

## **Buen trato en Centros de Atención Primaria chilena, ¿privilegio o derecho humano?**

Kind treatment at Chilean primary health care centers: a privilege or a human right?

Angelina María Doís Castellón<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2978-6644>

Paulina Fabiola Bravo Valenzuela<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7378-6487>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina. Santiago de Chile. Chile.

\*Autor para la correspondencia: [ankedois@gmail.com](mailto:ankedois@gmail.com)

### **RESUMEN**

**Introducción:** El derecho a la salud garantiza el acceso a todos los individuos a iguales oportunidades para alcanzar el grado máximo de salud.

**Objetivo:** Describir la vinculación entre derechos humanos irrenunciables y la atención centrada en la persona según usuarios de centros de salud de Atención Primaria y expertos en Atención Primaria de Salud de Chile.

**Métodos:** Estudio cualitativo, descriptivo y prospectivo, desarrollado entre enero y diciembre de 2015, considera análisis de contenido de Krippendorff de 5 grupos focales con 41 usuarios y Delphi electrónico de 3 rondas con 29 expertos chilenos. Criterio de finalización saturación de la información y el Coeficiente de Concordancia.

**Resultados:** Según los usuarios, la percepción de buen trato en la atención de salud implica que esta sea coherente, integrada y que no fragmente los requerimientos de los usuarios, lo que se vincula directamente con el respeto al derecho a la salud. Esto es consistente con lo planteado por los expertos, pero es discordante respecto a la experiencia vivida por los usuarios en los centros de la Atención Primaria de Salud, lo que es parte de prácticas vinculadas a la violencia institucional.

**Conclusiones:** El respeto de los derechos humanos en salud debe posicionarse como un tema de primer orden en la agenda pública de salud, ya que el trato digno es un derecho propio de todas las personas.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; derecho a la salud; atención dirigida al paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** The right to health care ensures access of all individuals to equal opportunities to achieve an optimal health status.

**Objective:** Describe the relationship between inalienable human rights and patient-centered care according to users of primary health care centers and experts in primary health care in Chile.

**Methods:** A qualitative prospective descriptive study was conducted from January to December 2015 to analyze Krippendorff's alpha content in five focal groups of 41 users and three-round e-Delphi with 29 Chilean experts, as well as the data saturation end criterion and the agreement coefficient.

**Results:** According to users, perception of kind treatment in health care implies that it be consistent and integrated and does not breach users' needs, all of which is directly related to respect for the right to health. This is consistent with the opinions contributed by experts, but not with the experiences undergone by users at primary health care centers, which are examples of practices related to institutional violence.

**Conclusions:** Respect for health human rights should have a first-priority position in the health public agenda, since dignified treatment is a right to be enjoyed by the entire population.

**Keywords:** primary health care, the right to health, patient-centered care.

Recibido: 24/08/2018

Aceptado: 02/05/2019

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el derecho a la salud es un derecho fundamental de todas las personas, que considera acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de calidad. Además, se relaciona estrechamente con otros derechos humanos (DDHH), como la no discriminación, acceso a la información y participación.<sup>(1)</sup> Esto significa que las personas tienen derecho a controlar su salud y a acceder a un sistema de protección que ofrezca a todos las mismas oportunidades para alcanzarla en su grado máximo.<sup>(1,2)</sup>

Para robustecer la Atención Primaria de la Salud (APS)<sup>(3)</sup> los países fortalecieron modelos de atención centrados en la persona (ACP),<sup>(4)</sup> los cuales establecen sistemas de relación que enfatizan los derechos y deberes de los involucrados y la corresponsabilidad del cuidado de la salud.<sup>(5)</sup>

Al focalizar en la persona y sus necesidades, la atención debe ser compasiva, respetuosa, empática, competente, eficiente y sensible a sus necesidades, valores y preferencias y proveer la información requerida para que puedan participar en decisiones relativas a su cuidado.<sup>(5)</sup> Estas características se han vinculado con efectos significativos en la satisfacción usuaria, resultados clínicos de salud a mediano y largo plazo y una mejor organización y coordinación de los servicios que proveen los prestadores de salud.<sup>(6,7,8)</sup>

El objetivo de este artículo es describir la relación entre el buen trato como derecho humano fundamental y la ACP como atributo fundamental de APS, desde la perspectiva de usuarios y expertos, lo que puede servir para orientar la capacitación de equipos de salud en prácticas que permitan fortalecer la APS de acuerdo a las realidades locales.

## MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo de diseño cualitativo. Se realizaron grupos focales (GF) con usuarios de centros de APS de las comunas de La Florida y La Pintana de la Región Metropolitana de Santiago y profesionales nacionales expertos en APS que participaron de un Delphi electrónico.<sup>(9)</sup>

La pregunta que guio los GF fue: ¿Qué aspectos definen para usted una buena atención de salud? El universo lo constituyeron todos los usuarios que estaban en el centro de salud al momento del reclutamiento que cumplían con los criterios de inclusión: personas  $\geq 18$  años, atendidas en el mismo centro de APS los últimos 2 años, sin discapacidad o enfermedad grave que impidiera la adecuada comprensión de las preguntas y manifestación de su opinión o voluntad. La información se recolectó entre enero-mayo de 2015 y se registró en grabadora de audio. Se usó muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realizaron 5 grupos focales, el criterio de finalización fue la saturación temática.<sup>(10,11)</sup> El grupo de usuarios quedó constituido por 41 personas (Anexo 1). Los GF fueron transcritos *verbatim*. Se realizó análisis de contenido de Krippendorff,<sup>(12)</sup> que permite formular inferencias válidas sobre los datos reunidos, construyendo categorías para describir el fenómeno.<sup>(10,11)</sup> El análisis consideró el

trabajo por separado de las investigadoras y la búsqueda de consensos. Los criterios de Guba cautelaron el rigor metodológico.<sup>(13)</sup>

El universo para la selección del grupo experto estuvo formado por 78 profesionales nacionales que cumplían con los criterios de inclusión: trabajar en APS al menos los últimos 5 años, jefes de servicios de salud, jefes de área de salud de corporaciones municipales, directores de centros de APS y académicos que desarrollaran líneas de investigación vinculadas a APS. Se determinó el coeficiente de competencia de experto (Kcomp). El criterio de selección fue un valor  $\geq 0,8$ .<sup>(11,12)</sup> El grupo de trabajo quedó formado por 29 expertos (Anexo 2) que recibieron, a través de una plataforma virtual, un cuestionario sobre características de la ACP como principio organizador del modelo de atención, construido sobre la evidencia disponible y el análisis de los grupos focales.

Se realizaron tres rondas de cuestionarios. Al concluir cada ronda, los resultados fueron analizados y devueltos a los expertos en una siguiente ronda. El criterio de finalización fue la convergencia de las estimaciones individuales  $\geq 80\%$  y la estabilidad de las repuestas que se alcanzó en la tercera ronda del Delphi. Se utilizó coeficiente de concordancia  $\geq 75\%$  para determinar el nivel de consenso de las respuestas. Este varió entre  $83\%$  y  $100\%$  para todos los ítems consultados. Las tasas de respuesta obtenidas fueron  $72,4\%$ ,  $79,3\%$  y  $86,2\%$  para cada uno de los cuestionarios respectivamente.

El proyecto de investigación y consentimiento informado fueron aprobados por el Comité Ético-Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (código 47-334) y el Comité de Ética del Servicio Metropolitano Sur-Oriente. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

## RESULTADOS

Todos los participantes coinciden en que una característica fundamental de la atención de salud es el buen trato percibido por los usuarios, la coherencia e integración de la misma y la no fragmentación de sus necesidades.

Los usuarios describieron condiciones para la atención de salud basada en el buen trato: a) saludo inicial y establecimiento de contacto visual durante el encuentro clínico, b) preocupación genuina por sus problemas, c) escucha, d) lenguaje comprensible, d) consideración de sus opiniones y preferencias, y e) uso exclusivo del tiempo en actividades

relacionadas con la atención del usuario. Además, sostuvieron que los profesionales deben considerar los factores que podrían afectar los problemas por los que la persona consulta y las necesidades emocionales vinculadas a estos, que a veces, son más importantes para ellos que la situación por la que consultan. Sin embargo, las experiencias vividas en los centros APS les hacen entender que el sistema de salud funciona centrado en la enfermedad y no en las personas y, aun desde ese enfoque, la valoración de la condición de salud del usuario es fraccionada, analizándose solo un problema en cada atención y no el conjunto de situaciones que lo afectan (Tabla 1). La fragmentación de la atención no se alinea con el respeto al derecho a la salud, que si bien considera acciones destinadas a la recuperación de la salud también involucra aquellas destinadas a disminuir el riesgo de enfermedades o consecuencias evitables. Asimismo, los resultados dan cuenta que los usuarios no tienen acceso a información clara de su situación/tratamiento y no participan en las decisiones vinculadas con su salud, ambas condiciones directamente vinculadas al respeto de este derecho.

**Tabla 1-** Percepción de los usuarios sobre la atención de salud

| Categoría estudiada | Número de citas | Ejemplo de citas   |
|---------------------|-----------------|--|
| Buen trato          | 48              | “Para mí el problema grave son los médicos, porque aquí en Chile les han enseñado a los médicos que en la salud se atiende la pura enfermedad... mire aquí hay una doctora súper buena, preocupada por uno... usted llega con esa doctora y usted sabe que va a salir bien, porque le manda a hacer una cosa y le manda a hacer otra. “no es que estoy preocupado por esto”. “pero dime qué es lo que tení [tienes] ¿qué es lo que te pasa, qué síntomas?” Es la única...””. (G2:51) |
|                     |                 | “ [el médico]... a la gente lo ve como si fuera su junior o peor que eso, eh si uno le habla, no te mira, escucha no más y... y la opinión que da es cero” (G3:494)  |
|                     |                 | “disculpe [dirigiéndose al médico]... pero no le entendí” y a veces uno se va con la duda porque de las tres veces que le respondió nunca le entendió ..., entonces eso también complica un poco” (G4:176)   |
|                     |                 | “...no señora, usted viene por el dolor de garganta no más y no le podemos ver lo demás” (G4:28)   |
|                     |                 | “los médicos atienden a una pura persona, una enfermedad específica, la que lleva en ese minuto o sea que si uno tiene cuatro enfermedades tiene que tirar al cara y sello cuál le digo al médico” (G2:57)   |

*Nota:* La letra G representa el grupo focal y el número indica la línea de la transcripción donde se encuentra la textualidad.

Los 29 expertos participantes definieron cuatro atributos que deben estar presentes en la atención de salud de forma de comprender integral e integradamente la persona como totalidad

y en un contexto específico (Tabla 2) y, de esta manera, brindar una atención centrada en el usuario y alineada con el respeto el derecho a la salud.

**Tabla 2-** Atributos de la ACP desde la perspectiva de los expertos (n=29)

| Atributos de la ACP  | Valoración de expertos (n=29) |            |
|--|-------------------------------|------------|
|  | Muy de acuerdo                | De acuerdo |
|  | %                             | %          |
| Un enfoque de multi-causalidad para abordar los problemas de salud del usuario                             | 95,3                          | 4,7        |
| El enfoque biopsicosocial para comprender los problemas de las personas                                    | 100                           | 0          |
| Que la familia puede influir positiva o negativamente en la salud de sus integrantes.                      | 100                           | 0          |
| Una visión integral de la experiencia del usuario que incorpora características personales y del contexto. | 90,5                          | 9,5        |

Estos atributos se operacionalizan en acciones vinculadas al buen trato y la toma de decisiones compartidas con tareas específicas a ejecutar durante la atención de salud. Asimismo, existió total consenso en la importancia de la participación activa de los usuarios en la toma de decisiones que involucran su cuidado para lo cual debe entregársele información comprensible y pertinente (Tabla 3).

**Tabla 3-** Acciones profesionales referidas al buen trato y toma de decisiones compartidas en salud desde la perspectiva de los expertos

| Buen trato  | Valoración de expertos (n=29) |            |
|---|-------------------------------|------------|
|   | Muy de acuerdo                | De acuerdo |
|   | %                             | %          |
| Saluda al inicio del encuentro  | 100,0                         | 0,0        |
| Se dirige al usuario por su nombre  | 81,0                          | 19,0       |
| Establece contacto visual mientras habla                                    | 90,5                          | 9,5        |
| Establece relaciones terapéuticas empáticas y coherentes.                   | 100,0                         | 0,0        |
| Escucha activamente al usuario.   | 100,0                         | 0,0        |
| Considera las distinciones y valores de los usuarios.                       | 85,7                          | 14,3       |
| Establece una alianza con el usuario y su familia si corresponde.           | 85,7                          | 14,3       |
| <b>Toma de decisiones compartidas en salud (TDC)</b>                        |                               |            |
| Evalúa el conflicto decisional del usuario frente a una situación de salud. | 71,4                          | 28,6       |

|   |       |      |
|---|-------|------|
| Evalúa las necesidades de información del usuario requeridas para tomar una decisión relativa a su salud. | 95,2  | 4,76 |
| Entrega información comprensible y pertinente al motivo de consulta.                                      | 100,0 | 0,0  |
| Evalúa el grado de comprensión y satisfacción usuaria con la información recibida.                        | 95,2  | 4,8  |
| Promueve la participación activa de los usuarios en la TDC que involucran su cuidado.                     | 100,0 | 0,0  |
| Evalúa la satisfacción usuaria con la decisión tomada.  | 76,2  | 23,8 |

## DISCUSIÓN

Chile ratificó la convención de DDHH en su ordenamiento jurídico y establece en su Constitución Política que es deber del Estado respetar y promover los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana y, por tanto, garantizar su cumplimiento al más alto estándar posible.<sup>(3,14,15)</sup>

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de ONU ha sido enfático en establecer como elementos esenciales en el derecho a la salud la aceptabilidad y la calidad, lo que significa que todos los establecimientos y servicios de salud tienen el deber de ser respetuosos y culturalmente apropiados para la población que atienden, otorgándoles servicios de calidad y sin ningún tipo de discriminación.<sup>(14)</sup> Esta propuesta fue ratificada por Chile en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales vigente y por tanto, es vinculante para el Estado.<sup>(16)</sup> A ello se suma la promulgación de la Ley 20.584, que regula "los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud" estableciendo que las instituciones deben velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas y utilizar un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención (Art. 5° b y 5°a respectivamente).<sup>(17)</sup>

El buen trato es un derecho humano inalienable vinculado estrechamente con el derecho a la salud. Los usuarios y expertos participantes enfatizan que el buen trato es una característica fundamental de la atención de salud, ya que en la medida que la persona se sienta acogida y perciba el trato como empático e individualizado se podrá para establecer una alianza terapéutica entre el profesional y el usuario. En la APS, la construcción del vínculo profesional con el consultante es clave para que la atención de salud pueda transformarse en un espacio de apoyo y construcción conjunta para la solución de los problemas que presentan. Esto permite establecer un plan de trabajo conjunto que incorpore la forma particular en que la

persona experimenta sus problemas con efectos directos sobre los resultados en la salud de las personas.<sup>(5,16,18)</sup> Sin embargo, al analizar los resultados se reconocen discrepancias entre lo identificado como buen trato por los expertos y la experiencia que los usuarios reportan de la atención clínica recibida en los centros de APS, con fallas sostenidas al trato digno y respetuoso a partir de una atención que integre la visión de la persona como un ser único. Llama la atención que se releven como atributos de la atención de salud, conductas sociales básicas como saludar o dirigirse al consultante por el nombre, que pese a ser prácticas vinculadas con un modo de actuar en la sociedad parecieran estar ausentes en establecimientos de salud públicos. El relato de los usuarios indica que se sienten más bien maltratados durante la atención que reciben de los profesionales de la salud, lo que da cuenta de una amplia brecha entre la experiencia del trato recibido en los centros de salud y las acciones de los profesionales que los atienden, que se traduce en prácticas que constantemente atentan contra el derecho a la salud de las personas. Además, da cuenta de una distancia amplia entre la realidad vivida por los usuarios y la representación de la ACP de los expertos participantes.<sup>(5,6,17)</sup>

La ACP es un atributo que se define a partir de la experiencia de los usuarios, por ello la OMS ha enfatizado en la necesidad de realizar esfuerzos específicos en la gestión de la atención.<sup>(1,5,6)</sup>

Las faltas sistemáticas en la atención de salud al respeto del derecho universal al buen trato y la participación forman parte de prácticas vinculadas a la violencia institucional que no reconoce la atención centrada en el usuario como un atributo fundamental de la APS.<sup>(14,19,20)</sup>

Múltiples estudios documentan que el trato que reciben las personas en el sistema de salud se configura como violación a los DDHH porque significa faltarle el respeto a la dignidad de la persona, lo que va más allá de su condición de usuarios/pacientes del sistema.<sup>(2)</sup> Esta legitimación de la violencia puede entenderse a partir del establecimiento de patrones de relación asimétricos entre el profesional (“el que sabe” y por tanto tiene poder) y el usuario (“el que no sabe” y que es desvalido), como también al hecho que los usuarios de servicios públicos reciben la atención de salud de manera gratuita, situación que podría vincularse a un sentimiento de gratitud por el hecho de haber sido atendidos, independiente de la calidad de esa atención. En ambos casos, la relación cotidiana posiciona al profesional en un nivel jerárquicamente más alto de acuerdo a un sistema de representaciones sociales común de una sociedad, y que evidencian múltiples perfiles de discriminación que se actualizan permanentemente en la cotidianeidad de la vida de las personas.<sup>(21,22)</sup>

Ya sea que la victimización sea por la experiencia directa de las personas (usuarios) como por experiencias vicarias derivada de hechos observados, la violencia institucional se perpetúa en

el ideario colectivo y al legitimarse no se visibiliza, profundizando las brechas de equidad y activando la memoria colectiva que actualiza de forma permanente el maltrato en salud y la condición de víctimas del mismo.<sup>(22)</sup> Se polariza entonces la relación de las personas involucradas y se obstruye el sano proceso de construcción de sujetos políticos como puente para la construcción de comunidad basada en el respeto de derechos humanos fundamentales. Por esta razón, la incorporación del enfoque de DDHH al paradigma con el que se ha comprendido la salud se convierte en un eje de transformación del sistema ya que el enfoque de DDHH se vincula directamente con las personas en tanto sujetos únicos y no como parte de conglomerados demográficos. Es precisamente ahí, donde se encuentra el nexo, ya que basta que se vulneren los derechos de una sola persona para que se exija al Estado la activación de los mecanismos que permitan su modificación.

En conclusión, este estudio describe la vinculación entre los DDHH y la ACP, desde la perspectiva de los usuarios y profesionales de la salud. De acuerdo a los participantes, el buen trato en salud se manifiesta a través de una atención coherente, integrada y que considere sus múltiples requerimientos, lo que en su conjunto se vincula directamente al respeto al derecho a salud. Sin embargo, la experiencia de los usuarios no coincide con este discurso, ya que muchas veces se enfrentan a situaciones clínicas que los violentan y vulneran sus derechos en salud.

Así, se hace necesario establecer medidas en salud que se ajusten al derecho y permitan potenciar las capacidades de los usuarios, dejándoles tomar un rol activo, tanto en el reconocimiento de sus derechos como en el cumplimiento de sus deberes en la atención de salud.

### **Limitaciones**

Los participantes fueron usuarios de centros de APS del sistema público de salud de la región metropolitana de Santiago de Chile que comparten elementos con otros estudios, pero que no necesariamente son transferibles a otras realidades.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Mundial de la Salud. Salud y Derechos Humanos. Nota descriptiva N°323. 2015 [acceso: 24/07/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

2. Castillo C, Manchola, Garrafa V, Cunha T, Hellmann F. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(7):2151-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.04472017>
3. Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud colect*. 2009 [acceso: 29/07/2018];5(1):27-47. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2965122>
4. López M. ¿Salud para todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2018.
5. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev. Méd. Chile*. 2016;144(5):585-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005>
6. Dois A, Contreras A, Bravo P. Características y atributos de la Atención Centrada en el Usuario: perspectiva de usuarios y profesionales de la salud. *Aten. Primaria*. 2017 [acceso: 14/07/2018];49(1):58-60. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-caracteristicas-atributos-atencion-centrada-el-S0212656716301743>
7. Fredericks S, Lapum J, Hui G. Examining the effect of patient-centred care on outcomes. *Br J Nurs*. 2015 [acceso: 24/08/2018];24(7):394-400. Disponible en: [https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2015.24.7.394?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed](https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2015.24.7.394?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed)
8. Clarke S, Ells C, Thombs B, Clarke D. Defining elements of patient-centered care for therapeutic relationships: a literature review of common themes. *EJPCH*. 2017 [acceso: 01/08/2018];5(3):362-72. Disponible en: <http://ubplj.org/index.php/ejpch/article/view/1337/pdf>
9. López E. El método Delphi en la investigación actual en educación: una revisión teórica y metodológica. *Educación XX1*. 2018 [acceso: 24/07/2018];21(1):17-40. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/viewFile/20169/16710>
10. Reguant-Álvarez M, Torrado-Fonseca M. El Método Delphi. *REIRE*. 2016 [acceso: 06/12/2017];9(1):87-102. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2016.9.1916>
11. Araya A, Urrutia MT, Dois A, Carrasco P. Menopause, the beginning of aging for Chilean women: A qualitative study. *Invest. Educ. Enferm- Universidad de Antioquia*. 2017 [acceso:

18/05/2018];34(1):95-9. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/327349>

12. Wilches L, Pérez L, Contreras E. El uso del método Delphi como herramienta para la obtención de consenso en el sector lácteo del departamento de Boyacá. *Revista I3+*. 2016 [acceso: 24/07/2018];3(1):42-59. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/317572996\\_](https://www.researchgate.net/publication/317572996_)

13. Varela M, Vives T. Autenticidad y calidad en la investigación educativa cualitativa: multivocalidad. *Inv Ed Med*. 2016 [acceso: 24/07/2018];5(19):191-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505716300072>

14. CESCR, UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). 2009 [acceso: 22/07/2018]. Disponible en: [https://www.google.cl/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1MSIM\\_enCL585CL585&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=UN+Committee+on+Economic](https://www.google.cl/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1MSIM_enCL585CL585&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=UN+Committee+on+Economic)

%2C+Social+and+Cultural+Rights+(CESCR).+General+comment+No.+20 %3A+Non-discrimination+in+economic %2C+social+and+cultural+rights+(art.+2 %2C+para.+2 %2C+of+the+International+Covenant+on+Economic %2C+Social+and+Cultural+Rights

15. Figueroa R. El derecho a la salud. *Estudios constitucionales*. 2013 [acceso: 24/07/2018];11(2):283-332. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002013000200008>

16. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*. 2018 [acceso: 16/08/2018];25:119-23. Disponible en: [https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696\(17\)30042-2/pdf](https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696(17)30042-2/pdf)

17. León F. Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud: Una mirada bioética. *Rev. méd. Chile*. 2012 [acceso: 02/05/2018];140(11):1490-4. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012001100017&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001100017&lng=es)

18. Püschel K, Montero J, Peñaloza B. Diagnóstico Clínico y Toma de Decisiones en Medicina Ambulatoria. *Revista Chilena de Medicina Familiar*. 2017 [acceso: 18/12/2017];1(5):5-10. Disponible en:

<http://trichuescholar.com/trichue/index.php/sochimef/article/view/229>

19. De la Uz ME. La Relación médico-paciente y su panorama actual. *Bioética*. 2010 [acceso: 06/02/2018]. Disponible en: <http://cbioetica.org/revista/101/101-2125.pdf>

20. Superintendencia de Salud, Chile. ¿Qué es “Trato Digno” para los pacientes? Elementos que componen el trato digno. Informe Global Departamento de Estudios y Desarrollo

Diciembre de 2013. Santiago: Superintendencia de Salud; 2013 [acceso: 14/12/2017]. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf)

21. Ocampo J. Espacios y ciudadanos que posibilitan la construcción de ciudadanía. Revista Poiésis. 2017 [acceso: 24/05/2018];(32):210-7. Disponible en: <file:///C:/Users/Anke%20Dois/Downloads/2315-8994-3-PB.pdf>

22. Fleury S, Bicudo V, Rangel G. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contra derecho a la salud en Brasil. Salud colect. 2013 [acceso: 24/07/2018];9(1):11-25. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652013000100002&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000100002&lng=es)

## Anexos

### Anexo1- Características del grupo de usuarios

| Sexo      | Nº | Promedio edad (años) | Rango (años) | Tiempo promedio como usuario del centro de APS (años) | Asiste en forma regular a controles de salud (%) |
|-----------|----|----------------------|--------------|---|--|
| Femenino  | 31 | 46,7                 | 18-72        | 12,3  | 93,6   |
| Masculino | 10 | 64,7                 | 21-78        | 7,8   | 90,0   |
| Total     | 41 | 43,8                 | 18-78        | 10,8  | 92,7   |

### Anexo 2- Descripción de los expertos participantes

| Variabes    | Categorías             | nº | %    |
|-------------|------------------------|----|------|
| Sexo        | Femenino               | 23 | 79,3 |
|             | Masculino              | 6  | 20,6 |
|             | Total                  | 29 | 100  |
| Edad (años) | 31-40                  | 13 | 44,8 |
|             | 41-50                  | 9  | 31,0 |
|             | 51-60                  | 7  | 24,2 |
|             | Total                  | 29 | 100  |
| Profesión   | Médico/Médico Familiar | 18 | 62,1 |
|             | Enfermero (a)          | 5  | 17,2 |
|             | Psicólogo (a)          | 2  | 6,9  |

|                                     |                       |    |      |
|-------------------------------------|-----------------------|----|------|
|                                     | Odontólogo(a)         | 1  | 3,4  |
|                                     | Nutricionista         | 1  | 3,4  |
|                                     | Terapeuta ocupacional | 1  | 3,4  |
|                                     | Gestor de Salud       | 1  | 3,4  |
|                                     | Total                 | 29 | 100  |
| Tiempo experiencia en APS<br>(años) | 5-10                  | 7  | 24,1 |
|                                     | 11-20                 | 11 | 37,9 |
|                                     | 21-30                 | 6  | 20,7 |
|                                     | 31-40                 | 5  | 17,2 |
|                                     | Total                 | 29 | 100  |

### Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses

### Contribución de los autores

Las autoras declaran que ambas han contribuido de forma sustancial en la generación del presente manuscrito: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.