



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

**FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES**  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

## **SATISFACCIÓN USUARIA EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA**

Perspectiva de los/as funcionarios/as y la comunidad organizada del Hospital San Juan de Dios - CDT Región Metropolitana.

Estudiante: Adriana Aravena Moya

Profesora Guía: Jeannette Hernández.

Tesis para optar al grado académico de Licenciada en Trabajo Social

Tesis para optar al título de Asistente Social

Santiago de Chile

Enero 2017

## Índice

INTRODUCCIÓN	5
1.- Planteamiento del problema	9
2.- Preguntas de investigación	16
3.- Objetivos de la Investigación	17
4.- Hipótesis	18
5.- Estrategia metodológica	19
6.- Variables	23
<b>PRIMERA PARTE MARCO TEÓRICO</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO I: ENFOQUE DE DERECHOS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD PÚBLICA</b>	<b>25</b>
1.- Enfoque de derechos	25
2.- Derecho a la salud	30
3.- Salud pública	36
<b>CAPÍTULO II: SATISFACCIÓN USUARIA EN SALUD</b>	<b>43</b>
1.- Satisfacción usuaria	43
2.- Organizaciones sanitarias	47
3.- Participación en salud	53

**SEGUNDA PARTE MARCO REFERENCIAL 60**

**CAPÍTULO III: ANTECEDENTES GENERALES SOBRE EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD 61**

- 1.- La Institucionalidad de Salud 61
- 2.- Satisfacción usuaria según el Ministerio de Salud (MINSAL) 67
- 3.- Hospital San Juan de Dios - CDT 70
- 4.- Consejo Consultivo de Usuarios y Multigremial San Juan de Dios 74
- 5.- Unidad de Satisfacción Usuaria (USU) HSJD 77

**TERCERA PARTE ANÁLISIS DE DATOS 79**

**CAPÍTULO IV: PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN USUARIA PARA FUNCIONARIOS/AS Y LA COMUNIDAD ORGANIZADA DEL HSJD 81**

- 1.- Primera categoría: Conocimiento del significado mediante su ejercicio 80
- 2.- Segunda categoría: Valoración de la satisfacción usuaria 91

**CAPÍTULO V: PRINCIPALES PROBLEMAS Y PROPUESTAS EN SATISFACCIÓN USUARIA 101**

- 1.- Primera categoría: Necesidades organizaciones y problemas estructurales 101
- 2.- Segunda categoría: Ámbitos de mejoramiento 117

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>133</b>
<b>HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>147</b>
<b>APORTES DEL Y AL TRABAJO SOCIAL</b>	<b>149</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>153</b>
<b>Fuentes Electrónicas</b>	<b>155</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>163</b>
Operacionalización de variables	164
Instrumento de recolección de datos	169
Organigrama Hospital San Juan de Dios - CDT R.M	174
Carta de Derechos y Deberes de los pacientes	175

## INTRODUCCIÓN

En el contexto histórico de fines de la Segunda Guerra Mundial, se reconoce a nivel internacional el “derecho a la salud para todos” (Bulard; 2010: 2). Derecho que es interpretado e institucionalizado el año 1948 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), definen Protección Social en Salud como:

“la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas (o necesidades) de salud, a través del acceso a los servicios en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo” (Urriola; 2009: 11)

El derecho a la salud, responde a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, siendo “El acceso universal a la salud un derecho que toda sociedad debe garantizar a sus ciudadanos por el solo hecho de ser personas, sin consideraciones de su situación socioeconómica.” (Ibíd.:49) Es decir todas las personas tiene derecho a acceder a la salud por medio de políticas públicas que no los discriminen por sus recursos económicos. Chile al suscribir a la Declaración Universal de los Derechos Humanos formalmente “adquirió un compromiso ante su sociedad y la comunidad internacional de respeto a los derechos de toda la población chilena” (Hardy y Morris; 2001: 5).

Pero los acuerdos aunque sean internacionales y entre grandes potencias no garantizan su cumplimiento y así lo retrata la historia en múltiples contextos. Ejemplo perverso de esto es que la ratificación de Chile a acuerdos de derechos

sociales se realiza durante la dictadura cívico militar, que se encargó de violar sistemáticamente los derechos humanos y los estructuró mediante lógicas liberales que transforman estos derechos en bienes de consumo.

Considerando este antecedente en tensión y para transparentar las expectativas en relación al derecho a la salud y a lo que se espera de la atención pública, sin perder la objetividad de la realidad que se vive diariamente en el sistema de salud, el foco de la investigación está centrado en el concepto de satisfacción usuaria desde la mirada de los trabajadores/as del servicio de salud que están a disposición del Estado y de sus políticas públicas de salud, es decir, desde la perspectiva que tienen los/as funcionarios/as, quienes son actores fundamentales en el servicio en salud.

Como hace poco describió Marcela Pezoa, investigadora de la Superintendencia de Salud en su estudio el año 2012; la satisfacción usuaria es una categoría de calidad de la cual se han hecho pocos estudios en nuestro país y los estudios internacionales que se han realizado sobre calidad en la atención sanitaria han develado que lo que es significativo en la buena atención para los/as usuarios, es en parte desconocido por quienes brindan los servicios de salud. (Pezoa; 2012:(a))

"En general el consumidor de salud ha evolucionado en sus preferencias, expectativas y demandas. Sin embargo, no siempre los centros y equipos de salud conocen y reaccionan frente a estos factores. El protagonismo de los consumidores en la atención de salud y el deseo de participar más activamente es cada vez mayor." (Ibíd:2)

Por estos motivos es que la siguiente investigación se enfoca en comprender las percepciones de los/as funcionarios/as de salud y de quienes se organizan con ellos/as, explorando en el ámbito de las necesidades de la población y sus

expectativas y profundizando en la tensión que existe respecto a lo que se espera de ellos con las condiciones estructurales en las que se desarrolla la salud pública.

En un contexto con políticas institucionales que debiesen ser coherentes con la perspectiva de protección del derecho a la salud y que cada vez profundiza aún más en sus teorías respecto a la calidad en la atención de salud, la realidad pareciese vivir un desfase entre la política pública, las necesidades de la población y la ejecución de la prestación de servicios.

Para esto se proyecta una investigación de carácter cualitativo, indagando en los aspectos subjetivos de la labor de los/as funcionarios/as mediante entrevistas y grupos focales. Para así lograr ciertas recomendaciones u orientaciones que permitan mejorar el ejercicio de los trabajadores en el cumplimiento de la satisfacción de los/as usuarios/as del sistema de salud.

Esto es lo que se presenta en la siguiente tesis, por lo que al finalizar su introducción se continúa con la exposición del planteamiento del problema, las preguntas de investigación, los objetivos que persigue la tesis, su estrategia metodológica y tres grandes partes de desarrollo.

La primera parte de la investigación está compuesta por el Marco Teórico que integra dos capítulos. El primero refiere al enfoque de derechos y salud pública y el segundo entrega antecedentes teóricos sobre la satisfacción usuaria, las organizaciones sanitarias y la participación en salud.

La segunda parte contiene el Marco Referencial el que se encuadra en políticas sociales, el ámbito de la salud y los antecedentes del Hospital San Juan de Dios de la Región Metropolitana (de ahora en adelante HSJD) con reseñas de su quehacer en la satisfacción usuaria y sus actores organizados.

Como tercera parte se presenta el Análisis de los Datos que se estructura por dos capítulos, cada uno describe dos categorías que refieren a los objetivos planteados, quedando como resultado un capítulo para cada objetivo general.

Continúan para finalizar el estudio las Conclusiones, los Hallazgos y los Aportes de la investigación al Trabajo Social, en relación a lo investigado. Además en forma de Anexos se encontrará el instrumento aplicado a la muestra y el cuadro de operacionalización de variables.

## 1.-Planteamiento del problema

Que la salud chilena está en la sala de espera de urgencias es una metáfora que se reconoce tanto en las voces de funcionarios/as como de los/as usuarios/as del Sistema Público de Salud. Los/as ciudadanos/as expresan en sus círculos privados y públicos su frustración y poca confianza en los servicios de salud, lo que se puede visibilizar desde el año 1990. En ese año, la encuesta del Centro de Estudios Públicos, posiciona a la salud como la más relevante de las problemáticas, alcanzando un 50,7%. ([www.cepchile.cl](http://www.cepchile.cl))

Según el artículo publicado en la revista del Colegio Médico “Vida Médica” (2016), desde hace un tiempo ya, las organizaciones civiles y gremiales se esfuerzan para instalar el tema en la discusión política, difundiendo y denunciando las necesidades que existen en el sistema de la salud. Aspectos tales como el colapso en los servicios de urgencia, la falta de camas, de profesionales y especialistas, apuntan en definitiva a la falta de hospitales públicos que cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios para atender las necesidades de la población. Estos son los elementos que estas organizaciones intentan exponer para así evidenciar parte de la problemática fundamental del sistema de salud chileno.

Por tanto, se puede afirmar que las demandas dirigidas a exigir mejoras en el ámbito de salud surgen tanto desde la ciudadanía como desde aquellos/as que están vinculados con los centros de salud de manera más directa. Por ejemplo profesionales y funcionarios/as de todos los estamentos.

Mauricio Huberman, representante de los Químicos Farmacéuticos se refiere a esta problemática de la siguiente manera: “No más desabastecimiento de medicamentos, la salud no puede esperar, el Estado debe garantizar el acceso y calidad en salud. Somos la cara visible de una crisis

que se agudiza y vemos la impotencia de los pacientes”. (Vida médica; 2016:19).

Lo descrito anteriormente pone en evidencia que el problema de salud tiene distintas dimensiones, siendo una de las más relevantes el bajo presupuesto destinado al Sistema Público de Salud. Este elemento de carácter económico-político genera una profunda inequidad a la hora de entregar la atención en salud, pues al no contar con recursos suficientes, son pacientes y usuarios/as del sistema quienes reciben y sufren la inequidad de este.

Según el diagnóstico realizado por la Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría (2014), enfocado en el actual sistema de salud, se dejan en claro los bajos presupuestos destinados a este ámbito, elemento que, como ya se mencionó, impacta directamente en las formas de responder a las demandas de la ciudadanía.

“En el actual modelo chileno, el gasto total de salud (GTS) corresponde al 7,5% del PIB, encontrándose bajo el promedio de los países de la OCDE (9,3%) y con menos de la mitad correspondiendo a gasto público (44,7% para el año 2012), porcentaje que ha venido disminuyendo en los últimos años”. (Comisión Nacional de salud de la Nueva Mayoría; 2014:6).

En definitiva este estudio muestra con claridad que el actual funcionamiento del sistema de salud, no se encuentra a la altura de estándares mundiales considerados óptimos según los lineamientos establecidos por países desarrollados.

La inequidad que se produce de manera más intensa en los servicios de salud públicos, en contraste con la salud privada, continúa profundizando la desigualdad estructural en que se encuentra actualmente el país. La imposibilidad de atender

a todos/as los/as pacientes que requieren de atención, debido a la carencia de recursos ya mencionada, da como resultado la sobredemanda y las tan conocidas e inaceptables listas de espera.

Las listas de espera en la que se encuentran cientos de pacientes, llegando en ocasiones a esperar hasta dos años por una atención médica, es una clara vulneración a los derechos de las personas. El hecho de estar sin atención por falta de recursos del hospital o centro de salud, impacta negativamente en la calidad de vida de la persona, no sólo porque puede intensificarse el cuadro clínico, o porque la frustración y estrés experimentado por el o la paciente queda sin resolución, sino también porque la salud alcanzó un estatus de derecho humano fundamental.

“Su acceso y consumo debe ser protegido, independientemente del nivel adquisitivo individual. Actualmente se encuentra elevado al rango de derecho humano, y por tanto incluido en muchas constituciones”. (Servicio País Salud; 2008:1).

Esta situación crítica en la que se encuentra la salud, trae por añadidura, otras circunstancias que van en desmedro del Sistema Público y en pro del desarrollo y crecimiento del sistema privado de salud.

“Los presupuestos no acordes con las reales necesidades, los precios de las prestaciones subvaloradas en sus costos y la obsolescencia del equipamiento e infraestructura, junto con la falta de recurso humano, se traducen en la generación de largas listas de espera, lo que ha sido la excusa perfecta para la creciente compra de servicios sanitarios al sistema privado”. (Comisión Nacional de salud de la Nueva Mayoría; Op.cit:6).

Pese a existir todos estos antecedentes las autoridades no se pronuncian con propuestas consistentes ante los requerimientos evidentes de reformular la política pública dirigida al área de salud. Esta decisión política delimita, por tanto ciertas consideraciones que se tienen en el ámbito social, al mostrar cuán alejado se encuentra actualmente el país de respetar los Tratados de Derechos Humanos que ha ratificado.

El Derecho a la Salud se encuentra totalmente validado y reconocido por organismos internacionales y, como ya se dijo, por Chile, por lo tanto si se piensa en que este derecho no está siendo garantizado por el Estado, entonces se vuelve aún más necesario evidenciarlo y plantearlo como una problemática que requiere ser investigada.

Cuando se piensa en estas problemáticas y cómo estas afectan a los/as usuarios/as y pacientes del sistema de salud público específicamente, no se puede obviar a los otros sujetos que intervienen en el proceso de la entrega del servicio. Se hace referencia a profesionales y administrativos del sistema de salud, pues son actores principales que, tanto en sus dinámicas laborales, relaciones sociales al interior del lugar de trabajo y por ende en la forma en que establecen la relación con el paciente-usuario, muestran de manera efectiva fortalezas y debilidades propias del sistema de salud.

Por tanto, cuando se piensa en la entrega de un servicio de salud óptimo y acorde a los estándares establecidos en Tratados Internacionales de Derechos Humanos, hay que considerar cómo impacta la precarización laboral, por ejemplo, y las falencias ya mencionadas propias del área de salud, en la calidad del servicio que entregan.

El problema que se plantea en esta investigación busca centrarse en las dificultades que tienen funcionarios/as del área de salud para lograr la satisfacción de los/as usuarios/as considerando la precariedad del sistema público.

"La naturaleza interactiva de los Servicios de Salud y su simultánea producción y consumo, elevan la necesidad de examinar las percepciones de implicados en el encuentro, tanto de profesionales como de usuarios (clientes). Las percepciones de los profesionales afectan el diseño y la entrega de los servicios ofrecidos; mientras que las de los clientes, generalmente se enfocan en la atención recibida.(Riveros, Berné y Mugica; 2010:630)

La Red Asistencial de Servicios de Salud tiene que adecuarse a los recursos ya disponibles que el Estado destina, cuando en realidad la lógica debiera operar de manera inversa: el Estado debiera destinar presupuesto a la Red de Servicios acordes a las necesidades que en esta se expresan.

"La red sigue al financiamiento en vez de que el financiamiento siga a las redes. Así, existe un déficit de recursos en los diversos aspectos que conforman la Red Asistencial lo que sin duda incide en parte importante del comportamiento y eficacia de su actuación". (Comisión Nacional de salud de la Nueva Mayoría; Op.cit:78).

En este contexto se utilizará el concepto de satisfacción usuaria, pues se trata de un indicador de calidad que permite a modo general describir los elementos, relaciones, valoraciones en el proceso de entrega del servicio de salud, en este caso de un hospital público de alta complejidad –Hospital San Juan de Dios - CDT– y también permite articular los factores que son significantes para los/as funcionarios/as respecto a la insatisfacción relativa a la atención recibida.

"...la valoración social del sistema de atención en salud depende no sólo de la capacidad resolutive, de

la oferta de servicios y de la calidad técnica de los profesionales, entre otros factores, sino también de aspectos no médicos, vinculados a la atención. Tal como la consideran algunos autores, la satisfacción usuaria es una "*evaluación de la entrega de servicios de calidad que satisfaga a usuarios y usuarias*" (Gnecco, 2006; Donabedian, 1992). (Gobierno de Chile Elige vivir sano; 2011: 303)

Por otra parte, y siguiendo la línea de lo que se concibe como satisfacción usuaria, se toma de referencia un estudio realizado por la Superintendencia de Salud el año 2012, pues este explora el concepto, su significado y su significado en la realidad nacional, con la finalidad de "Identificar los elementos que son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho con la atención hospitalaria recibida" (Pezoa; 2013;(b):3).

Una de las justificaciones de ese estudio es que si bien se afirma que lo que más valoran los pacientes y sus familiares o acompañantes es recuperar la salud, a su vez también es de relevancia la visión que integra el proceso sumado al resultado ya que existen otros factores que a veces tienen mayor preponderancia valórica para los/as usuarios/as del sistema de salud.

Si bien se toman como antecedentes estudios que muestran cómo significan los usuarios una adecuada entrega del servicio, esta investigación considera la visión de los funcionarios/as que además se encuentran en una relación dialéctica entre lo que es ser usuario, paciente y trabajador del área.

Concluyendo las ideas expuestas se define que el tema de la presente investigación se centra en comprender el significado de satisfacción usuaria desde la perspectiva de algunos de sus actores, considerando sus nudos críticos y las propuestas de mejoramiento que ellos/as visualizan. Para esto se escoge como

sujeto de estudio a los/as funcionarios/as del HSJD de la Región Metropolitana junto a sus gremios y Consejo Consultivo de Usuarios (de ahora en adelante CCU) que conforman la Comunidad Organizada del hospital.

## **2.-Preguntas de investigación**

De acuerdo a lo anterior las preguntas que articulan este estudio son:

- ¿Cuál es la percepción que tienen funcionarios/as, los gremios y el Consejo Consultivo de Usuarios del Hospital San Juan de Dios - CDT de la Región Metropolitana sobre la satisfacción usuaria?
- ¿Cuáles son las propuestas de mejoramiento que tienen los/as funcionarios/as, los gremios y el Consejo Consultivo de Usuarios del Hospital San Juan de Dios - CDT de la Región Metropolitana, ante las situaciones de insatisfacción de los/as usuarios/as?

### **3.-Objetivos de la Investigación**

#### Objetivo General N°1

Comprender la percepción de los/as funcionarios/as, los gremios y el Consejo Consultivo de Usuarios del Hospital San Juan de Dios- CDT de la Región Metropolitana sobre la satisfacción usuaria.

#### Objetivos específicos

- Describir el significado que funcionarios/as, gremios y el CCU del HSJD le dan al concepto de satisfacción usuaria.
- Reconocer las acciones que funcionarios/as, gremios y el CCU del HSJD realizan a favor de la satisfacción usuaria.
- Identificar el valor que le otorgan los/as funcionarios/as, gremios y el CCU del HSJD a la satisfacción usuaria.

#### Objetivo General N°2

Describir líneas de mejoramiento que incidan positivamente en la satisfacción usuaria, propuestas por funcionarios/as, los gremios y el Consejo Consultivo de Usuarios del Hospital San Juan de Dios - CDT de la Región Metropolitana.

#### Objetivos específicos

- Identificar las percepciones que los/as funcionarios/as, gremios y el CCU del HSJD tienen sobre los problemas principales en la satisfacción usuaria.

- Reconocer la percepción sobre los factores causales a los problemas significativos para la satisfacción usuaria según funcionarios/as, los gremios y el CCU del HSJD.
- Identificar prácticas de mejoramiento que contribuyan a la satisfacción usuaria según los/as funcionarios/as, los gremios y el CCU del HSJD.

#### **4.-Hipótesis**

##### Hipótesis N° 1

La percepción general de los/as funcionarios/as, los gremios y el CCU del HSJD es que la satisfacción usuaria depende más de factores externos como la falta de recursos que a factores internos como las habilidades blandas.

##### Hipótesis N° 2

Las líneas de mejoramiento para la satisfacción usuaria desde la percepción de los/as funcionarios/as, los gremios y el CCU, apuntan a una mayor participación en las decisiones de gestión interna del HSJD.

## 5.- Estrategia Metodológica.

### 5.1-Tipo de Estudio

Esta investigación es de tipo cualitativa en congruencia a las motivaciones y objetivos de la estudiante que se interesa por las percepciones y subjetividades sobre un problema social que se hace manifiesto en lo institucional. Este propósito coincide con la siguiente descripción: “Los métodos cualitativos de investigación son particularmente apropiados para conocer los significados que las personas asignan a sus experiencias” (Hoshmand; Polkinghorne; citado en Fernández, Hernández y Batista; 1991: 730) Otra cualidad del presente estudio que lo identifica como cualitativo, es que el trabajo de campo es de mayor relevancia para el análisis que la revisión bibliográfica. (<http://bvs.sld.cu>)

El alcance en la investigación es descriptivo pues pretende comprender las propiedades de un fenómeno mediante la caracterización que los sujetos hacen de él. La justificación en la elección de este alcance es el propósito de generar unidades de sentido que provengan de los sujetos de estudio que mantienen por su situación laboral una interacción cotidiana con las necesidades y urgencias del ámbito de atención en salud. (Ibíd.)

Por los fines prácticos de esta investigación su alcance temporal es transversal, es decir, la investigación se realiza en un momento determinado por el aquí y ahora del tiempo presente sin procurar mantener un seguimiento de los/as sujetos de estudio.

## 5.2-Universo

En esta investigación se trabaja con 2 universos. Uno está compuesto por 2.365 funcionarios/as que hace al menos un año mantienen un contrato laboral vigente con el HSJD y que trabajan en una relación directa con los/as usuarios/as externos quienes son, pacientes y/o sus familiares o acompañantes.

El segundo universo corresponde a la Comunidad Organizada del HSJD, que se representa en la figura de los gremios coordinados en la Multigremial San Juan de Dios, y en el Consejo Consultivo de Usuarios (CCU). La Multigremial San Juan de Dios es una orgánica que se compone de los siguientes gremios: Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS), Asociación N° 1 de Funcionarios, Asociación de Técnicos Paramédicos (ATEP) y la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS) y la Federación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud (FENTESE). El CCU por su parte se compone de 15 integrantes entre los que hay representantes de los grupos de voluntariado, agrupaciones de pacientes, usuarios/as externos y un representante de los gremios de los funcionarios/as del HSJD.

## 5.3-Unidad de análisis

El criterio de decisión para las unidades de análisis es en base a la consideración de dimensiones que son fundamentales para la presente tesis y que son:

- Interacción directa con usuarios/as externos a la institución, es decir funcionarios/as que se relacionen con pacientes y/o acompañantes de pacientes.
- El conocimiento asimilado producto del tiempo que llevan en el ejercicio de su trabajo, es decir 1 año de antigüedad en la institución de salud.

- Participación en instancias de discusión y organización que proponen diagnósticos y mejoras para la satisfacción del/a usuario/a interno/a como externo/a.

Los fundamentos de los criterios muestrales son: 1) porque la interacción directa con los/as usuarios/as es fundamental para que las percepciones sobre la satisfacción usuaria sean de mayor riqueza en los temas de relaciones sociales y habilidades sociales ya que a su vez estos son ejes en la idea de satisfacción usuaria. 2) Así mismo se considera que un año de trabajo es el tiempo mínimo necesario para conocer e integrarse a la cultura organizacional del hospital.

Estos dos puntos justifican que la unidad de análisis del primer universo sean:

Funcionarios/as del HSJD de sus distintos estamentos, que hace al menos un año estén bajo contrato y que ejerzan su trabajo en una relación directa con los/as usuarios/as externos.

El tercer punto referido al interés y/o motivación de participación en mejoras para el desarrollo hacia una satisfacción usuaria, es el motivo para que la segunda unidad de análisis sea:

Personas que pertenecen a la Comunidad Organizada del Hospital la que se compone por miembros del Consejo Consultivo de Usuarios (CCU) y funcionarios/as representantes gremiales que se coordinan en la Multigremial San Juan de Dios.

## 5.4 -Muestra

La muestra en esta investigación es no probabilística pues se prioriza el juicio de representatividad según el criterio de quien investiga. Es un muestreo intencionado seleccionando informantes claves. Porque las personas se ajustan a los criterios muestrales y permiten dar cuenta de los objetivos de investigación

Este tipo de muestra permite la flexibilidad de ser caracterizada por las necesidades provenientes de los objetivos de la investigación y la operativización de la investigación en terreno.

En total el número de entrevistas es de 12 de las cuales 2 son a miembros del CCU; 3 a funcionarios/as que son dirigentes gremiales y 7 a funcionarios/as de todos los estamentos a excepción de la Dirección del hospital.

En los grupos focales el número total de participantes del CCU es de 8 personas y en los grupos focales con la Multigremial San Juan de Dios es de 9 personas.

## 5.5-Técnicas de Recolección de Datos

Esta investigación se realiza con dos técnicas de recolección de información, el grupo focal y la entrevista semi-estructurada. Esto es con la finalidad de lograr mayor validez en la investigación pues se entiende y valora de la técnica del grupo focal que es "un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos" (Hamui-Sutton, Varela-Ruiz; 2012: 56). Por esta propiedad es que se utiliza como primera técnica para así generar una etapa que permite levantar variables que articulan y precisan la entrevista semi- estructurada.

En total fueron cuatro grupos focales realizados; dos con representantes de los gremios miembros de la Multigremial San Juan de Dios y los otros dos con miembros del CCU del HSJD. En las dos primeras sesiones con cada grupo la pauta estuvo definida por el carácter diagnóstico de la satisfacción usuaria. Y en las dos sesiones finales se guió la discusión a las propuestas de mejoramiento.

La segunda etapa de recolección es por medio de entrevistas semi- estructuradas, que además de contar con categorías que fueron el producto empírico de los grupos focales, su formulación consideró los aspectos prácticos, éticos y teóricos señalados por Fernández, Hernández y Batista (1991). Prácticos en el sentido que

buscan mantener el interés y motivación del/a entrevistado/a permitiendo que se sintiera cómodo/a conversando sobre lo que se le preguntaba; éticos por cuanto se incluye la reflexión y criterio de quien investiga sobre las repercusiones que pudiesen tener las afirmaciones y contenidos de la entrevista en la vida laboral de los/as entrevistados/as; y teóricos ya que la finalidad del instrumento es obtener información que permitiera el posterior análisis con lo desarrollado teóricamente.

## 5.6-Técnicas de Análisis de los Datos.

La técnica con la que se realiza el análisis en esta investigación se denomina análisis cualitativo por categorías, que consiste en que de forma inductiva se seleccionan citas de las entrevistas y grupos focales realizados, que sean pertinentes a los objetivos de investigación. Las citas se interpretan en tópicos los que se ordenan y agrupan en categorías a priori.

El análisis de las preguntas cerradas de las entrevistas semi-estructuradas se cuantifica por medio del programa Excell en tablas de frecuencia para su posterior presentación gráfica.

## 6.- Variables

Percepción de los/as funcionarios/as y la comunidad organizada del HSJD sobre la satisfacción usuaria.

Líneas de mejoramiento para la satisfacción usuaria desde la perspectiva de los/as funcionarios/as y la comunidad organizada del HSJD.

**PRIMERA PARTE**  
**MARCO TEÓRICO**

## **CAPITULO I**

### **ENFOQUE DE DERECHOS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD PÚBLICA**

En el presente capítulo conoceremos el marco jurídico otorgado por organismos internacionales al concepto de derechos humanos, derechos sociales y en específico el derecho a la salud, considerando que en el sistema de globalización que vivimos las Organizaciones Mundiales son el mecanismo que otorga directrices políticas a los Estados.

La mirada que a continuación se hace de dicho marco internacional pretende no caer en la ingenuidad que ignora que el sistema capitalista subyace en las herramientas de consensos políticos sobre el derecho, pues vemos que el factor de progreso en la sociedad y los conceptos de desarrollo que se manejan a nivel de elite política, económica y espiritual avalan la desigualdad estructural.

No obstante para la generalidad de la población, los derechos son entendidos como una herramienta que busca proteger y respetar al individuo, es decir un concepto que sirve de argumento para abogar por respuestas dignas para las necesidades esenciales del ser humano.

#### **1.- Enfoque de Derechos**

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU) compuesta por 193 Estados del mundo (incluido el chileno desde el año 1945), el enfoque de derechos es el fundamento que debiese preponderar y contribuir a llevar a cabo políticas

estatales de carácter universal, que sinteticen la diversidad de necesidades y derechos en base a la igualdad y al respeto de la dignidad humana.

"El enfoque basado en derechos, propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo, contribuye a que aquellas y aquellos, que en el pasado fueron excluidos, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana" (Naciones Unidas, 2005: s/p).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) define que el propósito del enfoque de derechos es que los Estados se desarrollen respetando y brindando herramientas a la ciudadanía para el ejercicio de los derechos humanos

"... uno de los desafíos centrales del enfoque basado en derechos es cómo contribuye a la construcción de una sociedad donde las personas, independiente de su género, edad, estado de salud u otro, tengan las mismas oportunidades para hacer efectivo el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales". (Huenchuan; 2009:14)

Sin embargo integrar dicho enfoque por y para quienes viven en una inseguridad social que actualmente se califica como vivir en riesgo social o en estado de vulnerabilidad, parece una realidad lejana en los países de Sud y Centroamérica. Chile por ejemplo adscribe prácticamente a la totalidad de los convenios en defensa de los derechos humanos generados por Organizaciones Mundiales que dominan en Europa, pero la realidad se construye de manera diferente en todos los territorios. Las políticas nacionales de nuestro país tienen sus raíces en una Constitución creada en dictadura y que reforzada por el poder legislativo,

dificultan -por decir lo menos- el ejercicio ciudadano que se pudiese dar en las grandes urbes del centro europeo.

El enfoque de derechos incluye conocer y ejercer las propiedades que tiene todo derecho por definición, pues es intrínseco en ellos el principio de la no regresividad y el de realización progresiva. El primero justifica que lo catalogado como derecho no puede por ninguna razón dejar de serlo, y la realización progresiva incita a ampliar el espectro de este enfoque. De esta manera se supone que los derechos tienen la obligación de por lo menos mantenerse en un nivel básico y de avanzar constantemente.(Ibíd.)

En Chile, que todos/as somos sujetos de derechos está implícito teóricamente en el primer artículo de la Constitución, el cual dice "Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos" ([www.leychile.cl](http://www.leychile.cl)). Esta carta fundamental que da el ordenamiento a los poderes del Estado, contempla el derecho a la vida, y a la integridad física y psíquica de las personas ([www.bcn.cl](http://www.bcn.cl)) y realiza una diferenciación entre derechos individuales y colectivos.

Dentro de los derechos individuales ordena los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, ejemplificados como el derecho a la vida, a la igualdad ante la ley, la libertad de opinión, el derecho a la propiedad, al trabajo digno y libre, a la educación, a la vivienda y a la salud, entre otros. Y como derechos colectivos señala, el derecho a la paz, al desarrollo y a la no contaminación del medio ambiente, entre otros -que no son especificados-(Ibíd).

Comprendiendo la integralidad del ser humano puede sonar paradójico la existencia de categorías, que tienden a segregar y deformar la perspectiva de derechos, obstaculizando su ejercicio universal que entiende a toda persona como sujeto portador de derechos. Pero como se observa hay clasificaciones en la constitucionalidad de los países, que manifiestan el posicionamiento ante este tema por parte del Estado, el que se entreteje con el mundo privado en políticas públicas que dependiendo de las estrategias gubernamentales y la disposición del

presupuesto nacional, toman un carácter focalizado que se traduce en beneficios o bonos sociales que van fortaleciendo un carácter individual en desmedro del colectivo.

La organización de la sociedad, la gobernabilidad, la administración del Estado y la coordinación y ejecución de sus poderes, no debieran olvidar en ningún momento que toda su razón de ser está en el bienestar, la dignidad, la justicia social, el respeto a la libertad y al desarrollo integral de toda expresión humana en armonía con la naturaleza y el mundo que habita. Y que esto es una construcción social, política, cultural e histórica. Pero esto es un ideal utópico en muchas regiones del mundo que son sumisas a dominaciones extranjeras. Muchas veces grandes corporaciones transnacionales interfieren en las políticas que dirigen el bienestar de países enteros y los intereses de poderosos capitalistas son el sentido que prima en las decisiones de planificación económica, cuyas políticas son determinantes en la distribución de recursos de los países. De esta manera el discurso hegemónico del crecimiento económico permea a la mayoría, sino a casi todos los ámbitos de políticas o ministerios en los que se distribuye y organiza un Estado moderno.

"Los derechos humanos son, en esencia, derechos individuales, inspirados en una forma llamada moderna de ver el mundo (para algunos occidental) y fruto de un proceso histórico... Algunos autores usan la expresión "cultura de los derechos humanos" que puede estar bien intencionada pero que corre el riesgo de negar la universalidad de los derechos humanos al enmarcarlos dentro de una determinada cultura." (De Currea-Lugo;2005 :32)

En relación a lo anterior señalamos que desde el año 1966 existe el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ambos discutidos y aceptados por la

Asamblea General de las Naciones Unidas. Dichos lineamientos son interdependientes, complementarios, y su total sentido y vigencia se encuadra en la dignidad del ser humano entendiéndose que para que exista justicia, paz y libertad para todas las personas, estas deben contar con el respaldo de que sus derechos económicos, sociales, culturales, políticos y civiles deben ser consagrados y respetados por cada Estado nación.( [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)).

Siguiendo el discurso de la ONU se distinguen derechos en negativo y en positivo es decir, los primeros (en negativo) están estipulados en el PIDESC y conciernen al principio de la libertad protegiendo al individuo y a los pueblos del poder de la esfera pública, es decir del Estado y sus organismos; y los derechos en positivo son los que definen al ser humano con el principio de dignidad e igualdad, e implican una responsabilidad del Estado y la sociedad en la defensa de estos dos valores humanos.

Pero la complementariedad entre positivos y negativos está en una constante tensión. Las estrategias para proteger desde el ámbito individual en ocasiones olvida lo colectivo y viceversa. Como vemos en el transcurso de la historia se permite de manera sistemática la depredación de ecosistemas y biodiversidad cultural por parte de transnacionales aliadas a Estados, que de una u otra manera vulneran en corto o largo plazo los derechos humanos.

Los derechos humanos son un eje transversal que se manifiesta implícitamente en el ejercicio de todos los derechos sociales. Es un tema que debiese ser de mayor relevancia en las políticas públicas ya que la perspectiva de derecho versus la perspectiva de consumo es un debate ideológico cada vez más explícito.

## 2.-Derecho a la salud

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de completo bienestar físico, mental y social" ([www.who.int](http://www.who.int)). Además es un derecho humano, una condición universal a la que se aspira y que está reconocida y legitimada en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el PIDESC.

Entender la salud como un estado humano que se desea para toda la humanidad, implica que esta sea un eje en las políticas de organización de la sociedad, y que éstas vayan más allá de identificarla simplemente como; el estado en ausencia de enfermedad. (Ibíd.)

"Una tendencia entiende la salud "como un todo" que incluye la vivienda, la educación, el trabajo, como si fuera un macro-derecho que contiene a todos los otros, lectura que se refuerza cuando se piensa en la salud como inseparable de la seguridad social. Esto nos llevaría a la ecuación: derecho a la salud igual a Declaración Universal de Derechos Humanos." (De Currea-Lugo; op.cit: 29)

Lo señalado en la cita proviene desde la necesidad jurídica de definir y delimitar lo que es el derecho a la salud, para que sea más factible utilizar el mecanismo normativo para su defensa y protección. Es decir es dificultoso señalar que la salud es un todo para el punto de vista jurídico. Sin embargo, el autor afirma que la integralidad es inherente a los derechos humanos y que el derecho a la salud no es el derecho a estar sano, sino que es el derecho a contar con los medios, las opciones de recursos disponibles y de calidad que permitan asegurar el máximo nivel de salud posible.

De este análisis se desprende entonces una arista mucho más amplia que muestra que garantizar un estado de bienestar a los sujetos en las dimensiones ya mencionadas implica que el Estado asuma el rol de garante de este bienestar, por tanto debiera impulsar políticas acordes a esta postura. Por ejemplo, siguiendo la línea de análisis el hecho de que los sujetos accedan a condiciones de vida digna (considerando las múltiples dimensiones que comprenden el desarrollo humano) estaría mostrando que estos han alcanzado un estado de bienestar deseable. Que los sujetos tuviesen acceso a vivienda, a educación, a la alimentación, a relaciones sociales respetuosas, a la salud (entendida como el servicio de salud), es decir un acceso garantizado y de calidad a los servicios sociales básicos, sería coherente con las definiciones planteadas.

Es decir la discusión de fondo para De Currea-Lugo está en que para garantizar los derechos humanos no es suficiente un Estado de Derecho, el cual se estructura en la protección del gobernante más que del gobernado. Sino que es el Estado Social de Derecho la figura de Estado que es a fin a la libertad de los/as gobernados/as, al comprometerse con sus necesidades que son asumidas como sus obligaciones y su eje central de acción.

En línea a estos argumentos se requiere superar la perspectiva asistencialista del sujeto pasivo y mercantil de cliente; y se hace necesario la pro actividad y participación del sujeto de derechos, ya que como plantea la UNESCO: "La salud es básicamente una estructura social: se crea a través de la interrelación entre la gente y sus entornos en el proceso de la vida diaria: donde la gente vive, ama, aprende, trabaja y juega." (Kickbusch; 1997: citado en UNESCO;1999:6)

A continuación se presenta un cuadro del marco normativo internacional y nacional respecto al derecho de salud.

## Cuadro N° 1

### Resumen de Marcos Jurídicos en relación al Derecho a la Salud

Carta Fundamental de Derechos Humanos ONU	Pacto Internacional Derechos Económicos Sociales y Culturales	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Constitución de la República de Chile
<p><b>Art.3:</b> Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.</p> <hr/> <p><b>Art.5:</b> Nadie será sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.</p> <hr/> <p><b>Art.22:</b> Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada</p>	<p><b>Art.12:</b> Reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Para lo cual es necesario:</p> <p><b>a)</b> La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;</p> <p><b>b)</b> El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente</p> <p><b>c)</b> La prevención</p>	<p><b>Art.6:</b> El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.</p> <hr/> <p><b>Art.7:</b> Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o</p>	<p><b>Art.5:</b> El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.</p> <hr/> <p><b>Art.19:</b> La Constitución asegura a todas las personas:</p> <p><b>1°</b> El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona.</p> <p><b>9°</b> El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y</p>

<p>Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.</p> <hr/> <p><b>Art.25:</b>Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de</p>	<p>y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;</p> <p><b>d)</b>La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.</p>	<p>científicos.</p>	<p>recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.</p> <p><b>18°</b> El derecho a la seguridad social. Las leyes que regulen el ejercicio de este derecho serán de quórum calificado. La acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. La ley podrá</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.			establecer cotizaciones obligatorias. El Estado supervigilará el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia en base a [www.un.org](http://www.un.org); [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org) ; [ww.leychile.cl](http://ww.leychile.cl)

El gran desglose teórico y conceptual que se realiza en torno al derecho a la salud debiese ser concretado en la práctica con sinceridad en sus dimensiones más fructíferas y nutritivas para la construcción justa en sociedad.

Con estos antecedentes es atinente recordar a Marx cuando afirma que "toda discusión acerca del hambre es incompleta sin un debate sobre la economía"(De Currea-Lugo;op.cit:99) pues de igual forma podemos decir esto en relación a salud.

"Un rasgo fundamental que diferencia los derechos económicos, sociales y culturales de los derechos civiles y políticos es la estrecha conexión que los primeros mantienen con la política económica... Desde esta perspectiva el financiamiento de la salud es uno de los elementos integrantes del derecho a la salud. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, un buen sistema de financiamiento recauda los fondos adecuados para la salud con miras a garantizar que la población pueda acceder a los servicios necesarios y se halle protegida contra una catástrofe financiera o

el empobrecimiento resultante del pago de servicios."  
(Huenchuan;op.cit:23)

La libertad -como el derecho a la educación antes mencionado-, también está en estrecha relación con el derecho a la salud como lo señala De Currea- Lugo:

"La relación salud-libertad se da en el ámbito de la realización de la persona, de su libre desarrollo, de sus posibilidades de ejercer su libertad y de disfrutar su salud. Resulta pobre un concepto de libertad que tan solo se materializa en elegir un médico dentro de una lista que tampoco se elige". (De Currea- Lugo; op.cit: 26)

Marx también reflexiona sobre esta relación de derechos

"Para cultivarse con mayor libertad, un pueblo necesita estar exento de la esclavitud de sus propias necesidades corporales". La salud contribuye y posibilita el ejercicio de la libertad. Pero además, la salud comparte con la libertad una condición: la de ser una necesidad vital humana, necesidad en el sentido más amplio de la palabra, no sólo en lo relacionado con las necesidades materiales." (Ibíd: 23)

La materialización del ejercicio del derecho a la salud es diversa en los países de nuestra región de Sudamérica. Compartimos lógicas con Colombia en donde la relación de la salud con el ejercicio de la libertad adquieren un carácter tan limitado que condena a miles de personas, los más pobres de cada territorio, a vivir vulneraciones constantes de derechos humanos e inseguridades que mantienen al ser humano en un estado de estrés y dependencia explotadora al modelo económico. (Ibíd.)

El desarrollo tecnológico y económico se materializa en la realidad nacional en clínicas que son símiles de consorcios empresariales ubicadas en los territorios de alto estrato socioeconómico en donde el lucro es manifiesto sin resquemores. Las personas que viven en relación directa y gratificante con el poder hegemónico de carácter capitalista cuentan con la seguridad de poder acceder a la atención de los mejores profesionales y tecnología de punta para sus aflicciones sanitarias. Al contrario de los sectores medios y pobres que enferman y mueren cuantificablemente en mayor número por causas que pueden ser evitables con medidas ajenas al sistema liberal mercantil de oferta y demanda. (Ibacache, Medina, Parada, Santana; 2014)

Por todo lo hasta ahora expuesto es que se apela a que la administración estatal, la designación del presupuesto nacional y los programas de gobiernos deben responder al derecho a la salud como derecho humano y por ende a un desarrollo cuyo norte sea la satisfacción de las demandas del pueblo al que gobierna y que lo mantiene en el poder.

### **3-Salud Pública**

En esta investigación se entenderá a la salud pública como una confluencia de ciencias y disciplinas permeable a enfoques médicos, epidemiológicos, demográficos, sociales, económicos y políticos entendiendo su relación con las políticas públicas.

En este sentido Franco relaciona al significado profundo de lo que son las políticas públicas a la idea foucaultiana de episteme, señalando que "están presentes presuposiciones epistémicas inconscientes que rigen el discurso general de la cultura de un momento histórico." (Ibíd:122)

Para apoyar esta idea mencionamos una definición de políticas públicas, de Acuña quien es Dr. en Ciencias Sociales, quien dice que son:

"... la manifestación más saliente de diversas formas de articulación -en general conflictivas- de intereses y estrategias de los actores mediadas por variables "estructural económicas, político-institucionales e ideológicas"("matriz política") que fijan, en términos de "constreñimientos o habilitaciones", los "límites y probabilidades diferenciales para el alcance de objetivos políticos factibles". (citado en Essayag; 2010:19)

Las políticas públicas de salud son la manifestación del reconocimiento de la salud como un derecho social, y todo derecho social es un derecho humano. La salud pública es una disciplina que tiene como propósito contribuir a que condiciones colectivas garanticen el derecho humano a la vida digna. (De Currea-Lugo; op.cit)

Considerando esto seleccionamos como definición de salud pública la expuesta por el latinoamericano Cardona, que es Dr. en Ciencias Socio- Sanitarias quien dice:

"Para muchos autores, la relación salud y derechos humanos se da en el espacio de la salud pública, entendiendo esta como un esfuerzo permanente por comprender la complejidad de los procesos sociales que determinan las condiciones de bienestar, progreso social y deriva propuestas de acción que se orientan a la creación de condiciones colectivas que hagan sustentable el cuidado, la protección de la salud y la vida" (citado en De Currea-Lugo; op.cit:34)

Para esto es necesario una reflexión sobre las necesidades vitales de quienes componen la sociedad integrando a la diversidad de culturas y las diferentes concepciones de lo que significa calidad de vida y desarrollo humano integral. La salud pública es a nivel teórico una búsqueda en esta dirección.

De esta manera nos encontramos con gobiernos o periodos en los que se ha dado mayor énfasis a modelos sociales y comunitarios en las intervenciones de prácticas sanitarias. (Franco;op.cit)

Para evaluar el quehacer de los Estados que han suscrito a los Pactos Internacionales de Derechos que acá se han señalado De Currea-Lugo, especialista en Derechos Humanos, propone cinco indicadores básicos que permitirían medir avances y retrocesos del desarrollo en el cumplimiento del derecho a la salud en su esfera pública.

### Cuadro N°2

#### Indicadores de medición para la Salud Pública

Indicadores	Ejemplos
Supervivencia	Tasas de mortalidad general, mortalidad materna, mortalidad materno-infantil, esperanza de vida al nacer, años de vida potencialmente perdidos, mortalidad infantil de personas en condiciones de pobreza, niveles de desnutrición en el área rural, etc.
Discapacidad o deterioro	Tasas por enfermedad, condiciones de riesgo, acceso al agua potable, tasas

	de enfermedad mental, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, estadísticas e informaciones sobre accidentalidad, etc.
Oferta de servicios de salud	Consulta requerida versus consulta brindada por estrato social, accesibilidad, número de camas instaladas, número de médicos por habitante, erradicación de factores infecciosos, tasas de inmunización, suministro de medicamentos, etc.
Gestión	Corrupción en los servicios de salud, uso o no de recursos, despilfarro, evasión, etc.
Cumplimiento de los deberes del Estado	Tendencia del gasto público en salud, desarrollo legislativo del derecho a la salud, mecanismos de reclamación y defensa del derecho a la salud, tendencia de la cobertura, eficiencia de los mecanismos de control, etc.

Fuente: elaboración propia basada en De Currea-Lugo op.cit.

La relación entre salud pública y Estado ha sido estudiada por autores latinoamericanos quienes la evalúan e identifican con un marcado carácter paternalista. Esto se reconoce como la relación clásica de salud y población. (Franco; op.cit)

Desde fines del siglo XVIII hasta mediados del siglo XX el modelo imperante en el ámbito de las políticas públicas de salud fue el Modelo Médico Hegemónico (MMH) el cual Essayag define como:

“Un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de (...) la medicina científica, el cual ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez; 1988:1 citado en Essayag;op.cit: 31)

La institucionalización sanitaria se realizó desde este paradigma "por medio de la comunidad médica occidental y alopática, fiel seguidora del método científico". (Essayag;op.cit:31) Pero esta perspectiva de supremacía de lo biológico científico por sobre lo social en el entendimiento de la enfermedad/salud, o como único modo de pensar la salud, desde mediados del siglo XX comienza a ser cuestionada en los países desarrollados en base a los nuevos problemas que se generan a nivel mundial. A continuación se presentan los argumentos que develan los límites de este modelo.

"Aumento del costo de la atención de la enfermedad; del consumo de fármacos (nocivos para la salud); incremento de la "intervención médica" en los comportamientos sociales; predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de la misma; reconocimiento de los denominados "productores de enfermedad", localizados en las industrias de alimentos,

tabacalera, alcoholera, y químico farmacéutica, y la subordinación política del sector salud a dichas "industrias de la enfermedad"; y el reconocimiento, primero localizado en la acción psiquiátrico-psicológica y luego en la práctica médica general, de que junto a las actividades intencionales curativo-preventivas se desarrollan actividades de control social e ideológico" (Ibíd;32-33)

La burocracia institucional y de las prácticas que generan políticas públicas intentan de una u otra manera ser coherentes con los lineamientos o recomendaciones que organismos internacionales generan respecto a fenómenos sociales de magnitud y/o relevancia para un país. Por esto la alianza o la práctica lógica que se utiliza entre quienes gobiernan y la elite intelectual médica vivió transformaciones y la OPS y la OMS va abandonando el fundamento de la perspectiva del MMH.

Al ser la salud una construcción social el ámbito médico no puede dar respuesta a todas las dimensiones de la salud, es decir las respuestas a la sanidad no están todas en el ámbito médico. Muchas decisiones políticas y sociales repercuten en la salud. La construcción de valoración con la que se analiza la salud pública es entendiendo que el sector estatal y la población civil se colaboran mutuamente considerando como transversal para ambos sectores la capacidad de responsabilizarse de ella. Este es un concepto que es utilizado también como indicador de salud pública, por ende la rama de la promoción también está en desarrollo en las políticas públicas de salud al igual que los factores ambientales y sociales en niveles locales, nacionales y globales.

Ya está más internalizado en las ciencias de la salud la relevancia de las ciencias sociales en ámbitos teóricos y prácticos. Las intervenciones comunitarias son consideradas dentro de las políticas sanitarias en sus ideales y buscan generar instancias de participación e integración cultural. El ámbito social se ha estado

definiendo y la perspectiva médica hegemónica va quedando en camino de superación, es decir los factores negativos que genera no dan respuesta a aspectos políticos, sociales, económicos y culturales que construyen y afectan la vida en salud. La salud es una construcción social que se da en las relaciones humanas con su entorno (Samaja; citado en Franco; op.cit: 122), lo que implica que se componga de valoraciones subjetivas y sociales que no están exentas de relaciones de poder.

## CAPITULO II

### SATISFACCIÓN USUARIA EN SALUD

El siguiente capítulo aborda el concepto de satisfacción usuaria entendiendo la vinculación que tiene con el sistema de salud, las organizaciones públicas, el ejercicio de derechos y la tensión que pudiese existir por ser como primera asociación para la mayoría de las personas un concepto que se relaciona con una lógica gerencial. Si bien ha sido de interés en un comienzo de los prestadores de salud privados principalmente, hoy la opinión y experiencia de quienes utilizan los servicios es un modo de evaluación de gestión de las instituciones públicas y también se asocia a canales de participación.

#### 1-Satisfacción usuaria

Este concepto está compuesto por dos significantes. En primer lugar las necesidades son la base para entender el concepto de satisfacción, respecto a ellas hay teorías en la filosofía, la historia y la economía entre otras ciencias que discuten y plantean visiones y resoluciones respecto a la satisfacción de necesidades. Pero a grandes rasgos entendemos que el verbo satisfacer es complacer una necesidad o deseo por lo que satisfacción usuaria significaría satisfacer las necesidades y/o deseos de los/as usuarios. (Hernández; 2011)

“La satisfacción se entiende como un estado mental del usuario que representa sus respuestas intelectuales, materiales y emocionales ante el cumplimiento de una necesidad o deseo de información, este estado siempre es un constructo y juicio de evaluación, ya que se

comparan los objetivos y expectativas contra los resultados obtenidos.” (Ibíd:362)

Siendo más específicos se entenderá como satisfacción la definición que es utilizada actualmente, para los estudios nacionales de las ciencias sanitarias que basan el análisis sobre la satisfacción entendiendo que: "La satisfacción contiene componentes afectivos y cognitivos y representa una evaluación del consumidor respecto de una transacción específica y una experiencia de consumo. Esta evaluación se asocia a un juicio transitorio, susceptible a cambio." (Pezoa; 2011(c): 9)

En segundo lugar complementa al concepto el significante de ser usuario/a que refiere al hacer uso de un sistema o servicio del cual mantengo una distancia. Desde la Real Academia Española el Ministerio de Salud define usuario como "quien habitualmente usa algo, ya se trate de un objeto o de un servicio. Por tanto, un usuario de salud es quien utiliza por algún motivo o necesidad los equipos humanos, servicios, instalaciones, oficinas, recursos, etc., del sector sanitario, de los cuales pretende obtener un beneficio." (Minsal;2015:2)

En la literatura sobre satisfacción de usuarios se funden al concepto las preguntas sobre la calidad y cómo medirla. Donabedian que es el principal referente en este ámbito define la composición y relación de tres conceptos fundamentales para entenderla: la *estructura*, como denomina Donabedian a los recursos materiales y humanos que incluye a la técnica, el conocimiento que desenvuelven los/as profesionales para sanar a los/as pacientes; el *proceso* que se refiere al fenómeno de interacción o a la relación entre los profesionales, actores funcionarios de la salud y quienes solicitan o son receptores del servicio, los usuarios; y el *resultado* que son las mejoras en la satisfacción o el componente de confort, es decir lo que hace más confortable todo el proceso.(Donabedian; 2001)

Donabedian se refiere a calidad de la atención del paciente como: "Aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". (citado en Rojas; 2014: s/p)

En cuanto a los modelos teóricos respecto a la satisfacción usuaria recopilados y desarrollados por los autores Griffiths, Johnson y Hartley (2007) es atinente para esta investigación conocer dos: la teoría de la no confirmación de expectativas y el descontento potencial. La primera refiere a lo que sucede cuando los/as usuarios/as comparan las expectativas que tienen de un servicio (expectativas de calidad) con el desarrollo real del proceso que se vive al solicitar el servicio (experiencia real de consumo). Esto de alguna manera permite predecir si el/la usuario/a se sentirá satisfecho con su experiencia. (Shi; Holahan, y Jurkat citados en Hernández; 2011:355)

De esta manera se entiende que se logra la satisfacción cuando las acciones del servicio superan las expectativas de quien las solicitó. Si las expectativas no fueron superadas para el/la usuario/a es una insatisfacción. También se comprende en esta lógica teórica, que "la actuación del servicio está definida como la percepción subjetiva del cliente acerca de la calidad del producto o servicio después de ser consumido." (Ibíd:355)

Por otro lado la teoría del descontento potencial abarca las hipótesis del motivo por el cual los/as usuarios manifiestan sus apreciaciones o reacciones en torno a la satisfacción de necesidades y/o expectativas. Se diferencian dos maneras de expresión del descontento; una es externa donde el/la usuario presenta las quejas por vías formales o explícitas; y la otra es potencial, donde la queja no se hace pública sin embargo hay disconformidad e insatisfacción hacia el servicio.

Es interesante conocer las razones que se han identificado para que suceda el descontento potencial, estas son:

"-Pensar que hacer patente una queja no resolverá el problema.-Sentir que el procedimiento para quejarse es complicado, o simplemente lo desconoce. -Pensar que el asunto es demasiado pequeño y que no vale la pena quejarse.-Pensar que quejarse está por debajo de la dignidad.-Creer que no quejarse es una costumbre social, una actitud mental o un hábito de vida."  
(Hernández; op.cit:355)

Las técnicas e instrumentos para medir dicha dimensión de la calidad se han ido complementando y dirigiendo cada vez más al ámbito cualitativo. Actualmente la tendencia o el ideal en la teoría de satisfacción usuaria es complementar la herramienta de evaluación SERVQUAL, que fue elaborada por Parasuraman, Zeithalm y Berry en 1988 y que mide "cinco dimensiones de la calidad de los servicios: fiabilidad, elementos tangibles, capacidad de respuesta, seguridad y empatía." (Hernández; op.cit: 358)

Es muy interesante para esta investigación contar con el antecedente que se ha definido en estudios desde la psicología y la salud pública en los que se identifican las representaciones sociales que se construyen en el proceso de hospitalización. Esta conformación de normas de la experiencia hospitalaria se va generando y construyendo de imágenes, información, prácticas cotidianas, y otras prácticas sociales. Con dichos estudios se han desprendido los tópicos que los/as usuarios del sistema de salud relacionan con la satisfacción usuaria. Se ha identificado que aspectos relevantes son las experiencias en relación a la recepción, la acogida hospitalaria, el trato, la información y la comunicación. Todo esto contando con la base del valor hacia la calidez humana que es fundamental para pacientes y acompañantes. (Pezoa; op.cit (a))

La figura del médico ha adquirido también dentro de su construcción cultural e histórica una tipología ideal que relaciona la calidez humana con la satisfacción de expectativas del usuario/a. Pero esto se mantiene en tensión por el poder y la

jerarquía de la relación en la que las diferencias de ilustración académica y el uso de un lenguaje técnico, contribuyen a que el proceso de vinculación sea más débil, lo que predispone a sensaciones de inseguridad. (Pezoa; op.cit (a))

En la política que se realiza a nivel gubernamental ya se incorpora esta visión más integral y en los países desarrollados desde hace ya 16 años que la mirada no es sólo desde el ámbito médico sino que una salud de calidad integra la mirada del usuario como protagonista. (Pezoa; op.cit (b))

En definitiva los factores relacionales como las habilidades sociales, emocionales y las expectativas comportamentales de los/as usuarios y funcionarios involucrados, hacen que el proceso de tratamiento y recuperación sea más amplio, haciendo de esta instancia que históricamente ha estado en tensión, un escenario más complejo del cual pueden surgir actores o modos de participación capaces de generar políticas de cambio.

## **2.-Organizaciones Sanitarias**

De manera general podemos decir que las organizaciones son individualidades o grupos que están reunidos por objetivos comunes, que coordinan recursos, comparten significados, distribuyen roles, ejecutan funciones y toman decisiones. Sin embargo para comprender mejor el sentido de las organizaciones es necesario integrar los enfoques de la cultura organizacional, para esto mencionaremos el enfoque ecológico adaptacionista; el institucionalista y el constructivista que el sociólogo chileno Lawrence (2007) identifica como los tres principales.

El enfoque ecológico entiende a las organizaciones desde su entorno, es decir, la cultura organizacional es el resultado de las presiones y demandas que el

contexto genera en la organización, lo que hace que esta se identifique principalmente por su adaptación al medio ambiente.

El enfoque institucionalista incorpora la interinfluencia, que es la capacidad que la propia organización tiene de influir en el entorno a la vez que este también lo hace en ella. Pero además comprende que la cultura organizacional es el resultado de un proceso de consensos en el que se aceptan, comparten e integran conductas y acciones que se van legitimando para convertirse finalmente en normas y valores.

Finalmente el enfoque constructivista desde una perspectiva micro social entiende que la sociedad y la cultura organizacional se forman por la construcción realizada por el sujeto entendido como actor social. La construcción se fundamenta en las interpretaciones que son posibles mediante las funciones denotativa, comunicativa y generativa del lenguaje. Por consiguiente las organizaciones son invenciones sociales que son resultado de las decodificaciones que los/as actores sociales hacen en un proceso continuo de interpretación y re interpretación.

Ahora, en esta tesis se definirá la organización como el "conjunto de acciones planificadas y coordinadas que llevan a cabo un grupo de personas, las que tienen como objetivo cumplir con la misión para la que fue creada; organizando para ello, su trabajo en base a una estructura de jerarquías y responsabilidades" (Rubilar y Rossi; 2009:s/p). Esta definición proviene de autores que piensan particularmente las organizaciones sanitarias.

Según Mintzberg, (citado en *ibíd.*) los componentes o estamentos que componen una organización sanitaria son:

-Ápice estratégico; son responsables de que la misión de la organización se cumpla efectiva y estratégicamente, deben supervisar, planificar y mantener las relaciones necesarias con el entorno social. Está compuesto por la Dirección y Subdirección.

-El núcleo de operaciones; compuesto por médicos, enfermeras, técnicos paramédicos, auxiliares, todos quienes trabajan de forma directa en la producción de los servicios sanitarios y tienen un alto nivel de control sobre el trabajo que hacen.

-Línea media; son el eslabón intermedio entre los dos anteriores, es decir lo componen las jefaturas de servicios y departamentos que articulan el núcleo de operaciones con el ápice estratégico.

En estos tres niveles es donde se elaboran los planes estratégicos, con los cuales se planifican y evalúan las políticas y acciones.

-Tecnoestructura; se refiere a grupos que se reúnen en comités de especialistas, por ejemplo el comité de ética, de planificación, de asesoría técnica, etc. y que realizan y participan de capacitaciones.

-Staff de apoyo; son unidades especializadas que se ocupan por ejemplo de mantenimiento, alimentación, y no tienen responsabilidad directa en la atención del servicio sino más bien con trabajos operativos. En este estamento la coordinación se realiza mediante oligarquía de los profesionales, es decir se realiza mediante supervisiones que no son de carácter democrático.

-Ideología o cultura; es lo que distingue a la organización, significan los valores, las costumbres y creencias.

Conocer los estamentos que conforman las organizaciones sanitarias, sus modos de interacción y coordinación en base a las responsabilidades que sus roles implican, es parte de la comprensión del cómo se vive la cultura organizacional, por ende permite conocer el potencial que tiene la organización para modificar y transformar los escenarios en los que se desarrolla. (Schvarstein; 1992)

Tendremos en cuenta que en el modo de interacción dentro de instituciones y organizaciones es posible identificar dos tipos de relaciones; la de

complementariedad y la enraizada. La primera refiere a cuando las individualidades y los grupos actúan motivados por un "interés común, o beneficio compartido" (Essayag;op.cit: 26) y las segundas; son relaciones en base a la confianza entre los actores y autoridades de la institución. La relación enraizada tiene la ventaja de ser un facilitador para lograr organización con relaciones de complementariedad. Además una característica destacable de las relaciones enraizadas es que contribuyen a la generación de canales de comunicación directos y eficientes.

Al modo en que comúnmente se incorpora el trabajo de coordinación en los recintos hospitalarios, se le identifica y denomina "normalización de habilidades y conocimientos" (Rubilar y Rossi: op.cit; s/p) . Y este proceso de normalización se lleva a cabo en una estructura con poderes y redes de interrelaciones jerárquicas.

"La coordinación entre los profesionales se da de manera automática a través de sus habilidades y conocimientos, esto es a través de lo que han aprendido a esperar unos de otros. De hecho, el cirujano y el anestesista saben lo que esperan uno del otro en una operación y prácticamente no hace falta que medie palabra alguna para que cada uno haga lo que corresponde. Esto es así por lo normalizadas que están sus habilidades y conocimientos" (Ibíd: s/p)

Además gran parte de la legitimidad de la autoridad en las organizaciones sanitarias es con la premisa del "poder de los conocimientos científicos y técnicos"(Ibíd; s/p). Lo que hace más específica aún la cúspide jerárquica.

El concepto de burocracia explicado por Weber es el de una estructura que busca ordenar y organizar las responsabilidades de una autoridad desglosándolas en funciones y procedimientos que se delegan a variados mecanismos humanos

sustentados en la especialización e idoneidad para el cargo. Lo que significa entre otras cosas que las relaciones humanas son impersonales pues el objetivo de la burocracia es homogeneizar, estandarizar la realidad para que con jerarquía el poder central cumpla con su propósito el cual es el control. (Weber; 2000).

En relación a lo anterior, es importante señalar que las organizaciones sanitarias se diferencian en puntos esenciales a las organizaciones de tipo industrial, por lo cual la manera de llevar a cabo su gestión si bien puede parecerse a la de una empresa que entrega otros tipos de servicios, el que sea una organización con la misión de brindar el derecho a la salud implica diferencias sustanciales que no se pueden obviar. A continuación se enumeran las más reconocibles:

- "1-La definición y medición del producto es muy difícil.
- 2-Al trabajo se lo percibe como más altamente variable y complejo.
- 3-La mayoría de las tareas se basan en condiciones de emergencia y no son diferibles.
- 4-El trabajo admite poca tolerancia a la ambigüedad y a los errores.
- 5-Las actividades son altamente interdependientes y requieren un alto grado de coordinación entre diversos grupos de profesionales.
- 6-El trabajo requiere un alto grado de especialización.
- 7-Los miembros de la organización están altamente profesionalizados, y su lealtad es hacia su profesión más que a la organización.
- 8-Existe poco control efectivo, organizacional, de gestión, sobre el trabajo del grupo responsable de

generar el trabajo y los gastos: los médicos." (Rubilar y Rossi; op.cit: s/p)

Como toda organización, las organizaciones sanitarias desarrollan también un sentido de pertenencia que es constituido por la cultura organizacional en donde se encuentran conceptos como la identidad y los valores propios que la organización construye para sí. Como señala Schvarstein desde la psicología social de las organizaciones:

"La identidad es el conjunto de rasgos invariantes que constituyen la organización, transformándola en singular y única a los ojos de los sujetos. En particular, la identidad construcción está constituida por aquellos rasgos que la organización construye para sí, los que elige como su estrategia fundamental y preserva a través del tiempo." (Schvarstein; op.cit: 4)

Para complementar esta afirmación mencionaremos lo que Rodríguez (citado en Lawrence; op.cit) identifica como los tres factores principales que conforman la identidad en la cultura organizacional laboral en Chile, estos son:

- 1) El paternalismo, que es la relación de patrón-inquilino que implica formas implícitas de coacción y distorsiona la lógica contractual de acuerdo racional, definido por ambas partes.
- 2) El respeto, como valor principal y demandado en las relaciones verticales como horizontales.
- 3) La desconfianza ante lo desconocido, que dificulta las posibilidades de coordinación creativa y fomenta el individualismo.

Estas premisas operan en los criterios de: reclutamiento, tipo de relación, compromiso, orientación básica, racionalidad económica, relación

interdepartamental, comunicaciones, responsabilidad, participación y jerarquía, que son los rasgos con los Lawrence (ibíd.) compara la cultura organizacional chilena con los modelos de Occidente y Japón.

Para finalizar, señalamos que conocer la cultura organizacional sanitaria tiene la intención de entender las flexibilidades y posibilidades de cambio que existen en la organización interna del Hospital San Juan de Dios - CDT. En las organizaciones se producen dinámicas que van conformando consistencia, coherencia y adherencia de las individualidades y grupos a la organización. Los valores se van constituyendo de repeticiones que actúan en la cotidianeidad y en este caso por ejemplo, en los pasillos de los hospitales, en las rutinas de todos quienes trabajan y hacen uso del sistema público de salud.

### **3.-Participación en salud**

La participación refiere según la Real Academia Española, a ser o formar parte de algo. Para las ciencias sociales y políticas se considera un derecho y un fenómeno protagonizado por actores sociales.

Por actor social se entiende a toda individualidad que tenga o mantenga una participación activa en una organización; a quienes participan en la toma de decisiones, en los procesos de deliberación y cumplen funciones de articulación . (Drago; 2008)

Para las ciencias de la salud, la participación comenzó a ser relevante en la década de los cuarenta con el avance del modelo desarrollista que promovía el desarrollo comunitario. El modelo desarrollista considera la participación como un mecanismo en el cual las personas son quienes llevan a cabo las políticas de desarrollo económico y social. Esta perspectiva es promulgada por organismos

internacionales de gran influencia como lo son la ONU, la CEPAL, la OMS y la OPS.

"Hasta la década de 1970, la participación en salud era entendida como, "el conjunto de acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance"(Essayag; op.cit: 42)

Estos lineamientos están circunscritos en la historia política de América Latina, la que a partir de la década de los sesenta vive procesos de democratización y luego reformas estatales motivadas por la descentralización de servicios y la inversión social. (Ibíd.)

A partir de ahí en el ámbito de la salud se decanta la idea de participación y hoy el concepto constituye:

"(...) el conjunto de acciones a través de las cuales los ciudadanos influyen sobre el funcionamiento y sobre los resultados de las políticas sanitarias, ya sea a través de la presión política o, directamente, a través de la participación en la planificación, toma de decisiones, implementación y/o evaluación de programas y servicios públicos" (Orrego, 1995 en Kubal, 2001:27; mi traducción)"(Ibíd: 42)

La participación activa por parte de funcionarios/as al interior de organizaciones laborales de carácter público (como son los hospitales públicos) es una estrategia que actores que ejercen liderazgos positivos y transformadores, promueven. La teoría se refiere a esto identificando factores que integran un proceso de participación, que contribuye a la satisfacción del usuario interno, los que señala como: generar condiciones que fomenten la enseñanza, el aprendizaje, los

escenarios de conversación, el encuentro y pensamiento. En el fondo es realizar acciones de apoyo a la organización y coordinación dentro de una institución de salud. (Bozo, Reyes y San Martín; 2005) .

"Una participación verdadera no puede sólo limitarse al juego dentro de ciertas estructuras y normas establecidas, sino que debe tener también la posibilidad y capacidad de modificar esas mismas estructuras y reglas de acuerdo a sus propios intereses y dinámica". (Drago; 2008: 27)

La posición ante las estructuras y relaciones de poder atañe a las perspectivas que se han desarrollado en el ámbito de la participación, en donde existe una concepción liberal y otra comunitarista. Principalmente a partir de 1970 esta dualidad ha sido tema de debate, dentro de los análisis del significado de ciudadanía. (Ibíd.)

Por un lado la visión liberal prioriza el interés individual y la participación la comprende "como un recurso o medio de carácter formal para hacer frente al poder del Estado." (Ibíd:27) pero desde márgenes institucionalizados como son las votaciones y la política partidista.

En cambio, la perspectiva comunitarista se basa en que son las relaciones y vínculos sociales los que configuran y determinan a las personas. De esta forma cada individuo es incomprensible sin su contexto social, cultural, político e histórico. En este enfoque cobra mayor importancia la esfera pública y el bien común, en la vida pública y en espacios de organización se comparten y socializan las necesidades, se generan construcciones objetivas e intersubjetivas respecto a las entregas de servicios.

Es por esto que una crítica constante de la perspectiva comunitarista a la visión liberal, es la formalidad que estos últimos le otorgan a los derechos ciudadanos. Es decir, el hincapié en el carácter formal, reglamentado y definido más que en el

desarrollo y desenvolvimiento real cotidiano que es construcción de todos/as y con horizonte de ideal; el bien común. (Ibíd.)

Los lineamientos de salud pública no hacen oídos sordos a las teorías de base comunitaria y coinciden -en el carácter formal principalmente- en intenciones de incluir a la comunidad mediante la participación de esta en su quehacer. Las políticas de coordinación con la comunidad son transversales y tienen relación con la idea de intersectorialidad de los escenarios de una sociedad.

De hecho en la significación que la OMS hace de la salud pública, el concepto de comunidad está integrado como un responsable de la salud, dice:

“...el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana y a restaurar su salud cuando esta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, cultural y laboral” (Franco; op.cit: 123)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) entiende la participación social en salud como "la posibilidad de que la población intervenga en procesos de toma de decisiones, programación, ejecución y evaluación, orientados hacia la producción de salud socialmente" (Essayag; op.cit: 44)

A continuación se presenta una tabla en la que se definen perfiles de participación comunitaria en salud, diferenciando los criterios de toma de decisiones, ejecución y evaluación.

### Cuadro N° 3

#### Perfiles de participación comunitaria en salud

Perfil de participación	Toma de decisiones	Ejecución	Evaluación
Nula	Actores y comunidad desinformada, desconectada, aislada, sin ninguna oportunidad de incidir en decisiones de servicios y/o programas.	Ninguna participación en las acciones sanitarias	Ninguna posibilidad de los actores de expresar opinión alguna sobre los servicios recibidos
Potencial	Los actores y la comunidad reciben información general y se solicita su opinión sin que esta sea de algún modo vinculante en las decisiones.	La participación de los actores es mediante recursos económicos o fuerza de trabajo.	Las opiniones respecto a la satisfacción de los actores y/o usuarios son recogidas, pero no influyen.
Escasa	Los actores y comunidad reciben información general y se escuchan sus	Mediante la figura del voluntariado, la comunidad y los actores participan en algunas labores	Los actores y la comunidad son invitados a expresar opiniones en forma de evaluación de los

	opiniones	del servicio en forma ocasional.	servicios realizados.
Moderada	Los actores y la comunidad participan en diagnósticos y en programación de ciertas actividades.	La participación de los actores y comunidad es al nivel de programas regulares, y no a nivel administrativo.	Con regularidad se realizan reuniones de evaluación, en la que los actores y la comunidad emiten cierta retroalimentación.
Significativa	La consulta a los actores y la comunidad es sistemática, enmarcada en diagnósticos y programación.	La participación es a nivel de coordinación y administración, sin incluir el manejo de recursos.	Junto con el servicio, la comunidad y los actores evalúan el impacto de las actividades realizadas.
Extensiva	Se implementan mecanismos de deliberación en la toma de decisiones que incluyen las asignaciones de los recursos.	Las funciones y los roles de los actores y de la comunidad están definidos en pro de la cogestión y el control de los recursos.	La evaluación de los actores y de la comunidad es vinculante para los cambios en el servicio.

Fuente: Elaboración propia basada en Pedersen, citado en Essayag : op.cit

Para finalizar, consideramos las escalas de participación que Ander-Egg (en Essayag;op.cit:45) describe y que son acciones que van desde la instrumentación en el sentido de participación como un medio para lograr adherencia a los programas institucionales; hasta grados más profundos y de participación efectiva, que entienden el proceso como un fin en sí mismo.

La clasificación es la siguiente:

Participación como *oferta/invitación*, busca que las personas sean parte de las decisiones ya tomadas por las autoridades.

Participación como *consulta*, la que como dice su nombre solicita sugerencias a los/as participantes.

Participación por *delegación*, se refiere a cuando está presente la figura de los/as representantes a quienes son otorgadas ciertas responsabilidades.

Participación como *influencia/recomendación*, en este nivel existe la capacidad de presentar propuestas hacia quienes tienen el poder de decisión.

Participación como *cogestión*, es el nivel institucionalizado del compartir decisiones mediante mecanismos definidos.

Participación como *autogestión*, el que se identifica por el nivel de decisión al gestionar por uno/a mismo/a con las propias normas conjuntamente establecidas.

Los temas tratados en este capítulo apuntan a conformar antecedentes teóricos que permitirán entretelar con mayor número de argumentos el análisis de la siguiente investigación.

**SEGUNDA PARTE**

**MARCO REFERENCIAL**

## **CAPITULO III**

### **ANTECEDENTES GENERALES SOBRE EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD**

Con el objetivo de contextualizar cómo se ha llevado a cabo el sistema de salud en nuestro país, este capítulo aborda de manera general los inicios del sistema público. Luego se sintetiza el objetivo del Ministerio de Salud en cuanto a sus últimos lineamientos estratégicos en satisfacción usuaria. Finalmente se describe al Hospital San Juan de Dios CDT, su Multigremial, CCU y la Unidad de Satisfacción Usuaria.

#### **1.- La Institucionalidad de Salud.**

Al revisar la historia de la salud pública chilena es posible afirmar que las políticas de salud se han conformado al alero de las políticas sociales de previsión y que la segmentación social ha estado presente desde los inicios de la organización sanitaria.

El Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social se crea el año 1924 igual que el Seguro Obrero Obligatorio que busca entregar atención médica a los trabajadores. La atención era realizada en hospitales de beneficencia con los que se mantenía convenio y en centros ambulatorios de la Caja de Seguro Obrero.

En el gobierno de Pedro Aguirre Cerda, en los años 1939 y 1941 Salvador Allende como Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social abogaba para que la salud se entendiera como un deber del Estado y un derecho para todos/as. Pero la

protección sanitaria diferenciaba a obreros del segmento de empleados públicos y privados que eran atendidos por el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) a partir del año 1942.

En el parlamento las posturas partidistas de esos años sobre considerar a la salud como un derecho del cual el Estado debe dar cuenta con políticas públicas universales eran las siguientes:

Derecha conservadora: "Medicina preventiva y asistencia médica estatal sólo para pobres y desvalidos" (Labra; 2002;1043)

Centro: "Protección a los asalariados, conforme al modelo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) separado de la salud pública." (Ibíd: 1043)

Izquierda: "Partidaria de un sistema único, integrado y universal." (Ibíd: 1043)

El resultado de las discusiones parlamentarias se materializa institucionalmente el año 1952 con el Servicio Nacional de Salud (SNS) que unifica y coordina a todos los Servicios Sanitarios y Asistenciales en una Autoridad Sanitaria. La salud se entiende como parte de la protección social que debe brindar el Estado.

El SNS se financia con las contribuciones tripartitas del Seguro Social y del Tesoro Público. (Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría; op.cit) En esta investigación se entenderá por Tesoro Público a la combinación de recursos de un Estado, compuesto por los ingresos (impuestos) y egresos (inversiones) que le permiten realizar acciones que ha planificado llevar a cabo. (www.definicionabc.com)

El SNS se establece como la primera red pública que integra estratégicamente programas de salud pública, medicina preventiva, organización del territorio nacional en 13 zonas de salud, planificación y ejecución de programas sanitarios

que hasta hoy son reconocidos en América Latina por su efectividad. Representa la medicina social.(Labra; op.cit)

Aunque la universalidad no se acepta, el SNS atiende al 70% de la población que se conseguía documentos laborales irregulares para ser atendido en el SNS (Ibíd.) cuya infraestructura para el año 1972 era de 942 postas y enfermerías, 135 consultorios y policlínicos y 231 hospitales (Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría; op.cit) La inversión en salud pública creció entre los años 1968 y 1972 en un 60%. (Sepúlveda; 2004)

Cuando Allende asumió la presidencia promovía el Sistema Unificado de Salud financiado con el Tesoro Nacional, pero el Colegio Médico que se había creado en 1948 se opuso apoyando a los sectores reaccionarios. Hasta ese entonces el sector de médicos privados se mantenía prácticamente, sólo gracias a los convenios con SERMENA que en 1960 cubría a un 20% de la población. (Labra;op.cit)

Con el golpe de Estado y sus años de dictadura se impone el sistema económico neoliberal en el sistema de previsión y de salud, lo que a nivel de paradigma es reemplazar la solidaridad colectiva, por el libre mercado de los servicios. Se privatizan los seguros, y la previsión (Sepúlveda; op.cit)

El año 1979 se reemplaza el SNS por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que se constituye de 27 Servicios de salud en la nación. Los cambios principales son disminución del aporte financiero y de atribuciones administrativas. En definitiva el Estado transforma su rol de compromiso por un rol subsidiario que fomenta la participación y el desarrollo del sector privado. (Hardy; 1989)

El mismo año se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), entidad pública y descentralizada cuya función es recibir y distribuir los recursos dispuestos por el Estado para la salud, provenientes del presupuesto nacional, del SNS, SERMENA y de las cotizaciones de las personas que actualmente es de un 7% de su remuneración. (Hardy; 1989) Las modalidades de FONASA son dos, quienes

cotizan pueden optar por ser atendidos por prestadores públicos o privados que tengan convenio con FONASA. Quienes no cotizan sólo pueden acceder a la red pública. (Drago; op.cit)

El año 1981 comienza el proceso de municipalización de la atención primaria que culmina el año 1987. Algunas de las consecuencias de esta reestructuración: atomiza la acción de los centros de primera atención pues los descoordina con otros servicios y hospitales; precariza la situación laboral de los/as funcionarios/as al ser empleados municipales dejándolos fuera de la carrera funcionaria, y principalmente materializa en la primera atención sanitaria las desigualdades económicas existentes en las comunas del país. (Hardy; op.cit)

El mismo año el ámbito privado y el mercado de la salud se consolida como tal con las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que son la administración privada y lucrativa de las cotizaciones de seguro. Los clientes de las ISAPRE al 7% de renta imponible obligatoriamente, le suman primas dependiendo de su plan de salud que depende entre otros factores de lo riesgoso que sea para la ISAPRE asegurar a la persona de algunas prestaciones y patologías, y a quien asocie como "carga" de su plan de salud. (Drago; op.cit)

La pretensión de descentralizar el sistema con la reforma, implicó que la gestión de la red fuese la tarea prioritaria para MINSAL, y como consecuencia la función de regulación y planificación de la salud pública fueron ámbitos con bajo desarrollo. (Hacia una nueva salud, Comisión salud Nueva Mayoría; op.cit)

En 1990 el último legado de la dictadura para la salud fue la creación de la Superintendencia de ISAPRE, mecanismo que legitima a las aseguradoras y a su vez tiene la función de regularlas.

Iniciados los gobiernos de la Concertación comienza la articulación de la Reforma a la Salud y hoy la salud en Chile es entendida por quienes son parte de la coordinación de políticas públicas en su fase de redacción y elaboración como: “el resultado de las condiciones y oportunidades, en las cuales

las personas, crecen, se desarrollan trabajan y viven.”(De Ferrari ;2015: 2)

En Chile el sector de la salud se constituye mediante un sistema mixto, es decir organismos e instituciones públicas y empresas privadas son responsables de brindar la salud como un servicio.

El año 2005 entra en vigencia la Ley N°19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión que tuvo como intención realzar a la autoridad sanitaria - MINSAL- en sus funciones políticas de rectoría y provisión de servicios. La función de rectoría significa ejercer la responsabilidad de implementar normas y posicionamiento político, económico y social en todas las acciones del sistema de salud público y privado. (Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría; op.cit)

En lo que respecta a ejes políticos el Minsal escoge tres conceptos centrales; Equidad, Acceso y Necesidad en Salud. Y la orgánica con que se posiciona el Ministerio para coordinar el territorio nacional en función de estos objetivos, es por medio de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) la cual se define como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (De Ferrari; op.cit:3)

El Minsal busca que la red de servicios se coordine en torno a; diagnosticar, promocionar, prevenir, curar y rehabilitar en salud. En sus distintos niveles y en el transcurso de las etapas del ciclo vital de la población.

De ahí que el Ministerio desde el año 2014 ha impulsado como líneas estratégicas 4 ámbitos a abordar los cuáles son: Modelo Asistencial; Gobernanza y Estrategia; Organización y Gestión; y Asignación de Recursos e Incentivos. Dentro de Gobernanza y Estrategia se incluyen los objetivos de: “Un sistema de

gobernanza único para toda la red; Participación social amplia; Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud” (Ibíd: 4)

La gobernanza es una estrategia para alcanzar lo que podría denominarse como un buen gobierno y, en el ámbito de las políticas públicas es un término que está siendo utilizado como guía para la organización y coordinación de las estructuras institucionales integrando una perspectiva de desarrollo económico y social. Tiene dos finalidades claras, la primera es lograr la sinergia entre los actores de gobierno, y la segunda es que los mismos actores estén involucrados en el ejercicio de los derechos ciudadanos, lo que en los países de América latina ha sido históricamente postergado pues han primado las relaciones de carácter paternalista.

Este concepto que es una idea de construcción política, para el Minsal tiene tres dimensiones.

La espacial que refiere a construir “espacios de comunicación recíproca entre la diversidad de actores que tienen incidencia en la ejecución de las políticas con enfoque de derechos-producción de significados y saberes consensuados”.(Ibíd.: 4)

La dimensión instrumental que contempla la incorporación práctica y reflexiva de instrumentos de gestión tales como la planificación, presupuestos y evaluaciones con el fin de lograr una articulación exitosa entre los actores.

La dimensión valórica, que brevemente definida refiere a la búsqueda de "consistencia entre las metas de resultados inducidas por los instrumentos de gestión y el valor de la cooperación mutua."(Ibíd.: 4)

Finalizando resalta a la vista darse cuenta que las políticas en papel soportan bastante. Es decir, los lineamientos e intenciones teóricas a veces cuentan con un

alto nivel de retórica, que no se condice con la necesidad de otros factores para ejecutar las transformaciones sociales preescritas. Es decir, la garantía no es en ningún caso universal. El derecho a la salud está mediado por decisiones políticas, avaladas por el sistema construido con políticas neoliberales que de a poco va siendo permeado por el ejercicio naciente de la cultura ciudadana de sujeto de derecho.

## **2.- Satisfacción usuaria según Ministerio de Salud (Minsal).**

Para el actual Gobierno la satisfacción usuaria es un indicador de calidad, una dimensión determinada por el usuario externo que devela el "Grado de cumplimiento por parte del Sistema de Salud, respecto de las expectativas del Usuario en relación a los servicios que este le ofrece"(Pereira, Varas; 2015: s/p).

Satisfacción usuaria es para el Ministerio de Salud "El conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del Sistema Público de Salud" (Gnecco y Tassara; 1995: 35). Y el Estado se ha planteado como objetivo estratégico desde el 2010 al año 2020, "mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas" (Gobierno de Chile; 2010:301)

Para esta relación entre calidad y derechos en la salud, se inició el año 2006 la gestión de un proyecto de ley que fue promulgado el año 2012 como ley N°20.584 sobre los Derechos y Deberes del Paciente, la cual establece normas en relación a los derechos que los/as usuarios/as tienen en su atención de salud y sus deberes. (Ver en anexos)

Como se ha señalado en el Marco Teórico, la satisfacción usuaria se puede entender como expectativas de atención que se componen de elementos objetivos y subjetivos. En el estudio realizado por la Superintendencia de Salud el año 2012, se indica que la insatisfacción con los servicios de salud se asocia para los/as usuarios/as al "trato del personal de salud, trato del personal administrativo, información al paciente y a la familia, falta de coordinación en la atención de salud, limpieza e infraestructura" (Pezoa; op.cit (a): s/p) y para graficar el análisis de sus resultados, esquematizó una ruta de la hospitalización en la que señalan que en relación a la satisfacción usuaria hay lugares para los/as usuarios/as que tienen un alto grado de significancia, y estos son: el sector de admisión, las salas de espera de urgencia, servicio de urgencia, la hospitalización en la sala o pieza y el pabellón.

Se ha identificado en el contexto nacional que los/as usuarios/as consideran dentro del proceso de atención y hospitalización cuatro variables principales las cuales son: "...personal cálido y humano, información clara en términos "no médicos", apoyo físico y psicológico y rapidez en la atención. Agregan también, confianza y seguridad, atención oportuna, limpieza y, equipos y tecnología".(Ibíd.:s/p)

Las percepciones de los/as usuarios/as de hospital público, según este estudio son expectativas coherentes con "su realidad de atención gratuita, donde no se puede elegir el hospital, ni al médico. Está fuertemente influenciada por su experiencia en el consultorio. Las expectativas percibidas en términos de satisfacción de atención son bajas" (Ibíd.; s/p)

Se entiende entonces que las expectativas de quienes se atienden en el servicio público de salud son más bajas que altas y que sus frustraciones se relacionan a las injusticias y deficiencias estructurales, como los tiempos y listas de espera.

Pero al mismo tiempo existen variables de insatisfacción que de alguna manera o a simple vista, se podrían relacionar a otros aspectos como son la calidez humana, la confianza hacia los/as funcionarios y la información. La relevancia de las habilidades blandas es explícita para los/as pacientes y usuarios/as quienes en su mayoría se describen e identifican en un estado de vulnerabilidad en parte producto de la inseguridad, el dolor y la angustia ante lo desconocido que viven como proceso por su aflicción física.

Respecto a esto el año 2013 se profundizó en lo que significan como trato digno los/as usuarios/as del sistema de salud público y privado que concluye que el concepto de trato se compone de seis ideas principales las cuáles son: ser tratado como persona, es decir que la atención sea cordial y mirando a los ojos; igualdad en el trato, es decir sin discriminación; empatizar con los/as usuarios/as; evitar los paternalismos en el modo de brindar la información que corresponde al estado de salud del paciente y al tratamiento; no identificar al usuario/a sólo como una enfermedad, sino como un ser integral; y por último saludar mediante el nombre. (Superintendencia de Salud; 2013)

Para poder medir estos factores a nivel nacional aún falta mucho es decir recién se está consultando la idea de generar un instrumento único de medición en satisfacción usuaria para recintos públicos y privados. Las clínicas mediante empresas externas realizan encuestas de satisfacción y en los hospitales públicos pueden ser las unidades de calidad o satisfacción usuaria quienes realizan un instrumento de medición determinado por Minsal para lograr la acreditación.

Ese instrumento nominado Encuesta de Satisfacción Usuario y su manera de llevarse a cabo tiene un bajo nivel de validez y confiabilidad para los mismos funcionarios/as, por no representar con fidelidad la realidad es decir no se condice la cantidad de reclamos con los niveles de satisfacción y también se duda del llenado de las encuestas de satisfacción, las que pueden ser alteradas con facilidad para ingresar al sistema de registro estadístico mensual, los puntos

necesarios para cumplir con los indicadores o estándares mínimos para la acreditación. (Ibíd.)

### **3.- Hospital San Juan de Dios -CDT**

De la realidad local a investigar se puede decir en primer lugar que el HSJD es un establecimiento de salud y asistencia docente que forma parte de la Red sanitaria de Chile. Es un Hospital autogestionado del Servicio de Salud Metropolitano Occidente y recibe a los pacientes de las comunas de Pudahuel, Renca, Cerro Navia, Quinta Normal y Lo Prado. También a las provincias de Melipilla, con sus comunas de Alhué, Curacaví, María Pinto, San Pedro y la provincia de Talagante, con las comunas de Isla de Maipo, El Monte, Padre Hurtado, Peñaflor y Talagante.

Para comprender el significado de un establecimiento autogestionado como es el HSJD, referimos lo conceptualizado por Minsal:

"Es un órgano desconcentrado del correspondiente servicio de salud y tiene atribuciones para organizarse internamente, administrar sus recursos y definir la forma mediante la cual llevará a cabo los procesos necesarios para la obtención de los productos que ofrece a la red. No obstante...los productos que genera (prestaciones de salud), son fijados por el director del servicio de salud correspondiente, quien los define de acuerdo a las necesidades de la población a cargo. Dicho de otra manera, no es el hospital quien determina su cartera de servicio, lo que explica que no sea un organismo autónomo" (Subsecretaría de Redes; 2016:5)

De todas manera el HSJD está regido por los gobiernos centrales pues es parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Los Servicios de Salud son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas.

Su gestión hospitalaria se fundamenta en el Modelo de Atención Integral en Salud, el que fue asumido a partir de la Planificación Estratégica del año 2010 y está basado en un conjunto de acciones que promueven la atención eficiente, eficaz y oportuna orientada a las personas, con un enfoque bio-psico-social y de redes.

En ese contexto, el rol del Hospital es la resolución de problemas requeridos desde la Red Asistencial de acuerdo al tipo de servicios, actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia Red ha definido a cada Hospital; orientando progresivamente su quehacer a que los procesos clínicos sean cada vez más ambulatorios. (Planificación estratégica HSJD 2013-2015)

El HSJD define su misión como el "Entregar atención integral a pacientes Poli - complejos durante todo su ciclo vital, con funcionarios motivados, competentes y con vocación docente, que cuentan con apoyo material, tecnológico y de infraestructura, acorde a las necesidades de los usuarios" ([www.hsjd.cl](http://www.hsjd.cl))

Y su visión es "Ser reconocidos por resolver los problemas de salud de nuestros usuarios en forma acogedora, con altos estándares de calidad y eficiencia en la red asistencial asignada" (Ibíd.)

Como breve reseña histórica destacamos que el HSJD es el primer hospital fundado en el país atendiendo a la población desde el año 1552 y en el año 1863 comienza su proceso de formación como campo de aprendizaje para los/as estudiantes de medicina de la Universidad de Chile.

Sus prestaciones de servicio son: Atención Ambulatoria, -Atención Hospitalizados , Atención Domiciliaria, Urgencia, Banco de Sangre, Farmacia, Laboratorio, Imagenología y Vacunatorio.

La tendencia epidemiológica de la población que es atendida en el HSJD es a las enfermedades crónicas y degenerativas (Planificación estratégica HSJD 2013-2015). Esto lo aborda con 17 pabellones para atender población adulta e infantil y sus servicios de especialidades, servicios de medicina, cirugía adulta y pediátrica, Obstetricia, Neonatología, Otorrino, Oftalmología y Urología. (Ibíd.)

A continuación con el fin de contextualizar la demanda del HSJD se presenta en cuadro algunos de los ítem de la cuenta pública 2015 del HSJD.

#### **Cuadro N°4**

#### **Cuenta Pública 2015 HSJD**

Descripción	Número	Comentario
Población asignada	1.165.604	Corresponde apróx. a un 17% de los habitantes de la R.M. En su mayoría pacientes de las comunas de Pudahuel, Lo Prado y Quinta Normal con una edad promedio de 41 años.
Consultas realizadas	200.875	11.100 más que el 2014. 22% corresponde a habitantes de otra jurisdicción comunal y regional otras regiones.
Egresos hospitalizados	23.758	Estadía de 8 días promedio, superando el estándar Minsal que es de 6 días. La explicación a esto es que un alto porcentaje de la población atendida presenta patologías de base
Hospitalización domiciliaria	1.422	50% más que el año 2014 respondiendo a la política de reforzar esta unidad para que sólo

		los/as pacientes más complejos permanezcan hospitalizados en el hospital.
Cirugías	20.979	De las cuales 6.562 corresponden a Urgencia y 14.417 a electivas. Además se realizaron 2.653 cirugías ambulatorias.
Urgencias	59.206	Siendo el 66% categoría C3, el 25% C1 y C2 y el 9% C4 y C5. En promedio se atendió a 137 personas diariamente.
Listas de espera quirúrgicas	671	Se cumplió la meta asignada en un 100%
Listas de espera consultas	31.854	Meta cumplida en un 83%. Y se sobreagendó en un 40%.
Deuda hospitalaria	8.548.387.254	Se atribuye a un incremento del 13% del gasto en personal, en la compra de servicios para reemplazos, en una mayor producción de prestaciones valoradas y en el bono de alimentación para sus funcionarios/as.

Fuente: Elaboración propia en base a Cuenta Pública HSJD 2015

Sobre los datos expuestos es relevante destacar que la demanda del servicio de urgencias para hospitalización es en promedio de 32 pacientes diarios y el hospital sólo es capaz de generar 20 camas diariamente, lo que significa que pacientes quedan hospitalizados hasta 72 horas en el servicio de urgencias en condiciones precarias y hostiles que no permiten una recuperación respetuosa de la dignidad de los/as pacientes y sus seres queridos. (Ibíd.)

#### 4.- Consejo Consultivo de Usuarios y Multigremial San Juan de Dios

Desde el año 2010 que existe en el HSJD el CCU. Esta organización se conforma como una manifestación posterior a lo que fue la Agrupación de Voluntarios AGRAV que desde el año 2008 se coordinaba en el hospital con la finalidad de ser un punto de encuentro de los grupos voluntarios que trabajan en el hospital. En junio del año 2014 el CCU se constituye con personalidad jurídica lo que le permite ampliar sus opciones de postulación a proyectos con financiamiento público y privado. La directiva debe elegirse cada dos años, siendo las fechas de votación en mayo del presente año. El CCU se integra por usuarios internos y externos del hospital, grupos de voluntariado, actores de los centros de salud que son parte de la red Metropolitana Occidente y funcionarios del HSJD pertenecientes a la Multigremial cumpliendo con las normativas explicitadas en el decreto 30 sobre los consejos consultivos.

Las funciones del CCU se exponen en el siguiente cuadro:

##### Cuadro N°5

##### Funciones CCU

Informar	Promover	Colaborar	Conocer	Canalizar	Participar	Construir
A sus representados sobre los aspectos más relevantes en la gestión del	El cumplimiento de los deberes del usuario, especial trato respetuoso y	En gestión de la Dirección del HSJD asesorando al Director en	Plan Anual de Actividad es Técnicas Asistenciales	Canalizar las opiniones de la comunidad y de los funcionarios, dirigidas a mejorar la calidad de la	Elaboración y actualización del Plan Estratégico del establecimiento	Acuerdos y compromisos a fin de mejorar los servicios prestados, en calidad, eficiencia y

Sistema Público de Salud y del HSJD.	de la normativa del establecimiento para un mejor funcionamiento.	materias de interés de usuarios/as		atención y satisfacción de los/as usuarios/as.	miento.	oportunidad de la atención
		A fortalecer el sentido de pertenencia del usuario y la comunidad a la cual atiende el Hospital San Juan de Dios-CDT.	Gestión OIRS.		Evaluación OIRS	Las comisiones, que estimen necesarias, para el cumplimiento del Plan Anual de actividades del Hospital.

Fuente: Elaboración propia en base a [www.hsjd.cl](http://www.hsjd.cl)

Se puede decir que la organización del CCU del HSJD es activa, la directiva se coordina en reuniones incluso semanales con la finalidad de ejecutar el cronograma de actividades anuales que establecen. El carácter que se puede vislumbrar de esta organización es principalmente enfocado al desarrollo de gestiones culturales e inclusivas, que han ido posicionando dentro de la cultura San Juanina, al CCU como un actor que puede conectarse con su entorno

institucional como por ejemplo con la Municipalidad de Santiago, para llevar a cabo actividades dentro del HSJD.

La participación de la comunidad territorial de organizaciones funcionales ajenas al HSJD, pero activas en el área de la salud en sus comunas no se encuentra dentro del actual CCU. Todos sus participantes están vinculados ya sea por su rol de paciente o usuarios o como por un voluntariado que realice acciones en la institución hospitalaria.

Por otro lado la Multigremial San Juan de Dios es una orgánica que se compone de 5 agrupaciones gremiales

- i) FENATS Federación Nacional de Trabajadores de la Salud.
- ii) Asociación N°1 de Funcionarios.
- iii) ATEP Asociación de Técnicos Paramédicos.
- iv) FENPRUSS Federación Nacional de Profesionales de la Salud.
- v) FENTESS-HSJD Federación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud.

Dicha orgánica se conformó a fines del año 2014 luego que los gremios del Servicio Metropolitano Occidente trabajaran en conjunto para posicionar la demanda por un jardín infantil no concesionado para los/as hijos/as de sus funcionarios/as. Incentivados por el triunfo de esta demanda, los gremios del HSJD deciden coordinarse como Multigremial entendiendo los frutos de la política en colectiva. Esto coincide con un recambio generacional de las dirigencias gremiales.

Su forma de organización es mediante asambleas abiertas y la conformación de comisiones.

## 5.- Unidad de Satisfacción Usuaria (USU) HSJD

El HSJD es uno de los pocos hospitales nacionales que cuenta con una Unidad de Satisfacción Usuaria. Dicha Unidad se creó el año 2013 e incorpora el servicio de la OIRS (Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias), Servicio Social y Participación Social.

La unidad tiene como objetivo "crear, diseñar y ejecutar políticas de satisfacción usuaria y plan de mejoras en la atención del usuario." ([www.hsjd.cl](http://www.hsjd.cl))

Sus funciones específicas son:

### Cuadro N° 6

#### Funciones USU

Promover	Monitorear cumplimiento	Resguardar	Gestionar	Definir
Cumplimiento Ley Derechos y Deberes.	Consentimiento informado previo a todo procedimiento intervencional.	Demanda de atención.	OIRS	Plan de mejoramiento de índices de satisfacción usuaria
Políticas de participación ciudadana.	Medidas Hospital Amigo	Principios éticos del trato al paciente. Respeto, claridad, confidencialidad y oportunidad.		Mejoramiento continuo de la satisfacción de usuarios/as

Mecanismos de participación gradual en la toma de decisiones.				
Mejoramiento de representatividad del CCU				

Fuente: Elaboración propia en base a Reglamento Interno [www.hsjd.cl](http://www.hsjd.cl)

Además de estas tareas tiene bajo su responsabilidad administrativa a los/as Orientadores/as de Usuarios/as. Estos últimos son aproximadamente 10 trabajadores/as subcontratados por el hospital a la empresa de seguridad y guardias MPS. Los Orientadores de Usuarios son fundamentales para la coordinación y gestión práctica de la USU pues tienen como función contribuir a una mejor atención y satisfacción de los/as usuarios/as desde el espacio de las salas de espera lo que contribuye de sobremanera a los objetivos prácticos de satisfacción usuaria ya que atienden necesidades como la contención emocional de los familiares y acompañantes en las unidades de pacientes críticos hasta necesidades de información, siendo canales de comunicación entre los usuarios/as y los servicios.

Respecto a las mediciones de satisfacción usuaria desde el año 1999, anualmente se aplica una encuesta con la modalidad "de Usuario Incógnito, realizado por una empresa externa, que evalúa el cumplimiento "de aspectos de infraestructura, señalética, horario de atención de los servicios, horarios de visitas, requisitos para ser atendidos, entre otros." ([www.hsjd.cl](http://www.hsjd.cl)) Esto es en cuanto a medición externa, y a medición interna los/as Orientadores de Usuarios levantan la información requerida por los registros mensuales de estadísticas y plataforma ministerial SIS-Q con la Encuesta de Satisfacción Usuario y la Encuesta de Ley de Derechos y Deberes.

**TERCERA PARTE**

**ANALISIS DE LOS DATOS**

## **CAPITULO IV**

### **PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN USUARIA PARA FUNCIONARIOS/AS Y LA COMUNIDAD ORGANIZADA DEL HSJD**

Como ha sido señalado en la primera parte de este estudio, el análisis que se presenta a continuación se articula en sentido a los objetivos de investigación. Es por este motivo que se decide para estructurar la presentación de resultados, desarrollar un capítulo para cada objetivo general. De esta manera se pretende guiar al lector en un orden que facilite la comprensión del análisis y las posteriores conclusiones.

El siguiente capítulo se conforma de dos categorías. La primera pretende describir los significados del concepto de satisfacción usuaria y la segunda categoría pretende responder la valoración del concepto para los/as funcionarios/as, gremios y CCU del HSJD.

#### **1. PRIMERA CATEGORÍA: Conocimiento del significado mediante su ejercicio**

A continuación se presentará que la satisfacción usuaria abarca varios ámbitos que si bien se identifican en mayor medida con la buena atención, las lecturas de lo que una buena atención significa se interpreta en distintas dimensiones. No es tan solo atender o tratar bien al paciente o usuario/a sino que es una cadena con eslabones transversales que van conformando una red.

## 1.1 Tópico N°1: Expectativas de buena atención y eficiencia.

La satisfacción usuaria se comprende como una buena atención que es el resultado de una triangulación conformada por una relación cordial entre funcionarios/as, usuarios/as y la disponibilidad de los recursos necesarios para la entrega del servicio. El resultado positivo de esta triangulación se expresa cuando el paciente y/o usuario/a se retira del recinto hospitalario en un estado de tranquilidad, producto de la confianza generada en todo el proceso de atención.

**"Que no se pierda lo que es relación paciente, profesional, administrativo, y además que existan los insumos correspondientes para la atención en el momento oportuno. Que el usuario logre irse tranquilo, conforme, con la idea de que se va a mejorar"**  
(Representante CCU)

En esta cita se valora la calidad de la relación como un elemento fundamental en el significado de satisfacción usuaria y como el resto de las entrevistas van exponiendo, el concepto se entiende como un proceso que comienza con la interacción en la primera atención y se va moldeando con todas las dinámicas relacionales que se generan en el escenario, que a su vez incluyen las variables de los tiempos de espera, la infraestructura, el trato y la comunicación. Por lo que la satisfacción usuaria es el resultado de una suma de factores.

**"va por todo tipo de cosas, cosas materiales y del orden de uno, digamos individual, sentimental."**  
(Profesional Servicio Pediatría)

Como se va develando el significado de satisfacción usuaria implica responsabilidades a nivel individual como mantener una actitud de respeto hacia el otro y también una actitud en función de la acción de entregar, coordinando los recursos institucionales, personales, técnicos y profesionales.

**"Procurar con los recursos que tenemos, con los medios que manejamos tratar de dar el mayor confort a los pacientes, y eso involucra no sólo dar la prestación, orientar sino también educar."** (Profesional Unidad de Satisfacción Usuaría)

Por otro lado con claridad se identifican como parte del significado de satisfacción en salud variables que están fuera del alcance de resolución de los/as funcionarios/as, como son los tiempos de espera por la falta de especialistas o cambios en las agendas de los/as médicos.

**"...la sensación que tiene un individuo de que cuando viene por una necesidad de salud la ve cumplida, no pasa por el buen saludo solamente, ni solo por una buena indicación, ni por la sala de espera, pasa por todo lo demás con lo que tiene que cumplir y cuando eso no se cumple, la satisfacción usuaria por mucho que uno le ponga monitos, colorcitos, lucecitas, es inútil"** (Médico jefe de Unidad)

Este punto es abordado con mayor detención en el siguiente capítulo, pero es necesario de mencionar para comprender que quienes cumplen la función de entregar el servicio de salud le atribuyen al concepto una integralidad que está en directa relación a la necesidad fundamental de atención. La idea de eficiencia se relaciona en este sentido con no perder el foco de preocupación con estándares de confort si no se resuelve primero y con consistencia lo medular en la expectativa del paciente o usuario/a. De esta manera se entiende que su

relevancia, es decir cuando la satisfacción usuaria se vuelve más importante es cuando aparecen los problemas o existen los reclamos:

**"La gente primero quiere que resuelvan su problema, no importa cómo, pero que se lo resuelvan. Ahora cuando empieza a quedar la escoba en el camino, ahí empieza a tomar valor la satisfacción" (Profesional Unidad Satisfacción Usuaria.)**

Esta percepción se complementa muy bien con una mirada más profunda del concepto satisfacción usuaria expresada en el siguiente discurso:

**"Es más amplio de lo que se habla dentro de las encuestas o de la percepción ciudadana o de la percepción del usuario del hospital... va en el concepto de que la ciudadanía acoga, comprenda y este tranquila con la salud pública, que cumpla con sus necesidades como población...Siento yo que hay mucho enfoque a lo que siente el paciente o el familiar , pero para mí va más allá el concepto. Un funcionario habitual acá piensa en atender bien para que opinen que lo atendieron bien pero es más allá que eso, no es solamente la pura atención." (Profesional Dirigente gremial)**

En esta cita se manifiesta una posición que relaciona el concepto con un cuestionamiento a la (in)capacidad actual de la salud pública para hacerse cargo de los cuidados de estado de salud de la población. Acá la satisfacción usuaria tiene una significancia que distingue la existencia de niveles de satisfacción, que distorsionan la discusión de fondo la cual es de carácter político en cuanto involucra el quehacer del Estado en relación al sujeto ciudadano/a.

También se identifica la satisfacción usuaria como la necesidad de que exista un puente que conecte al sistema de salud con las necesidades y requerimientos concretos de la población. Porque los/as usuarios/as externos/as del sistema público se sienten en su mayoría o en la apreciación general de los/as entrevistados, "pasados a llevar, o tramitados" por el sistema. La Unidad de Satisfacción Usuaría, en palabras de quienes componen la Unidad, en su quehacer intenta generar esa conexión o canal de comunicación entre la institucionalidad sanitaria y los pacientes y/o acompañantes.

**"Satisfacción usuaria es trabajar en la percepción, sentimientos de cómo la gente, la comunidad percibe la salud. Para mí es una especie de puente o representación entre el usuario, una persona común y corriente y una mole gigantesca que es estructural que es la salud pública"**(Profesional Jefa de Unidad)

Es por esto necesario mantener presente en todo el análisis el encuadre de la sentida necesidad de salud que existe en la población que se atiende en el sistema público. Es posible comprender que la satisfacción usuaria es un fenómeno que surge de su vulneración pues es en ese instante cuando se hace sentida la noción de satisfacción. Al igual que el concepto de trato digno es una construcción cuyo significado se socializa con la intención de generar cambios culturales en una sociedad, modificando hábitos o procedimientos para respetar los derechos de las personas que por condiciones estructurales ya están siendo vulnerados. (Drago; op.cit)

## 1.2 Tópico N°2: Todos somos usuarios/as del sistema.

La percepción de satisfacción usuaria que en este estudio se busca comprender aunque no integre la perspectiva de usuarios/as externos (más allá de quienes integran el CCU), se compone de igual manera producto del trabajo de campo, por la relación entre los dos tipos de usuarios/as, internos/as y externos/as.

La primera relación interesante se expresa en la siguiente cita

**"Siento que nosotros también somos usuarios del sistema. Nosotros como trabajador funcionario público, también usamos el sistema y como usuarios, somos los usuarios internos, y los usuarios externos son los que nosotros atendemos, los pacientes."**(Profesional del Servicio de Neonatología y representante gremial)

Esta perspectiva fortalece a la construcción colectiva del significado de satisfacción usuaria, lo que es destacable para una organización que por un lado se rige por el estatuto administrativo que diferencia a sus funcionarios/as en una jerarquización de grados y estamentos según sus responsabilidades y niveles de especialización académica y que por otro carga con la elitista cultura médica. Estos factores potencian la segregación organizacional y se ve reflejado en que existan diferentes organizaciones gremiales. Pero a su vez la misma proclamación de ser usuarios/as del sistema explica también que las asociaciones gremiales puedan lograr una coordinación que se representa en la Multigremial San Juan de Dios.

**"...las personas que vienen aquí son personas iguales a nosotros, que tienen las mismas limitaciones económicas"** (Profesional Unidad Satisfacción Usuaria)

Otro punto de vínculo entre la satisfacción usuaria y la idea de usuario/a externo/a tiene relación con la dimensión laboral, y en esta conexión la idea de usuario/a se caracteriza como la figura de cliente que otorga trabajo gracias a sus necesidades que incluyen las preferencias propias del social ser humano, como son la afectividad y el vínculo con un otro

**"...hay algo que hace años me marcó mucho que dijo la jefa de SOME... atiendan bien, porque si ustedes no atienden bien va a llegar el día en que el paciente apriete un botón, ponga su rut y le va a salir la orden y no las van a necesitar a ustedes. Entonces eso es importante y hay gente que no lo entiende. Lo principal es atender bien a las personas....reforzar a los funcionarios y haciéndoles entender que el paciente que uno está atendiendo es un cliente, es una persona que si no existiera no tendríamos trabajo."**  
(Administrativa Unidad de Satisfacción Usuaría)

Esta concepción de usuario/a como fuente de trabajo sugiere una dimensión de vulnerabilidad del ámbito laboral que también lamentablemente está presente en los discursos de maltrato bi-direccional cuando los/as usuarios/as externos, familiares de pacientes por lo general, insultan a los/as funcionarios/as atribuyendo el pago de sus sueldos a través de la imposición del 7% a la salud.

Los/as sujetos de estudio identifican una actitud más empoderada por parte de los/as usuarios/as externos/as, en relación a la satisfacción usuaria. Este empoderamiento lo asocian a factores como el resguardo legal de la Ley de Derechos y Deberes, el mayor acceso a información médica por medios de comunicación, la frustración por las falencias y al maltrato recibido por el sistema estatal en su conjunto.

Así es como la relación entre usuario/a interno/a con usuario/a externo/a se expresa con hostilidades que se vinculan al concepto de satisfacción usuaria

"tener la mejor recepción, porque a veces viene gente súper desagradable y tener la mejor disposición de atenderlo igual porque hay gente que a uno le agrade, le grita o lo trata mal y en realidad ¿qué hace uno ahí?: ah yo no lo atiendo, no se puede" (Administrativa Unidad de Satisfacción Usuaría.)

Ahora bien lo transversal y fundamental es sanar a la población. Ese es el objetivo general claro y horizonte para todo lo demás. Por esto mismo causa molestia y disconformidad en los sujetos de estudio los instrumentos con los que Minsal mide la satisfacción usuaria, porque no considera el número de población atendida ni sus características sociodemográficas.

"...considerar el carácter de la población, de su capacidad de ingreso del servicio de salud occidente, tenemos una de las comunas más pobres de todo el país y el nivel de ingreso o la inversión que existe en cuanto a salud en el servicio de salud occidente está muy por debajo en comparación con otros servicios, siendo que tú sabes que si la población no tiene acceso, no tiene capital de bolsillo, en el fondo debieras tú poner más plata para poder cuidar a esa población. Y esos parámetros (económicos de la población) no están, no los toman como base para poder desarrollar la satisfacción usuaria, sino que simplemente utilizan herramientas en la satisfacción usuaria que sí, te dan para parámetros relativamente objetivos pero no son con una base real, ni que te

**permita realmente hacer una encuesta como corresponde según la calidad de población que tienes."** (Profesional Dirigente gremial)

La cita anterior expresa la inconsistencia de establecer indicadores comunes de satisfacción usuaria en un afán de medir generalizando con lógicas administrativas, un contexto de inequidad social que no considera la caracterización de la población usuaria. Se aprecia una reflexión respecto a la capacidad de permeabilidad que debiesen tener los mecanismos de medición en cuanto a los contextos y necesidades que fluctúan sino se invisibilizan aspectos relevantes para avanzar en políticas públicas sin retóricas y que integren el punto de vista de todos quienes conforman el sistema de salud.

### 1.3 Tópico N° 3: Más que el buen trato al usuario externo.

Es muy interesante abordar el tema del trato porque es un término que apela a la individualidad en forma directa y a la capacidad de reflexividad de cada uno. Y nos encontramos en las entrevistas y grupos focales que las reflexiones y críticas apuntan al plano externo más que interno. De este modo distinguimos como percepción general que el trato es un punto difícil de visibilizar en satisfacción usuaria, a nivel individual -por paradójico que suene-.

Esto es importante aclararlo porque tiene dos acepciones como iremos viendo en el transcurso del análisis. La que se manifiesta a continuación refiere a que los/as funcionarios/as no son el problema en la insatisfacción, que no pasa por las manos o por las facultades de los/as funcionarios muchas veces. Incluso a veces como uno de los entrevistados señala tampoco son responsables del motivo las autoridades del HSJD o del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, sino que el diseño y ejecución de la estructura del sistema de salud, del quehacer estatal, de

las voluntades políticas, todo suma al modelo de desarrollo económico que es el tema de fondo para superar la perversidad del maltrato. (De Currea-Lugo; op.cit)

**"...tú haces todos los cursos habidos y por haber de habilidades blandas, pero si tienes un sueldo como las weas toda tu vida, a pesar de que tengas todas estas aptitudes para poder contestar, para poder llevar una conversación, lo que prioriza dentro de tú sentir es lo que pasa en tu casa. Entonces puedes dar un montón de herramientas, pero si las condiciones laborales no cambian la satisfacción usuaria no va a cambiar"**  
(Profesional Dirigente gremial)

Por consiguiente, la satisfacción es una idea, un estado que tiene la cualidad de ser transversal y continúa, circular. Es decir si no existe satisfacción en uno de los ámbitos o climas en los que se desarrolla la vida hospitalaria se ven afectados siempre de alguna manera, los ámbitos colindantes. Tiene la propiedad de un sistema en cuanto al nivel de interconexión permanente e influyente entre las individualidades y organizaciones que son parte de una institución.

Las respuestas obtenidas en el análisis del grupo de discusión a este punto confluyen en que se trabaja y se hace muchas veces lo posible para lograr la satisfacción, pero los intentos se topan o desgastan con las fallas estructurales que son impedimentos que complejizan la situación, y además muchas veces invisibilizan las acciones que individualidades o servicios completos realizan en pro del paciente, sus familiares y acompañantes.

**"...el gran problema que se tiene con los usuarios son en relación a las esperas, es decir, a la demora en la toma de horas, en las listas de esperas, etc. A esto se deben muchos de los reclamos, o sea, no es porque**

**el funcionario atiende mal, sino que es un problema estructural." (Grupo focal N°1 con Multigremial)**

Se presencia una lógica absurda en que indicadores y estándares bailan sueltos en una pista de carrera contra el tiempo, lejana a la necesidad objetiva y subjetiva de pacientes, familiares y funcionarios/as de la salud:

**"El Ministerio te manda a ti a atender por 15 minutos a un paciente, porque te dicen el estándar son 4 pacientes por hora, en 15 minutos qué hablas tú con un paciente, cómo tú descubres lo que tiene, independiente de que haya ayuda de radiografías, exámenes, en 15 minutos no te alcanza a decir todo lo que le pasa. Entonces difícilmente tu puedes entregar una prestación adecuada. Y los médicos que se dan un poco más de tiempo, los aprietan por otra parte, entonces a mi juicio no se puede cumplir con el estándar que existe hoy día" (Profesional Unidad Satisfacción Usuaría)**

Por esto viene al caso hacerse la pregunta, ¿qué entendemos por trato digno? ¿Es tratar con dignidad atender sólo por quince minutos a una persona que está en un estado de vulnerabilidad? Estos cuestionamientos surgen en funcionarios/as que se desempeñan en el ámbito clínico y en específico en la Unidad de Satisfacción Usuaría por lo que se hace una evaluación crítica al sistema en que se contraponen las expectativas con las que vienen los/as pacientes y usuarios/as con lo que el sistema de salud público es capaz de ofrecer por directrices políticas. Dicho de paso políticas que operan en la lógica de rendimiento cuantitativo en vez de cualitativo, dejando en tercer o cuarto plano el principio de dignidad hacia la persona.

Este maltrato o vulneración es tanto para los/as pacientes y usuarios/as externos como para los internos/as. Es un modo de opresión sentir limitaciones de directrices estratégicas, fiscalizaciones de las jefaturas y escasez de recursos humanos e insumos, más aún en un contexto donde está en juego la vida humana. Se manifiesta una percepción que es crucial para este análisis y que es parte de los hallazgos de esta investigación y es la desprotección de los/as funcionarios/as o un estado que es común dentro de la institución el cual es de opresión o necesidad. Ellos/as son entre otros roles la cara visible del sistema de salud y por lo mismo se enfrentan a hostilidades permanentes producto del estado de discapacidad o deterioro (Franco; op.cit) en que se encuentra la salud pública.

Se entiende que en el HSJD se intenta lograr la satisfacción, que es un concepto que está integrándose en el quehacer de funcionarios/as y en las reflexiones de la comunidad organizada. Los/as entrevistados/as concuerdan en que la satisfacción como dice Hernández (op.cit) es una evaluación, un juicio transitorio que se construye por la manera en que se da respuesta a necesidades concretas de atención y a necesidades emocionales.

La percepción sobre satisfacción usuaria es como lo plantea Pezoa (op.cit (a)) una evaluación acorde a las expectativas, a las necesidades y al contexto social. Además, en el análisis de los discursos vemos que está implícito el enfoque de derechos mediante los deseos de rescatar la dignidad humana (Naciones Unidas; op.cit) que es vulnerable por las carencias del sistema público.

## **2. SEGUNDA CATEGORÍA: Valoración de la satisfacción usuaria**

En esta categoría se identifican tópicos que ordenan los puntos en los que se identifica la relevancia de la satisfacción usuaria, los cuales tienen relación con el

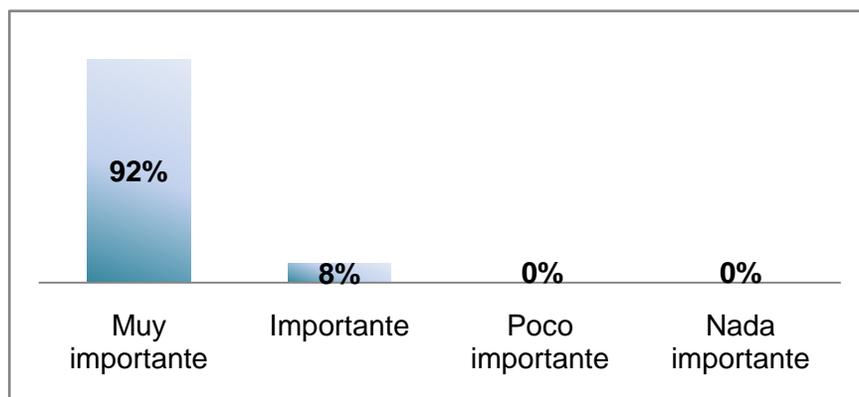
reconocimiento de los avances que en la institución se han visto en cuanto al confort y a la visibilización de la OIRS principalmente.

Además se describe la mediación que los/as funcionarios/as hacen entre el usuario/a y el sistema de salud, mediante habilidades blandas y la vocación de servicio público.

A continuación se presenta de manera gráfica la importancia que otorgan a la satisfacción usuaria quienes fueron entrevistados/as.

**Gráfico N° 1**

**Importancia otorgada a la satisfacción usuaria**



Fuente: Investigación directa

Se observa que el 92% de la muestra afirma que la satisfacción usuaria en la atención de salud es muy importante y el 8% restante la considera importante. Lo que se puede interpretar como la confirmación de que es un campo de preocupación y ocupación para quienes componen la comunidad del HSJD, tal como se verá a continuación en los siguientes tópicos.

## 2.1 Tópico N° 1: Positiva trayectoria.

La totalidad de los entrevistados/as, que en su mayoría alcanzan los 10 años de servicio, consideran que existe un avance en la institución en cuanto al confort y al manejo de algunas necesidades y situaciones de vulneración.

**"Hay un salto sideral desde el punto de vista de la comodidad... uno ve el CDT con sillas individuales, con comodidad, con llamadores automáticos, comparado con las salas frías de Versalles, donde estábamos en un comienzo, las personas no tenían ninguna comodidad de ninguna especie, ninguna. A mí me tocó la época en que las personas tenían que partir con la sábana bajo del brazo cuando se hospitalizaban, tenían que traer el papel para secarse las manos, no había nada de nada, tiempos de escasez horrible comparado con lo que hay ahora." (Médico Jefe de Unidad)**

La percepción general es que el desarrollo por la mejora en la atención del usuario se ha ido consolidando en el HSJD en gran parte por el trabajo de la OIRS, que da respuesta a todos los reclamos presentados por los/as usuario con una carta formal, explicando la situación según los antecedentes entregados por los/as funcionarios implicados y su jefatura correspondiente. Por ende hay entre los/as funcionarios una mayor visibilización de las situaciones de insatisfacción.

**"En general se ha instalado el tema de satisfacción usuaria en el hospital, los funcionarios lo tienen como más palpable es decir, se han preocupado de no ejercer ninguna acción que vaya en contra de lo que**

**tiene que ver con el paciente."** (Médico Jefe de Subdirección)

Es importante agregar que la satisfacción usuaria es relacionada constantemente a un ideal colectivo, y que independientemente de que ahora se defina conceptualmente, siempre ha existido la búsqueda por construir mejores relaciones laborales, humanas y de atención.

2.2 Tópico N°2: Se requiere del vínculo para la comprensión del otro.

Una propiedad de la atención de salud que aparece en la descripción de la satisfacción usuaria es el interés por el otro. Es una actitud que para los/as entrevistados/as es necesaria en el servicio de la salud y que se relaciona directamente con el trato digno. Como anteriormente se comentó, el trato tiene dos manifestaciones en el análisis, la primera se encuadra en los límites por la disponibilidad de atención. La segunda es una dimensión de nivel intrapersonal que es valiosa en el significado de la satisfacción usuaria y que tiende a equilibrar la balanza en el sentido de las responsabilidades por la insatisfacción con el sistema de salud, y que no se puede desconocer pues no es interés de la investigación caer en una victimización de los/as funcionarios/as pues ellos/as también lo reconocen y perciben como una contradicción.

**"hay profesionales que son muy amables, muy amables, otros son un poco déspotas, como que no les interesa atender a la gente, o los atienden a veces de malas maneras."** (Funcionaria Auxiliar)

El CCU se posiciona con una actitud de colaboración ante estas dificultades que ellos observan desde su posición de usuarios/as y voluntarios/as de la comunidad

San Juanina. Vinculan su quehacer totalmente con la satisfacción usuaria, con el rol de representación de quienes son más vulnerados por la estructura del sistema y coinciden en que existe diversidad en la formas en que se desarrolla y manifiesta la satisfacción usuaria en el HSJD, fundamentalmente por la cantidad de servicios y las frecuencias con las que ven a sus pacientes es que pueden coexistir realidades tan diferentes como lo expresa esta cita:

**"A algunos servicios uno puede ir con una actitud de que vas a exigir o recibir tu derecho a la salud, en otros uno siente que casi tiene que pedir por favor que lo atiendan"** (Grupo focal N° 1 CCU)

Esta comparación la expresan describiendo el servicio de rehabilitación en el cual el trato es amable y cercano porque se logra un vinculo entre funcionarios/as y usuarios/as externos/as debido a que los tiempos de tratamiento son más intensos en cuanto al número de visitas y a una interacción más personalizada, lo que permite un reconocimiento entre las personas que son parte del proceso de atención.

Quienes trabajan en atención directa y reconocen el valor de las habilidades blandas hacia el usuario, asocian la escucha activa con una ayuda real para el/la paciente o usuario/a. Es uno de los puntos más subjetivos de la satisfacción usuaria, cuando de alguna manera no se le da una solución concreta al paciente pero este de todas maneras se va satisfecho o conforme con la atención es posible apreciar una verdadera mediación entre estructura y usuarios/as

**"A veces uno no le soluciona nada, pero sólo con escucharlo, la gente se queda contenta. Muchas veces pasa eso. Yo le digo a las chiquillas (compañeras de trabajo) esto es el muro de los lamentos. Hay personas que no hacen ningún papel, sólo vienen a decirme algo, y yo les converso y les explico y la**

**gente se va tranquila"** (Administrativa Unidad de Satisfacción Usuaría)

Como se señaló anteriormente, empatizar o reconocer las situaciones por las que pasa el usuario externo genera reacciones o motiva a cuestionar la ejecución mecánica de las funciones de la comunidad San Juanina a lo menos en el ámbito discursivo:

**"A veces uno no tiene mucho tiempo, pero ese escaso minuto que le está dando a la gente, yo creo que colabora de una manera súper importante en la recuperación de ellos, porque en el fondo no se sienten como "presas", que es algo de lo que nosotros somos súper responsables en el sistema de salud. Nosotros no vemos a un Hugo Delgado por ejemplo, sino que vemos a un riñón o a un enfermo de próstata, en cambio cuando tú le dedicas a la gente unos minutos para conversar de la vida, ellos se vuelven a sentir personas"** (Profesional Unidad Satisfacción Usuaría)

Por ende ante la visualización y el reconocimiento de este tipo de situaciones es que la satisfacción usuaria se vuelve más transversal, por sus componentes que de alguna forma son atributos que aplacan o intentan subsanar o evitar estas lógicas alienantes. Es en este punto donde el cuestionarse y darse el tiempo de ver a la otra persona con su contexto particular, que además vive momentos de más dificultades que una persona que goza de salud, es una intención que puede terminar en una acción enmarcada en el proceso y que demuestra resultados. (Aludiendo a la composición de Donabedian de estructura, proceso y resultados). La satisfacción usuaria es valorada por la relación y el vínculo con el otro.

### 2.3 Tópico N°3 :Vocación de servicio público

Además se suma la significación de ser funcionario del sistema público lo que considera que su quehacer profesional y/o laboral está en las personas, en las necesidades de salud de la población nacional más vulnerada correspondiente a los estratos socio económicos más bajos. Lo que moviliza o incide en factores motivacionales para otorgar satisfacción al usuario externo. Esto es identificado tanto por funcionarios/as como por el CCU.

**"Lo más importante es que el paciente salga satisfecho de todas sus preguntas e inquietudes, para eso el personal tiene que tener vocación, porque si te atienden mal uno sale peor, y si a uno lo atienden bien todo es distinto."** (Representante de la directiva CCU)

La hospitalización es un proceso que mayoritariamente se vive con algún grado de ansiedad o angustia por parte de los/as pacientes. Todos/as los/as entrevistados/as en algún momento señalan o grafican el estado de vulnerabilidad que se vive como usuario de una institución de salud. Por lo general al conversar sobre el servicio hospitalario resaltan las observaciones de este tipo y surgen en los discursos afirmaciones empáticas hacia lo que vive el paciente y sus familiares o acompañantes.

Para quienes se vinculan en trato constante con usuarios es más fácil identificar las situaciones por las que pasan las personas que requieren de atención del sistema de salud. De alguna u otra manera aunque la función que deban desempeñar sea muy administrativa o de oficina por decirlo de algún modo, está presente la distinción de la situación de vulnerabilidad de los usuarios, lo que permite que se valore más el trabajo y la acciones que contribuyan a ayudar a quien se acerca a interactuar con ellos/as.

**"No se puede desconocer los esfuerzos sobre humanos que se hacen como establecimiento respecto a la salud. Si lo extrapolo a las distintas profesiones que aquí accionan, sería muy fácil irse al ámbito privado, vivir allá con toda esa tecnología de punta, con horario establecido, con sueldo doble. Y olvidarse de esta otra parte, y no aproblemarte porque de repente es súper desgastante, súper frustrante lidiar con todo este problema que te aplasta esta estructura aplastante, pero creo que el derecho a la salud es un derecho inalienables, que alguien tiene que velar por aquello. Se trata de hacer, con las mínimas herramientas, financieras, estructurales y casi sociales y psicológicas (Jefa de Unidad)**

La alta valoración que se le otorga en las entrevistas a la satisfacción usuaria tiene relación para quien suscribe con lo violento que es el sistema de salud. Con la deshumanización a la que se puede llegar en ocasiones dentro de una institución de salud. Todo se desarrolla en una dimensión de relaciones humanas constantes y en ellas se aprecia notablemente las deficiencias del sistema estructural. Adquieren relevancia las formas de relación y las costumbres o normas que forman la cultura de la organización.(Schvarstein; op.cit) De varias maneras en el análisis del significado de satisfacción usuaria se devela que son los/as funcionarios públicos quienes están forzados a paliar de alguna manera las carencias y contradicciones estructurales que inciden directamente en la satisfacción de salud.

**"Que todos en el fondo se sientan bien trabajando acá donde están, que tengan satisfecho el ser parte de acá. Porque acá uno tiene que compartir y socializar con todo tipo de personas , con la familia del**

**paciente, entonces si alguien no está satisfecho, va a poner un reclamo y eso genera controversia, entonces uno tiene que estar trabajando bien." (Profesional Servicio Pediatría)**

A continuación se intenta explorar en los fenómenos que sucederían si las condiciones para una satisfacción usuaria ideal existiesen. Se presenta el resultado en una jerarquización producto de la medición de la moda, siendo el valor 1 la moda más alta y el valor 6 la más baja.

### **Cuadro N° 7**

#### **Resultados de una buena satisfacción usuaria**

Reconocimiento laboral	2
Empoderamiento	3
Mejora del clima laboral	4
Incremento del nivel propositivo e innovador	5
Ejercicio de la política de salud vigente	6
Otros	7

Fuente: Investigación directa.

Con el cuadro se aprecia que el reconocimiento laboral, el empoderamiento y la mejora del clima laboral, serían procesos que se vivirían en el HSJD si se contasen con las condiciones estructurales para entregar un servicio de salud acorde a las expectativas de usuarios/as internos/as y externos/as.

Para finalizar el capítulo señalamos que la lógica discursiva que subyace en las categorías analizadas y que permiten comprender el concepto se pueden sintetizar en dos ideas, las cuales son "me satisface satisfacer" y "todos/as somos

usuarios/as del sistema". Estas lógicas discursivas más románticas y con mayor sentido de pertenencia no se encuentran identificadas como categorías de los estudios de la Superintendencia (op.cit), lo que se explica por ser este un estudio sobre las perspectivas de quienes son parte del hospital y que tienen un interés por contribuir en su mejora. Hay un sentido en los discursos de los/as funcionarios/as que visibiliza las problemáticas sanitarias y que las entiende como un problema a nivel nacional porque considera al HSJD como una institución representativa e influyente en el desarrollo de la salud pública (www.hsjd.cl; op.cit).

De todas maneras la correspondencia con los estudios nacionales está en lo que para esta investigación es el valor que tiene el concepto de satisfacción usuaria el cual se empalma con lo identificado como trato digno (Superintendencia; op.cit) para los/as usuarios/as del sistema de salud. La relación más evidente es que es el interés por el otro lo que permite una mejor satisfacción usuaria, el interés por los usuarios/as externos como por los pares internos. Y que va más allá del uso de los protocolos o la normativa de la Ley de Derechos y Deberes sino que tiene que ver con dejar de continuar cosificando al otro, es decir con una dimensión humana que sobrepasa a lo solamente emocional, sino que es la validación del otro como persona integral. (Pezoa; op.cit, (c))

La valoración por la satisfacción usuaria tiene relación con la necesidad de visibilizar y hacerse cargo de las hostilidades del sistema, que existen tanto para los/as usuarios/as externos como internos/as. Por esto la contención que se puede otorgar mediante el trato, el confort, el respeto y la diligencia a las carencias de bienestar y protección sanitaria, son cruciales para la dignidad de quien se relaciona con el sistema público de salud y que requiere del ejercicio de su derecho a la salud que en múltiples ocasiones no se lleva a cabo.

## CAPITULO V

### PRINCIPALES PROBLEMAS Y PROPUESTAS EN SATISFACCIÓN USUARIA

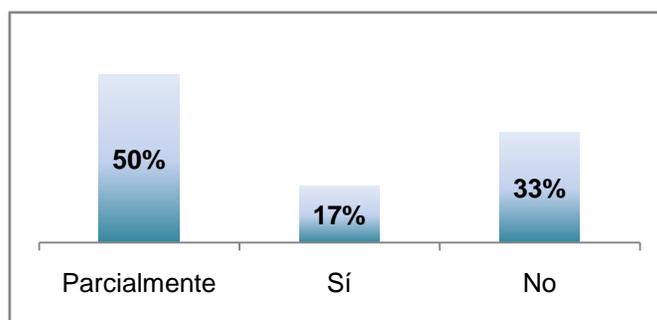
En este capítulo se describen los problemas y la insatisfacción usuaria en la realidad del HSJD profundizando en algunos tópicos que se preguntan por los derechos en salud y las tendencias de la cultura médica. Algunas de las repercusiones de la descoordinación dentro de la organización son descritas a continuación para luego finalizar con propuestas sugeridas en tópicos relacionados a la satisfacción usuaria.

#### 1.-PRIMERA CATEGORÍA: Necesidades organizacionales y problemas estructurales.

Para comenzar se presenta la percepción de los/as entrevistados/as respecto al cumplimiento de expectativas de satisfacción usuaria en el siguiente gráfico.

**Gráfico N° 2**

#### Cumplimiento de la satisfacción usuaria



Fuente: Investigación directa

El 50% cree que se cumple parcialmente con las expectativas de los/as usuarios/as externos. El 33% considera que no se cumplen las expectativas y quienes creen que sí se cumplen son sólo un 17% de los/as entrevistados/as.

Para identificar los problemas más significativos en la atención con usuarios/as externos/as, se solicitó a los/as entrevistados que jerarquizaran dentro de cinco problemas que surgieron del trabajo de campo con los grupos focales, integrando la posibilidad de reconocer otro que no esté como alternativa.

A continuación se presenta el resultado de la jerarquización producto de la medición de la moda. Siendo el valor 1 la moda más alta y el valor 6 la más baja.

### Cuadro N°8

#### Problemas del servicio de salud

Tiempos de espera	1
Falta de recursos e insumos	2
Descoordinación entre los servicios	3
Desinformación	3
Maltrato por parte de los/as funcionarios/as como de los/as usuarios/as	5
Otros	6

Fuente: Investigación directa.

Según la información obtenida en el cuadro los/as funcionarios/as y la Comunidad Organizada consideran que los problemas más importantes en la entrega del servicio de salud son en primer lugar y con mayor valoración los tiempos de espera, luego continúa la falta de recursos e insumos y en un tercer lugar la descoordinación entre los servicios del hospital- CDT, en conjunto a la desinformación.

Posteriormente encuadrándonos aún más en lo específico de la satisfacción usuaria, se pregunta a la muestra de entrevistados/as por los problemas que más influyen en el nivel de satisfacción de los/as usuarios/as externos. Los resultados se presentan al igual que en la pregunta anterior en modas, siendo el valor 1 la alternativa más alta y en este caso el valor 8 la más baja.

### Cuadro N°9

#### Problemas en la satisfacción usuaria

Sobredemanda	1
Falta de recursos	2
Indiferencia y bajo compromiso de los/as funcionarios del HSJD	4
Problemas en los canales de comunicación e información	4
Desconfianza de los/as usuarios hacia los/as funcionarios del HSJD	6
Agresividad de los/as usuarios	6
Falta de capacitación en habilidades blandas	7
Otros	8

Fuente: Investigación directa.

El cuadro manifiesta que la sobredemanda es el problema que de mayor manera incide en la satisfacción usuaria. Como segunda variable importante aparece la falta de recursos. Luego la moda se dispersa un poco - en comparación a los dos primeros lugares-, en las variables indiferencia y bajo compromiso de los/as usuarios/as internos y problemas en los canales de comunicación e información. A estas les sigue la desconfianza de los/as usuarios/as hacia los/as funcionarios/as

del HSJD, la agresividad de los/as usuarios/as y en último lugar la falta de capacitación en habilidades blandas.

En la opción otros cabe destacar que como primera prioridad surgieron las variables; despreocupación del Estado por su gente y falta de fiscalización al equipo de guardias. También es relevante mencionar dentro de la misma opción y como segunda prioridad la necesidad de una mayor comprensión y compromiso por parte de las jerarquías hospitalarias respecto a las políticas públicas de satisfacción usuaria.

Con ambos cuadros expuestos apreciamos que los problemas más prioritarios a nivel de importancia e incidencia, escapan a las capacidades y posibilidades de acción de quienes conforman la comunidad San Juanina. Ahora a continuación se describirán los ámbitos en directa relación a la organización hospitalaria.

#### 1.1 Tópico N°1: Descoordinación entre usuarios/as internos/as y poca claridad hacia los/as usuarios/as externos

Describir características de la organización interna y de cómo esta se encuentra con la satisfacción usuaria es crucial para comprender las perspectivas de insatisfacción que son compartidas por los/as funcionarios/as y la comunidad organizada. El HSJD es de alta complejidad por lo que cuenta con un gran número de especialidades en atención ambulatoria y hospitalaria lo que significa para su práctica de gestión una alta exigencia en el nivel de coordinación entre las unidades ya que a su vez, como veíamos en el marco referencial, cuenta con servicios de imagenología, farmacias, laboratorio y otros.

**"Los médicos mandan a la gente a rayo por ejemplo y luego ... pasa el tiempo y le dan hora más adelante**

**pero luego no tiene hora para que el doctor lo vea, y los exámenes pierden validez. No hay coordinación."**  
(Representante Directivo CCU)

Además de identificar la descoordinación como problema, la mayoría le asigna una relación con el desconocimiento de los/as mismos/as funcionarios/as sobre el funcionamiento de cada servicio.

**"Hay falta de información de los funcionarios a veces para poder atender mejor, y yo pienso que hay una descoordinación de los servicios"** (Administrativa Unidad de Satisfacción Usuaría)

También la falta de recursos humanos y de médicos en particular es un factor para que a la descoordinación además se le sume una manifiesta sensación de incertidumbre y abandono de los pacientes hospitalizados.

En los grupos focales con representantes gremiales se problematiza con ejemplos concretos la cadena de comunicación y calidad de información que recibe el paciente, siendo frecuente por ejemplo, que las indicaciones dadas por el médico sean transmitidas a las enfermeras, luego a los técnicos y al final llega como recado a las auxiliares, a quienes se les da la responsabilidad de informar al usuario. Mal hábitos de este tipo ocurren en la interacción entre roles del equipo de salud, lo que repercute directamente en la satisfacción de los/as usuarios/as externos e internos pues siguiendo con el ejemplo, no es responsabilidad del auxiliar dar esa información de crucial importancia para quien está siendo atendido.

**"No siempre los pacientes encuentran al médico adecuado, es decir, está de turno un doctor, pero el que lo hospitalizó fue otro entonces no lo viene nunca"**

**a ver. Entonces hacen esperar al paciente. Se podría lograr una coordinación entre el médico tratante, el que lo ingresó a hospitalización y los médicos que están, porque si no se genera una desinformación donde nadie asume." (Profesional Servicio Pediatría)**

La descoordinación pareciese ir de la mano de una difusa designación de responsabilidades o desconocimiento de lo competente a cada cargo es decir, a nivel de estructura general se extraña un conocimiento masivo e incorporado de sus participantes de lo que compone un trabajo en equipo que está en función del servicio a un otro.

**"...la distribución de tareas no está bien desarrollada, ni por cargo ni por unidad, los estamentos se entorpecen y esto aumenta aún más con la falta de recursos con las que se tiene que trabajar." (Grupo focal N°2 Multigremial.)**

**"No hay ordenamiento jerárquico, preocupación por el trabajo del otro ni respeto por el trabajo del equipo. Las enfermeras por ser universitarias están empoderadas como jefas, creyendo que tienen "a sus trabajadores", lo cual está fuera de todo foco de trabajo constructivo y respetuoso" (Profesional Dirigente Gremial.)**

Es posible identificar que los obstáculos para conformar un trabajo de equipo más equitativo y democrático, tienen relación a las interferencias en la comunicación y en el modo de interacción de las jefaturas con sus funcionarios/as en el sentido de que se desconocen los criterios por los cuales se designan y distribuyen las responsabilidades dentro de los equipos. Además se suma la necesidad de correlación en la capacidad para responder las demandas fluctuantes tanto de la burocracia central como de las contingencias de la realidad sanitaria.

"No es que las jefaturas estén perdidas, pero si las necesidades son cambiantes, y si yo hoy día estoy cumpliendo con el estándar PQ por ejemplo y mañana me vienen con un apremio en el ministerio porque hay que rendir en otras cosas vamos a dejar de hacer otras tareas, y entonces el jefe se tiene que enterar de que estamos dejando de hacer cosas por esto otro. Por ejemplo yo estoy viniendo los sábados y mi jefa no lo sabe, no sabe que me están faltando horas del día para cumplir con todo, en algún momento lo va a tener que saber" (Profesional Unidad Satisfacción Usuaría)

En relación a la idea de necesidad de crear estilos de comunicación más cercana y directa entre el paciente, médico y familiares los gremios opinan que la mayor parte de la responsabilidad en torno a este punto, es del médico. Primero que todo concuerdan en que es el médico quien debe entregar la información más importante para el paciente y la familia y por otro lado se reconoce además como un problema de gestión, que el sistema de visita de los médicos está mal diseñado y ejecutado.

Ayudando esta idea se hace notar la falta de conocimiento respecto a las responsabilidades y labores de cada rol.

## 1.2. Tópico N°2: Vulnerabilidad y pérdida de derechos

En el contexto en donde la satisfacción usuaria toma más sentido es en la hospitalización, porque estar hospitalizado/a implica para la persona someterse a una institución con reglas establecidas y rígidas, y en un estado de vulnerabilidad y dependencia hacia personas con las cuales uno prácticamente no tiene ningún

vínculo y, es una interrogante la posibilidad de establecer alguna relación con grados de confianza. Los hospitales son el escenario en el que de todas las maneras se depende de un otro, tu vida depende del quehacer de otras personas. Este es el nivel de complejidad de las relaciones e interacciones que se cruzan en la hospitalización y/o en el Servicio de Urgencias que se relatan en los grupos focales.

Un médico con años de servicio grafica lo que se vivía en el hospital hace años atrás de la siguiente manera:

**"...hospitalizarse para mí era entrar en un régimen carcelario. Carcelario significa que tu vas a un lugar donde pierdes todos tus derechos civiles, todos. Tu vas a un hospital entras tienes que quedarte adentro, no puedes salir ni te puedes mover si no te lo dicen, no puedes comer lo que no te dicen. Régimen carcelario, visitas a una hora, y si estaba un minuto antes un minuto después, fuera!.." (Médico Jefe de Unidad)**

Esto es relacionado por los/as entrevistados/as al igual que la pérdida de intimidad a que el sistema médico tiene la tendencia de cosificar al ser humano, es decir que ve a la persona como partes o áreas de estudio. Esto se vuelve una vulneración cotidiana a la dignidad de los/as pacientes cuando por ejemplo son tratados como objeto de estudio para grupos de estudiantes de medicina que pasan visita con sus médicos docentes. Ha sido difícil corregir o contrarrestar la inercia de la cultura de la especialización que ve al ser humano como partes cada vez más separadas entre sí.

**"Está el problema eterno del desglose de las cosas, a ti como persona el médico te desglosa, te trata de un hombro, de una rodilla, o de un apéndice, es cosa de**

pasearse por el hospital y escucharás, quién está en la cama dos, y te dicen el guatón de la apéndice, no pues, don Sergio está en la cama dos, don Sergio que tiene un problema de apendicitis y está gordito, y dentro de ese desglose pasa lo mismo con la salud en general, todo es salud, nosotros somos seres complejos y completos y no nos podemos desglosar en partes, ni de mente ni físicamente." (Profesional Dirigente Gremial)

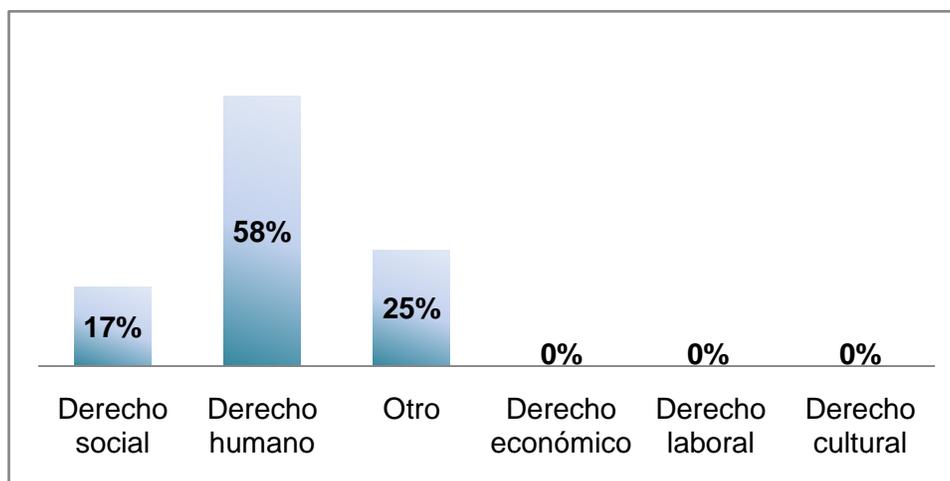
"Existe entre los pacientes una gran sensación de abandono, lo cual es muy fuerte por la grandeza de la palabra. No se ve gente trabajando, hay 1 técnico para 20 pacientes." (Grupo focal N° 1 CCU)

La falta de infraestructura adecuada expresada en el número de pabellones, de camas, y la precariedad del servicio de Urgencias, son problemas mencionados frecuentemente como limitaciones materiales difíciles de sobrellevar. A su vez el trato otorgado busca ser más humano, es decir el esfuerzo por mejorarlo se aprecia en los discursos y como se presentará a continuación el derecho a la salud como derecho humano es reconocido.

Se decide integrar en el análisis la concepción del derecho a la salud que la muestra de estudio manifestó, porque consideramos que para describir propuestas se requiere un encuadre en cuanto a base y norte y los derechos son un norte claro. Por esto a continuación se presenta un gráfico que contribuye con información sobre la interpretación del derecho a la salud en el HSJD.

### Gráfico N° 3

#### Derecho a la salud



Fuente: Investigación propia.

Es posible apreciar que para un 58% de los/as entrevistados la salud es un derecho humano, para un 17% un derecho social y el restante 25% lo define como la sumatoria de todos los derechos mencionados.

Dentro de las otras respuestas se encuentra la reflexión de lo profundo que ha calado la tendencia por desglosar los fenómenos a tal punto de disgregar y desproveer a la persona de su integridad. El derecho a la salud es necesariamente un todo que tiene como principal objetivo la protección de la complejidad del ser humano y su forma de abordar dicho objetivo, incluye todo un proceso que se ve como parte de la dignidad de un ser humano.

Las siguientes citas responden a percepciones sobre el motivo por el que no cumplen con la entrega del derecho a la salud

**"...lamentablemente no se alcanza a cumplir para todos, eso, se cumple pero no para todos, porque no**

podemos, no damos abasto, si tuviéramos más médicos, podríamos, demás pero como nos faltan tantas cosas, médicos, pabellones, si se pudieran mejorar esas cosas, podríamos. Por cosas externas no cumplimos en un 100% con el derecho a la salud." (Administrativa Unidad de Satisfacción Usuaría.)

"Porque estamos sobreexplotados, porque aquí la atención es más de un millón doscientas mil personas y tenemos un déficit de camas gigante, y el hospital está colapsado todo el día, aparte de eso tenemos un déficit presupuestario cototo y nos aparece el fantasma de la deuda hospitalaria constantemente por lo mismo, eso hace que sigan estresando a los funcionarios y que sigan trabajando en las mínimas condiciones, para poder sacar la tarea adelante, y eso hace que los jefes te exijan sin pensar en ti como ser humano, simplemente pensando en los indicadores, parámetros y metas." (Profesional Dirigente Gremial)

En los grupos focales se plantea que para abordar la satisfacción, el HSJD y el Estado se debiese hacer cargo de las necesidades concretas como son los insumos. Esto se ejemplifica con situaciones que se viven en servicio de urgencia, en donde por ejemplo en ocasiones no hay autoadhesivos para rotular adecuadamente sueros, medicamentos o muestras. La falta de recursos es reconocido como un problema estructural primordial al igual que la baja planta de recursos humanos. Estos son puntos que ha estado al debe en la salud pública y que se han agudizado con la libertad de la empresa privada. El Estado no otorga los recursos necesarios para cubrir las necesidades de la población que vive en las comunas que son designadas a la cobertura del recinto hospitalario. Tampoco se consideran los estudios demográficos, epidemiológicos, que caracterizan a la

población y comunidades con sus propias relaciones y lógicas de vida que siempre inciden en la salud y la calidad de vida.

### 1.3 Tópico N°3: Desprotección e insuficiencia de recursos humanos.

El HSJD es un hospital docente asistencial por el cual por años han pasado estudiantes de medicina. Ha sido la escuela práctica de generaciones de médicos generales y especialistas principalmente de la Universidad de Chile. El proceso de formación y aprendizaje es parte de la cotidianidad del hospital. Los estudiantes están en permanente interacción con trabajadores con años de carrera funcionaria y algunos con reconocida experiencia médica.

Es por esto que la escuela o estilo de formación que se genera en el HSJD es valorada en el rubro de la salud, porque es aprender la medicina desde el valor y rigurosidad del conocimiento que se desempeña sin la ventaja o colaboración de tecnología de punta.

Pero la variable económica se cruza en la lógica del bien común y los/as estudiantes que en parte se forman en el hospital y que tienen como profesores funcionarios públicos, en su mayoría no se quedan trabajando en el ámbito público. En el ámbito privado la circulación y los montos de honorarios y salarios son mucho más altos. Y las lógicas de vida y atención son muy distintas a lo que se vive en salud pública.

**"Nuestros mismos alumnos que preparamos se nos van a la privateria porque tienen un estímulo de remuneración. Se nos van y no tenemos como retenerlos para que se mantengan acá. Un incentivo para que queden acá en el sistema público y sigan trabajando**

aunque sea para reemplazos." (Profesional Servicio Neonatología y Representante Gremial)

"La rotación del personal, eso tiene que ver con el hecho de que nosotros si bien somos un hospital docente asistencial, tenemos mucha gente que se queda 2 años, 3 años a lo sumo y se van al área privada, llevándose toda la experiencia que han adquirido, pero además, porque nosotros no somos capaz de retenerlos por sueldo ni por regalías. No tenemos ese atractivo que tiene la empresa privada. Y es como cuando formas un becado, él aquí aprende, mejora todas sus habilidades y después se va a al sistema privado. Pero en concreto aquí hizo la mano, experimentó con la gente nuestra y aquí aunque suene feo, echando a perder se aprende, porque en la parte privada nunca van a hacer lo que hicieron acá ni van a ganar la experiencia que ganaron acá." (Profesional Unidad Satisfacción Usuaría)

Además de las necesidades a causa del bajo número de planta de profesionales, se percibe que la descoordinación antes señalada entre los servicios se relaciona con el sentimiento de desprotección del usuario/a interno/a.

"nosotros hemos crecido tanto que no nos conocemos entre nosotros, no tenemos ese sentido de pertenencia, eso nos falta" (Profesional Servicio Neonatología y Representante Gremial.)

Un aspecto fundamental que es identificado como un problema país, porque todos los estamentos comentan que es un fenómeno que sucede en otros servicios, es el problema desestabilizador que produce la inasistencia de funcionarios/as

justificadas con licencias médicas. Porque la baja planta en recursos humanos impide que los reemplazos sean efectivos y bien remunerados por lo que al fin de cuentas los reemplazos lo realizan los mismos compañeros/as de servicio que resultan sobreexplotados. Se genera un círculo vicioso de maltrato laboral que se grafica muy bien en la siguiente cita.

"Quiénes faltan , quiénes se enferman por ese estrés laboral, son reemplazados pero por gente del mismo hospital. O sea es un círculo vicioso, entra uno que no estaba cansado, se cansa porque el otro se cansó y así suma y sigue y nos vamos reventando entre nosotros mismos, y eso es por la brecha de recursos humanos, en este hospital falta mucho por cubrir... Imagínate que nosotros como servicio de salud occidente tenemos una producción tres veces más que la clínica Las Condes y trabajamos con la mitad de personal proporcionalmente hablando más o menos, y con un tercio de recursos. Es descabellado..." (Profesional Representante Gremial.)

Así mismo algunas entrevistas señalan que la capacitación tampoco ha estado a la altura de lograr una continuidad en los ámbitos de desarrollo y satisfacción de áreas del hospital:

"Yo pienso que nosotros en general, los funcionarios damos lo que más podemos por satisfacer al usuario externo, pero yo veo que hay muchas falencias, falta mucha capacitación. Nosotros hemos tenido capacitaciones de atención usuaria, antiguamente cuando empezaron la ley del AUGE, la otra ley de autoridad sanitaria, nos capacitaron en atención usuaria, pero yo veo que eso, se ha dejado hace muchos

**años el no capacitar en ese sentido. No ha sido una capacitación continua, y ha ingresado mucha gente nueva, que no han discutidos estos temas que son súper importantes" (Profesional Servicio Neonatología y Representante Gremial.)**

El sentir de abandono que tiene los/as funcionarios se materializa también en políticas como no contar con un día de celebración del hospital, como era en años anteriores en donde se cortaba con anticipación la agenda de atención para que no se quedaran funcionarios/as sin participar de las actividades lúdicas y de encuentro entre compañeros/as por tener que cubrir los puestos de trabajo.

Lo planteado en esta categoría puede relacionarse con los factores de la cultura organizacional identificados por Rodríguez con los cuales Lawrence (op.cit) analiza la cultura laboral chilena. Por un lado vemos que la orientación básica, que es la manera en que se denomina a cómo se expresa la sociabilidad, se interpreta con una tendencia hacia el individualismo más que al colectivismo. Es decir, los diferentes servicios operan como unidades aisladas, lo que dificulta la coordinación necesaria para un recinto hospitalario de alta complejidad. Esta problemática la Dirección del hospital la ha traducido como solución, en una nueva Subdirección de Desarrollo Estratégico que tiene como función principal desde el año 2015 coordinar las actividades relacionadas a la información hospitalaria, a las patologías GES y a la gestión clínica.

Pero entendemos que este problema no sólo se puede abarcar desde el componente técnico o de estructura (Donabedian; op.cit.) que en este caso sería la nueva Subdirección, sino que también se requiere considerar el componente del proceso, es decir los valores que actúan en las relaciones interpersonales y en esto creemos que incide, por lo expuesto en las entrevistas y grupos focales, el sentido de responsabilidad que impera en la organización, el cual tiende a ser difuso. Como Rodríguez plantea, los/as trabajadores/as chilenos/as en su mayoría evaden las responsabilidades en el sentido de no mostrar iniciativa que implique

hacerse responsable de situaciones o condicionantes. Si no que se rigidiza a lo específico de su rol, lo que conlleva a dejar de lado sucesos necesarios para lograr el propósito de la organización y que están fuera del registro de las respuestas mecánicas. (Lawrence; op.cit)

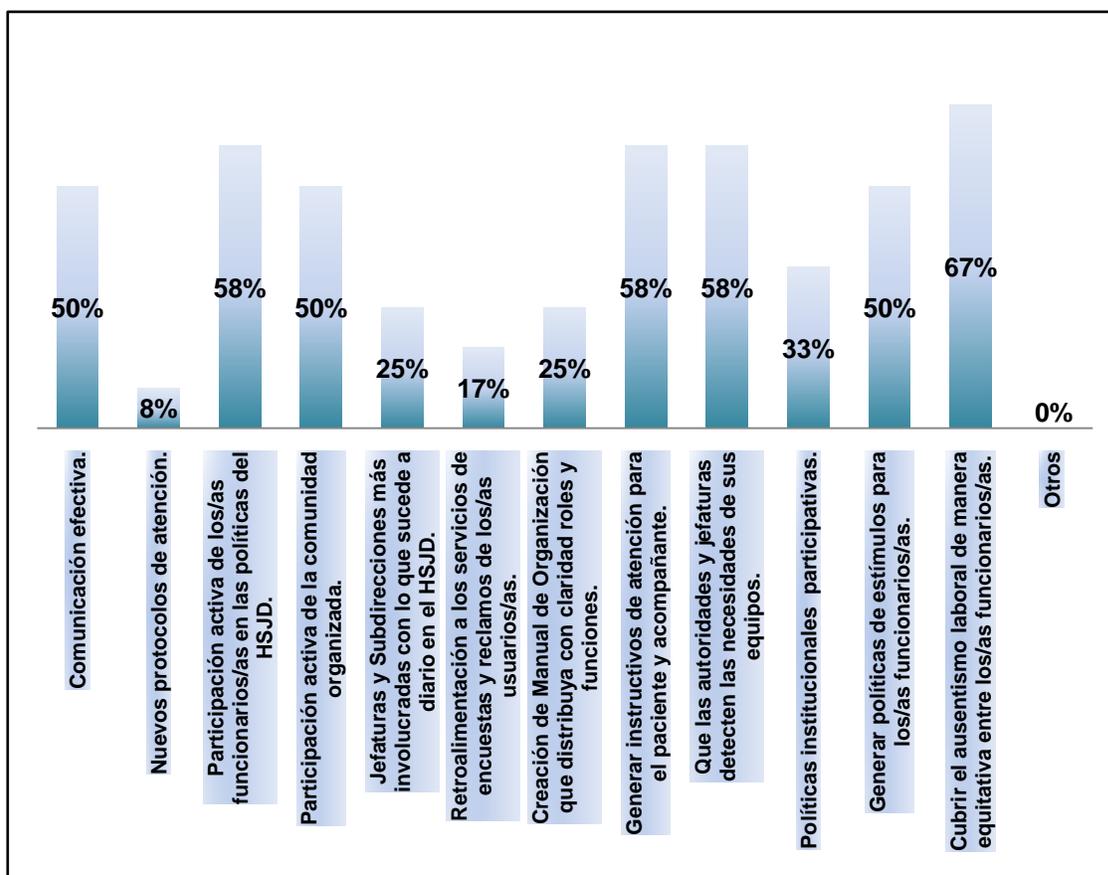
En cuanto a la vulnerabilidad y al sentimiento de abandono que los/as funcionarios/as identifican en los/as usuarios/as, se puede comentar que son fenómenos que otorgan consistencia a lo señalado por Bascuñan en su estudio sobre la relación médico-paciente en el que da cuenta que la deshumanización es en parte producto de la especialización y de la preponderancia del criterio productivo en el quehacer médico, por sobre la atención, es decir que se trabaja para atender más número de pacientes en vez de atender mejor a cada paciente. Esto último es una reacción a la sobredemanda que se vive por la deuda con la salud pública, lo que en palabras de Acuña (Essayag; op.cit) sería el resultado de los conflictos de la matriz política. El sentido humanitario inherente a la relación que los seres humanos viven o establecen con su salud y con la de su entorno, se visibiliza mientras pierde cada vez más cualidades. Por ejemplo, el trato con dignidad es una idea que se manifiesta en el sistema público por sobre todo de una manera negativa, es decir, el concepto "trato digno" ha surgido por y desde su vulneración expresada sistemáticamente en negligencias; mediante canales formales de participación como lo son los reclamos o informales como las manifestaciones y protestas públicas.

## 2.- SEGUNDA CATEGORIA: Ámbitos de mejoramiento

Para abordar propuestas concretas de mejoramiento se decidió presentar a los/as entrevistados/as, los caminos planteados en los grupos focales para que de ellos escogieran cinco y luego fundamentaran su elección profundizando y complementando las iniciativas con sus observaciones. Sin la intención de resaltar los porcentajes puesto que esta tesis no es de tipo cuantitativo, los resultados se presentan a continuación en el siguiente gráfico:

Gráfico N°4

### Ámbitos de mejoramiento



Fuente: Investigación directa.

Con el gráfico podemos decir que para la mayoría de los/as entrevistados/as (un 67%) es fundamental abordar el ausentismo laboral de una manera más equitativa. Coinciden como elección en un 58% los puntos de participación activa de los/as funcionarios/as en las políticas internas de hospital; la idea de generar instructivos para pacientes y acompañantes en los que se informe el funcionamiento y recomendaciones principales de cada servicio y; la iniciativa de que las autoridades y jefaturas detecten a tiempo las necesidades de sus equipos. Las ideas de trabajar para lograr una comunicación más efectiva, una participación más activa de la comunidad organizada y generar políticas de estímulo para funcionarios/as tuvieron un 50% de aprobación.

El valor que le otorgan a estos ámbitos tiene relación con los problemas descritos en la categoría recién expuesta y gran parte de sus propuestas para abordarlos se integran en los tópicos de satisfacción usuaria que se presentarán a continuación luego de describir los dos principales ámbitos de mejoramiento. Es importante resaltar que los discursos surgen desde el sentido de pertenencia que establecen con la institución identificada como la Comunidad San Juanina y a la vez con una identificación de ser funcionarios/as de servicio público.

## 2.1 Tópico N° 1: Ausentismo laboral

La situación es compleja porque el hospital ha tomado medidas para evitar que los/as funcionarios/as presenten licencias y estas en resumidas cuentas son que las licencias cortas no se cubren con reemplazos, de esta manera se piensa y se busca que sea el grupo o equipo de trabajo el que ejerza una presión ética hacia quien se ausente, porque la sobrecarga del equipo con menos funcionarios/as es evidente y sentida por todos/as. Y así de esta forma baje el número de licencias presentadas.

"Este problema estructural, es incluso más estructural que la falta de insumos, porque a parte de no tener los insumos, no tienes a la gente para que haga las labores del cargo. Entiendo harto a las jefaturas, porque uno tiene desprovistos los puestos de trabajos por licencias y hay que cubrir porque la demanda no baja. La poca gente que está, muchas veces es la mejor gente, quienes no presentan licencia, que están aperrando" (Jefatura de Unidad)

"No se ponen las personas en el lugar de los pacientes. Hay que tomar conciencia de cómo repercute el que yo falte, en la recuperación del paciente. Si va a faltar significa una persona menos, por lo que todos los otros vamos a estar corriendo, Quizás algunos cursos que ayuden a que la gente tome conciencia de que el ausentismo laboral, en salud, debiese ser bien justificada." (Profesional Unidad de Pediatría)

Una propuesta concreta para este punto es:

"Nosotros siempre hablamos de la polivalencia, es decir que en el área que se puede cumplir las funciones que están protocolizadas, se tenga a un grupo de personas, que aunque lleguen más tarde puedan cubrir los puntos de trabajo de las personas que han faltado, es decir tener un full de enfermeras, técnicos y administrativos preparados por nosotros y así no reventamos a nuestra gente." (Profesional Unidad de Satisfacción Usuaría)

Percepciones que complementan la comprensión del problema son:

"Acortando las brechas de recursos humanos, poniendo todos los recursos humanos que según parámetros Minsal debiesen estar, que estén. No que sea por voluntad de los políticos que deciden, ah, voy a tirar tres cargos más para allá, cuatro acá, sino que se establezcan indicadores realmente según la OMS, según Minsal Chile que digan, se necesita tres técnicos paramédicos por ocho camas, y que estén y que en caso de vacaciones exista el reemplazo. Pero es netamente problema de recursos humanos." (Profesional Dirigente Gremial)

"Tú entras a trabajar a hacer reemplazos durante un año, dos años y después te dicen que no tienes el perfil cuando estás postulando a un cargo. Tú no tienes el perfil ¡entonces de qué estamos hablando.! ¡Que den la oportunidad de trabajar con cargos a gente que se lo merece, y no por amiguismos ni favores políticos.! (Administrativa y Representante Gremial)

Las propuestas identificadas son que se trabaje en la polivalencia de funciones pero esto que es una idea que se podría desarrollar como organización hospitalaria de todas maneras debiese ser colindante a una política estructural en la que la designación de cargos sea en razón de las necesidades técnicas sanitarias de la población y en consideración de quienes ya han formado parte de la institución.

## 2.2 Tópico N°2: Participación activa de funcionarios/as en políticas del hospital.

Se ha develado que las oportunidades de participación activa son muy pocas, los funcionarios/as ven como canal efectivo solamente a los gremios a los que se percibe como canal de demandas laborales puntuales.

"Quizás el objetivo del gremialismo hoy es ese, las necesidades sentidas económicas y representativas de algún conflicto en particular que tenga un funcionario con su jefe. Y quizás mis expectativas personales con los gremios son muy amplias. Que tengan que ver con la toma de decisiones, la organización en general, liderazgo, vinculación con el funcionamiento completo del hospital. En donde la gama completa de funcionarios pueda participar, dar ideas, fiscalizar, pueden hacer un montón de cosas más." (Jefa de Unidad)

Además se reconoce como obstaculizador la tendencia de la cultura médica de invisibilizar los aportes de todos quienes conforman el equipo de atención:

"Todavía culturalmente no es costumbre, sobre todo desde los médicos, pensar que los demás también tienen buenas ideas, o que alguien le pueda decir algo a los médicos que ellos no sepan. Ahí lamentablemente hay un peso cultural que cada vez es menos, porque los médicos jóvenes tienen esa cultura de equipo. Pero los médicos viejos son capitán de barco, y quien le va a decir al capitán de barco lo que tiene que hacer para que el barco llegue al puerto, es como ofenderlo." (Médico Jefe de Unidad)

En complemento a esta visión se señala:

"Si soy yo la persona que está en la trinchera, soy yo la que atiende a la persona agresiva, soy yo la que le da las explicaciones cuando no hay hora, entonces algo tendré que decir. En general los protocolos se trabajan y se revisan y yo creo que cuando toca la hora de la revisión, ahí es cuando deberían llamar a funcionarios de distintas áreas y empezar a preguntar por la experiencia. Ahí uno podría recoger cosas y mejorar el protocolo. Las realidades locales son bien distintas a lo que uno proyecta en macro, siempre uno al final termina supeditado a la realidad de cada servicio." (Profesional Unidad de Satisfacción Usuaría)

"Yo diría que hay participación, pero muy parcial y muy intermitente. La participación activa quiere decir que están todos ahí participando, pero no en un sólo momento, sino que a lo largo del tiempo. Es bonito que se hagan reuniones una vez al año, pero es inútil, y es desgastante para quienes participan, hablar de muchas cuestiones y que no exista un trabajo metódico y al final no pase nada. Cuando la gente se desalienta es muy complicado, porque le da lo mismo que pase después. Tienen que ser periódicas las instancias de participación, con una carta de navegación en la que se pueda saber qué cosas se cumplieron y que cosas no." (Médico Jefe de Unidad)

"Estoy bastante desconfiada de los actores que ejecutan estas políticas de salud, porque en estricto

rigor los del hospital somos el último pelo de la cola en la política de salud, siendo que somos los que la ejecutamos, que atendemos a los pacientes, que vemos los problemas, que estamos ahí con la estadística viva. Pero dentro de la forma, tratan de involucrarnos, y hacen una jornada una vez al año, donde te citan, te dan comida rica, te ponen listas que son sus medios de verificación, que ellos mismos hicieron. Pero de ahí a realmente recoger lo que uno opina, que lo sistematicen, que hagan un trabajo serio, un levantamiento, donde luego compartan los resultados con los mismos que participaron, que se vea como un insumo.. ese trabajo real no lo veo." (Jefa de Unidad)

La última cita se refiere específicamente al nivel de participación en la coordinación sectorial de los servicios, la cual se destaca por ser acorde a las percepciones de nivel intrahospitalario que apuntan a la falta de integración de todos los actores que conforman el servicio de salud.

### 2.3 Tópico N° 3: Recepción y Acogida.

Este es uno de los ámbitos que atañen específicamente a la satisfacción usuaria y asociado a esto se reconoce discursivamente que un problema que afecta a la satisfacción de los usuarios es que el perfil de personas contratadas no está siendo coherente con las exigencias formales y tácitas del rol. Esto lo destacan principalmente quienes llevan más años de servicio en la institución por lo que se podría decir que reconocen con mayor integridad el sentido del quehacer en la

cultura de su organización. Las exigencias si bien son cambiantes por la multiplicidad de factores contextuales hay ciertas características que pareciesen ser propias y/o necesarias para ser funcionario profesional o administrativo de salud.

Lo anterior produce que sea aún más sentida la necesidad por parte de los/as funcionarios/as que las generaciones nuevas formadas no se queden en el hospital pues de alguna manera ellos conocen de manera directa lo que Rubilar y Rossi identifican como normalización de conocimientos, (abordado en el marco teórico) propio del HSJD.

**"Me gustaría que hubiera una selección del personal, e identificar personas para los puestos en los que tengan la capacidad de tener un buen feed-back."**  
(Profesional Servicio Neonatología y Representante Gremial.)

Luego como propuesta en cuanto a la primera recepción de los/as usuarios/as se señala fortalecer la figura de los Orientadores de Usuarios.

**"con alguien que los oriente hacia donde tienen que ir primero, y después, porque yo siento que es mucha tramitación la que tienen que hacer."** (Médico Jefe de Subdirección)

**"Que haya una persona que esté fuera de la ventanilla, cuando se junta afuera mucha gente, que salga una persona a hablar con ellos, a calmarlos. Yo siempre salía a bajar las revoluciones, me entiendes?, explicar: chiquillos vamos a atender primero a los diabéticos, es decir darle una preferencia al que viene más grave, pero ir explicándole a la persona."**  
(Administrativa Representante Gremial)

A nivel individual se apunta a un trato cordial y empático.

"En realidad hay hartas cosas que con una sonrisa se pueden atender mejor, si no cuesta nada. Yo creo que se puede mejorar con eso, con la interacción con la persona. En el saludo, con mirarla a los ojos, con preguntar que necesita." (Administrativa Unidad de Satisfacción Usuaría)

Como propuesta a esto se señala fomentar el reconocimiento de las jefaturas a los/as funcionarios/as que tienen iniciativas acogedoras para con el usuario/a.

"que las personas que lo hacen bien, sean reconocidas. Si tú lo haces bien yo te tengo que decir, oye tú lo haces muy bien y esto va a tu hoja de vida y esto va en un bono, o en una capacitación en algo que te guste a ti porque eres un buen funcionario. Así funcionamos todos, a través de la recompensa, no la recompensa económica, sino de reconocimiento de que se está haciendo bien.".(Médico Jefe de Unidad)

En cuanto a la acogida hospitalaria se identifican las mejoras en los regímenes de visita

"... eso ha cambiado afortunadamente, y si bien produce mucha incomodidad para nosotros los médicos encontrar los pasillos y las salas llenas de gente que está preguntando, que está visitando, por lo menos uno sabe que los pacientes se sienten más acompañados, se sienten más libres, en un entorno que no les priva de todo lo que compone la vida civil de cualquiera" (Médico Jefe de Unidad)

Las propuestas apuntan a lo que se ha relatado en cuanto a la importancia en la coordinación de las funciones y en potenciar a los Orientadores de Usuarios para que entre otras cosas, quienes ingresan por primera vez al hospital no le pregunten a los guardias quienes usualmente tienen una muy mala disposición y actitud de colaboración.

#### 2.4 Tópico N° 4: Trato.

Una manera concreta de favorecer o facilitar los procesos de empatía es mediante el reconocimiento del otro como un igual. Esto significa dentro de una organización generar sentido de pertenencia y en la atención en el HSJD se percibe que es un punto que está en desarrollo.

Se puede considerar como parte de este análisis gracias a las entrevistas y a los grupos focales realizados que es una necesidad e intención del CCU principalmente, generar espacios en los que se pueda establecer una comunicación más "humana" con quienes por un tiempo son parte del hospital, como lo son los/ hospitalizados/as o pacientes crónicos.

**"falta empatizar y compartir con los pacientes"** (Grupo focal N°1 CCU)

Se da la reflexión en los grupos focales realizados tanto con el CCU como con la Multigremial que los guardias son la primera cara visible del hospital, y que muchas veces no tratan con respeto a los/as usuarios. Una de las explicaciones que se da a este fenómeno es la falta de compromiso que tienen los guardias con la institución hospitalaria, pues son una empresa externa y que además tiene mucha rotación, por lo que no generan un sentido de pertenencia con el HSJD.

"Falta de fiscalización a los guardias. No hay colador para ellos, hay que enseñarles cómo comportarse y que ocupen un vocabulario respetuoso con las personas, porque ellos inducen al usuario a ser agresivo." (Auxiliar )

"Estudiar la posibilidad de realizar rotación en los puestos de trabajo que impliquen atención a público, porque se considera como factor de maltrato, el desgaste por la atención permanente." (Grupo focal N° 2 CCU)

El desgaste por la atención continua de público es un factor relacionado al maltrato que algunos/as funcionarios/as realizan en ocasiones a usuarios/as. El CCU demuestra empatía en este punto sugiriendo políticas de mayor contención hacia los funcionarios.

## 2.5 Tópico N° 5: Información y Comunicación.

En la búsqueda por describir propuestas de mejoramiento se develó en el trabajo con los grupos focales que varios problemas pueden tener como solución factible re pensar las maneras en que se está llevando a cabo la comunicación dentro de la organización y realizar cambios. Esta información fue confirmada con una pregunta de la entrevista semi estructurada la que arroja que el 58% considera que las autoridades y jefaturas debiesen detectar las necesidades de sus equipos sin tanto retraso o desfase. Es decir que existan canales de comunicación expeditos y la presencia o conocimiento de las jefaturas de las condiciones y la calidad del trabajo realizado por sus equipos.

"Si tú conversas con el mismo usuario, o sea si el médico tuviera la capacidad de conversar y explicarle al usuario qué realmente es lo que sucede, tú no te imaginas cómo cambia la cara de la persona que se viene a atender. Lo digo desde la clínica, mamás con una cara de angustia del terror porque no sabían qué le sucedía a sus hijos y que te miran con cara de que tú eres un ser superior y que tienes en tus manos la salud de su hijo. Y yo les explicaba cosas básicas a las mamás, complejas pero con palabras básicas para que entendieran... Después de eso, la manera en que te agradecen y que te dicen que nadie me había dicho que era esto, ahora estoy tranquila... Uno se toma las mechas y dice cómo el médico no fue capaz de explicarle un poco más allá., cómo la enfermera no fue capaz. Ahí uno dice, pucha quizás yo me doy más el tiempo, los otros quizás no tienen tiempo, y ahí volvemos para atrás a ver los problemas de base, pero si hubiera comunicación la cosa cambiaría absolutamente." (Profesional Dirigente Gremial.)

Estas son acciones que podrían predominar y cimentarse como hábitos dentro de la cultura organizacional. Claramente cabe la duda de si eso es posible cuando los actores participantes de cada atención están en estados de estrés, o cercano a eso, y en un entorno que puede volverse hostil.

La comunicación efectiva es para el 50% un ámbito relevante a trabajar de manera constante en la orgánica interna del HSJD.

"Esto de las reuniones de equipo con todos los funcionarios independiente de que rol tiene, no

ocurren en todos los servicios, de hecho he escuchado que algunos hacen reuniones en donde separan a los médicos de los profesionales no médicos y están juntos sólo cuando van al café con el resto del personal. Eso es paternalista es como decir venga para acá niño no se quede mirando como los otros comen y usted no come. Eso es minimizar y despreciar lo que el otro puede aportar." (Médico Jefe de Servicio)

Las propuestas son acordes a la participación y también a la difusión pues se reconoce en la mayoría de los estamentos que las decisiones no son comunicadas o su publicación es muy pobre. Por eso se propone el uso de los muros de los espacios concurridos por los/as funcionarios/as como medio de difusión. Como también el CCU propone re articular los diarios murales para informar a los/as usuarios/as externos de novedades útiles para ellos/as.

"Por medio de informes, actas, reuniones, réplicas, o sea si yo tiro una información, el día de mañana necesito que me digan que hicieron una reunión, con firmas de los funcionarios participantes, fotos y me la mandan a mí director de servicio para yo cerciorarme de que usted realmente hizo esa reunión y que todos saben. También una foto del panel de su servicio para que sea pública la información."  
(Profesional Dirigente Gremial)

Las buenas prácticas de servicios que son reconocidos por su calidad de trabajo en equipo y por la acogida que brindan a los/as usuarios/as son analizadas en los grupos focales y apuntan a esta misma lógica de ir construyendo dinámicas de comunicación de manera participativa, de esta manera la resistencia al cambio

disminuye y la permeabilidad con el contexto permite anteponerse o prevenir ciertas dificultades.

"Cuando al equipo de funcionarios se integra una nueva persona, realizamos con ella una semana de inducción en la que compartimos las normas de buen trato que como servicio ya tenemos incorporadas, y todos/as se involucran en explicar el perfil de atención con el que trabajamos para que la construcción de los criterios de atención sean consecuentes. Además nos reunimos una vez a la semana para conversar sobre el funcionamiento que estamos llevando a cabo." (Grupo Focal N° 2 CCU)

"Motivar a los funcionarios, profesionales o no, a no tenerle miedo a los familiares, porque la información disminuye la ansiedad, la angustia de la gente, entonces yo creo que es solamente motivación porque los profesionales de salud pueden dar información pero a veces no la dan." (Médico Jefe de Subdirección)

Un 58% de los/as entrevistados/as cree que sería importante generar instructivos de atención para el paciente y el acompañante, con el fin de que exista una mayor concordancia en la relación expectativa/realidad del usuario/a.

"Todos los servicios debiesen tener instalada la idea de generar instructivos que apoyen su gestión y función. Justamente para lidiar un poco con las expectativas de los pacientes, qué hacer en caso de que las cosas no se cumplan. Eso se puede hacer, necesitas tiempo y un poco de recursos, tampoco es tanto recurso, pero falta creatividad y sentarse a

pensar los procesos, cómo mejorarlos y cómo difundirlos. Existen protocolos pero no llegan a las personas y quien está en ventanilla agobiada con una cola gigante, y etc.. no hacen el ejercicio de difundir, apoyar, informar adecuadamente a quien no entiende o es primera vez que viene. Se vuelve un ciclo vicioso, pero yo creo que es cosa de comprometerse. Creo que nadie puede venir aquí y decirte que un instructivo no sirve para nada. Ayudaría harto a la satisfacción usuaria porque abarcaría justamente lo que demanda el usuario hoy en día, que es más información certera." (Jefa de Unidad)

Las deficiencias en los canales de comunicación y en los modos de coordinación son situaciones transversales a la mayoría de los equipos que estructuran el HSJD. Y como la satisfacción usuaria está en estrecha relación a los sentimientos de seguridad y confianza, la desinformación es un boicot permanente de la burocracia institucional para la satisfacción con el servicio de salud.

Finalizando podemos afirmar que las propuestas sin ser del todo concretas, reconocen como mecanismo fundamental para lograr líneas de mejoramiento, los vehículos de participación y comunicación. Fomentar los espacios de encuentro en los que se puedan expresar las necesidades diarias que se dan en la entrega del servicio, es un objetivo práctico pero además valórico. (Rubilar y Rossi; Op.cit). Es fundamental que la cultura organizacional, es decir el sistema de valores, tenga como esencia la validación del otro como aporte en la construcción de mejoras. Actualmente las reuniones de equipos son escasas y no se escucha a los/as funcionarios/as que son parte del desarrollo real del proceso, a pesar de reconocer que la satisfacción usuaria es integral, lo que se traduce en una falta de confianza hacia el otro, resistencia al cambio, y rigidez burocrática que dificulta la sinergia y gobernanza.

Se percibe que existe la dualidad de empatizar con el usuario externo y con el usuario interno, y un profundo sentimiento de abandono que ha sido expresado en los discursos, y que tiene relación con una nostalgia a la preocupación del quehacer del funcionario/a, identificada con una visión institucional coherente con el servicio público y con las necesidades micro y macro sociales.

Argumentamos esto no con un carácter fatalista ni derrotista, por el contrario sino porque se cree por los resultados del análisis investigativo que el posicionamiento presente en los discursos de que "todos/as somos usuarios/as del sistema público de salud" une a los usuarios/as internos con los/as externos/as y colabora con la crítica al poder central del Estado sumergido en lógicas de mercado que mantiene a ambos usuarios/as de la salud pública en precarias condiciones.

Se cree que las formas para dar respuesta a las necesidades detectadas en el cotidiano, en su gran mayoría debiesen ser el resultado de la reflexión de quienes conforman equipo y comunidad en el HSJD. Existe un recelo a las soluciones provenientes de jefaturas que no consideran la historia y experiencias anteriores. La participación activa de todos es un ideal que permite dirigir acciones para que quienes están en interacción directa con los/as usuarios/as externos comuniquen sus apreciaciones a las jefaturas y a su equipo de trabajo. Se requiere de la definición de roles que permite asumir responsabilidades y a la vez y muy importante, la propuesta creativa de soluciones.

Se percibe que los méritos en el logro de la satisfacción corresponden a los/as funcionarios/as que se reconocen dentro de un equipo de salud, que no olvidan que son parte de un servicio complejo que requiere de la satisfacción personal y laboral y principalmente sentirse involucrados y con la capacidad para responder a las demandas fluctuantes, y que se les permita la toma de iniciativa y las propuestas a priorizar cuando se conocen los recursos y demandas existentes.

## CONCLUSIONES

Aunque en Chile se ratifiquen los acuerdos y pactos que discursivamente incentivan la educación en el ejercicio de derechos y el respeto por los derechos humanos, (no se puede pasar por alto que el Pacto de Derechos Civiles y Políticos se publican como decreto en nuestro país el año 1989 bajo la dictadura militar) ocurren vulneraciones en la mayoría de los ámbitos que son bases de su sociedad, y estas transgresiones son vividas en la cotidianidad por toda persona y grupo que no tiene los medios económicos suficientes para poder acceder ni mucho menos decidir de qué modo satisfacer sus necesidades. La salud pública es lamentablemente un buen ejemplo de esto, lo que permite la vigencia de la general y esencial pregunta ¿es la salud un derecho?

Para esto se selecciona el concepto de satisfacción usuaria, pues se intuía como un término mercantil impuesto, aplicado como indicador de un derecho social. Por esto la primera hipótesis de la investigación es:

### Hipótesis N° 1

La percepción general de los/as funcionarios/as, los gremios y el CCU del HSJD es que la satisfacción usuaria depende más de factores externos como la falta de recursos que a factores internos como las habilidades blandas.

Los problemas que aparecieron en la tesis en relación a la satisfacción usuaria se pueden sintetizar en sobredemanda, tiempos de espera y falta de recursos. Quienes participaron de esta investigación expresaban que para poder entregar respuestas dignas a los/as usuarios/as, los/as funcionarios/as debían tomar acciones que estaban fuera de sus labores definidas como carga laboral, y dedicar más tiempo a cada atención como también extender sus jornadas de trabajo.

El problema más sentido es la falta de recursos y tiene relación directa con la insatisfacción y la sobrecarga laboral, porque aunque el HSJD sí alcanza la eficiencia si consideramos que logra un número mucho más alto de atenciones que el sector privado y con menos de la mitad de los recursos económicos y humanos, da respuesta a la eficiencia y no a la eficacia, pues es a costa de un alto nivel de riesgo y vulneraciones a la dignidad de los/as usuarios externos como internos/as.

Como hemos visto a lo largo de la investigación, la satisfacción en salud es un fenómeno multifactorial y en el caso del HSJD las problemáticas identificadas que influyen en la satisfacción usuaria como hemos señalado son la sobredemanda, la falta de recursos humanos e insumos, y los tiempos de espera. Pero a su vez los problemas en los canales de información y comunicación que son elementos del proceso, son reconocidos como obstaculizadores de la satisfacción cuya causa también refiere al modelo médico hegemónico que fue desde los inicios y durante años el paradigma con el que se entendía y manejaba la salud pública. Esto trae consigo la sobrevaloración de lo técnico por sobre lo social y la influencia de la lógica de separar o delegar a un otro que es considerado con mayor conocimiento y poder.

Se requiere el vínculo para lograr comprender la complejidad del otro, no se puede seguir cosificando a la persona y su demanda. Esto es una crítica, desde algunos de los ejecutores del servicio de salud, a las políticas ministeriales que limitan los tiempos de atención para cumplir estándares absurdos.

En los grupos focales se plantea que para abordar la satisfacción, el HSJD y el Estado se debiese hacer cargo de las necesidades concretas como son los insumos. Esto se ejemplifica con situaciones que se viven en servicio de urgencia, en donde por ejemplo en ocasiones no hay autoadhesivos para rotular adecuadamente sueros, medicamentos o muestras.

Utilizando los conceptos de Donabedian (Ibíd.) los factores estructurales otorgados al HSJD por parte del Estado son insuficientes y su manera de medición no evalúa a la estructura misma. Se extraña la autocrítica por parte de las autoridades que están en antecedentes de las necesidades de la población.

Pareciese que los responsables y encargados de construir las políticas públicas de salud, no están dispuestos a generar espacios en los que quienes por práctica y roles laborales, ejecutan y conocen las necesidades por el sistema de salud.

El escenario es un clima laboral en un contexto de vulnerabilidad y esto hace que sean más frecuentes los sentimientos de frustración o desgaste de los/as funcionarios/as. Con estos antecedentes es fácil imaginar que la reciprocidad y contención serían aspectos que se valorarían en el ambiente de trabajo.

Por otro lado el antecedente del último estudio de la Superintendencia de Salud señala la relevancia que para los/as usuarios/as tienen las variables de satisfacción: *"personal cálido y humano, información clara en términos "no-médicos", apoyo físico y psicológico y rapidez en la atención* (Pezoa; op.cit (a): s/p)

En esta tesis coincidimos plenamente en la relevancia de la rapidez de la atención como eje fundamental de la satisfacción y que tiene relación con una dimensión netamente estructural. Los otros aspectos consideramos que tienen un carácter de proceso y para que estos se desarrollen y contribuyan a la integralidad del servicio de salud, como se plantea en el marco teórico, necesariamente se requiere mayor participación e integración de los insumos de quienes trabajan y estudian la salud pública.

Como vemos el significado del concepto de satisfacción usuaria no es ningún caso unívoco sus dimensiones pueden incluso sobrepasar la variable fundamental que es el estado de salud y ser compuesto por todo lo que significa la experiencia, visto que es relevante destacar la importancia de las habilidades blandas y una

organización en base a roles actualizados y coherentes con la tensión de realidad y expectativas que se viven a nivel local y nacional.

Lo que se afirma en este estudio es que apelar a la satisfacción mediante solamente habilidades blandas, sin considerar los contextos de urgencia y de vulneración que van configurando el modo de relación entre las personas y la cultura organizacional de este hospital público, carece totalmente de intención y finalidad concientizadora.

En suma la hipótesis se comprueba, porque en la interpretación de lo que es satisfacción usuaria en esta investigación, se reconoce como fundamental el respeto por la dignidad del otro y aunque para los/as sujetos de estudio es claro que las falencias del sistema se pueden subsanar en parte con habilidades blandas como la asertividad en la entrega de la información, la flexibilidad para la resolución de conflictos, y la empatía, que se vislumbran como herramientas que pueden ser un satisfactor suplente a las múltiples necesidades, siempre relevan como prioritario la escasez de recursos humanos, lo que depende en su mayor parte al ámbito estructural. Es decir la insatisfacción para los/as funcionarios y la Comunidad Organizada está en los cimientos de la estructura central del sistema público de salud.

#### Hipótesis N° 2

Las líneas de mejoramiento para la satisfacción usuaria, desde la percepción de los/as funcionarios/as, los gremios y el CCU, apuntan a una mayor participación en las decisiones de gestión interna del HSJD.

El hospital pareciese una sociedad con sus propias normas en donde cada servicio es una unidad de trabajo muchas veces desconectada a vínculos de participación en cuanto al que hacer y la identidad de la institución. La diversidad de funcionarios/as y responsabilidades en una institución de la magnitud y

cobertura del HSJD influye en la segregación de los equipos de trabajo. Y la información y comunicación pasan a ser ejes fundamentales para todo el proceso. Tanto la comunicación interna como la externa que se genera con los/as usuarios/as son dinámicas y permeables a los contextos de la sociedad y la urgencia de imprevistos.

Considerando lo dicho en el Marco Teórico acerca de la participación, se puede dar cuenta que en el HSJD hay actores sociales organizados, el CCU y la Multigremial son prueba de ello porque son organizaciones de individualidades que participan. El CCU si destaca este último tiempo una articulación de sus integrantes que se ha visto en actividades que han generado dinámicas en el hospital. Cada vez se ve en esta comunidad organizada más potencial en cuanto a su incidencia y presencia en la identidad del HSJD.

Pero por otro lado en la participación de políticas estratégicas y de funcionamiento, escasea la discusión reflexiva y vinculante. En su mayoría, salvo excepciones, la participación se expresa en lógicas de indicadores Minsal y de transparencia, es decir puede llegar a su mínima expresión entendiéndose solamente como la realización anual de la cuenta pública por voz del director del establecimiento. Son pocos los espacios de discusión a pesar de existir la voluntad de participación y de ser reconocida como un factor que integra el sentido de pertenencia y sentimiento de vocación por el servicio público.

Hemos comprendido que la incidencia del CCU en las políticas internas hospitalarias como en las políticas de la Red Asistencial en la práctica, se limita al conocimiento general mediante la exposición de resultados de planificaciones y cuentas públicas realizadas por las autoridades. El CCU no es para el HSJD una instancia con poder vinculante sólo consultivo.

El trabajo que realiza es autónomo en el sentido que considera las percepciones de quienes lo integran, más que las de los directivos o jefaturas de los servicios del establecimiento. Mediante sus reuniones el CCU se articula en actividades en

pro de necesidades u oportunidades que ellos/as vislumbran. De esta manera se realiza la función explícita de participación y control social que debiesen por definición, desarrollar los consejos consultivos en salud.

La implementación de estos consejos desde la dimensión de política pública apunta, a propulsar acciones conjuntas de los diferentes actores presentes en los equipos de salud y la comunidad. Y lo que enriquecería sustancialmente este objetivo son las percepciones de la comunidad como usuaria externa del servicio pero con conocimiento práctico y experiencia histórica en el funcionamiento, demandas y necesidades del servicio que debiese ser un derecho social garantizado. El enriquecimiento al que se hace referencia incluye las visiones que humanizan el trato, concepto y acción que está directamente relacionado con la satisfacción usuaria.

En cuanto a los gremios, son organizaciones reconocidas en el HSJD, la Multigremial está logrando posicionarse en discusiones de planificación, pero su rol aún se identifica mayoritariamente a la capacidad para abordar conflictos particulares de los/as funcionarios/as con sus jefaturas o situaciones de injusticia laboral, más que articularse para una participación representativa sobre el quehacer de la política pública en la realidad del HSJD.

Se develó en este estudio, un sentimiento de abandono de parte de los/as sujetos de estudio hacia el Minsal y el Estado por la baja participación política y la precariedad de los sueldos a los/ funcionarios/as que no son del estamento profesional ni directivo.

Además se sienten evaluados y el resultado de la evaluación no corresponde precisamente al sentir de la comunidad San Juanina. La manera de controlar el trato al usuario en la actualidad, corresponde a un bono que se interpreta como una manifestación de la inequidad e irresponsabilidad por parte de los representantes nacionales de la salud en el modo de asumir la estratificación y desigualdad social de los espacios territoriales. Se mira con recelo la lógica de los

bonos asignados para los/as funcionarios/as si cumplen con la satisfacción usuaria. Se ve como un bono injusto, que no considera los esfuerzos que se hacen en el HSJD y que tiene un sentido de manipulación pues se mide la satisfacción con el prisma de la remuneración económica, lo que es un punto de tensión para los/as funcionarios/as con bajo grado administrativo. Como se ha desarrollado en esta conclusión las varas de medición no consideran factores estructurales ni tampoco contribuyen a una retroalimentación honesta en pro de la mejora. Esto acarrea múltiples problemáticas y sentimientos de injusticia como también de desesperanza y conformidad en los integrantes del sistema sanitario.

Se percibe que no se logra coordinar la política pública en concordancia a estudios epidemiológicos de salud con una mirada intersectorial. No se ve el ejercicio de una articulación que permita el logro de objetivos factibles, más bien pareciese que la política pública de salud se encontrase descontextualizada de su entorno y de las características de la población a la cual los servicios de salud deben atender. La injusticia se vive con lógicas de asignaciones de bonos bajos a causa de la poca correspondencia entre demandas y recursos.

La falta de consideración en la comunicación hacia los/as funcionarios hace que no se sientan o identifiquen como un aporte para su servicio, siendo esta una fuerte crítica desde una perspectiva organizacional e institucional encuadrada en la visión y misión del Hospital San Juan de Dios.

Creemos que esto se puede relacionar con la nula retroalimentación hacia los/as funcionarios/as que son parte de algún proceso constructivo. Por ejemplo nunca hay retroalimentación de las encuestas de satisfacción que se realizan a los pacientes en los servicios, no hay análisis compartido ni siquiera con los representantes de los gremios que son quienes están más atentos a cualquier invitación o trabajo en conjunto. La falta de consideración en la comunicación hacia los/as funcionarios/as hace que no se sientan o identifiquen como un aporte para su servicio, siendo esta una fuerte crítica desde una perspectiva

organizacional e institucional encuadrada en la visión y misión del Hospital San Juan de Dios.

Las propuestas de mejoramiento se entrecruzan entre las miradas de lo organizacional de todo el hospital, con los escenarios más específicos de atención directa. Pero todo contribuye a la reflexión de propuestas que son coherentes con el discurso "la satisfacción usuaria es entre todos/as" y es un proceso de constante mejora. Al igual que los derechos la satisfacción usuaria pareciese tener los principios de no regresividad y realización progresiva.

Es transversal en las reflexiones con los/as entrevistados/as sentir que se debe hacer algo más allá de lo que exige el sistema. Es decir para comprender la complejidad del otro que necesita de tú atención como persona e institución, es fundamental empatizar con el otro. Esto implica que se requiera o que la realidad demande, actitudes y acciones por parte de los/as funcionarios/as que adquieren un carácter compensatorio a los errores del sistema de salud. La burocracia como conclusión puede tener muchos más atajos que son de "sentido común" y que los/as actores del servicio pueden a veces realizar en este rol de mediación entre lo que el sistema entrega y las necesidades de la población.

Es recurrente ver en pequeñas acciones la resistencia a vulnerar aún más a las personas, por lo que surge en los/as funcionarios/as actitudes de empatía que a veces pueden contribuir en la satisfacción usuaria. Las líneas de mejoramiento están siendo ejecutadas muchas veces con habilidades blandas. Son una herramienta que si bien no todos la tienen incorporada, se cree que pueden desarrollarse con capacitaciones permanentes que hagan hincapié en el aprendizaje experiencial. Pues es uno de los puntos más subjetivos de la satisfacción usuaria, cuando de alguna manera no se le da una solución concreta al usuario/a pero este se va satisfecho o conforme con la atención.

Para lograr una articulación efectiva y transformadora, la coordinación entre los actores debiese ser en todas las dimensiones posibles, es decir que exista coherencia entre el significado de una atención de salud satisfactoria y la realidad con sus necesidades sin desconocer los contextos, y fomentando a las preguntas constructivas para un cuestionamiento productivo y enriquecedor para todas las partes.

Además como estudios señalan se percibe en el interior de los recintos hospitalarios, una fragmentación o un desfase entre el equipo médico y el área de administración, lo que repercute considerablemente en el menoscabo de la gestión y por ende en la entrega de servicios. Respecto a esto relacionamos la definición de organización de Rodríguez, especialista chileno en el tema, la cual dice que son "un acoplamiento entre un sistema humano y un sistema tecnológico" (citado en Lawrence op.cit; 19)

Con estos antecedentes las organizaciones sanitarias requieren de políticas de participación y estas se están develando como una necesidad latente. La socialización mediante comunicación y participación activa son decisiones políticas que en una organización de origen jerárquico y con segmentaciones profesionales pueden ser llevadas a cabo con la voluntad de los/as directivos/as, logrando una constancia que permita la modificación en normas y costumbres de la cultura organizacional.

La descoordinación es un fenómeno reconocido por la mayoría de los/as funcionarios/as entrevistados que se problematiza también en la Multigremial acusando la falta de conciencia de equipo. Las relaciones o interacciones entre los equipos de salud y la diversidad de roles y cargos en la organización del HSJD no pareciese ser una relación enraizada. (Essayag) Pues este tipo de relación tiene la cualidad de permitir canales de comunicación directos y eficientes. Y la cultura organizacional que se aprecia está marcada por la estamentización.

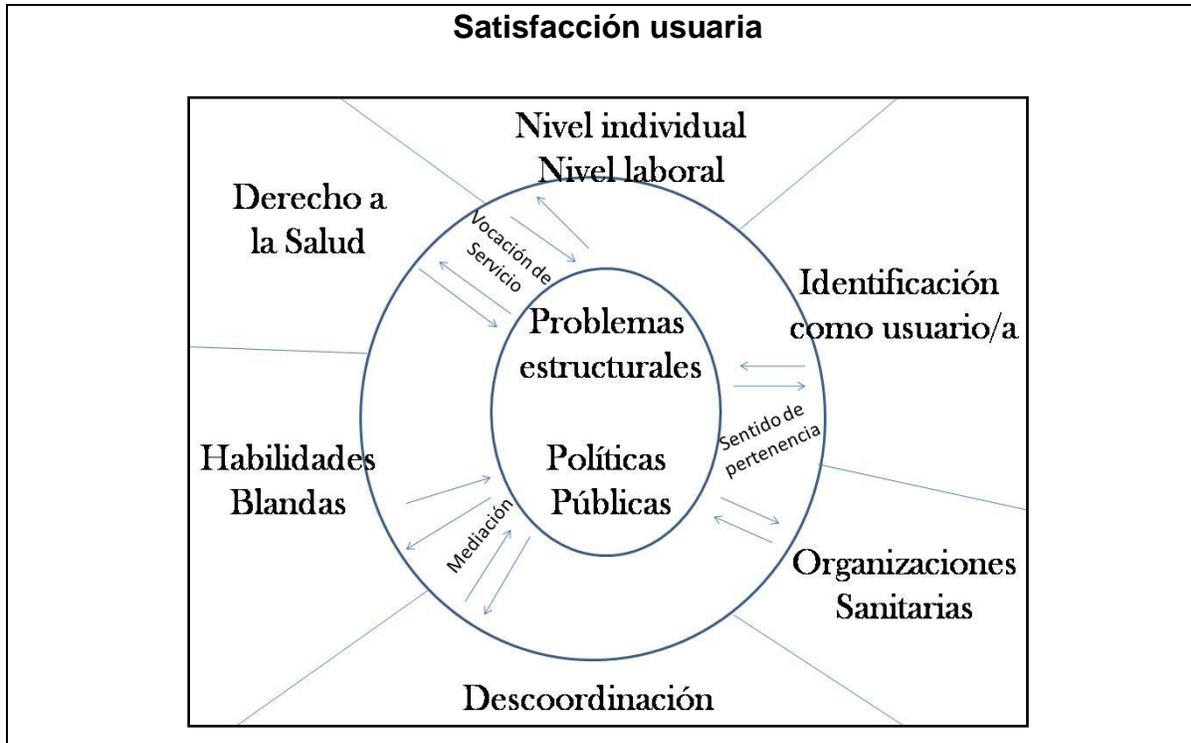
Principalmente ante la escasez de recursos, los funcionarios deben ir generando estrategias que surgen de quienes tienen la iniciativa de desapegarse del protocolo, sensibilizarse con el otro y proponer una alternativa. Si dio resultado la propuesta, comunicarla al equipo y al resto de los servicios para que sea una opción a replicar. Para esto es necesario generar la confianza y los espacios de comunicación en los equipos para superar el individualismo y la rigidez con que algunos/as funcionarios/as realizan su trabajo.

Si fuese posible que las condiciones favorecieran momentos de encuentro y espacios de participación, el clima laboral mejoraría o se favorecería pues son acciones de apoyo a la organización. (Bozo, Reyes y San Martín; Opcit) Y a su vez la comunicación y el intercambio de sentires e ideas permitiría una transferencia que posiblemente aumentaría el nivel propositivo. En consecuencia la hipótesis número dos también se comprueba.

Para finalizar y como conclusión se presenta un mapa conceptual construido explícitamente para poder comprender lo planteado por la investigadora y que en parte grafica lo abordado en la tesis.

## Gráfico N°5

### Elementos en interacción con la satisfacción usuaria



Fuente: Elaboración propia

Al centro están los problemas estructurales, las características de la estructura del sistema de salud, sus políticas públicas. Este se entiende como centro o base de la relación que se mantiene con los funcionarios/as y actores de la salud. El/la funcionario/a siempre va a estar mediando con la política pública.

El segundo círculo es donde están las maneras en que los sujetos de la investigación van dando respuesta a los ámbitos, que vemos fuera del círculo, que se han identificado como componentes de la satisfacción usuaria en el HSJD y que se diferencian en esta investigación.

De esta manera graficamos que se identificó que en el ejercicio de la satisfacción usuaria los/as funcionarios/as actúan con sentido de pertenencia, con vocación de servicio y en un rol y actitud mediadora.

Se identificó un sentido de pertenencia hacia la institución que se comprende con la ayuda de la identificación como usuario/a del sistema y como miembro de una organización sanitaria. El aspecto laboral en el HSJD tiene un carácter afectivo y es usual encontrar a trabajadores con una larga carrera de años.

La vocación de servicio fue un hallazgo para esta investigación pues discursivamente está presente la concepción de derecho a la salud y que su ejercicio requiere de un esfuerzo de los/as funcionarios/as a nivel individual y nivel laboral. Se entiende al usuario/a externo/a como un otro que necesita ayuda.

La mediación es una actitud usada para lograr alcanzar la satisfacción usuaria con las deficiencias estructurales, por medio de habilidades blandas que se vuelven satisfactorios suplentes al derecho a la salud o más bien al derecho de ser tratado con dignidad. La descoordinación se comprende como una carencia de integración entre los servicios que también se comprende como falta de conocimiento de las necesidades y problemas cotidianos por parte de las jefaturas tanto del hospital, como de las autoridades centrales, que no incentivan ni consideran las observaciones de quienes ejecutan diariamente el servicio de salud.

Este esquema grafica ideas encontradas en la investigación, que para su comprensión necesita del dinamismo de las interrelaciones.

En sentido figurado los funcionarios pareciesen todos/as presionados por la urgencia de responder a un superior; los funcionarios administrativos por sus jefaturas, los técnicos por las enfermeras, las enfermeras por los doctores, y al final todo refleja la valoración social otorgada por el Estado a la salud, que con políticas neoliberales concede a la empresa privada las condiciones para crecer sin límites lo que significa menos recursos para la salud pública, que atiende al 81% de la población (Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría; 2014) que

es vulnerada en sus derechos en todos los ámbitos. Pero esta jerarquización con las falencias estructurales no es eficiente, y las propuestas de mejoramiento señalan que se requiere una valorización del trabajo en equipo, del aporte de todos/as.

Para responder finalmente la pregunta inicial ¿es la salud un derecho? podemos decir que el Estado no asume una lógica de gasto/inversión destinando recursos para sanar a la población. Por el contrario se mantiene en una situación de precariedad en donde sus mismos hospitales públicos mantienen deudas históricas y deben asumir los costos de derivar y mantener a un paciente en una clínica privada si no hay camas en los servicios de la red pública, lo que es realidad en los hospitales de este país.

Las conclusiones sin desmerecer para nada el esfuerzo de muchos de los que componen la comunidad San Juanina es que la entrega de lo que profundamente significa la salud, no se logra. Lo que se hace es por decirlo de manera coloquial, salvar la situación de crisis, pero las condiciones en las que los actores se desenvuelven son metafóricamente hablando, facilitadores de la enfermedad es decir en el hospital también se enferman los/as funcionarios/as.

El ejercicio del derecho a la salud está cruzado por la variable económica. Las políticas estatales han sido construidas con el eje de la cobertura nacional siendo la desigualdad un problema estructural que se mantiene en una tensión que es aplacada mediáticamente y privatizada profundizando de esta manera los cimientos de la violación al derecho a la salud. Un sistema de salud que respete la diversidad de población que habita el territorio chileno.

Las listas de espera intentan regularizarse en un margen que no ha sido capaz de bajar los 2 años de espera por la atención. Que el ámbito público remunere a los profesionales de la salud con la mitad de lo que pueden ganar en el sistema privado, (Ibíd) genera que ser asalariado de una empresa de salud con claros fines de lucro sea una decisión optada por la mayoría de los/as nuevos/as

profesionales. Lo que implica, más todo lo que se intentó abordar en este estudio, que podamos decir que hoy la salud no se ejerce como un derecho pues se desarrolla bajo la lógica de la mercantilización de las políticas públicas.

## HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

En todo el proceso que significó realizar esta investigación surgieron hallazgos que fueron redefiniendo los objetivos de investigación. Los discursos abrían nuevos temas interesantes de abordar y que complementan las hipótesis planteadas explícitamente como las implícitas desarrolladas en los análisis y conclusiones.

Uno de ellos que se mantuvo en el transcurso de la investigación fue la expresión del sentimiento de vocación de servicio. Esto en el sentido de que a pesar de la agresividad de los contextos de urgencia y las bajas remuneraciones de los/as trabajadores/as existe en ellos/as una reflexión de querer seguir mejorando siempre y se hace patente un vínculo afectivo con el servicio público. Se podría relacionar que la capacidad y habilidad empática se entrelaza con la identificación de la salud como un derecho pues a pesar del desgaste emocional que puede significar verse como funcionario/a del sistema que maltrata a las personas y su dignidad, se hacen esfuerzos para sobrellevar la situación e ir con los pocos recursos aprendiendo sobre la marcha a como resguardar el derecho a la salud.

Otro hallazgo fue que las reflexiones sobre satisfacción cada vez se dirigían más a las necesidades del usuario/a interno/a. Y que la teoría del descontento potencial se aplicaba más a lo que sucede con los/as usuarios/as internos/as que con los/as usuarios/as externos. Existe una precarización laboral que dificulta a la organización de funcionarios/as generar acuerdos que vayan más allá de reivindicaciones coyunturales.

En la mayoría de las entrevistas y grupos focales realizados se da cuenta que la satisfacción usuaria como construcción sociocognitiva es una responsabilidad de todos/as. Ellos se identifican con el hospital en el sentido de que en el modo en que se expresan sobre él, se aprecia lo importante que es para ellos/as la opinión

que se tenga del hospital y el interés por socializar las problemáticas y reflexionar sobre conceptos. Se aprecia el interés de parte de los/as funcionarios/as por pensarse como institución.

Se puede encontrar que las perspectivas de abordaje a la salud tienden a surgir de la negación es decir que se van materializando a medida que se va reconociendo su vulneración y se crean conceptos o pequeñas dimensiones que buscan regular la necesidad.

Puesto que las repercusiones de los problemas estructurales en salud se viven y reflejan en gran número de dimensiones. Y si bien la responsabilidad de lograr una satisfacción usuaria a niveles macro políticos corresponde al Estado y a las instituciones privadas la configuración organizacional en la práctica, funciona con una jerarquización burocrática profesional, que es otra variable más para comprender la calidad de la participación que sucede en el ámbito de salud.

Sopesamos todo lo expuesto en una reflexión esperanzadora que recoge todo como cualidades que explican la influencia y el poder que tienen las políticas públicas en la estructura de la sociedad, pero a su vez no lo vemos como un factor rígido, sino dinámico, y añadimos el potencial de la figura de los/as funcionarios/as que adaptan y por ende modifican la ejecución y coordinación de estos lineamientos públicos.

## **APORTES DEL Y AL TRABAJO SOCIAL**

Todo este trabajo que busca comprender el cómo se entiende la satisfacción usuaria, es un ejercicio para no caer en la inercia tecnócrata que impera en las instituciones públicas. Lo que durante toda la carrera es un norte de justificación del quehacer del trabajo social. Cuestionar los lineamientos de políticas que emanan del Estado. Pero cuestionarlo no por prejuicios o juicios sin fundamentos, sino que con el análisis de los elementos que componen el fenómeno. En este caso es cómo entiende la salud el Estado, cómo la reinterpretan los/as funcionarios/as y que evaluación tienen de su quehacer.

Se puede identificar cómo piensa la salud la institución estructuradora de la sociedad buscando sus concepciones, en lo nominal técnico y político de sus lineamientos y estructuración y; en lo que significan los que hacen carne en la realidad el esqueleto de la salud pública. La intención es ver si concuerda o no lo que el Estado concibe como salud y lo que ejecutan y viven sus actores. Es un aporte para el trabajo social todo ejercicio realizado con el objetivo de comprender el cómo se están resolviendo las necesidades sociales, si es por medio de la concepción de derechos humanos universales, derechos sociales selectivos o focalizados, o bienes de consumo argumentando su mercantilización como solución.

Surge en la reflexión del proceso experimentado en la investigación, darse cuenta de que las metodologías utilizadas para levantar los discursos y coordinar reflexiones comunes de los actores partícipes, son herramientas que están presentes en la disciplina del trabajo social. El manejo catalizador de las necesidades sentidas o la intención de que dichas necesidades se expresen en políticas, es un motor para nutrir las relaciones interpersonales, para la construcción social es necesario una retroalimentación constante, como lo plantea Payne (1995) en la teoría del trabajo social.

Reflexiones en los grupos focales y en las mismas entrevistas acá realizadas sobre temas de participación y toma de decisiones sucedían comúnmente. Lo que hace suponer que si se continuase haciendo un trabajo sistemático, socializado y participativo en todas sus etapas, escenarios de coordinación con los actores claves de la organización y por ende que sucedan cambios sería altamente probable.

El trabajo social es una disciplina que se complementa y potencia muy bien con otras profesiones del campo social y humanista. Y el ámbito de la salud ha estado vinculado a nuestra profesión desde sus inicios. Ha existido una relación con el control sanitario en los inicios del trabajo social en Chile. Las visitadoras sociales eran parte de grupos sanitarios y de implementación y ejecución de políticas públicas. Y además, como hemos revisado en los Marcos teórico y referencial, las ciencias de la salud en su ámbito público, cada vez se comprenden e integran más a la dimensión social.

Entender con los aportes de la psicología social, la teoría de organizaciones, de comunidad y de trabajo con grupos ha sido un ejercicio relevante y relacionado al trabajo social en el transcurso de esta investigación y experiencia de aprendizaje. Teoría de comunidad y teoría de grupo han sido acompañados durante la formación profesional con la metodología correspondiente. Esto a su vez fue desarrollado con los procesos de práctica lo que ha significado que el aprendizaje haya logrado un proceso, el cual ha permitido en el trabajo de terreno incidir en fenómenos de transformación. Es decir, el trabajo social cuenta como disciplina, con herramientas válidas y actuales para facilitar cambios o transformación social.

El desarrollo de destrezas y habilidades en las relaciones sociales, es un facilitador para la relación con la comunidad en la que co habita una gran gama de profesionales, desde quienes tienen niveles muy técnicos de especialización, como también funcionarios administrativos que ejecutan los lineamientos de políticas públicas.

Uno de los principales aportes del trabajo social es desde lo ético. El área de satisfacción con los servicios públicos es un ámbito en el cual el trabajo social puede proponer, realizando un trabajo sistematizado de evaluación de las necesidades de usuarios internos y externos, con la impronta de uno de sus principios fundamentales que es la dignidad humana con la intención de desnaturalizar la insatisfacción.

Como plantea Balestena, (2001) cabe desear que el accionar del trabajador social tenga el propósito claro, en sentido de que las intervenciones se realicen con ética y que esté presente en las evaluaciones de las políticas de Estado o de sus instituciones, para que las reflexiones sobre el quehacer de las acciones sociales se realicen con el norte hacia la dignidad de las personas.

El ideal es que las evaluaciones, que en la institucionalidad son el saber sobre calidad, sean para desnaturalizar la insatisfacción social e individual y dimensionar el impacto que tiene en valores y principios de dignidad, es decir que la finalidad de conocer la verdad no pierda el objetivo ético porque cuando eso sucede, el discurso de evaluación se vuelve una justificación.

Resaltar que el saber en las instituciones, en este caso sobre satisfacción usuaria en salud, no puede prescindir de ética. Que la variedad de disciplinas y profesiones que pueden encontrarse en una institución sanitaria, con sus objetivos administrativos, de gestión y normativas se permitan la pregunta sobre la dignidad de atención y el por qué del saber. Es decir, que las evaluaciones no pierdan sentido y tengan la capacidad de reafirmar compromisos éticos mediante las relaciones sociales, lo cual es fundamental para la calidad.

Para finalizar se resume el valor de la tesis presentada como un intento por relacionar las propuestas que surgen en base a la significación de un concepto que se entiende desde su realidad, carencias y expectativas. Además estas propuestas provienen de los/las actores que se ocupan de entregar el servicio

(funcionarios/as) y quienes se interesan en participar del proceso de servicio  
(consejo consultivo de usuarios)

## BIBLIOGRAFÍA

- Caballero, N y Rodríguez, K (2013) "Calidad de atención desde la perspectiva del usuario en el Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital San Juan de Dios" Tesis para optar al Licenciado en Gobierno y Gestión Pública. Escuela de Gobierno y Gestión Pública. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile
- De Ferrari, I (2015) "Estrategia RISS Proceso COMGES 2015" Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio Secretaría General de la Presidencia Santiago de Chile.
- Donabedian, A (2001) "Estructura proceso y resultado de la atención sanitaria" Revista de órgano de la sociedad española de calidad asistencial. España
- Drago, M (2006) "La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos" Serie políticas sociales CEPAL Santiago de Chile
- Fernández, A y Rozas, M (1988) Políticas sociales y Trabajo Social. Editorial Humanitas Buenos Aires Argentina
- Gobierno de Chile (2015) Orientaciones técnicas y metodológicas. Compromisos de gestión en el marco de las redes integradas de servicios de salud. Santiago de Chile

- Godoy, Y y Carrasco, D (2003) "Derechos económicos, sociales y culturales en Chile. Informe de la sociedad civil. Santiago de Chile
- González, F (2014) Presentación OIRS Unidad de Satisfacción Usuaría Hospital San Juan de Dios-CDT Servicio de Salud Metropolitano Occidente
- Hardy, C y Morris, P (2001) "Derechos ciudadanos: una década 1990-2000" LOM Ediciones, Chile
- Hamui-Sutton, A y Varela, M (2012) "La técnica de grupos focales. Metodología de investigación en educación médica." ELSEVIER. México
- Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P (1991) "Metodología de la investigación". México
- Hospital San Juan de Dios-CDT (2015) " Encuesta satisfacción usuario"
- Balestena, E; Aguirre, I; García, J. Hernández, J; Kisnerman, N (2001) "Ética ¿un discurso o una práctica social? Editorial Paidós Ibérica. Argentina.
- Livingston, Mario y Dagmar Raczynski (1976) "Salud pública y bienestar social. CEPLAN (Centro de Estudios de Planificación Nacional) Santiago
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2015) Curso OIRS. Manejo del usuario en situación difícil. Teleduc Educación a distancia.
- Olavarría, M (2012) "¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile? Tomo 2 El Plan Auge y la reforma a la Salud. Editorial Universitaria. Chile
- Urriola, R , Urbina, L y FONASA Chile (2009) "Historia de la protección social de la salud en Chile" LOM Ediciones Chile

## Fuentes Electrónicas

- Ibacache, C; Medina, S; "Informe de Salud en Chile." en E. Espinoza (comp.) Parada, M; Santana, P. *La lucha por el derecho a la salud en América Latina*. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. ALAMES. Movimiento por la Salud de los Pueblos. San Salvador. [Consultado en diciembre de 2015]
- Bascuñan, L (2005) "Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos". [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000100002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000100002) [Consultado en diciembre de 2015]
- Bulard, M (2011) "Cómo funcionan los sistemas de salud en el mundo" Vientos de reforma sobre la cobertura social. <https://saludpublicaupopularvalpo.files.wordpress.com/2011/05/vientos-de-reforma-sobre-la-cobertura-social.pdf> [Consultado en junio de 2015]
- Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría (2014) "La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos" [http://www.latinoamericareforma.cl/doc/Hacia\\_una\\_nueva\\_salud\\_libro\\_blanco\\_NvaMayoría.pdf](http://www.latinoamericareforma.cl/doc/Hacia_una_nueva_salud_libro_blanco_NvaMayoría.pdf) [Consultado en mayo de 2016]
- De Currea-Lugo, V (2005) "La salud como derecho humano" Cuadernos Deusto de Derechos Humanos. Instituto de Derechos Humanos. España.

- <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho32.pdf> [Consultado en junio de 2015]
- Essayag, S (2010) "Participación social y comunitaria en salud" Interfaces macro-micro. Programa Remediar- Tesis de maestría en Administración y Políticas Públicas. Buenos Aires.  
<http://repositorio.udea.edu.ar/jspui/bitstream/10908/915/1/%5BP%5D%5BW%5D%20M.%20AyPP%20Essayag.pdf> [Consultado en junio de 2015]
- Franco, A. (2006) "Tendencias y teorías en salud pública."  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a12> [Consultado en junio de 2015]
- Gobierno de Chile (2011) Estrategia nacional de salud 2011-2020. Elige vivir sano. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.  
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf> [Consultado en junio de 2015]
- Hernández, P (2011) "La importancia de la satisfacción del usuario"  
<http://revistas.ucm.es/index.php/DCIN/article/view/36463> [Consultado en agosto de 2015]
- Hospital San Juan de Dios- CDT (2014) "Cuenta pública 2014"

<http://www.hsjd.cl/cuentapublica/cuentapublica2014.pdf> [Consultado en agosto de 2015]

Hospital San Juan de Dios- "Cuenta pública 2015"  
CDT (2016)

<http://www.hsjd.cl/web/wp-content/uploads/CUENTA-PUBLICA-2015-FINAL.pdf> [Consultado en abril de 2016]

Hospital San Juan de Dios- "Aprueba reglamento interno y manual de  
CDT (2010) organización del consejo consultivo de los usuarios del hospital San Juan de Dios-CDT"

<http://www.hospitalsanjuandedios.cl/menu%20horizontal/ciudadania/EXENTA%203115%20-2010%20CCU.pdf> [Consultado en noviembre de 2015]

Hospital San Juan de Dios- "Planificación estratégica Hospital San Juan de  
CDT (2013) Dios-CDT 2013-2015 "

<http://www.hsjd.cl/web/wpcontent/uploads/Resoluci%C3%B3n%20Planificaci%C3%B3n%20Estrat%C3%A9gica%202013-2015.pdf> [Consultado en agosto de 2015]

Huenchuan, S (2011) "La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos" Serie población y desarrollo CEPAL

[http://social.un.org/ageing-working-group/documents/ECLAC\\_sp\\_salud%20HR%20and](http://social.un.org/ageing-working-group/documents/ECLAC_sp_salud%20HR%20and)

%20demography.pdf [Consultado en mayo de 2015]

- LOGRA S.A (2015) "Proceso gestión de indicaciones" Consultoría para la estandarización de procesos de Redes Asistenciales MINSAL  
[http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/5\\_%20Gesti%C3%B3n%20de%20Indicaciones%202015.doc](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/5_%20Gesti%C3%B3n%20de%20Indicaciones%202015.doc).  
[Consultado en agosto de 2015]
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013. España  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informeanual2013/Informe\\_2013\\_SNS\\_WEB.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informeanual2013/Informe_2013_SNS_WEB.pdf) [Consultado en agosto de 2015]
- Naciones Unidas (2004) ABC La enseñanza de los derechos humanos. Actividades prácticas para escuelas primarias y secundarias. Nueva York y Ginebra.  
[http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ABCC\\_hapter1sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ABCC_hapter1sp.pdf) [Consultado en mayo de 2015]
- Olson, G (2008) "De las neuronas espejo a la neuropolítica moral" Bosquejos para una nueva episteme.  
<http://polis.revues.org/3559#text> [Consultado en enero de 2016]
- Oliva, C y Hidalgo, C (2004) Satisfacción Usuaria: Un indicador de calidad del modelo de salud familiar, evaluada en un programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial, en

la atención primaria.

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200013&script=sci_arttext) [Consultado en enero de 2016]

Pezoa, M. (2012: a) "¿Qué elementos de la atención de salud son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho?" Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. enero 2012, Santiago de Chile.

[http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-7392\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-7392_recurso_1.pdf) [Consultado en abril de 2015]

Pezoa, M. (2013: b) "Satisfacción y calidad percibida en la atención de salud hospitalaria: ranking de prestadores informe global". Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Marzo 2013

[http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9005\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9005_recurso_1.pdf) [Consultado en mayo de 2015]

Pezoa, M. (2011: c) "Propuesta metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos" Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile

[http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7317\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7317_recurso_1.pdf) [Consultado en agosto de 2015]

Sepúlveda, C (2004) "El significado histórico de la Reforma de la atención de salud en Chile"

- Riveros, J ; Berné, C y Mugica, José (2010) "Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios"  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000500015](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500015)
- Rojas, A (2014) "Modelos de gestión por procesos integrados en salud"  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2014000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300008) [Consultado en septiembre de 2015]
- Rusu, C (s/f) "Metodología de la investigación"  
[http://zeus.inf.ucv.cl/~rsoto/cursos/DII711/Cap4\\_DII711.pdf](http://zeus.inf.ucv.cl/~rsoto/cursos/DII711/Cap4_DII711.pdf) [Consultado en diciembre de 2015]
- Rubilar, N y Rossi, M (2009) "Características de las organizaciones de salud que implican un desafío para la gestión de los servicios de salud"  
<https://auditoriamedica.wordpress.com/2009/03/14/caracteristicas-de-las-organizaciones-de-salud-que-implican-un-desafio-para-la-gestion-de-los-servicios-de-salud/> [Consultado en octubre de 2015]
- Sarduy, Y (2007) "El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa" Escuela Nacional de Salud Pública.  
[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33\\_3\\_07/spu20207.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu20207.htm) [Consultado en julio de 2015]
- Schvarstein, L (1992) "Psicología social de las organizaciones". capítulo 4 Editorial Paidós.  
<http://www.inau.gub.uy/biblioteca/psicologiasocialca>

p4.pdf [Consultado en julio de 2015]

- Skoknic, F (2010) "Nuevo superintendente de salud agrava conflictos de interés en el gobierno"  
<http://ciperchile.cl/2010/06/25/nuevo-superintendente-de-isapres-agrava-conflictos-de-interes-en-el-gobierno/> [Consultado en marzo de 2016]
- Subsecretaria de Redes (2016) "Instrumento de evaluación establecimientos autogestionados en red"  
[http://sisq.minsal.cl/sites/default/files/biblioteca/instrumento\\_de\\_evaluacion\\_ear\\_2016\\_ag-minsal.pdf](http://sisq.minsal.cl/sites/default/files/biblioteca/instrumento_de_evaluacion_ear_2016_ag-minsal.pdf)  
[Consultado en enero de 2016]
- Superintendencia de salud (2013) ¿Qué es "trato digno" para los pacientes? Elementos que componen el trato digno. Informe Global  
[http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-9004\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-9004_recurso_1.pdf) [Consultado en enero de 2016]
- Superintendencia de salud (2016) "Acerca de la Superintendencia. Definiciones estratégicas."  
<http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-propertyvalue-2619.html> [Consultado en enero de 2016]
- UNESCO (1999) "Educación para la salud" Promoción y educación para la salud.  
<http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6>

b\_span.pdf [Consultado en abril de 2015]

Weber, M (2000)

"¿Qué es la burocracia?" Ediciones elaleph.com

<http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Weber%20-%20Que%20es%20la%20burocracia.pdf>

[Consultado en mayo de 2016]

# ANEXOS

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem
Percepción de la satisfacción usuaria	Proceso cognitivo y biocultural que depende de los estímulos físicos y sensaciones y su posterior reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios.	Evaluación y/o sentido otorgado a la satisfacción usuaria en cuanto a su conocimiento, experiencia y valoración	Conocimiento  Experiencia  Valoración	Significado de satisfacción usuaria.  Ejercicio de la satisfacción usuaria en el HSJD.  Importancia de la satisfacción usuaria.	¿Qué significado le dan al concepto o idea de satisfacción usuaria?  ¿Qué significa el/la usuario/a para usted?  ¿Cómo se manifiesta la satisfacción usuaria en el HSJD?  ¿Cuál es su relación con la satisfacción usuaria?  ¿Qué valor le otorga usted a la satisfacción usuaria? ¿Por qué?  En el supuesto de que exista una

				<p>satisfacción usuaria ideal ¿ cuál de estas variables cree usted que es la más importante?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconocimiento laboral.</li> <li>-Respuesta a las solicitudes ciudadanas y reclamos.</li> <li>-Mejora del clima laboral.</li> <li>-Empoderamiento.</li> <li>-Incremento del nivel propositivo e innovador.</li> <li>-Ejercicio de la Política de Salud vigente.</li> </ul> <p>¿Cuáles son los problemas más significativos o importantes en la atención con los/as usuarios del HSJD?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempos de espera</li> <li>- Falta de recursos e insumos</li> </ul>
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descoordinación entre los servicios</li> <li>- Maltrato bidireccional entre usuarios/as internos/as y externos/as</li> <li>- Desinformación</li> <li>- Otro</li> </ul>
<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítem</b>
Líneas de mejoramiento para la satisfacción usuaria propuestas por funcionarios/as y la comunidad organizada del HSJD	Cambios en políticas que contribuyan a una mejora constante de la satisfacción usuaria	Ideas de propuestas para la satisfacción usuaria considerando sus problemas más significativos	Propuestas a problemas de Estructura	Recursos humanos  Recursos económicos	<p>¿Cuáles son los problemas que más influyen en la satisfacción usuaria?</p> <p>¿Cuáles son los ámbitos fundamentales a trabajar para mejorar la satisfacción usuaria?</p> <p>¿Por qué motivo no se realizan mejoras en estos ámbitos?</p> <p>¿Cuáles podrían ser estas mejoras?</p>

			Proceso	Recepción	¿De qué manera se puede mejorar la satisfacción usuaria en el ámbito de Recepción a los/as usuarios del HSDJ?
				Acogida	¿De qué manera se puede mejorar la satisfacción usuaria en el ámbito de Primera Acogida y Acogida hospitalaria del HSJD?
				Trato	¿De qué manera se puede mejorar la satisfacción usuaria en el ámbito del Trato Digno?
				Información	¿De qué manera se puede mejorar la satisfacción usuaria en el ámbito de Información recibida por los/as funcionarios del HSJD?
				Comunicación	¿De qué manera se puede mejorar la satisfacción usuaria en el ámbito de cadena comunicacional

			Resultado	Cumplimiento expectativa	¿Se cumple con las expectativas de satisfacción usuaria?  ¿Se cumple con el ejercicio del derecho a la salud en el HSJD?
--	--	--	-----------	--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA FUNCIONARIO/AS

"Satisfacción usuaria en el sistema de salud pública. La perspectiva de los y las funcionarios/as y la comunidad organizada del Hospital San Juan de Dios -CDT de la Región Metropolitana."

1.- ¿Cuáles son sus funciones en el HSJD?

2.- ¿Hace cuanto tiempo que trabaja en el HSJD?

1 a 3 años	
4 a 7 años	
7 a 10 años	
10 años o más	

Ahora le haré preguntas respecto a la satisfacción usuaria.

3.- ¿Qué significado le da al concepto o idea de satisfacción usuaria?

4.- ¿Qué significa el/la usuario/a para usted?

5.- ¿Cómo se manifiesta la satisfacción usuaria por parte de los/as funcionarios del HSJD?

6.- ¿Cómo se manifiesta la satisfacción usuaria por parte de los/as usuarios del HSJD?

7.- ¿Se cumple con las expectativas generales de los/as funcionarios del HSJD en relación a la satisfacción usuaria?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ ¿Por qué?

8.- ¿Cree usted que la atención en salud del HSJD está cumpliendo con las expectativas generales de satisfacción usuaria?

9.- Desde su posición laboral ¿Cuál es su práctica en la satisfacción usuaria?

10.- En una escala de 1 a 5- o a 6 si es que usted quiere agregar otra variable- (donde 1 es el más significativo) señale ¿cuáles son los problemas más significativos o importantes en la atención con los/as usuarios del HSJD?

Tiempos de espera	
Falta de recursos e insumos	
Descoordinación entre los servicios	
Mal trato por parte de los/as funcionarios como de los/as usuarios	
Desinformación	
Otro	

11.- De los problemas que mencionaré a continuación, en una escala de 1 a 8- o 9 si usted desea agregar otro- (donde 1 es el más influyente) ¿cuáles cree usted que son los que más influyen en la satisfacción usuaria?

Agresividad de los/as usuarios	
Sobredemanda	
Falta de recursos	
Problemas en los canales de comunicación e información	
Indiferencia y bajo compromiso de los/as funcionarios del HSJD	
Desconfianza de los/as usuarios hacia los/as funcionarios del HSJD	
Falta de capacitación en habilidades blandas	
Otros	

12.- Además de las variables mencionadas, ¿cree usted que existan otros factores importantes?

13.- Dentro de la atención en salud, la satisfacción usuaria es para usted:

Muy importante	Más o menos importante	Poco importante	Nada importante

13.¿Porqué?

14.- En el supuesto de que exista una satisfacción usuaria ideal, ¿cuál de estas variables cree usted que es la más importante, jerarquizando en una escala de 1 a 7 - o a 8 si usted quiere agregar otra variable- en donde la número 1 es la más importante y la 7 la menos importante?

Reconocimiento laboral	
Respuesta a las solicitudes y reclamos ciudadanos	
Mejora del clima laboral	
Empoderamiento	
Incremento del nivel propositivo e innovador	
Ejercicio de la política de salud vigente	
Otros	

15.- ¿De qué formas cree usted que se puede mejorar la satisfacción usuaria en el ámbito de la Recepción a los/as usuarios del HSJD?

16.- ¿De qué formas cree usted que se puede mejorar la satisfacción usuaria en el ámbito de la Primera Acogida y Acogida Hospitalaria del HSJD?

17.- ¿De qué formas cree usted que se puede mejorar la satisfacción usuaria en el ámbito del Trato Digno?

18.- ¿De qué formas cree usted que se puede mejorar la satisfacción usuaria en el ámbito de la Información recibida por los/as funcionarios del HSJD?

19.- ¿De qué formas cree usted que se puede mejorar la satisfacción usuaria en el ámbito de las cadenas de comunicación e información?

20.- Respecto a generar nuevas formas de mejoramiento en la satisfacción usuaria, ¿cuál de estos aspectos considera usted son los 5 ámbitos fundamentales a trabajar para su mejora?

a) La Comunicación efectiva.	
b) Nuevos Protocolos de atención.	
c) Participación activa de los funcionarios en las políticas del HSJD.	
d) Participación activa de la comunidad organizada.	
e) Jefaturas y Subdirecciones más involucradas con lo que sucede a diario en el HSJD.	
f) Retroalimentación de las encuestas y reclamos de los/as usuarios hacia los servicios.	
g) Creación de un Manual de Organización que distribuya con claridad las funciones de cada funcionario.	
h) Generar instructivos de atención para el paciente y acompañante, con el fin de que exista mayor concordancia en la relación expectativa/realidad.	
i) Que las autoridades y jefaturas detecten las necesidades de sus equipos, es decir “que la cabeza sepa lo que le pase al cuerpo”.	
j) Que las políticas institucionales sean participativas.	
k) Generar políticas de estímulos para los/as funcionarios, por ejemplo con notas de mérito, permisos administrativos y el reconocimiento de las jefaturas.	
l) Cubrir el ausentismo laboral de manera equitativa entre los/as funcionarios.	
m) Otros	

21.- De los ámbitos seleccionados, ¿cuáles cree usted que son los problemas o motivos por los que no se realizan estas mejoras, y cuáles podrían ser estas mejoras?

Ámbito	Motivo	Propuestas

22.- ¿De qué manera cree usted que puede contribuir usted y su servicio en mejorar los aspectos mencionados?

Ya terminando....

23. ¿Cree usted que en el HSJD se cumple con el ejercicio del derecho a la salud por parte de los/as usuarios?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué?

24.- El derecho a la salud en el HSJD, usted lo interpreta como

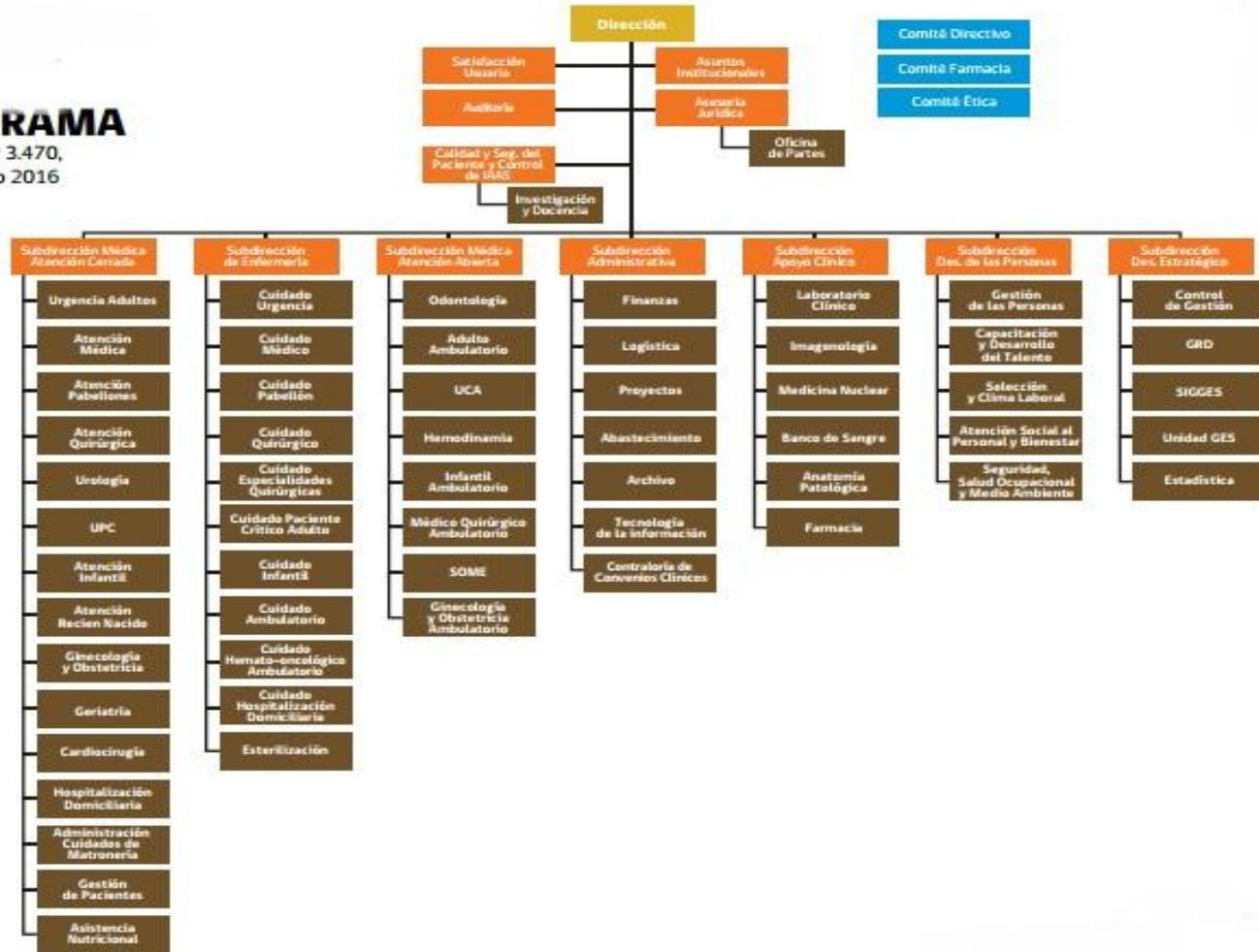
Un derecho social	
Un derecho económico	
Un derecho humano	
Un derecho laboral	
Un derecho cultural	
Otro	

25.- Reflexiones o comentarios personales

Organigrama Hospital San Juan de Dios -CDT Región Metropolitana

**ORGANIGRAMA**

Resolución N° 3.470,  
del 01 de julio 2016



Fuente: [www.hsjd.cl](http://www.hsjd.cl) octubre 2016

## Carta de Derechos y Deberes de los pacientes



Ministerio de Salud  
Estado de Chile

# Exige tus derechos

<p>Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.</p> 	<p>Recibir un trato digno, respetando su privacidad.</p> 	<p>Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.</p> 	<p>Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.</p> 	<p>Ser informado de los costos de su atención de salud.</p> 
<p>No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.</p> 	<p>Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.</p> 	<p>Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.</p> 	<p>Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.</p> 	<p>Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.</p> 
<p>A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza.</p> 	<p>Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria.</p> 	<p>Que el personal de salud porte una identificación.</p> 	<p>Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.</p> 	<p>Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.</p> 

## y cumple tus deberes

<p>Entregue información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección.</p> 	<p>Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica.</p> 	<p>Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto.</p> 	<p>Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.</p> 	<p>Tratar respetuosamente al personal de salud.</p> 	<p>Informarse acerca de los procedimientos de reclamo.</p> 
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TODO PERSONA PODRÁ RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSULTORIO, HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO PRIVADO QUE LO ATIENDE. SI LA RESPUESTA NO ES SATISFACTORIA PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (Extracto de la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes).**

Fuente: <http://web.minsal.cl> agosto 2015