

La dignidad en la atención en los servicios de salud: la mirada de los trabajadores de la salud.

Mauro Mirta, Garbus, Pamela y Solitario, Romina.

Cita:

Mauro Mirta, Garbus, Pamela y Solitario, Romina (2007). *La dignidad en la atención en los servicios de salud: la mirada de los trabajadores de la salud. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-073/441>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e8Ps/MyF>

LA DIGNIDAD EN LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: LA MIRADA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Mauro Mirta; Garbus, Pamela; Solitario, Romina
UBACyT. Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El propósito de este trabajo es indagar de forma exploratoria el conocimiento por parte los de los trabajadores de salud de un hospital del subsector estatal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), acerca de los derechos enunciados en la Ley Básica de Salud de la CABA, así como la percepción por parte de dichos actores del grado de cumplimiento de tales derechos. El interés se centra en la profundización y conceptualización de la Dignidad en la Atención, cuyo cumplimiento forma parte de las estrategias para la protección social en salud que promueve la OPS. En general, los trabajadores entrevistados manifiestan llevar a cabo prácticas que favorecen el cumplimiento de los derechos enunciados en la Ley Básica, no obstante el cumplimiento de estos derechos no siempre está relacionado con el conocimiento de los trabajadores de lo enunciado en dicha Ley.

Palabras clave

Dignidad Derechos Salud Trabajadores

ABSTRACT

DIGNITY IN THE ATTENTION IN HEALTH SERVICES: THE VIEW OF HEALTH WORKERS

The purpose of this work is to investigate in an exploratory way the knowledge of the workers of health of a public hospital of Buenos Aires City (BAC), about the rights mentioned in the Basic Law of Health of Buenos Aires City, as well as the perception of these actors of the degree of fulfillment of these rights. The interest is the conceptualization of the Dignity in the Attention, whose fulfillment is part of the Strategies for Social Protection in Health that promotes the PAHO. Generally, the workers interviewed declare to carry out practices that favor the fulfillment of the rights mentioned in the Basic Law, nevertheless the fulfillment of these rights is not always related to the knowledge of the workers of what is mentioned in the Law.

Key words

Dignity Rights Health Workers

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se enmarca en el proyecto UBACyT P077 que lleva por título *“Accesibilidad y dignidad en la atención en Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: sujetos y derecho a la atención en salud”*, dirigido por la Prof. Alicia Stolkiner.

El propósito de este trabajo es indagar de forma exploratoria el conocimiento por parte los de los trabajadores de salud de un hospital del subsector estatal de la Ciudad de Buenos Aires de los derechos enunciados en la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como la percepción del grado de cumplimiento de dichos derechos.

El interés se centra en la profundización y conceptualización de la **Dignidad en la Atención**, cuyo cumplimiento forma parte de las estrategias para la protección social en salud que promueve la OPS.

Se considera que el grado de conocimiento y percepción de cumplimiento de derechos por parte de los trabajadores de salud, favorece las condiciones de posibilidad de que los usuarios pueden obtener una atención Digna.

En el Marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los países miembros de las Naciones unidas, acuerdan el compromiso para erradicar la pobreza extrema y el hambre (Declaración Del Milenio - ONU; 2000). De esta manera, se pone en agenda la preocupación de los organismos internacionales por reducir la pobreza en América Latina mediante la definición de valores y medidas que tiendan a la equidad. En este contexto, en el año 2002 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de forma conjunta con la OPS desarrolla un documento que alerta sobre la necesidad de *extender la protección social en Salud* para los habitantes más pobres. Este documento expresa que la protección social en salud (EPSS) no solo es una herramienta para incluir a los excluidos, también abarca estrategias tendientes a mejorar las condiciones de acceso a la atención en salud para aquellos que, a pesar de estar afiliados a un sistema de protección social lo están de manera incompleta o inadecuadamente (OPS-OMS; 2002).

Para este trabajo se incorporan conceptos de la propuesta de Extensión de la Protección Social en Salud -EPSS-, desarrollada por la OMS/OIT (OPS/OMS, 2002). La EPSS se define como “la garantía que la sociedad otorga para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas en salud, mediante el adecuado acceso a los servicios del sistema, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”. Dentro de la EPSS se delimitaron tres dimensiones que consideran imprescindibles para erradicar la exclusión en salud: 1. Acceso a los servicios: pretende ampliar los índices de Accesibilidad al sistema 2. Seguridad financiera: busca que el financiamiento de los servicios no sea una amenaza para la estabilidad Económica de las familias 3. Dignidad en la atención: significa que la atención se brinde con calidad y en condiciones de respeto a las características raciales culturales y económicas.

El concepto de Dignidad se encuentra íntimamente ligado al concepto de respeto. Se considera ciudadano a quien goza de igualdad de derechos y deberes, libertades y restricciones, poderes y responsabilidades (Held, D. 1997). La garantía de derechos es parte esencial del respeto al Ciudadano.

Se parte del supuesto de que la inclusión / exclusión social en

salud y la dignidad (o falta de ella) en la atención son un problema complejo que debe ser analizado en distintas dimensiones. Estas incluyen: un nivel económico, político y normativo gubernamental (nivel macrocontextual), un nivel Institucional en las formas y prácticas de la prestación de servicios (nivel metaprocesos) y un nivel singular en las representaciones y prácticas de los diversos actores en relación al contexto que constituyen los otros niveles (nivel de procesos básicos). Es en este nivel en el que los saberes y percepciones de los trabajadores acerca de los derechos de los usuarios resultan relevantes, ya que la posibilidad de construcción de una atención en condiciones dignas se establece en una complejidad que entraña características propias de los usuarios, de los servicios y de los trabajadores que brindan la atención. En este sentido, se parte de no caer en conclusiones *culpabilizadoras* o lineales hacia los trabajadores, sino apuntar a la complejidad de las condiciones que intervienen en la temática.

METODOLOGÍA

Para cumplir con el objetivo propuesto se utilizó una estrategia cualitativa mediante la aplicación de la técnica de entrevistas a trabajadores de diferentes áreas y jerarquías -médicos, paramédicos, administrativos- de un Hospital General de la CABA en el mes de junio 2006.

A los fines de operacionalizar el concepto de “**dignidad en la atención**” se tomaron como observables los derechos contenidos en la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Nº 153) sancionada en el año 1999, en su título 1, Cáp. 2, art. 4: Estos son:

- a. El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural.
- b. La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden.
- c. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad.
- d. El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso.
- e. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba.
- f. Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad.
- g. Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud.
- h. Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos.
- i. Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.
- j. Olicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación.
- k. Internación conjunta madre-niño.
- l. En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento.
- m. Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores.
- n. Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen.
- o. En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores.

RESULTADOS

Para este trabajo, se seleccionaron las siguientes categorías

de análisis:

1.- Acceso a la historia clínica; 2.- Intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con el proceso salud enfermedad; 3.- Discriminación de cualquier orden; 4.- Consentimiento informado para determinadas prácticas; 5.- Acceso a vías de reclamo/quejas.

1.- Acceso a la información sin condicionamientos, entre ella, acceso a la historia clínica: tanto el personal médico, como no médico refieren que el paciente tiene acceso a todo tipo de información referente a su proceso de salud-enfermedad. Manifiestan que el mismo puede acceder a la historia clínica, aunque algunos aclaran que se requiere de un trámite administrativo previo y/o una solicitud u orden médica. “*Si vos me decís quiero mi historia, tenés que decir por qué y para qué*”. “*Es un documento público y personal, está a disposición del paciente, así como de un médico y de la justicia*”. “*La historia si bien es confidencial, es del paciente... y si se la quisiera llevar se la tiene que llevar*.” Estas frases muestran distintos grados de conocimiento de este derecho de los usuarios, lo que en algunos casos puede obstaculizar el ejercicio pleno del mismo.

2.- Intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con el proceso salud enfermedad: En general refieren que los controles médicos son realizados por un médico titular y un grupo de jóvenes residentes. Los médicos entrevistados comentan que cuando se trata de un nuevo paciente el titular explica que está acompañado por residentes, pero recién después que éstos se retiran el médico responsable explica al paciente el tratamiento o diagnóstico, o sea que refieren no hacerlo en presencia de los residentes: “*Uno no se pone a explicarles con todos alrededor*”. La presencia de profesionales en formación durante la consulta se presenta como una práctica cotidiana, que no siempre queda condicionada a la aceptación o no del paciente. En algunos casos, esto podría ser una práctica naturalizada desde los servicios que podría no estar en consonancia con el derecho mencionado.

Las habitaciones en este Hospital son compartidas. A la hora de realizar indicaciones de tratamiento o explicar el estado o evolución del paciente, un médico dice: “*me acerco al paciente y le hablo a él como para que sólo él me escuche, creo que no es asunto de los otros pacientes, es una cuestión más bien privada*”. De esta manera, si bien en general manifiestan conocer el derecho de los usuarios a la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información, como así también dicen respetarlo en la práctica, describen características edilicias que dificultarían la posibilidad del respeto pleno del mismo.

3.- *Discriminación de cualquier orden*: Al ser preguntados sobre este tema, aparecen alusiones a los extranjeros que acude al Hospital, sobre todo de países limítrofes, a veces indocumentados. En tales casos, algunos manifiestan que no existe ningún tipo de discriminación en estos casos, “*no se va sin atender*”. Otro profesional manifiesta: “*El hospital público se caracteriza por no discriminar*”. En la Ciudad de Buenos Aires, la normativa expresa la atención de toda persona que lo requiera, sin distinción del lugar de residencia (Título 1, Cap. 1 art. 2; Ley Básica de Salud GCBA), por lo que resulta llamativo que estas acciones sean nombradas como *no discriminatorias*, cuando en realidad es la ley la que establece que no debe existir obstáculo de ningún tipo para la atención en estos casos. Al respecto otro profesional expresa: “*hay que ver qué se entiende por discriminar para cada uno, pero por ejemplo que digan ese peruano o boliviano que viene a mi país, o si hay tres personas, es el último en ser atendido, hay casos particulares, personas particulares, pero algo de eso se ve*”. Según este profesional, a veces las actitudes discriminatorias surgen desde los propios pacientes, y eso puede operar como barrera para la atención.

4.- *Consentimiento informado para determinadas prácticas*: En este punto aparecen diferencias en las percepciones entre el personal médico y el no médico. Los médicos dicen que en general existe el uso del consentimiento informado, y que se

utiliza tanto para estudios o terapéuticas que se realice al paciente. Refieren que el paciente debe ser informado desde el comienzo sobre todas las alternativas y todas las complicaciones que puedan devenir del método de estudio. *“En un estudio de VIH o simplemente la extracción de sangre es imposible que se haga sin el consentimiento informado, el paciente debe firmarlo, y antes se le debe leer y decir todo. Y si es un caso de urgencia en el que el paciente no pueda firmar, debe hacerlo un familiar responsable”*. El personal no médico no manifiesta un conocimiento sólido con relación a esto, y en general suponen que sólo para las cirugías se debe firmar el consentimiento.

5.- *Acceso a vías de reclamo/quejas*: Los profesionales dicen que si bien existen libros de quejas, *“es raro que llegue algo por escrito”*. Refieren que cuando existe alguna queja en general se realiza de manera oral. Manifiestan que muchas quejas están referidas a la comida en el caso de pacientes internados y a los turnos o trámites en pacientes ambulatorios. Si bien manifiestan conocer este derecho, las vías de reclamo no son facilitadas desde el servicio, y esto resulta en una escasez de dichas acciones por parte de los usuarios.

CONCLUSIONES

En general, los trabajadores entrevistados manifiestan llevar a cabo prácticas que favorecen el cumplimiento de los derechos enunciados en la Ley Básica de Salud del la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, no obstante el cumplimiento de estos derechos no está siempre relacionado con el conocimiento de los trabajadores de lo enunciado en dicha Ley. Esto hace que situaciones de respeto a la privacidad y no discriminación queden del lado de actitudes individuales de las personas que trabajan en el hospital, y no incorporadas como el cumplimiento de derechos de los usuarios. Con relación al “consentimiento informado” es en donde mayores diferencias aparecen entre el personal médico y no médico. Con respecto a las “vías de reclamo” hay conocimiento de la necesidad de que existan las mismas, no obstante, no hay prácticas desde los servicios que favorezcan y fomenten su uso. Conocer las percepciones y el conocimiento de los derechos enunciados en la Ley Básica de Salud del la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por parte de los trabajadores, favorece el conocimiento de la existencia o no de condiciones de posibilidad en el sistema, de que los usuarios obtengan una Atención Digna, enmarcada en la Ley Básica de Salud. Es esperable que la instalación en los trabajadores de la noción de Derecho a la Salud permita diferenciar aquellas actitudes personales de los trabajadores, de las prácticas y discursos de los servicios que están enmarcadas en el cumplimiento de dichos derechos.

BIBLIOGRAFÍA

ALMEIDA, Celia (2000). “Delimitación del Campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: desarrollo histórico y tendencias. Texto base para la discusión” Cuadernos para la Discusión No 1, Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. Río de Janeiro.

OPS-OMS (2002). Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la OPS y la OIT, CSP26/12, Washington, septiembre de 2002.

SÁNCHEZ, Delia (2000). “La Investigación en sistemas y servicios de salud en el contexto de las reformas” Cuadernos para la Discusión No 1, Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. Río de Janeiro.

UGALDE, A. y JACKSON, J.T. (1998). Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión Crítica, Cuadernos Médico Sociales No 73, Rosario.

VILLASANTE, T.R.; MONTAÑÉS, M.; MARTÍ, J. (2000). La Investigación Social Participativa-Construyendo Ciudadanía 1, El Viejo Topo, España.

WHITE, K. (Ed) (1992). Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología. OPS, Publicación Científica No 534. Washington.