



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

Número 71
ABRIL 2014

QUE ENTENDEMOS POR “TRATO DIGNO AL PACIENTE”

De acuerdo a la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, el “trato digno a los pacientes” se establece como un derecho de los usuarios en la atención de salud, por lo que es muy pertinente conocer qué entienden los pacientes por un trato digno en la atención de salud y en qué están pensando al exigirlo como un derecho.

En esta línea de trabajo, durante el mes de diciembre 2013 la Superintendencia de Salud dio a conocer los resultados de un interesante estudio que busca definir de manera más tangible este concepto, analizando las principales ideas asociadas al concepto de trato digno y cuáles son los elementos relevantes para los usuarios en este ámbito.

El brindar una atención de calidad en salud es un objetivo de todos los prestadores de salud y las autoridades. En este contexto en el año 2005 se creó la ley de Autoridad Sanitaria, que establece un sistema de acreditación para los prestadores. Este sistema exige que se implementen estándares mínimos que permitan mayor seguridad a los usuarios de atenciones de salud. Complementariamente, se aprueba en el año 2012 la ley sobre Derechos y Deberes de las Personas, que busca cautelar el otorgamiento de una atención de calidad, respetando los derechos esenciales de las personas.

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 su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso. Sin embargo, definir este concepto de forma homogénea es bastante complejo. El significado del derecho a un trato digno en la atención de salud parece ser obvio para quienes lo entregan, sin embargo la visión de los usuarios es bastante más heterogénea y a primera vista no parece estar tan claro cuáles son sus componentes.

En este contexto, la Superintendencia de Salud impulsó este estudio cuyo objetivo es develar los componentes claves del concepto trato digno y con el fin de orientar la verificación de su cumplimiento.

Específicamente se determinaron cuatro aspectos a definir:

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.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este 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 a julio de 2013 y que habían autorizado explícitamente a la Superintendencia para contactarlos con el fin de invitarlo a participar.

La investigación se realizó con 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. En total participaron 35 pacientes.

Como meta de logro se usaron técnicas cualitativas con grupos de usuarios, donde se analizaron las perspectivas y puntos de vista de los pacientes sobre el concepto de “trato digno” recogido en la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes en Salud. Las conclusiones se lograron en base a consenso y ponderaciones de importancia relativa a las diferentes características y atributos que surgieron en el análisis.

ELEMENTOS ASOCIADOS A TRATO DIGNO

El siguiente cuadro muestra los conceptos más usados por las personas de los grupos de estudio para definir lo que ellos entienden por “trato digno”, por orden de menciones:

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

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES CONCEPTOS

Detrás de cada uno de los conceptos que surgieron en el análisis existe una serie de ideas asociadas que permiten aclarar su definición:

- **TRATO (RELACIÓN HUMANA)**

Los participantes en los diferentes grupos registraron 77 ideas relacionadas con este concepto. Las ideas más relevantes asociadas a “trato” que surgieron con mayor fuerza y de manera transversal en la mayor parte de los grupos fueron las siguientes:

1. **Trato Humano.** A pesar de que este concepto tuvo muchos matices diferentes entre los grupos, principalmente implica ser ***tratados como personas y se refiere a la relación con el*** personal de salud y administrativo que atiende a los usuarios. Más concretamente se asocian con ciertas actitudes: “miren, escuchen, saluden, tengan en consideración su opinión, sean cordiales e, incluso, cariñosos”. 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 sienten que disminuye su ansiedad”.
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 y a los de menor educación entre usuarios de los subsistemas público y privado.
3. **Ponerse en el lugar del otro, Empatía:** tratar al paciente como le gustaría ser tratado, ver interés en los profesionales. 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.
4. **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. 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. Predomina también el deseo de tener la oportunidad y el tiempo para poder aclarar dudas específicamente con el médico.
5. **Considerarlos de manera integral, no como una enfermedad.**

- **INFORMACIÓN**

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 31 ideas relacionadas con este concepto. Las ideas más relevantes asociadas a esta materia fueron:

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 y 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.
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.
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.
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.
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.
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.
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 y evaluación de alternativas de financiamiento.

- **MÉDICO COMPROMETIDO/RESPONSABLE**

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 24 ideas relacionadas con este concepto. A continuación se comentan las ideas más relevantes que surgieron en la discusión:

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 en el caso de que no pueda ser puntual, al menos que pidan disculpas por la demora”.
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 de malestar, impotencia y decepción. Por otro lado, se espera que le informen del cambio del médico tratante cuando se encuentran hospitalizados (prestador público).
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.
4. **Ser informado en forma oportuna.** No les parece adecuado que 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 se entreguen todos los documentos que posteriormente tengan que firmar, dando la posibilidad de leerlos con calma y preguntar las dudas.
5. **Que el médico haga bien la receta:** ponga correctamente el nombre del fármaco, que no esté discontinuado.

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).

• ATENCIÓN OPORTUNA

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 24 ideas relacionadas con este concepto, sin embargo, la atención oportuna en términos globales se asocia a tres variables principales:

- posibilidad de ser atendido cuando lo requiere,
- tener acceso a las prestaciones que necesita y
- 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, la espera prolongada se percibe como un trato no digno. Esto se atenúa cuando le informan acerca del estado de salud de su familiar. Los relatos evidencian la necesidad de tener presente una priorización y clasificación del estado de salud de pacientes más o menos graves (podría ser consecuente con la implementación del concepto de triage).

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.
3. **Más tiempo en la consulta médica:** que dediquen más tiempo durante la consulta para atender al paciente. Esta idea surge a nivel de prestadores públicos y privados.

PERSONAL ADMINISTRATIVO Y PARAMÉDICO

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 22 ideas relacionadas:

1. **Auxiliares de enfermería /Técnicos paramédicos** que estén atentos a las necesidades del paciente y den respuesta a las mismas, tener “voluntad” para atender.
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 se acompañe de una sonrisa (“vale más que mil palabras”, es altamente valorado).

El siguiente cuadro muestra con mayor detalle las ideas asociadas al trato digno en relación con el personal administrativo y paramédico:

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



ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 17 ideas relacionadas con este concepto.

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, que el médico no se da el tiempo para explicar, que los deben repetir por las largas esperas para hospitalizarse o en algunos casos se extravían.
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. También expresan molestia por los obstáculos que implican obras en construcción en los establecimientos de salud.
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.
4. **Compañía del enfermo:** que dejen que un familiar permanezca todo el tiempo con el paciente que se encuentra inmovilizado.

TRATAMIENTOS

En este ítem los participantes en los diferentes grupos apuntaron ideas que 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.

DERECHO A LA PRIVACIDAD/INTIMIDAD

Este derecho se hace presente con distintas ideas y éstas difieren según sean usuarios de establecimientos públicos o privados.

1. Se considera muy importante contar con estructuras físicas que permitan separar al paciente de los otros enfermos, y a no ser atendidos en pasillos (prestador público). En los prestadores privados se asocia a mantener la puerta cerrada, acto que se relaciona directamente con respeto de su dignidad, resguardo de la intimidad y a “reposo tranquilo”.
2. 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.

DIFERENCIAS POR GRUPO DE ESTUDIO

Considerando que los grupos de estudio se clasificaron en función del tipo de prestador donde se habían atendido las personas, se pueden observar algunas diferencias en las priorizaciones que le otorgan a la importancia de los diferentes conceptos y las ideas asociadas a él:

Ideas con mayor puntuación del grupo de participantes de CLÍNICAS PRIVADAS y HOSPITALES UNIVERSITARIOS (puntuación de 1 a 5 por grado de importancia asignada).

COMPONENTE	DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
Información	Explicar claro a los acompañantes / familiares	5
Trato Humano	Respetar al paciente	5
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

Ideas con mayor puntuación del grupo de participantes de HOSPITALES PÚBLICOS Y CONSULTORIOS (puntuación de 1 a 5 por grado de importancia asignada).

COMPONENTE	DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
Oportunidad en la atención	No estar tanto tiempo en lista de espera	5
Oportunidad en la atención	Más médicos especialistas	5
Oportunidad en la atención	Atención rápida en urgencia	5
Trato Humano	Ayuda de los auxiliares de enfermería / acudan a las llamadas del paciente	5
Trato / Oportuno en la atención	Que el hospital se haga responsable de buscar camas (ubicación) / solución en hospitalización	5
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)	4,67

Ideas con mayor puntuación del grupo de participantes de ASOCIACIONES DE PACIENTES Y HOSPITALES UNIVERSITARIOS (puntuación de 1 a 5 por grado de importancia asignada).

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)	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

Nota: Este documento es un resumen de algunos de los aspectos más relevantes del trabajo: **¿QUÉ ES “TRATO DIGNO” PARA LOS PACIENTES?**, estudio desarrollado por la Superintendencia de Salud en Diciembre del año 2013.

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.