

BOLETÍN

DEL OBSERVATORIO DE LA EXPERIENCIA USUARIA EN SALUD



Observatorio
de la Experiencia
Usaria en Salud

DEPARTAMENTO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y GESTIÓN INTEGRAL DEL USUARIO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE.

ÍNDICE

	Pág.
Editorial	2
Presentación Equipo de Participación Social y Gestión Integral del Usuario SSMSO	3
Entre el pesimismo y lo esperanzador. Columna del Paciente Experto	4
Cuenta Pública como expresión de la experiencia usuaria	9
De la experiencia usuaria a la experiencia ciudadana	13
“El pa(de)ciente”. Entrevista con Miguel Kottow	26
La voz de los usuarios	29

Editorial

Este tercer número del boletín del Observatorio de la Experiencia Usaria en Salud nos muestra distintas visiones de lo que es hoy la atención de salud. Característica común: la despersonalización.

El paciente experto es un agudo y analítico observador de lo que ocurre en las salas de espera del CDT del Sótero del Río y de la resistencia de sus profesionales a adoptar reformas que faciliten la atención de público y con ello la satisfacción de ellos. Resistencia a hacer diferencias tan obvias como la atención preferente para adultos mayores y discapacitados; resistencia para publicar un horario de atención que evite la suspensión arbitraria de la entrega de números y otras medidas que muestren sensibilidad por los problemas del público que abarrotan las salas de espera.

Tanto en “el pa(de)ciente” en que el Dr. Kottow cuenta su experiencia como paciente, como en el testimonio de diversos usuarios, el común denominador es nuevamente la frialdad, distancia y a veces autoritarismo del equipo de salud.

Esta casuística que podría ser local e individual se ve confirmada en los datos de la Encuesta de Desarrollo Humano 2013 del PNUD. Particularmente en los sectores sociales más vulnerables se puede apreciar la “desesperanza aprendida” hacia todo tipo de institución y también a la participación como mecanismo de presión social. Sin embargo, es interesante que ese grupo tiene menos desconfianza que el resto en el municipio y su acceso a salud tiene las mismas dificultades que los demás.

Este conjunto de antecedentes vienen a confirmar que la crisis del sistema público de salud se ha agravado, que la relación entre los funcionarios y el público es una fricción permanente; que atenderse en un consultorio u hospital público para la mayor parte de la población es una experiencia poco grata.

Qué hacer para modificar esta situación? Cómo darle prestigio al sistema de salud, cómo hacerlo acogedor y respetuoso de las necesidades de quienes consultan? ¿Es la participación social que tenemos una contribución a que esto mejore?

Son preguntas que surgen de la lectura de este número y que deben acompañarnos a diario. Tal vez eso ayude a que esta realidad cambie y tengamos en el futuro no sólo un sistema de salud eficaz sino uno reconocido por su calidad y calidez.

Antonio Infante, Director Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Equipo del Departamento de Participación Social:

Jefa:

Carolina Videla, Matrona

Equipo:

Paola Carrasco, Psicóloga
Marcela Castañeda, Trabajadora Social
Sebastián Jirón, Psicólogo
Sebastián Moller, Sociólogo
Cristian Montenegro, Sociólogo
Andrea Otárola, Trabajadora Social
Rolando Quiroz, Relacionador Público
Carolina Reyes, Asistente Ejecutiva
Mara Rojas, Antropóloga
Pablo Solís, Periodista
Héctor Soto, Trabajador Social

.....

El Observatorio de la Experiencia Usaria en Salud es una plataforma abierta para discutir y analizar los encuentros y desencuentros de la personas con el sistema público de salud

INFÓRMATE, OPINA, COLABORA, PUBLICA

Teléfono **25762537**

Correo electrónico **contactooeus@gmail.com**



Facebook **participacion surorient**



.....

Revisa nuestros números anteriores



Boletín N° 1



Boletín N° 2

Entre el pesimismo y lo esperanzador....?

J. Raúl Parada L. - Paciente Experto - Asesor Dirección SSMSO.
.....

Debo decir, como una cuestión fundamental, la oportunidad que me ha brindado el Dr. Antonio Infante, Director del SSMSO, de poder colaborar en esta importante tarea de procurar se brinde siempre una atención considerada respetuosa y digna a todos los que somos pacientes del Centro de Diagnóstico y Tratamientos (CDT) del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, con la finalidad de que todos tengamos una mejor calidad de vida. Lo expreso así debido a que yo también soy un enfermo crónico por décadas, que desarrolla muchas tareas para poder lograr lo que es necesario para una atención como corresponde y, debido a esto, he logrado tener el conocimiento y la experiencia debida durante estos años. Por esta razón fui contratado por la dirección del SSMSO.

Programa y tareas

El programa paciente experto, es aquel que tiene como finalidad la mejor atención de los pacientes en general con enfermedades crónicas del CDT y también con aquellos pacientes de paliativos y que se encuentran en un proceso de carácter terminal y que, en algunas oportunidades, tienen dificultades para obtener su medicamento que calma sus dolores y que, por esta razón, requieren ayuda. Pero no es solo la temática con la farmacia, sino que con cualquier otra necesidad del paciente: Por ejemplo, aquel que se encuentra en una larga lista de espera, o por una mala atención, o por una atención citada

y no realizada, o prestar atención a un paciente, desalentado o con una alta fragilidad emocional que solo requiere a alguien que esté dispuesto a escucharlo con atención y empatía, siendo probable que con este acto sencillo, se reanime y vuelva con un mejor ánimo a sus gestiones dentro del CDT.

La tarea a realizar como paciente experto es muy variada y obedece a la contingencia que tiene cada día, sin embargo, en lo esencial, tiene que ver con disponer la mejor voluntad para encontrar la forma de colaborar en la búsqueda de la solución requerida por el paciente, la cual no siempre es posible en el momento y se necesita tiempo y variadas diligencias, esto es, tratar con distintas personas, para que, dentro de lo posible, alcanzar el objetivo deseado, siempre y cuando se encuentre al funcionario que esté dispuesto a brindar la ayuda necesaria que se requiere y esto es a todos los niveles del sistema público de salud, esto es, en quien se encuentre la salida o solución esperada por el usuario, entonces el paciente experto es un mediador que no opera en la soledad, si no que siempre requiere la colaboración de otros, en bien de los pacientes.

También tiene que ver con instruir al paciente en lo referido a la mejor forma de obtener lo que busca dentro del sistema público de salud, le explico de dónde y cómo puede obtener la información necesaria, fuera y dentro

del sistema, y de esta forma pueda entender y conocer mejor al sistema y como cuestión principal, le hago parte a él del sistema, involucrándolo en todas las gestiones, que junto a él realizamos, es decir, hacer del sistema algo más cercano, amigable, concreto, que él sienta de que efectivamente, estamos como sistema público de salud, interesados en ellos, y que por esto, lo integramos decididamente, encontrando o no, en el momento la salida a su urgente problema, sin embargo, este usuario queda con la esperanza de que su situación puntual, en algún momento, se resolverá.

Evaluación

A principios de Octubre de 2014, el Dr. Infante planificó una reunión en su oficina con la finalidad de tratar el contenido del informe solicitado por él, a mi persona, relativo a mi trabajo correspondiente al funcionamiento y falencias del CDT. En esta reunión participaron autoridades de Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río que tienen responsabilidad operativa en la farmacia ambulatoria del CDT, donde fueron tratados algunos puntos de este informe, y donde hubo acuerdos sobre éstos, a fin de que los llevaran a la práctica quienes tienen esta responsabilidad y así poder mejorar la atención a los usuarios y que el funcionamiento de la farmacia del CDT, dentro de lo posible, lograra ser satisfactorio para los usuarios, estos son:

1. Habrá un horario de atención en la farmacia del CDT, preciso, continuo e inalterado, esto es, en lo principal, en lo que corresponde a la entrega de números, trámite primario, para todo lo que a continuación corresponde; pa-

sar la receta en el módulo indicado, y la posterior entrega de los medicamentos.

2. Se tendrá un módulo especial para funcionarios y para personas con discapacidad.

3. Las personas que por alguna eventualidad, su número, ya pasó, no tendrá necesidad de hacer otra vez todo el trámite para obtener su medicamento. Su número será respetado y lo podrá entregar en el módulo, y sus medicamentos le serán entregados. En el entendido, de que ésta es una situación de excepción.

4. Se harán carteles en la farmacia del CDT, que informarán a los usuarios de cuestiones relevantes y necesarias, sobre su actividad en la farmacia del CDT.

Debo decir que a la fecha no se ha implementado ninguno de los acuerdos citados del punto 1 al 3, y solo del punto 4, de 3 carteles que se confeccionaron y entregaron en la farmacia para ser puestos, después de varios días de espera, se colocó solo uno. Esto denota falta de interés y preocupación real por los pacientes y funcionarios que sin otras opciones, retiran sus medicamentos en la farmacia ambulatoria del CDT, esto es incomprensible y lamentable.

Proyecto

Existen otras dos medidas que se implementarán a la brevedad posible, solucionándose algunos aspectos de carácter administrativo que están en estudio, estas son:

1. El traspaso a los Consultorios de: Exámenes de laboratorio, toma de muestras y entrega de medicamentos.

2. Habrá extensión en el horario de atención del CDT, a fin de descongestionar su actual situación para con los usuarios.

Ahora bien, se implementarán otras medidas importantes, para la mejor atención de todos los pacientes del CDT, que se informarán en el momento, en que estas estén, totalmente definidas.

Diagnóstico acerca de los pacientes

Los usuarios son todos con una misma característica, enfermos crónicos, de distintas edades, condición social, cultural y económica, aun cuando en su mayoría son personas modestas. Algunas de estas personas tienen la capacidad de la resiliencia, en otros hay que formarlos e instruirlos, a fin de que aprendan a sobreponerse a las adversidades de la vida y las condiciones ambientales de origen, sin embargo, todos sí están en un constante estrés por su enfermedad y las falencias en que se encuentran con la atención en su centro de salud pública, dado que tienen largas esperas para tener la hora con su médico, para su examen, para retirar sus medicamentos, para volver una y otra vez si éstos están faltantes, y esto no es de ahora sino que se arrastra por muchos años, sin cambios importantes. Estas personas tienen una gran fortaleza interna para seguir adelante en pro de su interés por superar su mal estado de salud, y muchas veces no encuentran la solución apropiada, tienden al desánimo y la desesperanza y este factor emocional contribuye a un deterioro mayor de su dolencia, y cuando son personas sin una educación apropiada, a veces

se encuentran con el abuso de aquellos que detectan su carencia haciendo su situación más compleja y difícil.

Cabe hacer presente que los pacientes que logran obtener lo por ellos anhelado dan a conocer de forma espontánea su gratitud por la persona que intercedió por su necesidad y siempre que lo he visto o logrado es igual, tremenda gratitud de estos pacientes por aquellos que se esfuerzan por atender bien y con eficiencia la necesidad de los usuarios. Y esto debiera ser una motivación para todos los funcionarios del sistema público de salud, dado que, la motivación, es la causa del movimiento para hacer el bien por los usuarios.

Alegría

Debo hacer mención del caso de una anciana de una población de Puente Alto, que un día estaba parada al costado de la OIRS en el CDT, después de haber conversado con ellos y haber obtenido la respuesta de siempre. Está en lista de espera en prótesis dental. La señora estaba con una cara que denotaba desesperanza y aflicción, entonces le pregunté -¿qué es lo que le pasa?- y responde que está cerca de un año esperando para poder hacerse una prótesis dental, dado que tiene muy pocos dientes, por tanto, no puede masticar lo que come y esto le trae problemas digestivos y problema de dolor a su estómago, y que esto la hacía sentir muy mal debido y ya no sabía qué hacer. Entonces la invité a ella y a su hija, que andaba junto a ella, a que fuéramos donde corresponde y en ese mismo momento obtuvimos una hora para su prótesis en un plazo corto, donde ella expresaba su alegría y gratitud con palabras muy sentidas.

Confusión de roles

Debo hacer notar también lo relativo a la OIRS, que aunque sus funcionarias realizan una importante tarea para los usuarios del CDT en aquellas cosas que son de su competencia; es dado hacer presente que la OIRS también desarrolla a diario un trabajo que produce confusión y conforme al Decreto Supremo 680, no les corresponde, sin embargo, lo llevan realizando cerca de un año, esto es, dar los números del tótem para que los pacientes puedan retirar sus medicamentos en la farmacia ambulatoria. Esta importante tarea es de responsabilidad absoluta de los funcionarios de la farmacia del CDT y cuando ellos la realizaban se hacía con eficacia. Pongo un ejemplo, si un usuario que está haciendo la fila del tótem y tiene alguna duda relativo al medicamento que debe retirar, la misma funcionaria de farmacia, que estaba en el lugar, daba la respuesta apropiada en el momento, y esto, ya que en algunas oportunidades era acompañaba por un químico farmacéutico, a diferencia, de ahora, que la funcionaria de la OIRS debe dejar su puesto e ir al módulo a preguntar lo relativo a la consulta del paciente e incluso pasar libremente a la farmacia, siendo esto un motivo más para aumentar el retraso en la entrega de los números, más aun cuando hay una alta demanda en espera.

Lo más complejo e incongruente es que si un usuario tiene algún problema con la persona que está dando los números, y quisiera reclamar ¿Dónde debe hacerlo? ¿Acaso no es en el OIRS? Resultando que la persona hacia la cual desea ejercer este reclamo es la misma que ahora se encuentra en la ventanilla de atención de la oficina (OIRS), donde debiera ser presentado este reclamo. Entonces este deseo legítimo del paciente no llega a

realizarse como corresponde debido a la evidencia contradictoria e irregular de la situación expuesta. Siendo esto inadecuado, pues el paciente no puede ejercer su legítimo derecho a reclamar conforme a la Ley 20.584, por lo inconducente de estas circunstancias. Por lo demás, los reclamos presentados al OIRS no producen la respuesta esperada y menos el cambio deseado, ya que es un organismo institucional que no tiene poder resolutorio y solo es un mediador, en este aspecto, por tanto, debiera existir para que los pacientes hicieran sus reclamos, “un organismo imparcial, con autonomía plena, y poder resolutorio”.

Esta situación debiera ser corregida pues esta tarea, de entregar los números, es de la farmacia ambulatoria y no del OIRS, puesto que esto, en las actuales circunstancias, produce una confusión de roles, y aumenta la desconfianza de los usuarios frente a nuestro sistema de salud pública.

Mala experiencia

Además citaré de mi experiencia personal, como paciente por décadas en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río, dos situaciones muy graves ocurridas en la farmacia ambulatoria del CDT:

1. El día 02.04.2014, fui a retirar la Insulina Cristalina (Actrapid), que correspondía retirarse, y me fue entregada una Insulina Lenta (Insulatard), esto es un acto indebido y grave, dado que los pacientes insulino dependientes no pueden ni deben, intempestivamente cambiar su tipo de insulina indicada por su médico tratante, por otra. Esto fue por un acto irresponsable de parte del personal de la farmacia del CDT. Las consecuencias de esto podrían haber sido una seria descompensación y como consecuencia de esto, la muerte. Esto es inaceptable.

2. El día 23.12.2014, fui a retirar con la correspondiente receta médica, la Insulina Ultra Lenta (lápiz) - Lantus y me fue entregada la Insulina Ultra Rápida (lápiz) - Apidra. Esto es diametralmente opuesto a lo indicado por mi diabetólogo, y de altísima gravedad puesto que colocarse la dosis indicada para la insulina ultra lenta, por esta otra ultra rápida, habría implicado, en corto plazo, quedar descerebrado, y si no se recibe la asistencia médica debida, muerto.

Lleve todos estos antecedentes al Dr. Antonio Infante, Director, SSMSO, quien por la gravedad de los hechos ocurridos, instruyó un sumario, a fin de preservar el interés superior de los pacientes.

La importancia de la colaboración

La gestión que realizo como paciente experto requiere de la colaboración y ayuda de aquellos que tienen la potestad de solucionar estos problemas y así ha sido en algunas oportunidades, al contrario de otras, donde teniéndose la solución rápida y efectiva, simplemente no se ha dado por razones que francamente no entiendo y encuentro que esta inacción es indebida, dado que va en desmedro de los pacientes y de la salud pública.

Temor a denunciar

Los usuarios cuando se enfrentan a dificultades donde no han encontrado solución y por tanto, ninguna asistencia significativa y encuentran que deben denunciar lo que están viviendo, lo piensan y llegan a la conclusión de que no pueden hacerlo, pues esto significaría una atención más precaria e indigna en su contra y que pondría en riesgo su futura relación con aquellos que él ha denunciado, y el trato y resultado final de su objetivo, sería negativo. Es decir, los pacientes con los cuales he conversado sienten un gran temor de hacer un reclamo, por lo ya explicado. Aun así algunos pacientes si realizan su reclamo asumiendo el riesgo de lo que esto significa. Existe una necesidad urgente de que los pacientes recuperen la confianza en el sistema de salud pública que tienen, y para ello existe la necesidad emergente de dar la formación y ayuda debida a los funcionarios y también a los pacientes, para que de esta forma conozcan bien sus derechos y deberes, cada cual en su ámbito. Digo esto, debido a que he comprobado falta de instrucción más precisa, en ambos lados. Creo sinceramente que los cambios trascendentes requieren de una educación con más consistencia, y la práctica debida. Esto es una tarea que nos involucra a todos, por el bien de nuestra salud pública.

Contacte al Paciente experto en este correo

Opacienteexperto0@gmail.com

La Cuenta Pública como reflejo de la experiencia del usuario

Pablo Solís, Periodista

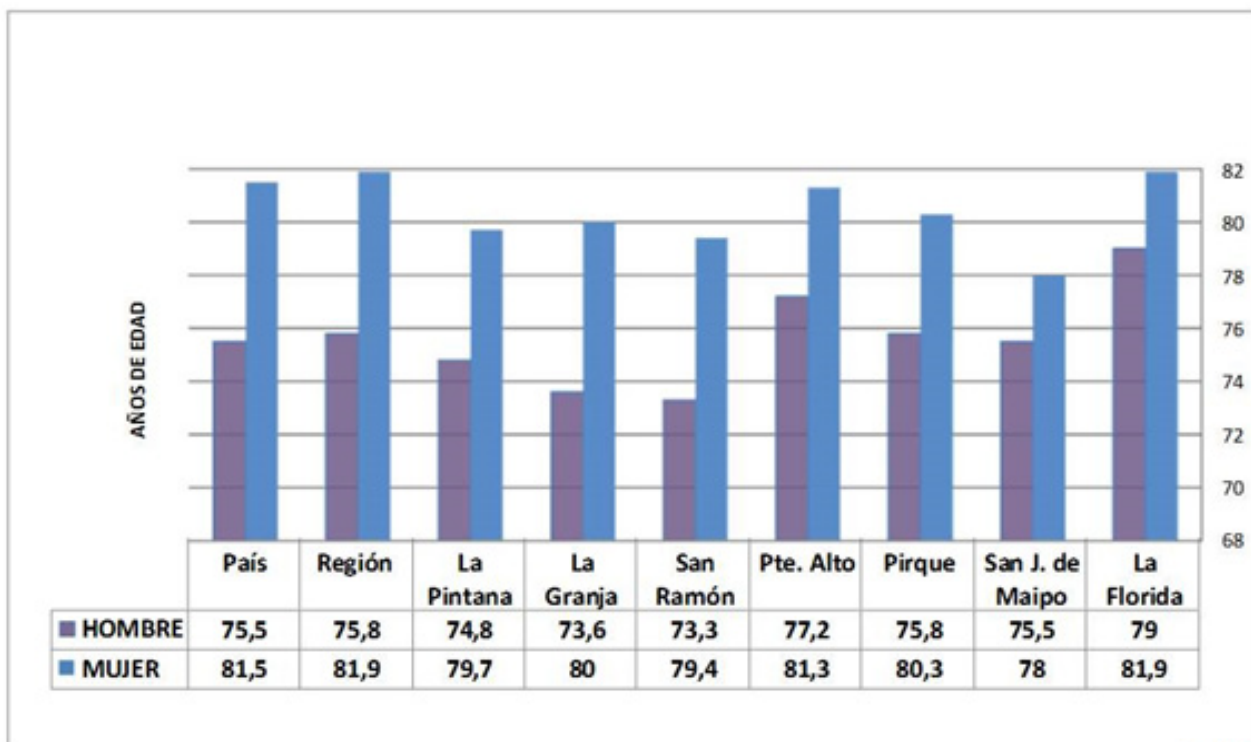
Las mujeres presentes sintieron que una vez más les habían pasado un gol, no como el “Primer Gol del Pueblo Chileno”, obra que sustenta al Centro Cultural Espacio Matta y en el que Antonio Infante, director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente dio la Cuenta Pública para la Sub Red Santa Rosa, comprendida por las comunas de La Granja, San Ramón y La Pintana.

La cuenta del ejercicio del Servicio se realiza durante el primer trimestre de

cada año y este 2015 la correspondiente a la gestión del año pasado se hizo por sub red; la ya citada, más las de Cordillera (Puente Alto, Pirque y San José de Maipo) y La Florida.

Volviendo al gol. “Su esperanza de vida es dos años menos que la de las mujeres de Puente Alto”. La sorpresa del auditorio ante la información que les daba el director se transformó en carcajada al saber que ellas sobrevivirán a sus hombres por al menos 7 años.

Esperanza de vida al nacer ambos sexos, 2005-2010.



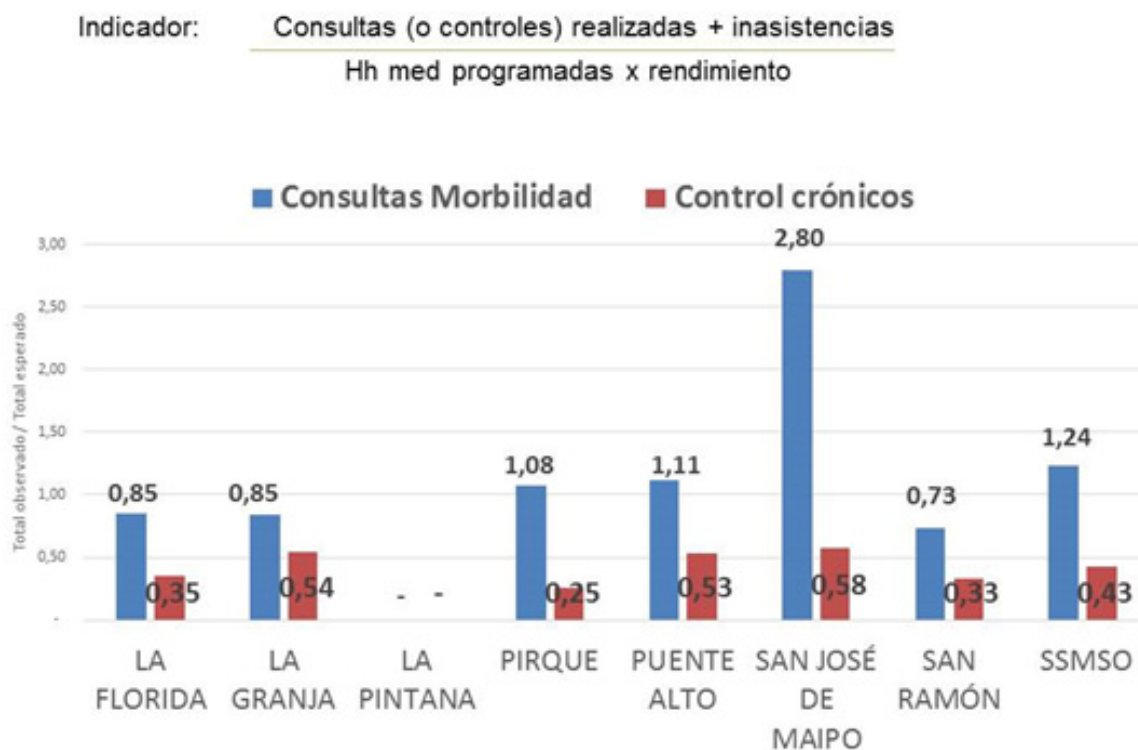
Esa fue la lógica, una sanitaria por sobre la de producción del sistema. Orientados por el marketing y el racionalismo, la Cuenta Pública -Mecanismo de Participación Social de la Ley 20.500- se transforma en una danza de grandes números que de poco le sirven a los usuarios para comprender su condición de salud y los esfuerzos del sistema por mantenerla en un nivel óptimo.

La productividad del sistema, si se aborda sobre el millón 100 mil usuarios del sistema público en las 7 comunas que comprenden el SSMSO puede llegar a cifras no del todo comprensibles. Sobre 37 mil cirugías, cerca de medio millón de atenciones hospitalarias de urgencia, más de un millón de consultas médicas de atención primaria, todo matizado con una deuda financiera cero.

“No tenemos deuda financiera, pero sí una gran deuda sanitaria”, reconoció en las tres Cuentas Públicas el Director dando paso a una serie de indicadores que lo sustentaban, lejos de la comodidad que dan los grandes números.

Expresado en tasa, del total de consultas de atención primaria en la red del SSM-SO, 1,24 fueron de morbilidad y sólo 0,43 para la atención de crónicos. La relación a nivel comunal, no es mejor llegando incluso a ser peor ¿Qué hace el administrador frente a la demanda de atención de su población? Acoger, dar acceso a la consulta por morbilidad en desmedro, no obstante, del giro del negocio reflejado en los Programas y en los Controles sobre los llamados crónicos, que buscan mantener el nivel de salud de la población.

Eficiencia en atenciones: Observado / esperado



“La gente no sabe usar la red, hay que enseñarle al usuario cuándo ir al SAPU, al Centro o a la urgencia del hospital”. En la experiencia de las personas ese planteamiento no es cierto cuando, los habitantes de la Red Pública de Salud Sur Oriente acceden a sólo una atención al año, en cualquiera de los niveles de atención. El aprendizaje del usuario es acudir a la urgencia hospitalaria, ya que ahí pese a tener que esperar por horas tendrá como resultado una atención resolutive.

Aún en ese margen de acceso a atención hay espacio para la inequidad. Mientras la APS de La Florida exhibe una tasa 1,08 consultas de APS por habitante, en Cordillera es 0,89 y en Santa Rosa 0,76. En los dos últimos casos, en subsidio tiene tasas de 0,98 y 1,15 atenciones en SAPU. ¿Qué pasa cuando la atención se aleja del espacio reflexivo y preventivo del Centro de Salud y se traslada a la trinchera del SAPU? Esto corresponde al indicador acceso a la atención por subredes en la Cuenta Pública.

ACCESO A LA ATENCIÓN POR SUB REDES SSMSO 2014



	APS	SAPU	URGENCIA	CDT/CRS	TOTAL
País	0,82	0,68	0,43	0,55	2,49
Metropolitana	0,88	0,91	0,35	0,58	2,7
La Florida	1,08	0,76	0,38	0,44	2,66
Cordillera	0,89	0,98	0,31	0,48	2,66
Santa Rosa	0,76	1,15	0,44	0,40	2,75

Supuestos: Urgencia y especialidades del Hospital Sótero del Río aportan 10% a subred Sta Rosa y 30% a La Florida



Ante una audiencia que debió ser más, compuesta por usuarios, directores de Cesfam, Consultorios, Hospitales, y directivos municipales, las cuentas del Servicio recrearon la experiencia de sus usuarios. Un ejemplo fue la de quienes sufren un infarto agudo al miocardio, según su lugar de residencia.

En tasa por 10 mil inscritos los decesos por esta causa por comuna son: Pirque y La Florida 3,9, La Granja 3,8, San José de Maipo 3,6, La Pintana 3,4 y San Ramón 3,2 y Puente Alto 2,2.

A estas alturas las sonrisas iniciales daban paso al silencio. La corta distancia de 13 kilómetros entre las municipalidades de Puente Alto y La Granja se hacía más grande en lo que a muertes por ataque al corazón se refiere.

¿Tendrá que ver que Puente Alto está más cerca del Hospital Sótero del Río y que esas personas infartadas llegan antes a la atención de complejidad? Y en el caso de San Ramón ¿Tendrá que ver que estos últimos tengan al Hospital Padre Hurtado en la misma comuna?

Las determinantes sociales cabalgan desbocadas en este territorio y el ocurrir del usuario por éstas al interior de la red sur oriente está reflejado sin adornos en las tres Cuentas Públicas del Servicio.



Acceda al contenido de las 3 Cuentas Públicas Participativas del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

<http://ssmetroso.redsalud.gob.cl/?p=2638>

¿Quieres publicar en el próximo boletín del Observatorio?

Envíanos tu relato, nota, artículo o estudio sobre la experiencia usuaria en salud

contactooeus@gmail.com

De la experiencia usuaria a la experiencia ciudadana

El contexto de la participación en salud

Sebastián Moller, Sociólogo

.....

El Informe de Desarrollo Humano 2015 de Chile presentado hace poco tiempo por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) lleva por título “Los tiempos de la politización”. En él se comentan las posibles respuestas a la pregunta “¿Podemos volver a debatir entre todos acerca de lo posible y de lo deseable?” (PNUD, 2015). Pregunta enmarcada, en gran medida, por un alza de las demandas sociales y por una baja de la confianza ciudadana en las formas tradicionales de participar en la política.

En el Departamento de Participación Social y Gestión Integral del Usuario nos hacemos una pregunta similar: ¿Seremos capaces, entre todos, de debatir y de tomar acciones sobre lo posible y lo deseable en la red pública de salud surorientada? Nuestra misión es responder afirmativamente y proponer líneas de acción. Sin embargo, debemos hacerlo con los ojos bien abiertos, en conocimiento de las formas, de los niveles y de los obstáculos concretos que encuentra la participación social en nuestro territorio.

Así, los datos que nos proporciona la Encuesta de Desarrollo Humano 2013 nos permite dar una mirada comprensiva a la participación, a las formas de involucrarse y de evaluar los temas de interés público de los habitantes de Santiago. Es cierto, no estamos hablando de un fenómeno de la salud. Estamos poniendo en contexto la participación en salud. Una

forma de entender esta participación es situándola en la intersección de las demandas y expectativas en salud con la forma de ejercer ciudadanía que las personas hacen suya. Nos moveremos en los contornos del sistema de salud, en la experiencia ciudadana para comprender un poco mejor al usuario como ciudadano.

Muestra del estudio

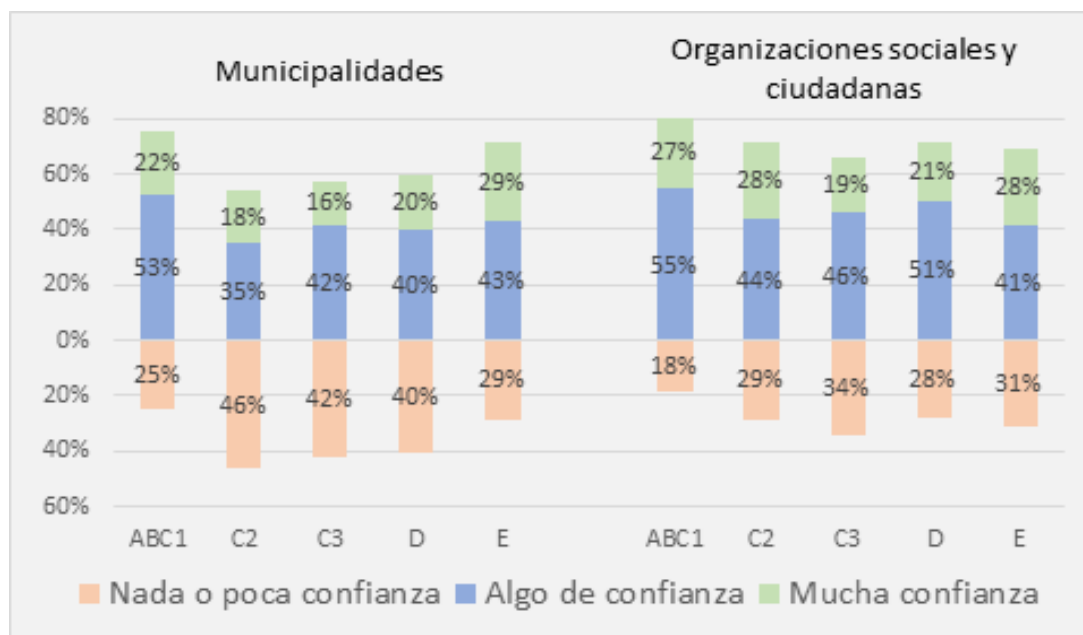
El estudio no es representativo a nivel comunal por lo que no podemos hablar de lo que pasa exclusivamente en nuestras 7 comunas sino que seleccionaremos todas las comunas urbanas de Santiago haciendo todos los análisis según niveles socioeconómicos, y algunos por grupos etarios, lo que nos permite un mejor acercamiento a la diversidad de experiencias sociales fuertemente marcadas, en nuestro país, de acuerdo al ingreso económico. En el gran Santiago urbano se encuestaron a 859 personas entre el 17 de Agosto y el 9 de Octubre de 2013. Todo el trabajo de terreno estuvo supervisado por el PNUD.

Confianza

La confianza de las personas en otras personas, en las organizaciones, en las instituciones, etc. media la relación que establece con ellas. En un mundo ideal uno podría depositar confianza en todos. En otro mundo ideal uno podría elegir estar con quienes confía. Pero, a nivel social, cuando hablamos de organizaciones e instituciones, la capacidad de elegir es restringida. La gran mayoría de los ciudadanos tenemos alternativas de elección limitadas por diversas razones: la oferta de servicios, el costo del acceso, la información con la que contamos, entre otras.

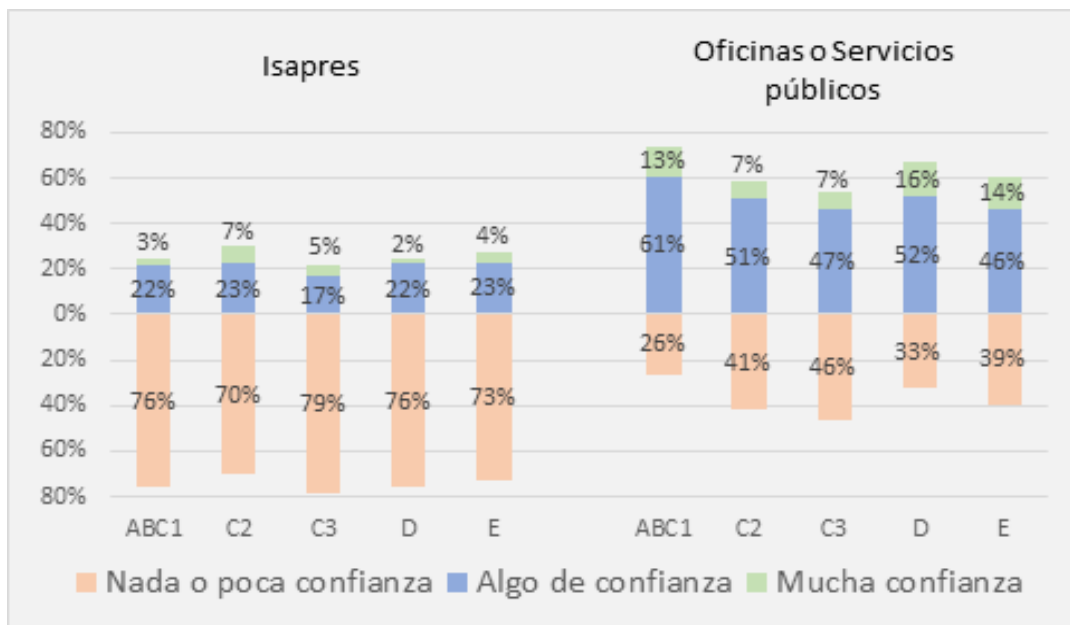
Si observamos los gráficos 1 y 2 apreciamos que los encuestados depositan mayor confianza en las organizaciones sociales y ciudadanas y, en segundo lugar en las Municipalidades. Estos dos tipos de organizaciones están caracterizadas por su arraigo local y por la cercanía de su acción a diferencia de Isapres y Servicios Públicos.

Gráfico 1: Confianza en Municipalidades y Organizaciones sociales según niveles socioeconómicos



Elaboración propia en base a datos Encuesta PNUD 2013

Gráfico 2: Confianza en Isapres y Servicios Públicos según niveles socioeconómicos



Elaboración propia en base a datos Encuesta PNUD 2013

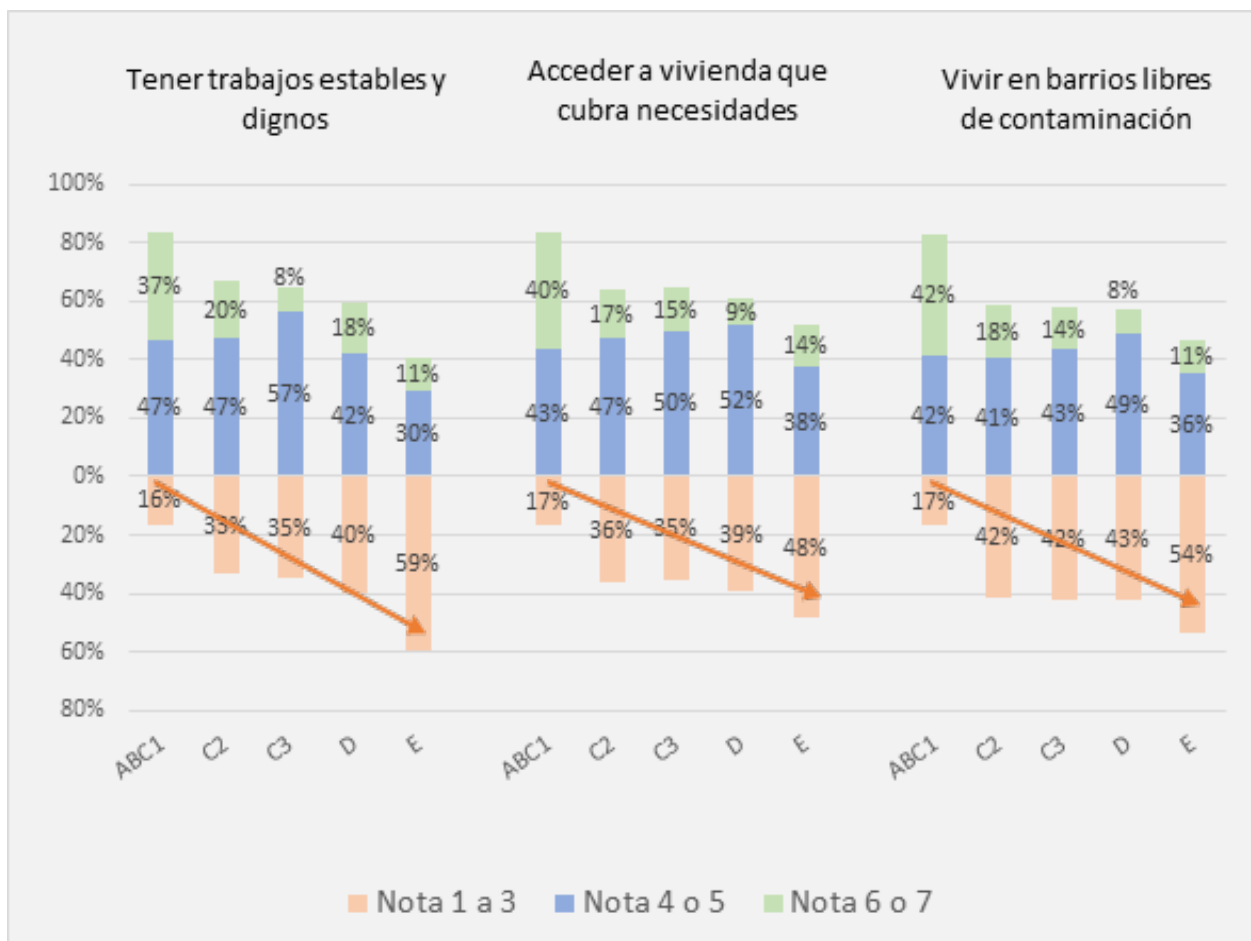
El análisis socioeconómico nos muestra que los segmentos más acomodados (ABC1) son los que más confianza depositan en general en las organizaciones nombradas. El único caso en el que no se evidencian diferencias socioeconómicas es con las Isapres. Los bajos niveles de confianza hacia dichas organizaciones son transversales a todos los grupos socioeconómicos, tanto los que son beneficiarios, concentrados en ABC1 y C2, como los que pertenecen a FONASA.

Oportunidades

Cuando se les pide a los encuestados ponerle nota al país en las oportunidades que entrega a las personas para desarrollarse en diferentes ámbitos como salud, educación, vivienda, trabajo, pensiones

y medioambiente (gráficos 3 y 4) se impone una fuerte diferencia socioeconómica en la evaluación. Esto nos lleva a la conclusión de que las oportunidades de acceso a servicios de calidad en estos ámbitos está determinado por la posesión de capital económico. Sin embargo, y aquí nuestro especial interés en estos datos, como se aprecia en el gráfico 4 el único ámbito en que las diferencias socioeconómicas no son tan evidentes, al menos presentan un comportamiento de otra naturaleza, es en la salud. Observemos que en cada ámbito evaluado se evidencia una perfecta escalera de las oportunidades, estando en el escalón más bajo el grupo socioeconómico E y en el escalón superior el ABC1.

Gráfico 3: Evaluación de las oportunidades de acceso a trabajo, vivienda y barrios libres de contaminación según niveles socioeconómicos.

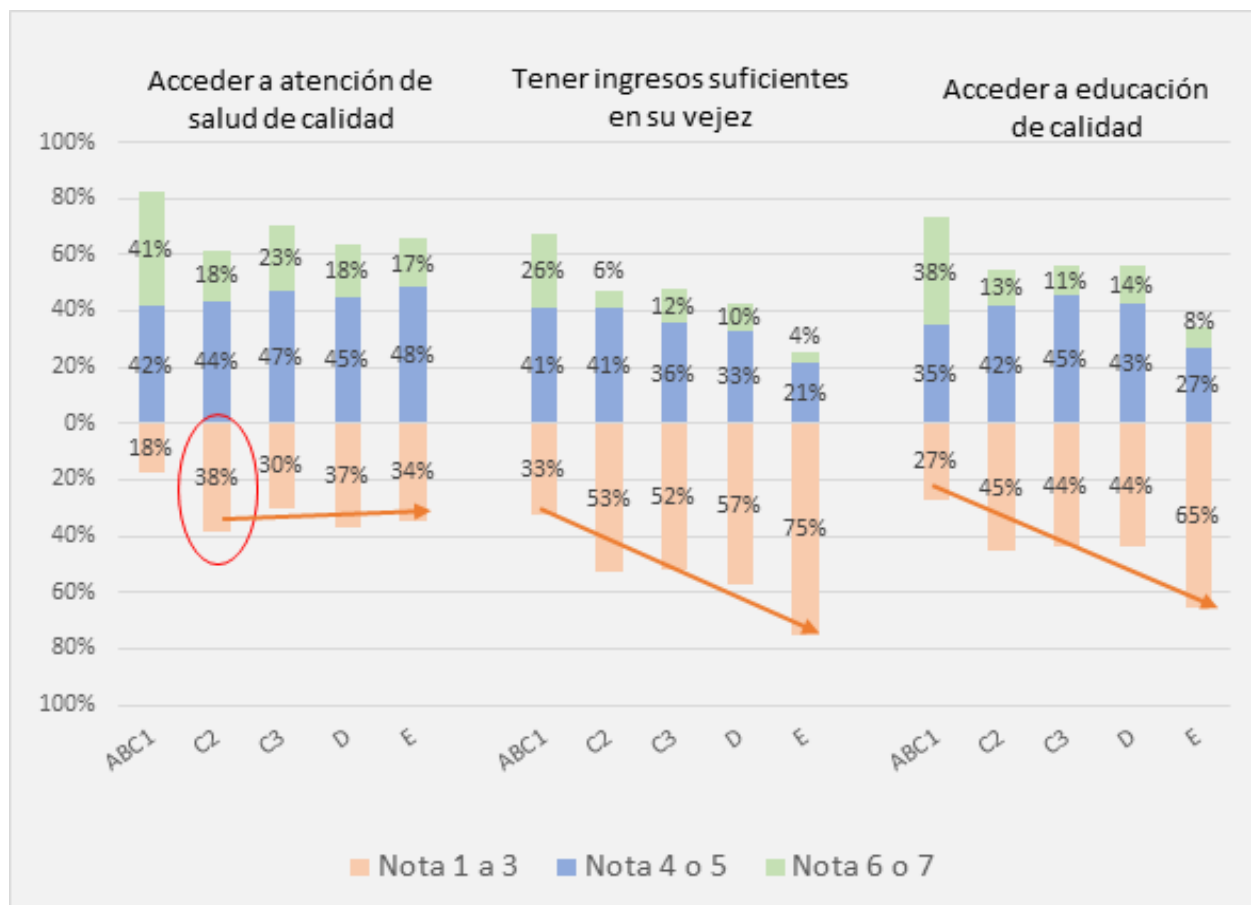


Elaboración propia en base a datos Encuesta PNUD 2013

Como se aprecia en el gráfico 4, en el ámbito de la salud se observan dos datos interesantes que rompen con la lógica de la escalera perfecta. En primer lugar, si partimos observando la escalera desde lo más alto, al descender un escalón, al nivel C2, se aprecia una baja considerable en la evaluación de las oportunidades, peor de la que hacen los encuestados pertenecientes al nivel socioeconómico C3. En segundo lugar, si observamos la tendencia de la mala evaluación, representada en los gráficos por la flecha naranja, desde el nivel C2 al E, esta no baja en relación al nivel socioeconómico.

Estos datos nos dicen que al evaluar las oportunidades de acceso a atención de salud de calidad ocurre algo distinto a lo que pasa en los otros ámbitos encuestados. Antes de aventurar cualquier interpretación es necesario decir que la noción de “acceso a atención de salud de calidad” puede ser interpretada de maneras diversas por los encuestados. Sin embargo, que las personas pertenecientes al segmento socioeconómico menos favorecido no reprobren las oportunidades entregadas por el sistema de salud, como lo hacen en todos los otros ámbitos, nos revela algo. Considerando las

Gráfico 4: Evaluación de las oportunidades de acceso a servicios de salud, educación y pensiones según niveles socioeconómicos.



Elaboración propia en base a datos Encuesta PNUD 2013

listas de espera y los problemas de trato, que otros estudios muestran, no sería correcto decir que en el sistema de salud público no hay problemas de acceso a un servicio de calidad pero, debemos decir que los esfuerzos hechos en el sistema público de salud, el entregar no tan sólo gratuidad sino derechos universales de acceso, es percibido como un facilitador del acceso. El peso del sistema público de salud se deja sentir en comparación a sectores en los que es marginal, como en las pensiones¹, o en sectores en los que está fuertemente debilitado y per-

¹ Sólo existe por medio de la política de pensiones solidarias

meado por lógicas de mercado, como en educación.

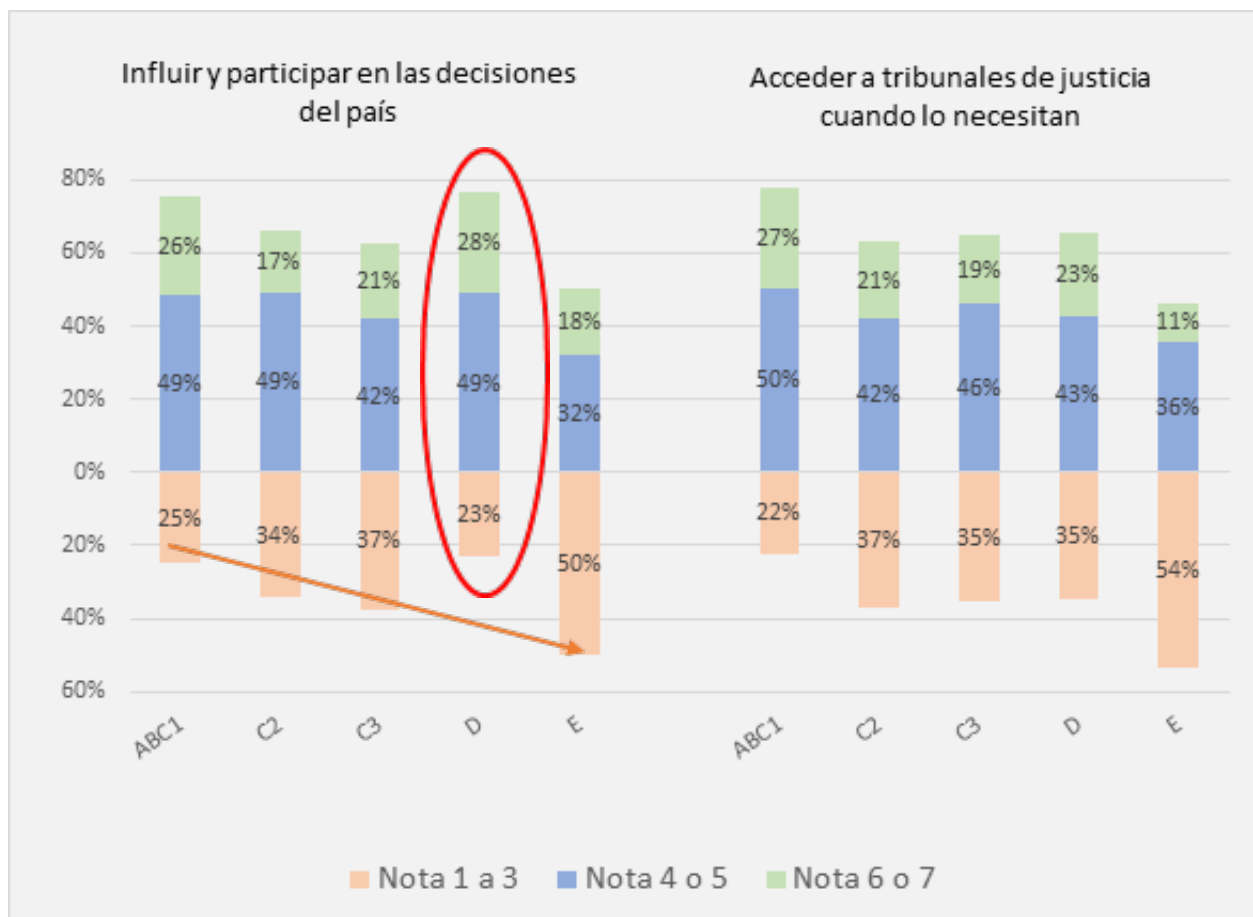
Por último, el segmento C2 es revelador de otro fenómeno. Ellos son los que peor nota le ponen al acceso a una atención de salud de calidad. La situación estructural en la que están insertos nos puede ayudar a interpretar este dato. La condición de clase media representa una especial coyuntura, sobretodo en un país con un modelo de Estado subsidiario. Las políticas de focalización dejan fuera de su alcance a la clase media ya que ellos podrían acceder a los bienes y servicios sociales que la focalización pretende

proveer entre los más vulnerables. Eso deja a la clase media expuesta a buscar la satisfacción de sus necesidades y de sus expectativas de movilidad social, en el sector privado. Si el segmento ABC1, tiene todos los recursos que necesita para proveerse un buen seguro médico, en el segmento C2 esto ya no es tan evidente. En síntesis, la capacidad de pago, o de suscribir un buen plan de salud, sería lo que marca esta gran diferencia en

la evaluación que estos dos grupos hacen de las oportunidades para recibir una buena atención de salud.

Las oportunidades también fueron encuestadas en materias de participación, justicia y respeto de derechos como se observa en el gráfico a continuación.

Gráfico 5: Evaluación de las oportunidades de influir y participar en la toma de decisiones y de acceder a tribunales de justicia de forma oportuna según niveles socioeconómicos.

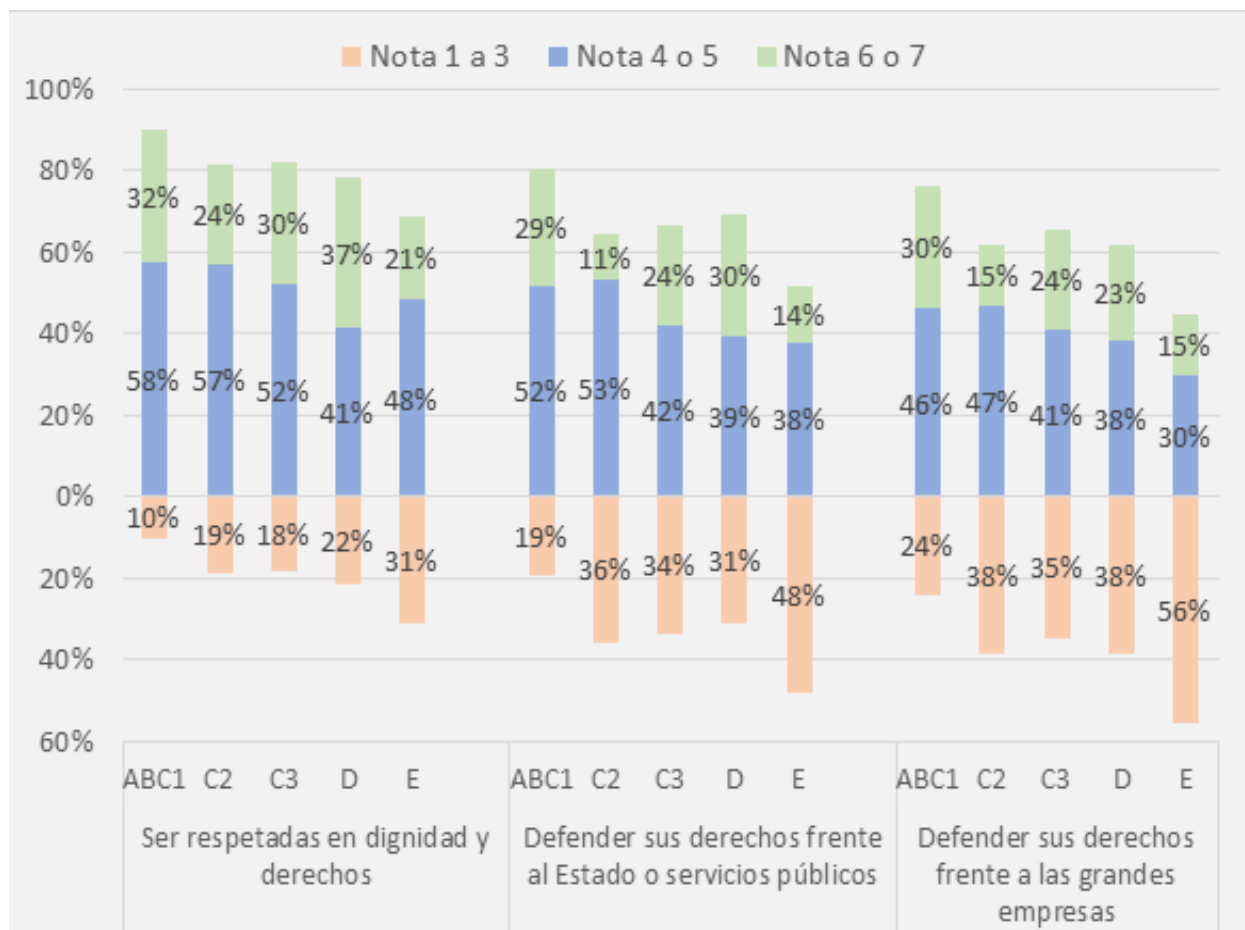


Elaboración propia en base a datos Encuesta PNUD 2013

La influencia y la participación en la toma de decisiones, es decir la sensación de empoderamiento, está distribuida socioeconómicamente, adoptando la ya mencionada escalera socioeconómica: los que tienen más recursos influyen y participan más y los que tienen menos recursos, lo hacen menos. Sin embargo, el segmento D escapa a esta lógica sintiéndose más empoderado que el ABC1.

Sería interesante dilucidar qué hay detrás de estos datos: en qué medida los espacios de participación ciudadana, intencionados desde la institucionalidad, y los espacios autónomos de organización vehiculizan esta sensación de contar con oportunidades para influir y participar.

Gráfico 6: Evaluación de las oportunidades de las personas para ser respetadas en sus derechos frente al Estado y frente a las grandes empresas privadas según niveles socioeconómicos.



Elaboración propia en base a datos Encuesta PNUD 2013

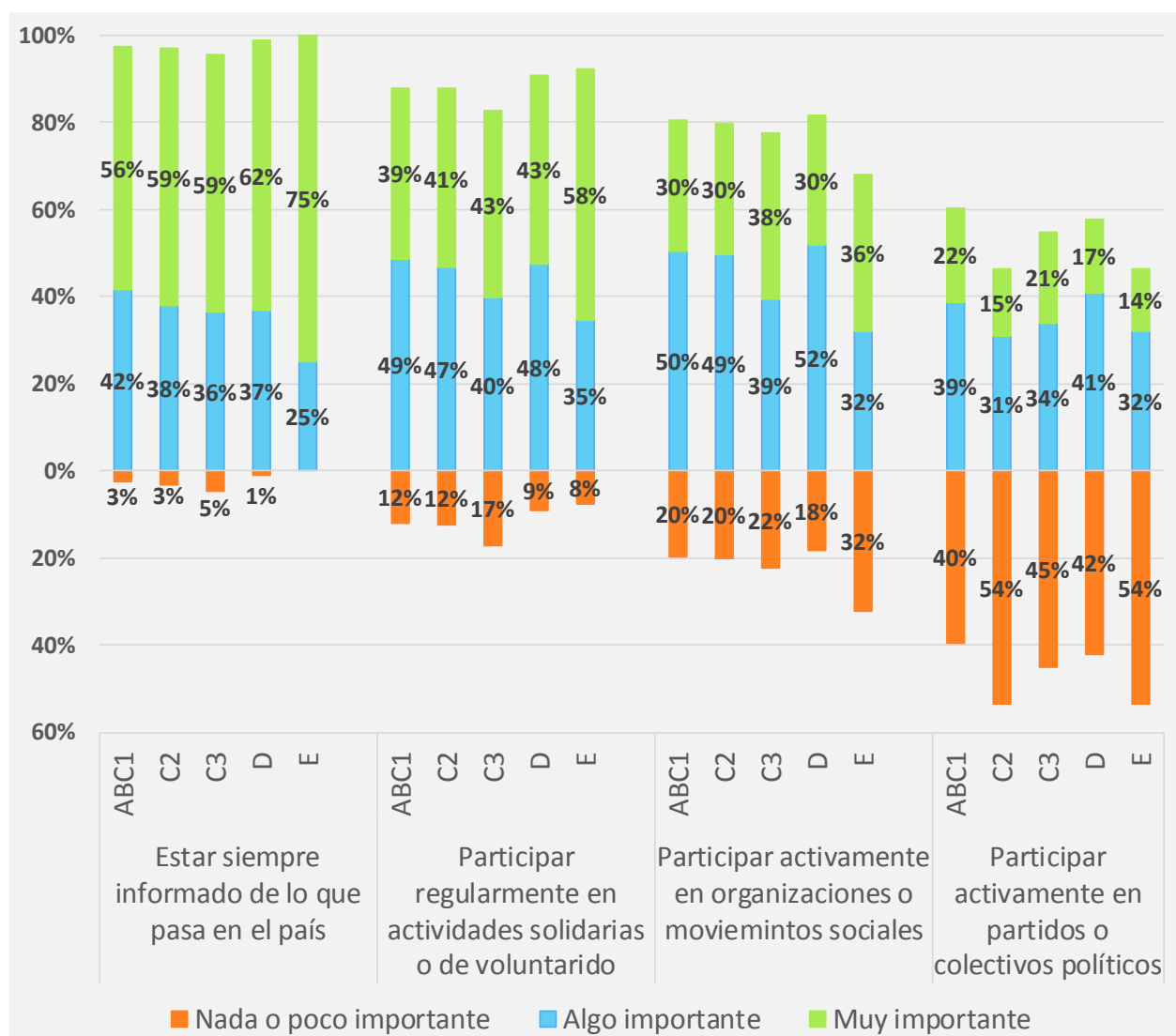
Cuando se les pregunta a los ciudadanos por el respeto a su dignidad y derechos ellos evalúan, en su mayoría, al país con nota 4 o 5. Sin embargo, cuando se pregunta específicamente por la defensa de sus derechos en servicios públicos la evaluación baja (Ver gráfico anterior).

La sensación de mayor desprotección se presenta frente a empresas privadas. En todos estos ámbitos encuestados se presentan grandes diferencias socioeconómicas que nos hablan de la inequidad en el respeto de la dignidad y los derechos en nuestro país.

Ciudadanía activa

Mucho se habla hoy de la ciudadanía o la participación activa. Lo cierto es que en nuestro país la participación es baja. Hay una fuerte separación entre su valora-

Gráfico 7: Valoración de la información y de la participación social y ciudadana según niveles socioeconómicos.

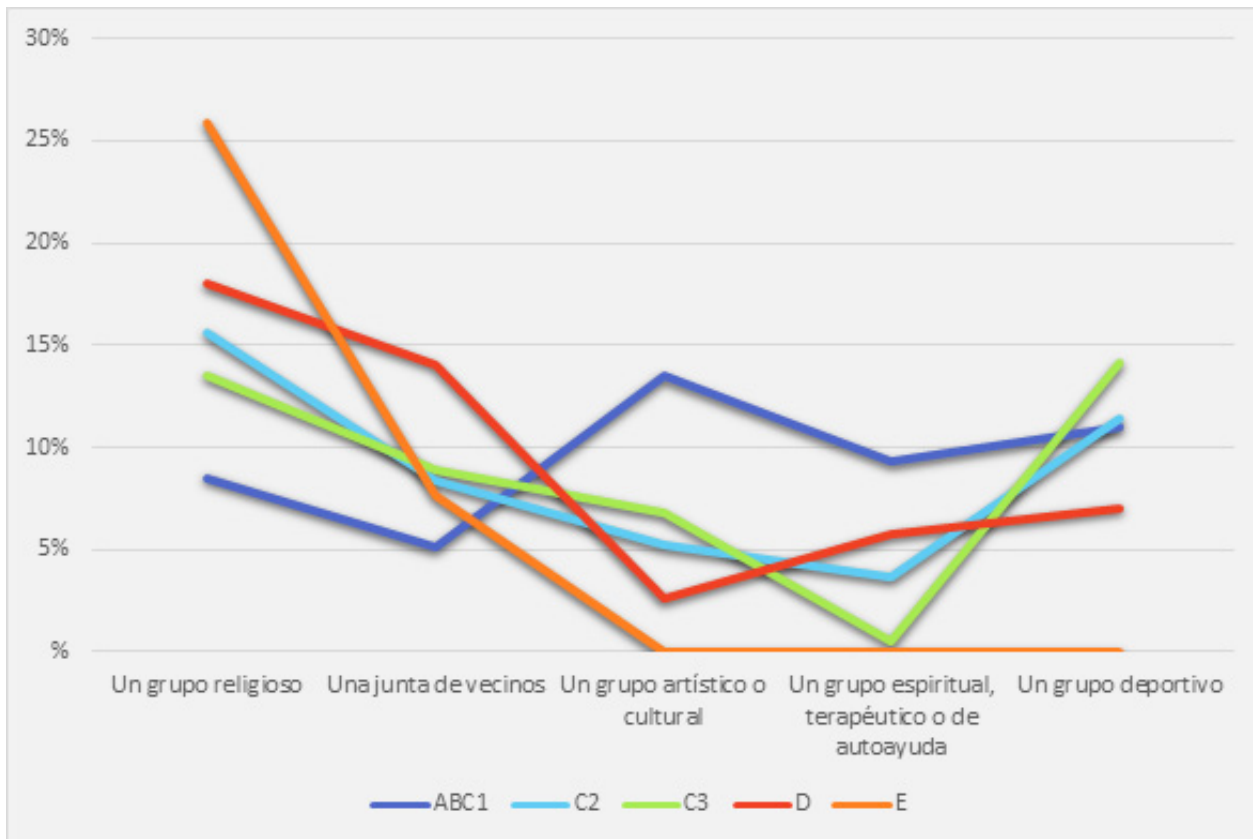


Elaboración propia en base a datos Encuesta PNUD 2013

ción discursiva y su ejercicio efectivo, lo que caracteriza a nuestra ciudadanía. Esto queda de manifiesto contrastando el gráfico 7, en el que la gran mayoría de los encuestados señalan que la información, la participación en actividades solidarias o de voluntariado y la participación en organizaciones o movimientos sociales es importante o muy importante, con los gráficos siguientes (del gráfico 8 en adelante) que muestran los bajos índices de participación efectiva de los encuestados. La participación se valora pero no se practica.

Estos gráficos (el 8, 9, 10 y 11) nos sirven también para apreciar los patrones de participación, es decir, las organizaciones preferidas para participar de los distintos grupos socioeconómicos y grupos etarios.

Gráfico 8: Niveles de participación efectiva en diversas organizaciones sociales según niveles socioeconómicos.



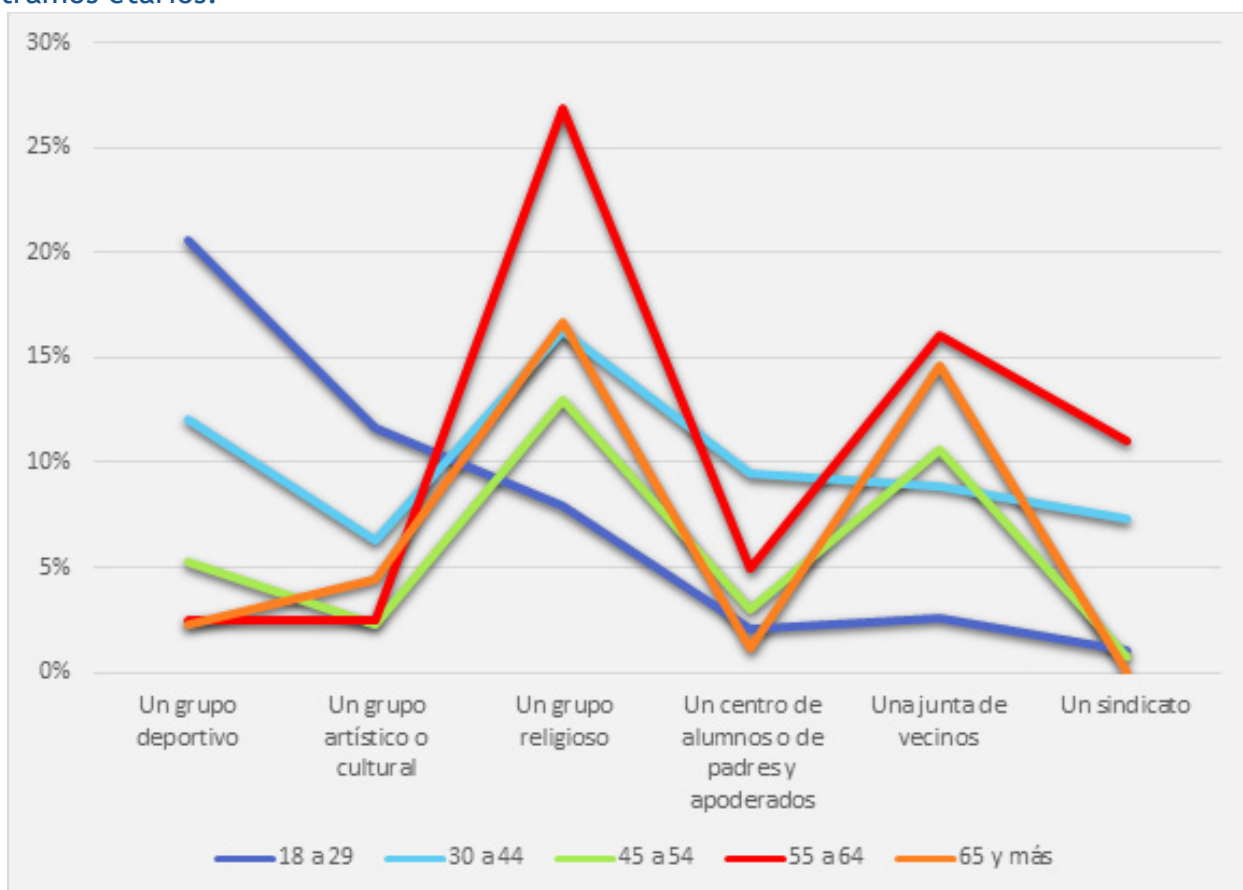
Elaboración propia en base a datos Encuesta PNUD 2013

El gráfico anterior nos sirve para observar los patrones de participación según niveles socioeconómicos. El segmento E participa, en una abrumadora mayoría, en grupos religiosos y, en bastante menor nivel, en juntas de vecinos. Esto nos muestra un patrón de participación bastante poco diversificado, a diferencia de los otros segmentos socioeconómicos. Es interesante observar el contraste entre la participación de este segmento con el ABC1. El único ámbito en el que sus niveles de participación se acercan es en las juntas de vecinos, siendo ambos segmentos los que menos participan en dicho tipo de organizaciones. En el resto de las organizaciones mencionadas en el gráfico los patrones ABC1 y E son

diametralmente opuestos, es decir, en las organizaciones donde más participan los ABC1 son las que menos tienen participación de los E. La clase media, grupos C2 y C3, se caracteriza por participar en lo religioso, lo deportivo y, en menor medida, en juntas de vecinos. El segmento D, por su parte, destaca por su participación en las juntas de vecinos y en lo religioso.

Si ahora analizamos el mismo indicador pero según tramos etarios (gráfico 9) notamos que son los jóvenes, de 18 a 29 años, los que presentan un patrón de participación distinto al resto de los tramos etarios.

Gráfico 9: Niveles de participación efectiva en diversas organizaciones sociales según tramos etarios.



Elaboración propia en base a datos Encuesta PNUD 2013

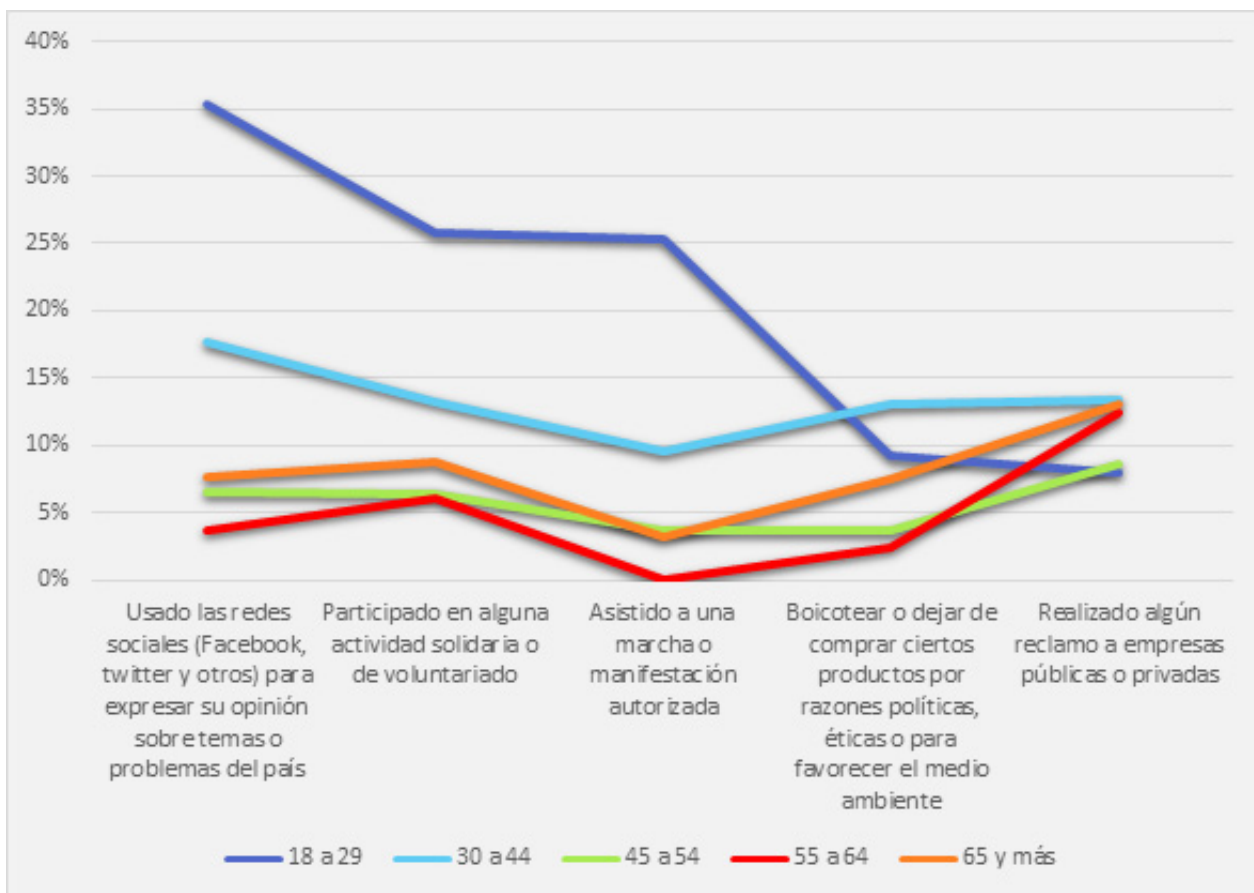
Las organizaciones en las que hay mayor participación de los jóvenes son los grupos deportivos y los grupos artístico-culturales, seguidas por los grupos religiosos. Es interesante observar que las organizaciones que tradicionalmente son consideradas más cercanas a la política, como los centros de alumnos o de padres¹, las juntas de vecinos y los sindicatos son las que menor participación tienen de jóvenes. Una interpretación apresurada nos diría que los jóvenes permanecen alejados de la política. No obstante, debemos considerar que los jóvenes bien pueden tener sus propias formas de acción ciudadana que no pasan necesariamente por pertenecer a las organizaciones anteriormente mencionadas.

El movimiento estudiantil de 2006 y 2011 remeció el espectro de la participación post-dictadura en el país. Este tipo de movimiento, los movimientos sociales, tienen una lógica de acción compleja, a diferencia de las organizaciones tradicionales, aparecen y desaparecen como las olas². El nivel en que ese movimiento permeó a la ciudadanía en otros ámbitos, como en salud, y en otros grupos etarios diferentes a los jóvenes es incierto.

1 En la muestra sólo están considerados jóvenes mayores de 18 años.

2 Olas de ciudadanía como las describió el historiador Gabriel Salazar

Gráfico 10: Niveles de participación en acciones ciudadanas según grupos etarios

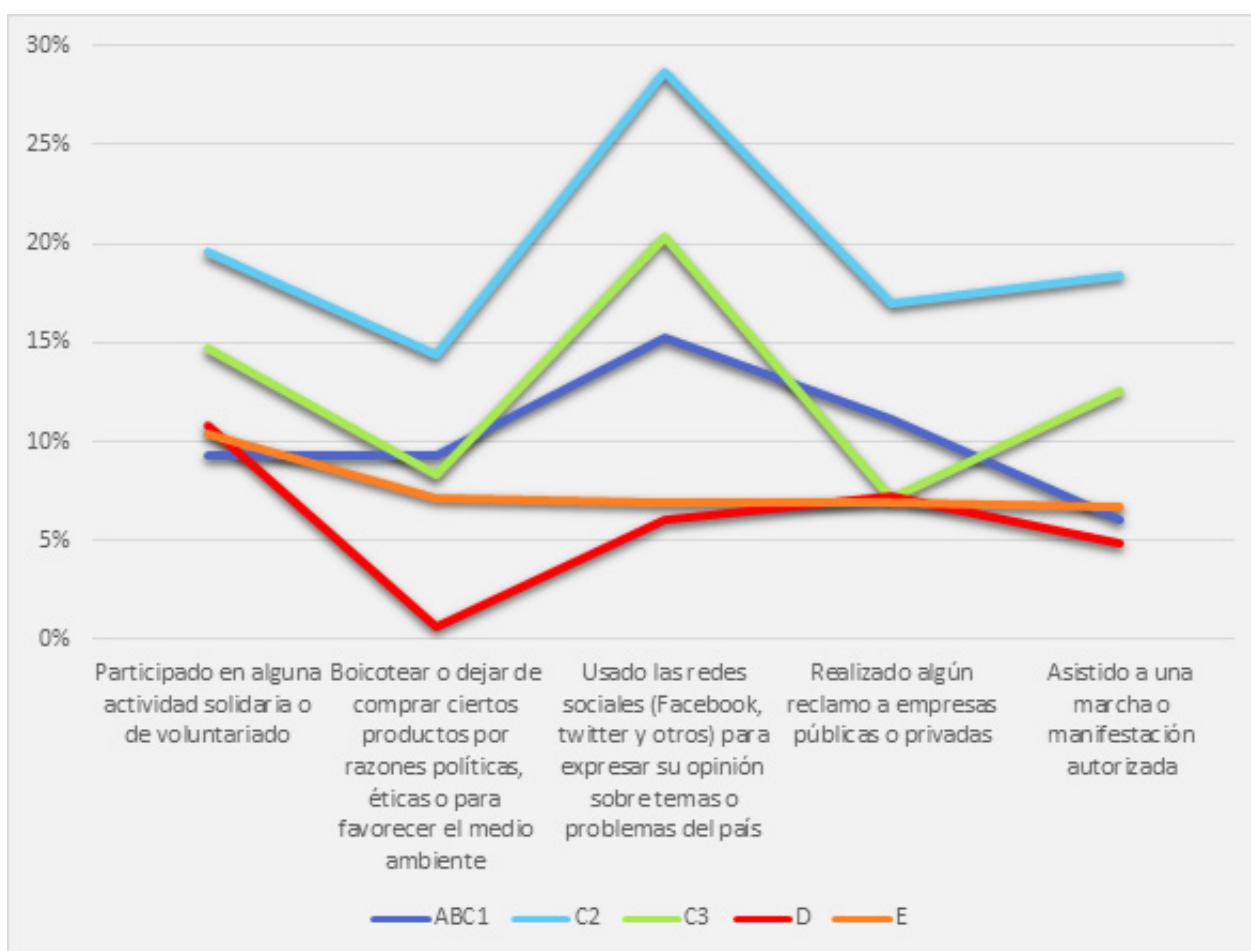


Elaboración propia en base a Encuesta PNUD 2013

El gráfico anterior nos confirma que los jóvenes no son los que menos involucramiento tienen con acciones ciudadanas. Al contrario, los grupos de 18 a 29 años y de 30 a 44 años son los que más realizan acciones como usar las redes sociales para manifestar su opinión sobre temas o problemas del país, participar en actividades solidarias o de voluntariado y asistir a marchas autorizadas. Las personas de entre 45 a 64 años son las que menos acciones ciudadanas, de las mencionadas, realizan. Finalmente las personas de 65 años o más, si bien desarrollan pocas acciones ciudadanas, lo hacen en mayor medida que el los grupos entre 45 y 64 años.

A partir de estos datos, cabe mencionar que existe una distancia generacional en la forma de entender el espacio público. Esto sólo podría ser confirmado en un análisis longitudinal que nos permitiera apreciar el comportamiento ciudadano de una cohorte a lo largo de las distintas etapas de sus vidas. Así, dado el contexto de precariedad contractual, flexibilidad laboral, bajos índices de sindicalización y escaso poder de negociación colectiva, el análisis de cohortes nos permitiría también estimar el impacto de la inserción laboral en la forma en que la gente asume la ciudadanía.

Gráfico 11: Niveles de participación en acciones ciudadanas según niveles socioeconómicos



Elaboración propia en base a datos Encuesta PNUD 2013

El análisis por niveles socioeconómicos nos muestra que es la clase media (segmentos C2 y C3) la que más realiza las acciones ciudadanas ilustradas en el gráfico 11. El patrón de acciones ciudadanas de los grupos socioeconómicos menos favorecidos (D y E) tiende a ser similar, salvo en las acciones de dejar de comprar productos por razones éticas pero, a la vez, son los que menos se involucran en acciones ciudadanas de todos los grupos socioeconómicos.

Tener una ciudadanía robusta es un anhelo de cualquier país que aprecie la democracia. Si bien el Estado, con sus organismos, tiene la misión de constituir un marco de derechos sociales, culturales, políticos y económicos y asegurar su cumplimiento, aquí queremos destacar el rol de control social los ciudadanos. Muchas veces se piensa que el control social se reduce a labores de fiscalización por parte de los ciudadanos hacia

los organismos del Estado; ver si hacen la pega. Esto se basa en una débil idea de ciudadanía. Si bien la fiscalización de los organismos del Estado es parte de las labores ciudadanas, es la participación en el ciclo completo de las políticas públicas lo que caracteriza a una ciudadanía robusta. Si las políticas públicas son los grandes instrumentos de gestión que el Estado se da a sí mismo para resolver sus grandes temas, en ellas no pueden estar ausentes los ciudadanos. Los ciudadanos somos el Estado. La idea de democracia representativa, de política restringida a los partidos políticos, está, en gran medida, agotada. Ante esta crisis de la representación la respuesta es la participación.



Acceda al Informe de Desarrollo Humano en Chile 2015 del PNUD

<http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/desarrollohumano/Informe%202015.pdf>

¿Quieres publicar en el próximo boletín del Observatorio?

Envíanos tu relato, nota, artículo o estudio sobre la experiencia usuaria en salud

contactooeus@gmail.com

“El Pa(de)ciente” Entrevista con Miguel Kottow

Sebastián Moller, Sociólogo

.....

Temprano parto a encontrarme con Miguel Kottow en su lugar de trabajo académico, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Como bioeticista, estuvo en la palestra mediática hace un tiempo por el tema de la eutanasia. Nosotros vamos a su encuentro con el objetivo de hablar con él sobre su experiencia como paciente hospitalizado pareciéndonos muy interesante que un médico asuma el rol de paciente y a partir de ello relate su experiencia en un libro.

Miguel Kottow es médico, oftalmólogo. Durante más de 35 años ejerció su especialidad en el Hospital San Juan de Dios, actualmente manteniendo su consulta privada. Además trabaja en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, como jefe de la Unidad de Bioética y de Pensamiento Biomédico. También es editor de la Revista Chilena de Salud Pública, cargo recientemente asumido.

Sebastián Moller: ¿A qué se dedica un bioeticista?

Miguel Kottow: Es la persona que ha tomado la bioética como una actividad primordial, no la única, pero primordial de su quehacer y la bioética, a su vez, es una ética aplicada a lo que tiene que ver, básicamente, con medicina pero con otras cosas también: ecología, investigaciones en seres humanos, tecnociencia, nanotecnología, etc. Nuestra pega, como yo la veo, es reflexionar y ayudar a reflexionar, participar en comités, comisiones, comisiones de éticas asistenciales, de ética en la investigación con seres humanos, etc. Y fundamentalmente hacer un trabajo de reflexión para problemas que se presentan en la vida diaria, en la vida social para antes de tomar decisiones, antes de hacer leyes tiene que existir este trabajo de reflexión. Esta reflexión la armamos en palabras, palabra escrita, palabra docente, reuniones, en congresos, etc. Hay una corriente, que

yo no comparto, que habla de una bioética intervencionista, es decir, nosotros tendríamos que ser actores políticos. Yo creo que es una contradicción que la bioética se meta en cosas de poder. La bioética lo que quiere es que no haya ejercicio asimétrico de poder. Meterse en política es meterse en el poder y para mí eso es una inconsistencia. Entonces yo lo hago acá, como una actividad académica pero, volcada hacia afuera, no endogámica.

SM: En su libro “El Padeciente” usted habla de una medicina instrumentalizada, una medicina puramente técnica y señala que la eficacia de la intervención es lo más importante por tanto la empatía no entra en este juego. Al mismo tiempo se hace desaparecer al cuerpo, a la persona, para intervenir a través de exámenes e instrumental técnico. Esta medicina que estamos presenciando actualmente ¿es la medicina que se está

enseñando a los estudiantes de medicina? ¿De dónde parte esto?

MK: Esto ya no se llama medicina. Esto se llama biomedicina. Oficialmente. Si usted lee, sobre todo libros de sociología... ¿qué significa eso? Que lo asistencial y lo investigacional corren a la par. Es una institución que, al mismo tiempo, investiga y da asistencia. Y porque hace las dos cosas, mucho se instrumentaliza con objetivos más bien de laboratorio, que con objetivos de ayudar al paciente. Si usted se enferma y yo lo hospitalizo a objeto de ayudarlo voy a pedir aquellos exámenes que me parecen pertinentes a su estado. Eso lo haría yo como médico pero, si hago biomedicina entonces yo lo ingreso y le corro la chorrera de exámenes. -Aquí en la institución tenemos la política de...- entonces le pido 20 exámenes, me importen o no me importen, porque esos exámenes justamente hacen una doble desaparición: no solamente la persona se pierde sino que el cuerpo se pierde. Porque usted pasa a ser segmentado. Usted no tiene médico tratante. Usted pasa del especialista A al especialista B, al especialista C que, a su vez, conversa con el laboratorio, con imagenología, no conversa con usted. Esto lo presenté una vez como el “arco terapéutico”. Usted desaparece como persona pero, también desaparece como cuerpo. Usted es un brazalete, es un número de pieza.

Nadie se preocupa de su cuerpo. No hablo de su persona, no del cuerpo vivido sino del cuerpo vivo, el que está ahí. -Mire yo vengo a verlo por su vejiga. Punto- Usted es su vejiga y nada más para ellos. Eso la biomedicina lo fomenta con el área científica que está como tan incorporado. Porque todo lo que me sacan, mi sangre, mis fluidos quedan ahí y van a servir para trabajos y para la academia.

Muchas de esas cosas no tienen ninguna utilidad para el paciente que entrega la sangre. Entonces, usted pasa a ser un ente segmentado y si usted mira cómo se profundiza la investigación, ahora ya estamos en la genética, usted es un envoltorio de sus genes. Y ya los genes no nos interesan, porque los genes son muy complicados. Entonces ahora están yendo a las proteínas. La nanotecnología, o sea estoy hablando con partículas. Y esas partículas después las llevo a una realidad diciendo -mire usted tiene la partícula 531 fallada- La tiene fallada pero, si eso va a tener alguna repercusión sobre su vida, nadie lo sabe. Pero yo ya lo tengo identificado como una partícula fallada. Entonces, es una segmentación incluso del cuerpo. Porque, en última instancia, la única realidad ontológica en común que tenemos todos es el cuerpo. Todas las demás no son comunes: son ontologías que unos tienen y otros no tienen. Pero esta no la podemos negar.

Entonces la medicina está cayendo... y no es solamente la medicina hospitalaria, porque si usted va donde el médico, el médico lo transforma al lenguaje -tráigame estos exámenes-.

***SM:** Usted señala en el libro que la condición de médico-paciente le ha proporcionado una visión reveladora pero, también distorsionada de la hospitalización ¿Qué significó para usted está reciprocidad de perspectivas que usted manejó durante su hospitalización?*

MK: Pese a dedicarme mucho a la academia nunca dejé de ser oftalmólogo... estaba en contacto con el mundo médico y estaba viendo que prácticamente la relación médico-paciente se había destruido. Lo que hice no fue más que ratificar y ver cuán profundo era el quiebre. Lo nuevo para mí, personalmente,

fue darme cuenta que el ser médico me ponía un paso más distante todavía que los pacientes. Y eso que me pareció una situación particular después la ratifiqué con varios médicos. Colegas que me decían -oye a mí me pasó exactamente lo mismo-. En el momento en que dije, o supieron, que era médico se generó una distancia adicional de crítica, de observación -no mire mucho lo que estoy haciendo- Eso lo viví muy, muy intensamente porque era una enfermedad complicada. No tenía un tratamiento muy certero, no tenía un pronóstico muy claro. Es decir, los médicos necesariamente estaban en dudas. Y el que esas dudas no las compartieran mucho, demuestra que, en lugar de generar un poquito más de empatía o cercanía generan una distancia. Y esa distancia se transmite a todas las personas que lo tratan, que lo manejan. Mismo cuento con la nutricionista, con la auxiliar que tomaba los controles, se generaba una distancia adicional. Nunca me trataron de médico a mí. Nunca nadie me decía doctor. Yo era un fulano al igual que el fulano de al lado. Por ningún motivo reconocer que aquí había alguien del gremio.

SM: Usted también señala que, a pesar de que no era reconocida su voz médica, tenía una paridad informativa. O sea usted, sabía más o menos qué le estaban haciendo, en algunos momentos ¿Qué piensa de los pacientes que no tienen esa paridad informativa? Personas corrientes que no pertenecen al área médica y que entran en una relación médico-paciente, usted señala que esa relación ya no existe, pero entran en vínculo con la institución hospitalaria en una relación totalmente asimétrica.

MK: Da la mismo, porque el hecho de tener un ojo un poquito más abierto no significó en ningún momento que tuviera más autonomía o participación en las decisiones. Veía lo que veía y hubo una sola instancia en la cual yo saqué la voz, que en el libro está relatado: cuando me dijeron -este tratamiento hay que hacerlo en la UCI- Yo dije -a la UCI yo no voy- Si no se puede hacer en sala común no lo haga. Fue la única instancia en que yo saqué voz, no de médico, si no de persona que había estado en la UCI y que por ningún motivo quería repetir esa experiencia. Pero, no me sirvió de nada tener un poquito más de ojo porque las decisiones yo no las tomaba.



Libro “El Pa(de)ciente” de Miguel Kottow

<http://www.ocholibros.cl/portfolio/el-padeciente/>

Ver entrevista a Miguel Kottow en Tolerancia Cero

<https://www.youtube.com/watch?v=Kz4HEFaAjHc>

La voz de los usuarios

A partir de esta edición incorporamos esta nueva sección que reproduce, con resguardo de los datos sensibles, la experiencia de los usuarios a través de las Solicitudes Ciudadanas que han efectuado vía web. En forma de reclamo, solicitud de información, sugerencia o felicitación esta expresión permite identificar aspectos críticos o sensibles de la gestión de los centros de salud pertenecientes al SSMSO. Transcribirlos tiene como fin valorizar este mecanismo de participación social y abrir a través de su análisis un nuevo espacio de reflexión en torno a la vivencia de quienes usan el sistema público de salud en nuestro territorio

Libertad de elegir

Me hospitalicé en el hospital ...¹ del 17 de abril al 19 del mismo mes, debido a anemia postparto. Mi parto fue en mi domicilio por opción personal, asistido por Matronas tratantes. Mi embarazo fue controlado por medico particular y dos matronas. Al ingresar al hospital, en el primer piso desconocían si maternidad funcionaba, querían enviarme al ... y me dejaron esperando. Luego de dicha confusión, me derivaron al piso de maternidad, donde la acogida fue buena, me informaron de los exámenes a realizar y me permitieron permanecer con mi bebe. Sin embargo, cuando me trasladaron a recuperación el trato fue distinto, primero me pidieron que él bebe durmiera en la cuna, indicándome que había un Matrón que exigía eso, sin consultarme si era lo que deseaba y sin considerar que el apego las primeras horas de vida es fundamental, cuestión que el mismo Chile Crece Contigo postula. Después, me preguntaron si iba a vacunar a mi hijo y primero les dije que lo conversaría con mi pareja. Al otro día, les expliqué que aún no estaba segura de colocarle la vacuna por los niveles de mercurio y

un técnico me criticó diciéndome que si acaso quería que le diera tuberculosis al niño. Finalmente accedí a la vacuna.

Durante mi estadía ingresaban en diferentes horarios alumnos en práctica, sin consentimiento mío, en momentos donde yo dormía o amamantaba, me sentía parte de un museo. Desde el pasillo se escuchaba como hablaban de mi parto en casa, el cual los tres doctores que me vieron criticaron, indicando que ya no era un parto "normal", a pesar de que los exámenes de mi hijo estaban excelentes.

Cuando preguntaba por mis exámenes, no me daban los resultados en detalle, una de mis matronas tuvo que pedirlos, pues un doctor no quería darme el alta por encontrar mi pulso alto (el cual fue tomado con su mano), sin embargo mis exámenes estaban adecuados. En paralelo, a mi hijo le habían dado el alta pediátrica y luego de eso llegaron unas técnicas a pesarlo. A los diez minutos volvieron, indicando que traían otra pesa pues al parecer la otra estaba mala, tuve que volver a desvestirlo y su peso marcó

¹ Todos los datos sensibles han sido omitidos

menos. La técnico me dijo que quizás mi leche "no lo estaba alimentando" y que le preguntaría a la matrona si era necesario darle relleno. Le dije que no, que la pesa estaba mala, que él tomaba pecho sin problema y por lo demás los estudios demuestran lo nocivo que es la leche de fórmula para los bebés. Horas más tarde mi matrona pidió que lo pesaran de

nuevo y resulto ser que efectivamente la pesa estaba descalibrada, el peso estaba excelente. Finalmente, luego de 48 horas en el hospital pedí retirarme bajo mi responsabilidad y con la supervisión de mis matronas en casa.

Atentamente

.....

El comprahuevos

El día 06-01-2015- Me acerco al sector azul para pedir un duplicado de mi carnet de salud HTA Teniendo que pagar \$300 por pérdida y me informan de que estará máximo para el día martes 13-01-2015. El día 14 se acerca mi esposo a retirar y le dicen que hay dos carnet de salud que debo ir yo a retirar eran las 15:30 horas y en el sector azul no se encontraba nadie se dirigió al sector gris y una dama le informa. Que hay dos carnets de salud que debo ser yo quien retira. Hoy 15-01-2015 voy personalmente a ver de qué trataba el tema y me dicen que mi carnet HTA (sector azul) siendo atendida por don ... No está listo aun y niegan toda información entregada el día de ayer. Me dirijo nuevamente al sector gris y me dicen de que la dama que atiende se encuentra de vacaciones y que imposible que me dieran esa información Prácticamente todo es mentira de mi parte que es falsa la información poniendo en duda que el día anterior no había nadie. La señora ... jefa del área administrativa me informa

que no puede ser posible ya que la señorita que atiende está con vacaciones. Le solicito hacer un reclamo personal y me informa ser ella la jefa Administrativa, es decir, ellos siempre tienen la razón y el tiempo perdido de la gente que se atiende no tiene importancia. Me consigue por mi reclamo que me hagan la receta tal vez hoy en la tarde un médico que es de otro sector. En estos momentos me encuentro hace un mes sin medicamentos ya que como tuve la pérdida del carnet no podía retirarlos. Asumo la responsabilidad que me compete respecto a ese tema pero creo que la falta de respeto hacia mí fue inaceptable. Ya que llevo más de una semana a la espera de una receta para retirar los medicamentos. Siendo un consultorio encuentro extraño el que no exista médicos en esta fecha.

“Respira como niña”

Al llevar a mi hijo con problemas serios para respirar por segunda noche consecutiva, con adormecimiento de sus manos y presión en su garganta, a las 00:26 horas, le atendió el ¿Dr.? ..., quien al examinarlo le dijo que respiraba como "Niñita" y que estaba somatizando dolencias que debíamos llevarlo a un psicólogo porque estaba con ansiedad y que eso era enfermedad de mujeres, como Ud. Verá mi hijo tiene 12 años, mi esposo no le discutió para que continuara con la atención y para no perjudicar a nuestro hijo, lo pincharon con algo que solo lo hizo dormir y lo mandó al hogar con clorfenamina. Al llegar a nuestro hogar a las 2 de la madrugada nuestro hijo empeoraba por lo que preferimos pagar y llevarlo a la clínica donde la Dra. que lo atendió con solo auscultarlo se dio cuenta que el niño estaba con serios problemas para respirar y que tenía problemas de carácter infeccioso. Sugirió trasladarlo de urgencia al hospital de niños ... Allí la Dra. que atendía en Urgencias, con sólo revisarlo se dio cuenta que mi hijo estaba con serios problemas respiratorios y diagnosticó una NEUMONIA, lo que una radiogra-

fía confirmó, por lo que debía empezar lo antes posible con un tratamiento con antibióticos. Debiendo llevar al niño este martes 20 a control al consultorio para ver su avance, como se podrá dar cuenta mi confianza en llevarlo es "NULA" quizás me digan que está loco y que debo internarlo. Me parece que personas como el señor ... que lo atendió al comienzo sólo perjudican la opinión de los usuarios hacia los médicos, que no se encuentra capacitado para atender en el SAPU, ni en ningún lugar, menos atender menores de edad por su "maltrato infantil" toda vez que mi hijo se sintió menoscabado al ser tratado como niña por no poder respirar como el Dr. quería y sufrir una enfermedad atribuible solo a mujeres?... eso no es ignorancia?, tendrá problemas con las mujeres? No sé pero el asunto es que ese señor no merece ser llamado "Médico" y menos atender pacientes que solo van en busca de una respuesta a sus afecciones ¿No se supone que el señor ... estudió para ejercer la medicina?

Opina sobre estas experiencias usuarias

Mádanos tu experiencia usuaria

contactooeus@gmail.com



¿Quieres publicar en el próximo boletín del Observatorio?

Envíanos tu relato, nota, artículo o estudio sobre
la experiencia usuaria en salud

contactooeus@gmail.com