **a veces entran 10... y todos la miran, y todos la tocan...** y que **se siente mal uno, sobretodo una que es mujer... que hagan los tactos ginecológicos...** y todo eso... **uno se quiere morir...**" Usuaría asociación de pacientes*

3.1.9. Atención domiciliaria y traslado

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 5 ideas relacionadas con este concepto y la valoración otorgada a la misma (anexo, tabla número 11).

1) **Atención domiciliaria:** cuando la persona es postrada, sienten la necesidad de que se les ayude porque necesitan que se atienda al paciente y no tienen los medios para asistir al prestador.

2) **Ambulancia u otro vehículo para los desplazamientos:** alude a pacientes discapacitados, o que son adultos mayores, o les falta "plata" para movilizarse necesitan ayuda para ir a los tratamientos (a veces diarios cuando se trata de una rehabilitación), por lo que demandan la posibilidad de disponer un vehículo que les lleve y les traiga al hospital. El no disponer de estos medios les provoca angustia.

3.1.10. Farmacia

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 3 ideas relacionadas con este concepto y la valoración otorgada a la misma (anexo tabla número 12). Esto se refiere a dos aspectos principales el que en la farmacia del consultorio u hospital le entreguen el medicamento y la cantidad indicada por el médico y la espera prolongada para obtener los fármacos.

3.2. Elementos asociados a trato digno: nivel de importancia de las ideas

En esta categorización se presentan los elementos que los pacientes valoraron como más importantes en función de las puntuaciones (escala de 1 a 5, donde 1, es nada importante y 5, muy importante) otorgadas mediante el sistema de votación multifrecuencia. A su vez, las ideas han sido clasificadas en el componente que define la dimensión descritas en la etapa previa, de manera tal, de poder identificar los elementos más relevantes que conforman el concepto de trato digno.

Si nos centramos en aquellas ideas más valoradas y atendemos a la clasificación por grupos podemos observar algunas diferencias en las priorizaciones que le otorgan en función de que sean atendidos en clínicas privadas o en hospitales públicos.

IDEAS MÁS VALORADAS

Tabla 13: Ideas con mayor puntuación del grupo de participantes de CLÍNICAS PRIVADAS y HOSPITALES UNIVERSITARIOS

COMPONENTE	DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
Información	Explicar claro a los acompañantes/familiares	5,00
Trato Humano	Respetar al paciente	5,00
Trato Humano	Igualdad en el trato/ misma atención en el público y privado	4,86
Información	Verdad siempre (estado de salud, diagnóstico y tratamiento)	4,86
Oportunidad de la atención	Atención oportuna en relación a la urgencia	4,86
Médico Comprometido	Puntualidad/atención a la hora indicada	4,71
Limpieza	Limpieza del recinto	4,71
Información	Información continua en urgencia, hospitalización	4,67
Información	Confidencialidad incluso con familiares si el paciente lo pide	4,67
Médico Comprometido	Que se respeten los tiempos de atención (darse el tiempo)	4,57

Tabla 14: Ideas con mayor puntuación del grupo de participantes de HOSPITALES PÚBLICOS y CONSULTORIOS

COMPONENTE	DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
Oportunidad en la atención	No estar tanto tiempo en lista de espera	5,0
Oportunidad en la atención	Más médicos especialistas	5,0
Oportunidad en la atención	Atención rápida en urgencia	5,0
Trato Humano	Ayuda de los auxiliares de enfermería/acudan a las llamadas del paciente	5,0
Trato/Oportunidad en la atención	Que el hospital se haga responsable de buscar camas (ubicación)/ soluciones hospitalización	5,0
Médico Comprometido	Puntualidad en la hora de consulta	4,86
Trato Humano	Respeto/ ser humano (acompañarlos en su dolor)/ tratar como persona	4,86
Información	La verdad (del tratamiento y del diagnóstico)	4,86

Tabla 15: Ideas con mayor puntuación del grupo de participantes de ASOCIACIONES DE PACIENTES y HOSPITALES UNIVERSITARIOS

COMPONENTE	DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
Tratamiento	Entregar el medicamento indicado y la cantidad indicada por el médico	4,86
Información	Poder hablar con el médico	4,71
Oportunidad de la atención	Responder inmediatamente a las necesidades de un paciente grave (aseo, cuidados, olores)	4,71
Trato Humano	Respeto por el paciente/cordialidad/amor a su profesión	4,57
Oportunidad de la atención	Oportunidad de atención médica/atención oportuna/poca demora en la atención	4,57
Información	Que nos informen si existen otros tratamientos (medicamentos - costos)	4,57
Tratamiento	Seguridad en los tratamientos (basados en evidencias científicas)	4,43
Trato Humano	Trato adecuado a la tercera edad	4,43
Privacidad/Intimidad	Infraestructura adecuada para la privacidad de los pacientes (en baños, uso de biombos, no ser atendidos en los pasillos). Respeto de intimidad con el paciente (estudiantes y becados).	4,43

4. Trato digno y sus componentes

Teniendo en cuenta la gran diversidad de ideas, pensamientos y emociones que los usuarios asociaron a trato digno, las autoras proponen conceptualizar este constructo principalmente en base a cuatro dimensiones (categoría) y las subcategorías que la definen basándose en el siguiente criterio: las ideas asociadas son transversales a los distintos grupos y/o presentan un mayor número de ideas relacionadas con el concepto tratado y/o las ideas son calificadas dentro de las más importantes. No obstante lo anterior, se mencionan otros componentes que también estuvieron presentes en los relatos y que en algunos de ellos son parte de los ámbitos que aborda la ley de deberes y derechos del paciente.

La estructura propuesta se centra en ofrecer una mirada más específica y esquemática de trato digno a través de los siguientes componentes: Trato Humano, Información, Médico Comprometido y Oportunidad en la Atención (TIMCO), sus dimensiones e indicadores, estos últimos, surgen desde los propios pacientes:

COMPONENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
1. TRATO HUMANO	1.1.Ser tratados como persona (principalmente equipo de salud y administrativos)	1.1.1. Eje Comunicativo: Saludar, mirar, escuchar, sonreír y ser tratados por su nombre. 1.1.2. Acudir ante el dolor o necesidades del paciente cuando lo requieren.
	1.2. Sin discriminación	1.2. Igualdad de trato, público privado, jóvenes adultos mayores.
	1.3. Empatía (médicos y personal de salud)	Habilidades cognitivas y emocionales del personal para reconocer los estados emocionales del paciente.
	1.4. Sin paternalismo	1.4. Explicación completa y verdadera de su estado de salud, como persona que entiende y pregunta.
	1.5.Visión integral del paciente (No como enfermedad u órgano aislado)	1.5. Trato como ser humano completo, integral ("soy más que el dolor de abdomen o el ojo que me duele").
	1.6.Privacidad/Intimidad	1.6. Respeto a la privacidad e intimidad durante el examen físico y reposo.

COMPONENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
2. INFORMACIÓN	2.1. Completa (toda la verdad) De preferencia emitida por el médico	2.1. Informar sobre el diagnóstico y tratamiento al paciente y a los familiares (en algunos casos con autorización del paciente).
	2.2. Comprensible "no médica" De preferencia emitida por el médico	2.2. Clara, una información no técnica. Se requiere chequear comprensión.
	2.3. Participativa	2.3. Derecho a preguntar sobre su estado de salud y tratamiento de él o de un familiar.
	2.4. Continua y detallada	2.4. Durante todo el proceso, incluidos los exámenes y procedimiento. Alivia la sensación de sentirse como objeto.
	2.5. Consentimiento informado	2.5. Explicar y chequear entendimiento. Establecer por norma momento en que se entrega y firma (antes de los procesos que hacen vulnerable al paciente, tales como: pabellón y procedimientos).

3. Médico Comprometido/ Responsable	3.1. Puntualidad	3.1. Tiempo de retraso en consultas médicas y visita hospitalaria.
	3.2. Aviso de atraso o inasistencia	3.2. Llamado telefónico o aviso personal de un miembro del equipo. En la consulta u hospital/clínica.
	3.3. Saber quién es el médico tratante	3.3. Identificación del médico tratante (distinguir de estudiantes y becados).
	3.4. Escuchar	3.4. Escuchar con atención, interés y respeto al paciente.

4. Oportunidad de la Atención	4.1. Acceso: ser atendido cuando se requiere	4.1.1. Medir e informar tiempos de espera en el servicio de urgencia. 4.1.2. Seguimiento de tiempos de espera y coordinación en las acciones asociadas (ej. Exámenes) a las intervenciones quirúrgicas y horas de consulta con especialistas
	4.2. Seguridad en las prestaciones de salud que recibe	4.2. Aplicación de parámetros de acreditación.
	4.3. Disponer de más tiempo en la consulta médica	4.3. Más tiempo para que lo examine, lo escuche y atienda sus dudas.

5. Trato digno para los usuarios: coincidencias y diferencias con la ley⁶

Parte de la satisfacción de los usuarios en la atención de salud se expresa en el cumplimiento de lo que ellos consideran sus derechos. Al revisar los tópicos que la ley incorpora en el ámbito “derecho a trato digno” y lo que efectivamente declaran las personas como aspectos relevantes en torno a este concepto, es más amplio y complejo. Las personas le asignan un significado que incorpora elementos específicos de carácter emocional que requiere que el equipo desarrolle y ponga en práctica habilidades blandas que van más allá de un protocolo de comportamiento. Por otro lado, se plantean ideas que se asocian a recursos monetarios y humanos que no siempre están disponibles (infraestructura, falta de especialistas, entre otros).

A continuación se compara las concordancias que existen entre los tópicos relacionados con trato digno que establece la ley y las diferencias planteadas por los usuarios:

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

Existen coincidencias sobre esta aseveración en el sentido que los usuarios esperan que se les entregue la información necesaria en un lenguaje simple y no técnico.

Diferencias

Su expectativas se concretizan en señalar que requieren información oportuna y participativa (espacio para preguntar, participar en todo el proceso) con relación al diagnóstico de su enfermedad o la de algún familiar, tratamiento, exámenes que se realizarán y riesgos involucrados. Esta información se espera que sea entregada en la consulta médica, en el servicio de urgencia o durante toda la hospitalización.

El cuidado no se aborda precisamente desde los padecen una discapacidad sino que más bien se centra en la ayuda, apoyo físico y respuesta a las necesidades de ellos mismos si están enfermos, un familiar o con los adultos mayores que se encuentran hospitalizados y no son autovalentes.

4.2. Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad. Que las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.

En general, existe una coincidencia con lo planteado en la ley, ya que la amabilidad es mencionada como una expresión del buen comportamiento de quienes lo atienden, se asocia más al ámbito conductual de cordialidad, afabilidad y cortesía. De acuerdo a sus expectativas es un atributo mínimo que debiese cumplirse. De igual manera, el llamarlo por su nombre.

⁶ Ley 20.584, MINSAL. (2012). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Publicada el 24 de abril de 2012.

Diferencias

El trato que requieren los usuarios va más allá de la cortesía, devela pensamientos y emociones que refleja la necesidad de ser tratados como seres humanos, como personas y en forma integral. Implica calidez humana, ausencia de cosificación de las personas.

4.3. Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso. La atención otorgada por alumnos en establecimientos de carácter docente asistencial.

Efectivamente, los usuarios valoran la privacidad respecto de las acciones que son de dominio de quienes los atienden, se asocia al quehacer cotidiano en la atención de salud y específicamente se relaciona con el uso de lugares privados para el examen físico, uso de biombos, separadores ambientales, cortinas, y/o mantener cerradas las puertas en la habitación de las clínicas. Por otro lado, el manejo de la historia clínica es un elemento relevante y lo relacionan con el respeto y la protección de su vida privada.

Diferencias

El derecho a la privacidad alcanza el ámbito de la intimidad se interpreta como la necesidad de resguardar lo más preciado y también como un componente de seguridad ante su vulnerabilidad. En particular, el ser examinado por una serie de estudiantes y becados es considerado una invasión a su intimidad, se sienten inseguros, confusos y surge el pensamiento de poseer el derecho de poder autorizar o no esta actividad. Lo anterior, se manifiesta también cuando son examinados por un médico que no conocen porque lo han cambiado o viene en reemplazo del profesional tratante y no se les informa.

Las fotografías y filmaciones no son mencionadas por los participantes.

6. Conclusiones

- El trato digno para los usuarios se puede evidenciar a través de cuatro conceptos importantes, lo emocional que se relaciona fundamentalmente con el ser tratado como persona (trato humano), la información durante la atención de salud, el derecho a contar con un médico comprometido/responsable y la atención oportuna.
- Si bien los pacientes buscan beneficios racionales en el cumplimiento de sus derechos, en lo que respecta a trato digno varios de ellos son valorados en lo emocional particularmente cuando se trata de su estado de salud.
- Los relatos de los usuarios transversalmente revelan palabras que evocan imágenes, símbolos y gestos cuando se conectan con el constructo "trato digno" en la atención de salud.
- Es necesario que, al considerar el concepto de trato digno, no concentrarse solamente en los elementos racionales para el cumplimiento de los derechos del paciente sino que también en la comunicación no verbal y los aspectos de carácter emocional.
- Las personas le asignan un significado al trato digno que incorpora elementos emocionales y requiere que el equipo de salud, se prepare en el ámbito de habilidades blandas para actuar en concordancia con el paciente.
- Considerar el refuerzo de la memoria tanto en funcionarios y usuarios respecto de los elementos que componen el trato digno. Esto incluye evaluaciones periódicas, chequeos de entendimientos de la información entregada y fiscalización de la autoridad. Inclusive invertir en sesiones de coaching para el equipo de salud.
- Respecto de la variable empatía existen modelos que pueden ser aplicados para valorar esa dimensión como componente del trato digno.
- Las dimensiones identificadas y sus correspondientes subcategorías que la componen entregan elementos que podrían ser insumos para construir un modelo conceptual que cimiente un Manual de "Trato digno", que contenga elementos verificables los cuales se podrían medir en base a un umbral, otro tipo de puntuación y poder verificar su cumplimiento.
- Este estudio abre un espacio para nuevas líneas de investigación particularmente con aplicación de técnicas cuantitativas con el propósito de formular propuestas de índice de trato digno u otro indicador que permita medir cumplimiento de este ámbito.

Agradecimientos a:

- Dra. Liliana Escobar, Superintendente de Salud (S).
- Roberto Arce, Jefe del Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Patricia Pizarro, Secretaria de Desarrollo Corporativo, por su valiosa colaboración en el reclutamiento de pacientes, coordinación para la ejecución de los Focus Group.
- Romina López, alumna en práctica Asistente Secretaria.

ANEXOS

1. Preguntas y pautas

La primera pregunta, la más general, trata de establecer de manera general, sin guiarles, qué es para el usuario de la sanidad chilena un trato digno. Por tanto se plantearía la siguiente pregunta: ¿Qué es para Ud. un "trato digno"?

Conforme salgan las ideas, en el caso de que no formulen propuestas relacionadas con los siguientes ámbitos, se preguntará adicionalmente por el personal sanitario directamente relacionado con la atención de salud: ¿Qué pueden hacer los médicos para darles un trato digno? ¿Y el personal de enfermería? ¿Y el resto de personal de salud (auxiliares y técnicos paramédicos)?

Los ámbitos específicos que, por la literatura o por experiencias anteriores, que se consideran relacionados con el trato digno son: información, cuidados emocionales, intimidad para dar los cuidados o la información y confianza y respeto, por tanto serán cuestiones que también se tratarán. Así se les preguntarán estas cuestiones: ¿cómo consideran que deben darles la información?, ¿qué cuidados emocionales necesitarían?, ¿cómo se debería cuidar la intimidad?, ¿cómo les demuestran respeto?

2. Instituciones de los usuarios que participaron en el Focus Group

- Asociación de Diabéticos de Chile (ASODICH)
- Asociación de Pacientes con Enfermedades Lisosomales (FELCH)
- Corporación Pro Ayuda al Enfermo Reumático (Volar Chile)
- Asociación de Dializados y Transplantados de Chile
- Agrupación Lupus Chile
- Asociación de Pacientes con Cáncer
- Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica
- Hospital Clínico de la Universidad de Chile
- Hospital del Profesor
- Hospital Barros Luco Trudeau
- Hospital de Neurocirugía Doctor Alfonso Asenjo
- Hospital Roberto del Río
- Hospital Doctor Alejandro del Río, asistencia Pública.
- Hospital San Borja Arriarán
- Hospital Padre Hurtado
- Instituto Nacional del Cáncer (INCANCER)
- Instituto Nacional de Geriatría
- Hospital San Juan de Dios
- Hospital San José
- Clínica Dávila
- Clínica Bicentenario
- Clínica INDISA
- Clínica Santa María
- Clínica Las Condes
- Clínica Alemana
- Clínica Las Lilas
- Clínica Avansalud
- Clínica Tabancura

3. Ideas surgidas en función de los conceptos por grupos y por valoraciones

Tabla 3: Ideas referidas al concepto TRATO por grupo de participantes

IDEA EXPRESADA	GRUPO											
	ASOC 1 (n=7)		ASOC 2 (n=7)		PRIVADO 1 (n=3)		PRIVADO 2 (n=7)		PÚBLICO 1 (n=4)		PÚBLICO 2 (n=7)	
	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media
Respetar al paciente/ trato humano	4	4,57	4	4,00			3	5,00	1	4,25	5	4,86
Igualdad en el trato	1	4,43					2	4,86	1	3,75	1	4,14
Amabilidad	1	4,14					3	4,29	1	4,25	3	4,29
Atención cordial/con buena cara/con alegría	2	4,00	1	3,71					1	4,00		
Empatía / tolerancia/ paciencia	3	4,00			1	3,67	6	4,29				
Que se preocupen por mi /compromiso / trato responsable/ interés	3	3,29	3	4,00	1	4,33			1	3,75	4	4,71
Trato al paciente como ser que entiende/evitar el paternalismo	2	4,14	1	4,00								
Saludar con respeto/sonrisa			3	3,00					1	4,25		
Paciente: persona con varias necesidades ("atención integral" como persona)	1	4,14			1	3,67						
Más cercanos	1	3,71										
Que se dé mejor trato a los que tienen menos educación	1	4,29										
Asistencia digna a pacientes postrados			1	4,43								
En el hospital público el médico no toma en cuenta las demandas del paciente			1	4,00								
Es mejor la atención en cuidados paliativos que en los preventivos			1	3,57								
En el hospital público son dioses en el privados son iguales			1	2,71								
Trato igualitario a jóvenes y adultos							1	3,57				
Darme ánimo (levantar el ánimo)									1	4,50		
No discriminar a los adultos mayores en intervenciones									1	4,25		
Que no existan diferencias entre los pacientes a la hora de las visitas									1	3,25		
Ayuda											1	5,00
Ser tratado por el nombre (significa que me acogen/ que me quieren)											1	4,00

ASOC 1= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 10 a.m.; ASOC 2= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PRIVADO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PRIVADO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PÚBLICO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PÚBLICO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 4 p.m.

Esp.= número de veces que la misma idea surge, de diferentes participantes, dentro del mismo grupo.

Media= Puntuación otorgada, en escala de 1 (mínimo valor) a 5 (máximo valor), por todos los participantes del grupo a la idea surgida.

Tabla 4: Ideas referidas al concepto INFORMACIÓN por grupo de participantes

IDEA EXPRESADA	GRUPO											
	ASOC 1 (n=7)		ASOC 2 (n=7)		PRIVADO 1 (n=3)		PRIVADO 2 (n=7)		PÚBLICO 1 (n=4)		PÚBLICO 2 (n=7)	
	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media
Verdad (explicar realmente de que se trata la enfermedad)	2	4,43	1	4,43			1	4,86			2	4,86
Explicar claro a los familiares			1	4,00	1	5,00	2	3,71	2	4,50		
Información completa (más detalles/tratamientos y procedimientos que se van a hacer/para qué, cómo y cuándo)	2	4,14					1	4,43			1	3,57
Información continua (en el inicio: diagnóstico, en el proceso: tratamiento, al alta: cuidados post hospitalización.			2	4,00	1	4,67						
Consentimiento real, explicación de todo lo que se firma	1	4,29			1	4,33						
Información clara (en términos "no médicos")	2	4,00			1	4,33						
Información entendible: chequear que el paciente comprende					1	4,00						
Confidencialidad incluso con familiares					1	4,67						
Que nos informen si existen otros tratamientos (medicamentos - costos)			1	4,57								
Indicar antes el costo aproximado del procedimiento para dar chance de cambio			1	4,00								
Información de que hay que pagar honorarios médicos de forma diferenciada al programa			1	4,00								
Explicar tantas veces como sea necesario hasta que entienda							1	4,00				
Una buena explicación en cuanto a los trámites											1	3,57

ASOC 1= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 10 a.m.; ASOC 2= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PRIVADO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PRIVADO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PÚBLICO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PÚBLICO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 4 p.m.

Esp.= número de veces que la misma idea surge, de diferentes participantes, dentro del mismo grupo.

Media= Puntuación otorgada, en escala de 1 (mínimo valor) a 5 (máximo valor), por todos los participantes del grupo a la idea surgida.

Tabla 5: Ideas referidas al concepto MÉDICO RESPONSABLE por grupo de participantes

IDEA EXPRESADA	GRUPO											
	ASOC 1 (n=7)		ASOC 2 (n=7)		PRIVADO 1 (n=3)		PRIVADO 2 (n=7)		PÚBLICO 1 (n=4)		PÚBLICO 2 (n=7)	
	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media
Puntualidad en la hora de consulta	1	3,86	1	3,86	1	4,33	2	4,71			2	4,86
Saber quién es el doctor tratante	1	4,71							1	4,75	1	4,43
Confianza, que el medico escuche y crea al paciente	1	3,57									1	4,14
Ser informado en forma oportuna					1	4,33					1	4,43
Que le hagan caso a los exámenes más que a la apariencia									1	4,75		
Consecuencia entre lo informado en la ficha y las acciones realizadas por médicos o becados (para no meter la pata)									1	4,50		
Que se avisen los cambios de horario							1	4,27				
Información clara y adecuada sobre el médico (estudios, años de experiencia, etc.)							1	4,27				
Que te informen del cambio del médico tratante									1	4,25		
El profesional debe reconocer cuando no tiene suficiente conocimiento y derivar a otro profesional			1	4,00								
La cordialidad del doctor (que se ponga al nivel del paciente /sencillo/ amable/ que diga un chiste)									1	4,00		
Que el médico haga bien la receta (nombre fármaco bien y firma)											1	3,86
Que el médico haga visitas dos o tres veces al día y noche									1	3,75		
Que el personal recuerde su enfermedad no el paciente	1	3,57										
Que el médico salude											2	3,27
Dar número teléfono, e-mail privado							1	3,14				

ASOC 1= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 10 a.m.; ASOC 2= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PRIVADO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PRIVADO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PÚBLICO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PÚBLICO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 4 p.m.

Esp.= número de veces que la misma idea surge, de diferentes participantes, dentro del mismo grupo.

Media= Puntuación otorgada, en escala de 1 (mínimo valor) a 5 (máximo valor), por todos los participantes del grupo a la idea surgida.

Tabla 6: Ideas referidas al concepto ATENCIÓN OPORTUNA por grupo de participantes

IDEA EXPRESADA	GRUPO											
	ASOC 1 (n=7)		ASOC 2 (n=7)		PRIVADO 1 (n=3)		PRIVADO 2 (n=7)		PÚBLICO 1 (n=4)		PÚBLICO 2 (n=7)	
	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media
Prioridad en la atención de acuerdo a la urgencia con la que se acude	1	4,14	1	4,14			1	4,86			2	4,43
Atención oportuna, poca demora en la atención en urgencias	3	4,57							1	4,00	4	5,00
Dedican poco tiempo al paciente en consulta			1	3,71	1	3,67	2	4,57				
Interconsultas en menos tiempo					1	4,00			1	5,00	1	4,57
Atención especializada para todos			1	4,29							1	5,00
Oportuno en el tiempo (no esperar más de 20 días para ser atendido)					1	3,67						
Que atiendan la urgencia aunque no estés en el sector que te corresponde											1	5,00

ASOC 1= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 10 a.m.; ASOC 2= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PRIVADO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PRIVADO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PÚBLICO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PÚBLICO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 4 p.m.

Esp.= número de veces que la misma idea surge, de diferentes participantes, dentro del mismo grupo.

Media= Puntuación otorgada, en escala de 1 (mínimo valor) a 5 (máximo valor), por todos los participantes del grupo a la idea surgida.

Tabla 7: Ideas referidas al concepto AUXILIARES/ PERSONAL ADMINISTRATIVO por grupo de participantes

IDEA EXPRESADA	GRUPO											
	ASOC 1 (n=7)		ASOC 2 (n=7)		PRIVADO 1 (n=3)		PRIVADO 2 (n=7)		PÚBLICO 1 (n=4)		PÚBLICO 2 (n=7)	
	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media
Auxiliares-enfermera atiende las necesidades del paciente (entrega de medicamento, aseo, cuidados)			1	4,71					1	3,50	3	4,57
Que pospongan sus conversaciones y que atiendan al paciente											1	4,71
Auxiliares-enfermera acudan a las llamadas del paciente									1	4,00	1	4,86
Que las auxiliares traten suavemente, con respeto, sin brusquedad, sin rapidez									1	4,75	1	4,29
Capacitación (admin. -auxiliares-enfermeros que conozcan el sistema de salud)											1	4,71
Comunicación auxiliares (por lo menos contesten y educadamente)									1	4,50		
Auxiliares visiten con mayor frecuencia al paciente inmóvil									1	4,25		
No ser una molestia cuando se necesita ir al baño									1	4,25		
Que te den un calmante para el dolor "en el momento"									1	4,25		
Que la asistente del médico sepa quién va a atender			1	4,00								
Que la recepcionista me escuche / entienda			1	4,00								
Que los auxiliares se pongan en el lugar de los pacientes (no se crean que son más que ellos)									1	3,75		
Auxiliares traten con cariño									3	3,75		
Que te dejen comer si el médico no lo ha prohibido									1	3,50		
Que la recepcionista te mire			1	3,29								
Si pide algo tener más voluntad de hacerlo									1	3,00		

ASOC 1= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 10 a.m.; ASOC 2= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PRIVADO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PRIVADO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PÚBLICO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PÚBLICO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 4 p.m.

Esp.= número de veces que la misma idea surge, de diferentes participantes, dentro del mismo grupo.

Media= Puntuación otorgada, en escala de 1 (mínimo valor) a 5 (máximo valor), por todos los participantes del grupo a la idea surgida.

Tabla 8: Ideas referidas al concepto ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA por grupo de participantes

IDEA EXPRESADA	GRUPO											
	ASOC 1 (n=7)		ASOC 2 (n=7)		PRIVADO 1 (n=3)		PRIVADO 2 (n=7)		PÚBLICO 1 (n=4)		PÚBLICO 2 (n=7)	
	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media
Infraestructura de acuerdo a las necesidades de los pacientes (rampas, que lo reciban afuera en silla de ruedas, etc.)							2	4,57	1	3,50		
Que el hospital se haga responsable de buscar camas (ubicación)/solucionen hospitalización											1	5,00
Coordinación entre exámenes y la intervención									1	4,75		
Que dejen tener a un familiar todo el tiempo con el paciente inmóvil									1	4,75		
Que se diferencie por el aspecto el becado del medico									1	4,75		
Que se permita ver a la familia en esos momentos (urgencias)									1	4,75		
Desinfección de la sala de atención							1	4,71				
Entreguen una copia de los exámenes											1	4,29
Falta de coordinación entre el SAPU y el hospital											1	4,29
Menos trámites							1	4,29				
Mayor eficacia en los archivos									1	4,25		
Posibilidad de rotación de los familiares (solo dan dos pases)									1	3,75		
Que exista un lugar donde tomar la colación en la espera									1	3,25		
Mayor número de visitas en la hospitalización (dos personas)									1	3,00		
Organizar diferentes sitios de espera según el tipo de paciente									1	3,00		

ASOC 1= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 10 a.m.; ASOC 2= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PRIVADO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PRIVADO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PÚBLICO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PÚBLICO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 4 p.m.

Esp.= número de veces que la misma idea surge, de diferentes participantes, dentro del mismo grupo.

Media= Puntuación otorgada, en escala de 1 (mínimo valor) a 5 (máximo valor), por todos los participantes del grupo a la idea surgida.

Tabla 9: Ideas referidas al concepto TRATAMIENTO por grupo de participantes

IDEA EXPRESADA	GRUPO												
	ASOC 1 (n=7)		ASOC 2 (n=7)		PRIVADO 1 (n=3)		PRIVADO 2 (n=7)		PÚBLICO 1 (n=4)		PÚBLICO 2 (n=7)		
	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	
Tratamientos basados en evidencias científicas	1	4,43								1	4,50		
Poder alcanzar económicamente los tratamientos que realmente sirvan a la enfermedad	2	4,14	1	2,57									
Adecuado al progreso de la enfermedad	1	4,00											
Seguimiento a la enfermedad/ revisión periódica para comprobar avance de la enfermedad (una vez x mes)	1	3,71								1	3,75		
Que se preocupen del post operatorio / informar el procedimiento / tener disponible todo lo necesario							4	3,57					

ASOC 1= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 10 a.m.; ASOC 2= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PRIVADO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PRIVADO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PÚBLICO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PÚBLICO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 4 p.m.

Esp.= número de veces que la misma idea surge, de diferentes participantes, dentro del mismo grupo.

Media= Puntuación otorgada, en escala de 1 (mínimo valor) a 5 (máximo valor), por todos los participantes del grupo a la idea surgida.

Tabla 10: Ideas referidas al concepto PRIVACIDAD/INTIMIDAD por grupo de participantes

IDEA EXPRESADA	GRUPO											
	ASOC 1 (n=7)		ASOC 2 (n=7)		PRIVADO 1 (n=3)		PRIVADO 2 (n=7)		PÚBLICO 1 (n=4)		PÚBLICO 2 (n=7)	
	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media
La infraestructura adecuada para la privacidad de los pacientes (no ser atendidos en los pasillos, puerta cerrada, indicar que las visitas salgan sala)	1	4,43			1	3,67	1	3,71				
Velar por la privacidad del paciente (preguntar si quiere ser explorado por los estudiantes de medicina, becados...)	1	4,14	1	3,00								

ASOC 1= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 10 a.m.; ASOC 2= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PRIVADO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PRIVADO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PÚBLICO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PÚBLICO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 4 p.m.

Esp.= número de veces que la misma idea surge, de diferentes participantes, dentro del mismo grupo.

Media= Puntuación otorgada, en escala de 1 (mínimo valor) a 5 (máximo valor), por todos los participantes del grupo a la idea surgida.

Tabla 11: Ideas referidas al concepto ATENCIÓN DOMICILIARIA/TRASLADO por grupo de participantes

IDEA EXPRESADA	GRUPO												
	ASOC 1 (n=7)		ASOC 2 (n=7)		PRIVADO 1 (n=3)		PRIVADO 2 (n=7)		PÚBLICO 1 (n=4)		PÚBLICO 2 (n=7)		
	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	
Atención a domicilio cuando la persona es postrada	1	4,00								1	4,00	1	4,43
Traslado en ambulancia cuando los pacientes no pueden ir solos										1	4,50	1	4,71

ASOC 1= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 10 a.m.; ASOC 2= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PRIVADO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PRIVADO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PÚBLICO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PÚBLICO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 4 p.m.

Esp.= número de veces que la misma idea surge, de diferentes participantes, dentro del mismo grupo.

Media= Puntuación otorgada, en escala de 1 (mínimo valor) a 5 (máximo valor), por todos los participantes del grupo a la idea surgida.

Tabla 12: Ideas referidas al concepto FARMACIA por grupo de participantes

IDEA EXPRESADA	GRUPO											
	ASOC 1 (n=7)		ASOC 2 (n=7)		PRIVADO 1 (n=3)		PRIVADO 2 (n=7)		PÚBLICO 1 (n=4)		PÚBLICO 2 (n=7)	
	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media	Esp.	Media
Entregar el medicamento indicado y la cantidad indicada por el médico			1	4,86								
Farmacia demora en la atención (por falta de personal)											2	4,14

ASOC 1= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 10 a.m.; ASOC 2= pacientes pertenecientes a asociaciones de pacientes que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PRIVADO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PRIVADO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado que vinieron al grupo de las 4 p.m.; PÚBLICO 1= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 10 a.m.; PÚBLICO 2= pacientes que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público que vinieron al grupo de las 4 p.m.

Esp.= número de veces que la misma idea surge, de diferentes participantes, dentro del mismo grupo.

Media= Puntuación otorgada, en escala de 1 (mínimo valor) a 5 (máximo valor), por todos los participantes del grupo a la idea surgida.

