

# TRATO DIGNO

*en la* ATENCIÓN  
OBSTÉTRICA

Marco conceptual y propuestas  
de trabajadores de la salud para  
mejorar su calidad

Sergio Meneses Navarro  
Blanca Estela Pelcastre Villafuerte  
Coordinadores



Instituto Nacional  
de Salud Pública





# **Trato digno en la atención obstétrica**

Marco conceptual y propuestas de trabajadores  
de la salud para mejorar su calidad



# TRATO DIGNO

*en la* ATENCIÓN  
OBSTÉTRICA

Marco conceptual y propuestas  
de trabajadores de la salud para  
mejorar su calidad

Sergio Meneses Navarro  
Blanca Estela Pelcastre Villafuerte  
Coordinadores



Instituto Nacional  
de Salud Pública



## **Trato digno en la atención obstétrica**

Marco conceptual y propuestas de trabajadores  
de la salud para mejorar su calidad

Primera edición, 2019

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública  
Av. Universidad 655,  
Col. Santa María Ahuacatitlán  
62100, Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-511-184-1

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

**Coordinación editorial:** Carlos Oropeza Abúndez. **Edición:** Francisco Reveles Cordero (responsable), Dominica Ocampo Téllez-Girón, Jessica Gallegos Salgado, Ana Tlapale Vázquez, Susana de Voghel Gutiérrez. **Portada e interiores:** Roberto González Peralta

### **Citación sugerida**

Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte BE (coords). Trato digno en la atención obstétrica. Marco conceptual y propuestas de trabajadores de la salud para mejorar su calidad. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2019.

## Equipo de trabajo

Óscar Bautista Ruiz,<sup>1</sup> Sergio Aarón de la Rosa Cruz<sup>2</sup>,  
Hugo Flores Navarro,<sup>3</sup> Gabriela Gil Veloz,<sup>4</sup>  
Magdalena del Carmen Morales Domínguez,<sup>5</sup>  
Martha Moreno Guati Rojo,<sup>6</sup> Valeria Macías Fernández,<sup>3</sup>  
David Mariano Meléndez Navarro,<sup>7</sup> Vianii Coral Mendoza López,<sup>8</sup>  
Sergio Meneses Navarro,<sup>9</sup> José Alejandro Meza Palmeros,<sup>10</sup>  
Cecilia Muñoz Soto,<sup>11</sup> Silvia Edith Olvera Hernández,<sup>12</sup>  
Rafael Josaphat Toledo Cruz,<sup>13</sup> Blanca Estela Pelcastre Villafuerte,<sup>14</sup>  
Aracelly Pereyra Patrón,<sup>15</sup> Christopher Rafael Vargas Reyes,<sup>16</sup>  
Marisol Vega Macedo<sup>17</sup>

<sup>1</sup> Save The Children México, <sup>2</sup> Instituto Nacional de Salud Pública, <sup>3</sup> Compañeros En Salud México, <sup>4</sup> Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Occidente, <sup>5</sup> Universidad Autónoma de Chiapas, <sup>6</sup> Global Pediatric Alliance en Chiapas, <sup>7</sup> Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, <sup>8</sup> Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur, <sup>9</sup> Coordinador del proyecto "Trato digno". Cátedras Conacyt/Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, <sup>10</sup> Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Noreste, <sup>11</sup> Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste/Noreste, <sup>12</sup> Universidad de Leeds, Inglaterra, <sup>13</sup> Consultor independiente, <sup>14</sup> Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, <sup>15</sup> Observatorio de Mortalidad Materna en México, <sup>16</sup> Centro Nacional de las Artes, Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura, <sup>17</sup> Alianza por la Salud, Alimentación y Nutrición en Chiapas



HOSPITAL DE LA MUJER  
Unidos de corazón por tu salud  
San Cristóbal de las Casas, Chiapas



Global  
Pediatric  
Alliance



## **Autoridades del Hospital de la Mujer de San Cristóbal de Las Casas**

Dra. Sofía Carlota Aguilar Herrera, directora

Dra. Adriana Ovilla Díaz, gestora de Calidad

Psic. Alejandra Trejo González, coordinadora de Salud Mental

## **Trabajadores del Hospital de la Mujer que participaron en las reflexiones, ideas y propuestas que dieron lugar al presente documento**

María de los Ángeles Medina García  
Jauri Marlene Nájera Cancino  
Zaira Yael Patjane Lucas  
Sayda Lilia López Esteban  
Ana Gabriela Balbuena Alfaro  
Nichim Claudia Pérez Ruiz  
Paula Natali López Lázaro  
María de Lourdes Pérez López  
Lucy Antonia Alcázar Aguilar  
Walter Hugo Álvarez Flores  
Marco Antonio López Vázquez  
Mayra Patricia Mandujano Suárez  
Olivia Berenice Martínez Bermúdez  
José Alberto Rosas González  
Hermenegildo Justino Santiz Bautista  
Susana del Rocío Castellanos López  
Ángela de Jesús García Gómez  
Libia Karina Martínez Aguilar  
Maricruz González Díaz  
Juany Estrella Guadalupe Robles Ochoa  
Alberto Ramos Rodríguez  
Martha Isabel Morales López  
Yazmín López Rodríguez  
Joel Balcázar Vázquez  
Blanca del Carmen Méndez Grajales  
Julio César López Cancino  
María de los Ángeles Santos Solís  
Claudia Leticia Gómez Jiménez  
Vitalia Cancino Liévano  
Josefa Elizabeth Penagos Cancino  
Claudia Margarita Rique Guzmán  
Natalia Santiz López  
María Elena Gómez López  
Emilia Gómez Santis  
María Jacqueline Nájera Montoya  
Ana Elizabeth Pérez Díaz  
Yeni Aidé Hernández Moreno  
Martina Díaz Gómez  
Reyna Guadalupe Salazar Díaz  
Edith Roque Zepeda  
Marco Antonio Samoaya Mijangos  
Julia Ecdali Villagómez Velasco  
Claudia López Villafuerte  
Francisca Zambrano Molina  
Eugenia Guadalupe Aguilar Hernández  
Leslie Elizabeth Bosque Herrera  
Alejandro Javier Solís Mijangos  
Juan Carlos Argueta Reyes  
Marco Antonio Samayo Mijangos  
Juan José López Pérez  
Yurenia Esmeralda Flores Velasco  
Yadira del Socorro Carpio Martínez  
María Antonieta Rincón Gómez  
Sandra del Carmen Díaz Penagos  
Marisol Ramos Leyva  
Jean Michelle Gámez López  
Ariadna Gómez Mendoza  
Isabel Moreno Villalobos  
Alberto Esteban López Bautista  
Karina del Rosario Gamboa Vázquez  
Matilde Gabriela Rosas Morales  
María de Lourdes Ramos Hernández  
María Eugenia González López  
Valery Gabriela Cruz Ramírez  
Luis Domingo Bermúdez Bartolomé  
Luis Artemio Flores Pérez  
Juan Luis Martínez Herrera  
Isabel Moreno Villalobos  
Gladis R. Morales Avendaño  
Mayda Esperanza Gil Rodríguez  
María Guadalupe Solís Moreno  
Palmira Monserrath Solís Mijangos  
Jorge A. Solís Moreno  
María Inés Pérez Pérez  
María Alba Montoya Morales  
Cecilia Ibiana Pineda Moreno  
María Juana Pérez Pérez  
Sandra Luz García Herrera  
Blanca Guadalupe Cordero Utrilla  
Emilia Gómez Santiz  
José Geovani Ortega Román

# Índice

<b>Presentación</b>	11
<b>Introducción</b>	13
<b>Capítulo 1.</b> Fundamentos conceptuales y normativos	17
<b>Capítulo 2.</b> Trato digno en la atención a la salud: conceptos y principios	25
<b>Capítulo 3.</b> Metodología de la intervención pedagógica	33
<b>Capítulo 4.</b> Trato digno en la atención de la salud: definiciones, acciones e indicadores propuestos por los trabajadores del Hospital de la Mujer	41
<b>Referencias</b>	49
<b>Anexo 1</b>	51
<b>Anexo 2</b>	57



# Presentación

Dra. Adriana Ovilla Díaz  
*Gestora de Calidad del Hospital de la Mujer de San Cristóbal de Las Casas*

**E**l Hospital de la Mujer de San Cristóbal de Las Casas atiende diariamente a decenas de mujeres por complicaciones del embarazo, del parto o del posparto. La mayoría de las usuarias provienen de comunidades donde predominan estilos de vida y una cosmovisión diferentes de las que prevalecen en las ciudades. Casi todas ellas hablan tsotsil o tseltal, y la mayoría de las veces su dominio del español es limitado.

Aunado a lo anterior, cabe señalar que las comunidades indígenas de Chiapas han padecido históricamente maltrato, así como distintas formas de discriminación, marginación y pobreza, todas éstas practicadas principalmente por la sociedad no indígena dominante.

La pérdida de la salud es de suyo una contingencia adversa. Si a ello se le suman la incompreensión cultural, y todos los elementos anteriormente mencionados, la relación entre los prestadores de servicios y sus usuarias adquiere una complejidad extraordinaria.

A pesar de esas circunstancias, el Hospital de la Mujer trabaja todos los días para garantizar la calidad de la atención y el buen trato que merecen todas las mujeres que acuden a solicitar los servicios que se ofrecen, sin distinción de pertenencia étnica, religión, edad, condición económica, ideología política, ni ningún otro motivo de diferenciación.

Por ello, es grato para mí presentar el libro “Trato digno en la atención obstétrica. Marco conceptual y propuestas de trabajadores de la salud para mejorar su calidad”. Este libro reúne las reflexiones, ideas, propuestas y compromisos de un grupo heterogéneo de 141 trabajadores y trabajadoras del Hospital –entre personal administrativo, de las áreas de cocina y limpieza, personal de psicología, personal médico, del banco de sangre, personal de enfermería y de nutrición–, para asegurar y mejorar el trato que se les proporciona a las usuarias, esto en función del reconocimiento de cada una de las dimensiones del trato digno.

Agradezco el apoyo del equipo de facilitadores del proyecto Trato Digno del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Compañeros en Salud, cuyo compromiso con el Hospital a lo largo de 2017 a 2019 los ha convertido en colegas y amigos del mismo. También, reconozco el liderazgo y la entrega del Dr. Arturo Mariscal, anterior director del Hospital, quien impulsó este esfuerzo en 2017, y de la Dra. Sofía Aguilar, actual directora, quien le ha dado seguimiento a la propuesta con entusiasmo y determinación.

Por último, este libro, además de ser una guía de acción para procurar garantizar la calidad de la atención de la salud, es también una declaración de los principios con los cuales todos los trabajadores y trabajadoras del Hospital de La Mujer de San Cristóbal de Las Casas están comprometidos.

Mis colegas y yo dedicamos este libro a nuestra querida compañera María Jacqueline Nájera Montoya.

# Introducción

Sergio Meneses Navarro, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

**E**l Hospital de la Mujer de San Cristóbal de Las Casas atiende cada año, en promedio, 2 500 partos eutócicos y 300 complicaciones obstétricas. Es el principal hospital público encargado de atender los partos y las emergencias obstétricas que ponen en peligro la vida de cientos de mujeres en los Altos de Chiapas. Su área de responsabilidad abarca 18 municipios,\* en donde viven más de 195 000 mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años), principalmente indígenas hablantes de los idiomas tsotsil y tseltal. Sin embargo, dada su estratégica ubicación geográfica, recibe cotidianamente a usuarias de todo el estado, de otras entidades del país, incluso a mujeres que han migrado a la región desde otros países del mundo o que están en tránsito o de visita.

Los Altos es una de las principales regiones indígenas e interculturales del país, y se caracteriza por el hecho de que más de 95% de su población se encuentra en condiciones de pobreza y enfrenta profundos rezagos sociales.<sup>1</sup> La mayoría vive en comunidades rurales apartadas de la ciudad, y sufre —además del aislamiento geográfico— diversas formas de violencia, discriminación y racismo por parte de la sociedad mestiza, incluso por instituciones públicas como las de salud.<sup>2,3</sup> Por esa razón, uno de los principales retos del Hospital de la Mujer es garantizar la calidad de la atención, tanto en su dimensión técnica como en el

---

\* Aldama, Altamirano, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, San Andrés Larráinzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Cristóbal de Las Casas, San Juan Cancuc, Santiago el Pinar, Tenejapa, Teopisca y Zinacantán.

trato, sobre todo cuando se otorga el servicio a mujeres indígenas que viven en condiciones de extrema vulnerabilidad.<sup>4</sup>

La buena calidad de la atención se logra paulatinamente y precisa de un entorno favorable. Se construye a diario, paso a paso en los procedimientos brindados a las mujeres a lo largo del proceso de atención. Un error, un descuido, un maltrato puede comprometer el esfuerzo de todo el equipo de trabajo involucrado.

El Hospital de la Mujer de San Cristóbal de Las Casas ha implementado diversas medidas para asegurar una óptima calidad técnica, las cuales se mantienen apegadas a la normativa vigente y a los lineamientos de las prácticas basadas en evidencias científicas. Sin embargo, para abordar el componente interpersonal de la calidad en el trato y la protección de la dignidad de las personas, el Hospital, en colaboración con la Unidad Regional Sureste del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIE-SAS Sureste), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Compañeros en Salud México, Global Pediatric Alliance en Chiapas, Johnson & Johnson y el Comité Promotor por una Maternidad Segura (CPMS), diseñó e implementó el curso-taller “Trato digno: atención obstétrica con pertinencia cultural”.

Este curso parte de la premisa de que la calidad de la atención del personal de salud a las usuarias no es sólo de índole técnico-médica, sino que se ve atravesada por las estructuras de las relaciones y los significados sociales en torno al género, la pertenencia étnica y la clase social. Estas estructuras producen el ordenamiento jerárquico de los grupos sociales y la distribución asimétrica del poder, de tal modo que la sociedad mexicana se caracteriza por realizar prácticas de exclusión, discriminación y violencia sistemática contra las mujeres, los grupos indígenas y las personas que viven en condiciones de pobreza.<sup>5-7</sup> De esta manera, estas poblaciones enfrentan mayores barreras cuando se proponen ejercer los derechos ciudadanos que les permitirían disfrutar de un pleno bienestar.

El “mundo médico” tiene una estructura de poder sumamente jerarquizada, en donde la usuaria ocupa el último peldaño de la estratificación resultante. Por otro lado, el personal de salud ejerce su autoridad y su poder de manera irrespetuosa, autoritaria, incluso violenta, a la vez que se espera conformidad y obediencia por parte de las usuarias –en tanto “pacientes”– en menoscabo de su autonomía y su dignidad personal.<sup>8</sup>

Para contrarrestar los efectos perniciosos de estas estructuras sociales productoras de desigualdades, un primer paso es identificarlas y reconocer su sustento ideológico, que da lugar a formas de exclusión, violencia y malos tratos. De este modo, las prácticas de maltrato durante la atención en salud, más allá de ser un asunto técnico-médico, un problema ético o psicológico de los prestadores de servicios, o una falla gerencial, están determinadas por la estructura social en que las instituciones de salud están inmersas. Así, la llamada “violencia obstétrica” no sólo es un problema de los prestadores de servicios de salud, sino la expresión de formas estructurales de violencia hacia las mujeres en la sociedad, que se potencian con otras formas de maltrato como las valoraciones y prácticas racistas y clasistas. Descifrar cómo se construyen estas relaciones sociales entre los prestadores y las usuarias de los servicios de salud es el primer paso del curso-taller “Trato digno”.<sup>‡</sup>

El presente libro sintetiza las reflexiones, ideas y acciones propuestas en el curso-taller por el personal de salud del Hospital de la Mujer de San Cristóbal de Las Casas, para evitar la expresión de las estructuras sociales de desigualdad –que aquejan sobre todo a las mujeres indígenas en condiciones de pobreza– en la atención obstétrica. El objetivo es mejorar la calidad del trato de todo el personal hospitalario en la atención de cada una de las mujeres que acuden a los servicios de salud de este hospital. De manera específica, se enfatiza el propósito de evitar cualquier forma de discriminación y maltrato, incluyendo las prácticas de racismo, clasismo y violencia contra las mujeres.

La metodología participativa y constructivista es el pilar de la estructura del curso-taller. Esta metodología parte del supuesto de que, mediante la experiencia y la reflexión de los participantes, es posible elaborar un análisis significativo de las problemáticas presentes en la calidad de la atención. En cuatro capítulos, el libro presenta el marco conceptual y normativo del curso-taller, los conceptos y principios del trato digno en la atención de la salud, la metodología pedagógica del curso-taller y su estructura, así como las principales reflexiones y acciones específicas propuestas por el personal de salud para mejorar la calidad del trato en los servicios que brinda el Hospital.

---

<sup>‡</sup> Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte BE. Innovación pedagógica para mejorar la calidad en el trato de la atención en salud a las poblaciones indígenas. Salud Publica Mex. En prensa.



# Fundamentos conceptuales y normativos

Sergio Meneses Navarro, José Alejandro Meza Palmeros,  
Sergio Aarón de la Rosa Cruz, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

**E**l presente apartado tiene el propósito de esclarecer cuáles son las estructuras sociales productoras de desigualdad, discriminación y maltrato, cómo operan y cómo se expresan en la atención médica en detrimento de la calidad en el trato. Al mismo tiempo, el capítulo presenta el marco normativo nacional que obliga a los funcionarios públicos y prestadores de servicios de salud a brindar un trato digno a las usuarias.

### Las estructuras sociales productoras de desigualdades y la relación médico-paciente en contextos interculturales

#### La interacción intercultural desigual propia de la atención médica

Como ha quedado asentado desde los orígenes de la medicina moderna, la relación entre el médico y el paciente se distingue de cualquier otra relacionada con la prestación de servicios, porque involucra el cuidado de un bien de valor inestimable, la salud. Sin embargo, esta relación casi siempre es desigual, dado que la persona enferma debe reconocer la necesidad de recurrir a un profesional, quien –gracias a sus habilidades y conocimientos especializados– podría ayudarla a disminuir o aliviar sus malestares y recuperar la salud. Por ello puede decirse que la relación médico-paciente es por sí misma intercultural, y esto se acentúa cuando las personas involucradas provienen de grupos culturales distintos.

Asimismo, la relación intercultural que ocurre en el espacio clínico (esto es, la relación médico-paciente) sintetiza los esfuerzos colectivos de profesionales de la salud, personal administrativo y diseñadores de programas para sostener un enorme sistema de salud, cuyo objetivo es mantener, restablecer o cuidar la salud. Es decir, la interacción de los profesionales de la salud con los pacientes constituye el último eslabón de una gran cadena de acciones, pero es, por lo general, el único aspecto que el paciente considera, recuerda o califica para juzgar la respuesta de la clínica, el hospital o el sistema de salud. Así, se puede asegurar, que este espacio de relación intercultural y desigual es el más importante desde el punto de vista de los usuarios.

### Tres aspectos críticos de la atención médica

Por lo anterior, en la interacción cara a cara con el usuario de sus servicios, el médico debe tomar en cuenta la naturaleza intercultural y desigual de la relación, y velar por la protección de tres aspectos de la atención:

- La calidad técnica, que se refiere a que cada una de las decisiones diagnósticas y terapéuticas debe apegarse a los conocimientos científicos actuales;
- la seguridad del paciente, que implica tomar medidas para evitar cualquier daño, desde una infección adquirida en el proceso de atención, hasta un accidente o incluso una reacción adversa a un medicamento, y
- la dignidad de la persona o el valor esencial que tiene cada quien por el simple hecho de existir, principio que constituye el pilar de todo marco normativo sobre la salud.

### La protección de la dignidad en la relación médico-paciente

#### *Definición jurídica de la dignidad*

Existen diversas perspectivas en la definición de la dignidad: filosóficas, sociológicas, morales, religiosas y jurídicas. Sin embargo, esta última, la jurídica, es la que permite hacer operativo el concepto y reconocer la protección de la dignidad con acciones concretas. De hecho, el principio de dignidad es el centro de cualquier marco de derechos, ya que, a partir del reconocimiento de la integridad y el valor que se tiene como persona, se establecen los demás atributos, es decir la libertad, la autonomía y la protección de la vida misma.

El énfasis en la protección de la dignidad como fundamento de cualquier interacción social—incluyendo la relación médico-paciente—permite construir el marco de principios y acciones que deben aplicarse de manera estandarizada a partir de un marco normativo.

### *La protección de la dignidad en la relación médico-paciente*

Aunque la protección de la dignidad de las personas es fundamental en la relación médico-paciente, es frecuente identificar acciones del personal de salud—por lo general involuntarias—que atentan contra la dignidad de los usuarios. Una de las principales motivaciones del personal involucrado en la atención a la salud es, precisamente, proteger ese bien colectivo, ese valor social que es la vida y el bienestar de las personas. De ahí que sea difícil argumentar que el maltrato y los atentados contra la dignidad en la atención de la salud se ejerzan de manera voluntaria por personal que dedica gran parte de su vida a la atención de los pacientes.

### *Origen de las desigualdades, la discriminación y la violencia consecuentes*

Los atentados contra la dignidad no son exclusivos del ejercicio de la profesión médica, pues ocurren de manera generalizada en muchos espacios. Los determinan estructuras sociales que producen desigualdades—a partir de diversas formas de discriminación y violencia en la vida cotidiana—, las cuales suelen estar presentes también en la atención médica.

### *Cómo transformar las estructuras productoras de desigualdades*

Si bien son múltiples y están profundamente arraigadas en nuestra sociedad, estas estructuras sociales no son inamovibles. Por el contrario, se pueden transformar mediante la acción social derivada de las políticas públicas, pero también a partir de la reflexión y la acción individual. Un primer paso para transformar estas estructuras de desigualdad es identificarlas.

### Estructuras productoras de desigualdades presentes en la relación médico-paciente

A continuación se describen tres de estas estructuras determinantes de desigualdades sociales –y la ideología que las sustenta– que pueden estar presentes en los servicios de salud durante la atención médica:

- La discriminación y la violencia contra las mujeres, sobre todo indígenas;
- el racismo contra las poblaciones indígenas, y
- el clasismo hacia los sectores sociales empobrecidos.

#### *Interiorización y naturalización de las estructuras productoras de desigualdad*

Los miembros de una sociedad suelen interiorizar estas estructuras de desigualdad –y sus respectivas ideologías– e incorporarlas como esquemas de pensar, actuar y sentir, de modo que sus valoraciones y prácticas operan, así, en un plano prerracional, en el que los individuos no son conscientes de los privilegios o desventajas inherentes a su posición ni de las formas de dominación, subordinación, violencia y discriminación propias de la sociedad.

La desigualdad social, así como las formas de dominación y discriminación, se normalizan y aceptan como algo dado, como hechos naturales, aunque, por supuesto, el orden que sustenta dichas estructuras sociales no está exento de conflictos, contradicciones, críticas y resistencias.

#### *Discriminación y violencia contra las mujeres*

En una sociedad patriarcal como la mexicana, se manifiestan valoraciones y prácticas de discriminación sistemática hacia las mujeres, quienes tienen menos poder que los hombres para obtener recursos y ejercer sus derechos. Por ejemplo, tienen menor control sobre su cuerpo y su sexualidad –ámbitos frecuentemente supeditados a la intervención masculina–, y un acceso más restringido a la educación escolar o a empleos con la misma remuneración que los varones. Están más expuestas a diversas formas de violencia en la familia, en las relaciones de pareja y en la comunidad en general. Esta condición de menor poder entre las mujeres, así como las valoraciones y prácticas de discriminación y violencia contra ellas, también pueden estar presentes en las instituciones públicas, incluyendo las de salud.

### *Discriminación y estereotipos de las poblaciones indígenas por razones económicas y racistas*

En México también es frecuente identificar valoraciones y prácticas de discriminación y racismo contra las poblaciones indígenas, rurales y en condiciones de pobreza. A grandes rasgos, las ideas racistas atribuyen los rezagos sociales que padecen las poblaciones indígenas a su condición “primitiva” en términos culturales, de desarrollo social y de evolución biológica. Las personas indígenas son representadas como inferiores desde el punto de vista cultural, social, biológico e incluso moral. Así, prevalecen estereotipos que señalan al indígena como estúpido, holgazán, vicioso, violento y degenerado, o bien como persona imposibilitada física, mental y moralmente, al igual que como desposeído, dependiente y sumiso.<sup>5,6</sup> A partir de estas valoraciones, se generan ciertas actitudes discriminatorias en la manera de establecer vínculos sociales.

Estas ideas racistas no tienen, por supuesto, ningún sustento científico. Por el contrario, la evidencia provista tanto por las ciencias sociales como por las biológicas refutan los argumentos racistas.<sup>9</sup> No obstante, estas ideas subyacen en las estructuras de desigualdad dominantes en la sociedad, y son rasgos constitutivos del modelo médico.<sup>3</sup>

### *El respeto a la dignidad de la persona en la relación médico-paciente*

Se comentó antes que la relación médico-paciente es de suyo desigual e intercultural. Es, por consiguiente, jerárquica y autoritaria.<sup>10,11</sup> El médico tiene más poder por el hecho de poseer una mayor autoridad y más conocimientos sobre los asuntos de la salud, la enfermedad y su atención. Por otro lado, los pacientes están en una situación de vulnerabilidad y tienen menos poder, toda vez que reconocen la necesidad de buscar la atención de un profesional –y someterse a sus prescripciones– para que los ayude a proteger o recuperar la salud, a contrarrestar la enfermedad o a aliviar el dolor. En el marco de esta relación desigual, el médico debe evitar cualquier forma de uso autoritario del poder que le confiere su posición, en especial las diversas formas de discriminación y violencia, o acciones que atenten contra la dignidad de las personas, ya sea por su género, por su pertenencia étnica, por su condición social y económica o por cualquier otra característica.

Para construir un sistema universal de salud justo, deben tomarse medidas que partan de reconocer dichas estructuras de desigualdad; asimismo, debe evitarse la reproducción de aquellas valoraciones, prácticas y formas de trato que atentan contra la dignidad de las personas. Por esa razón es importante reflexionar sobre cómo brindar un trato digno en la atención médica.

## Normativa mexicana sobre el trato digno con pertinencia cultural en salud

En México se aspira a construir un sistema universal de salud en el que todas las personas y las comunidades tengan acceso a servicios seguros, integrales, efectivos y oportunos, y que garanticen no sólo la protección de su salud, sino también la de su dignidad.

La dignidad se refiere al valor de la persona, concepto fundamental del que derivan los derechos humanos. El respeto a la dignidad significa que todas las personas deben ser reconocidas, valoradas y respetadas de manera igualitaria, y que puedan gozar de sus derechos con autonomía.

En el país se dispone de una sólida normativa sobre el trato digno con pertinencia cultural en la atención de la salud. Este apartado resume lo que establecen al respecto los siguientes instrumentos:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos<sup>12</sup>
- Ley General de Salud<sup>13</sup>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica<sup>14</sup>
- Norma Oficial Mexicana NOM-007SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida<sup>15</sup>
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos<sup>16</sup>

### *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*

El artículo 1º constitucional prohíbe cualquier forma de discriminación, incluyendo las que pueden presentarse durante la atención médica:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las

opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.<sup>12</sup>

Estipula, además, la obligación de los funcionarios públicos “de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos”. Y el artículo 4º establece el “derecho a la protección de la salud” de todos los ciudadanos.

### *Ley General de Salud*

El artículo 51 de la Ley señala que: “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”.<sup>13</sup>

Las personas afiliadas al Seguro Popular tienen el derecho explícito a recibir un trato digno durante su atención. El artículo 77 BIS 37 establece que:

Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán, además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

- I. Recibir servicios integrales de salud;
- II. Acceso igualitario a la atención;
- III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad.<sup>13</sup>

El artículo 57 de la misma Ley pone énfasis en los servicios de planificación familiar: “La planificación familiar tiene carácter prioritario [...] Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad”.<sup>13</sup>

### *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*

Aunque este reglamento no hace mención del concepto “trato digno”, el artículo 9º señala que “la atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”, es decir, los principios de beneficencia (buscar los mayores beneficios), no maleficencia (evitar cualquier daño, incluyendo los de índole moral), autonomía y justicia.<sup>14</sup>

*Norma Oficial Mexicana NOM-007SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*

En la introducción de la Norma se afirma que la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y del recién nacido, debe prestarse con “respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido”.<sup>15</sup> En el apartado de definiciones, la misma Norma aclara que las mujeres tienen el derecho “a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía”.<sup>15</sup> Y en el numeral 5.1.11 de las disposiciones generales establece que: “La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución”.<sup>15</sup>

De este modo, la normativa señala con claridad la obligación de los trabajadores de la salud de proteger la dignidad de las personas al prestarles atención médica.

*Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos*

Esta ley reglamenta las responsabilidades y sanciones a las que están sujetas las personas que desempeñan un cargo público. El artículo 47 norma el trato que los servidores públicos deben brindar:

V.- Observar buena conducta en su empleo, cargo o comisión, tratando con respeto, diligencia, igualdad y sin discriminación a las personas con las que tenga relación con motivo de éste;

VI.- Observar en la dirección de sus inferiores jerárquicos un trato digno, de respeto y no discriminación y abstenerse de incurrir en agravio, desviación o abuso de autoridad.<sup>16</sup>

Es posible concluir así que el trato digno está presente en la normativa de los funcionarios públicos, entre los que se cuenta a los del sector público de salud, de ahí que incurrir en actos que atenten contra la dignidad de las usuarias conlleve sanciones administrativas.

# Trato digno en la atención a la salud: conceptos y principios

Sergio Meneses Navarro, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

**E**n este capítulo se exponen brevemente los fundamentos del trato digno en la atención de la salud.

### La protección de la salud y la dignidad de las personas

Las sociedades establecen generalmente mecanismos para proteger la vida de sus miembros, así como para preservar y restablecer la salud de los individuos una vez que ésta se ve afectada. Estos mecanismos incluyen, desde los cuidados que se brindan en el hogar –casi siempre a cargo de las mujeres mayores de la familia, como las madres o las abuelas– y las prácticas curativas ancestrales –tales como la partería y la herbolaria–, hasta el vasto sistema biomédico con su repertorio de recursos y tecnología; a partir de este sistema se brindan servicios preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación, ya sea desde el sector público (financiados con recursos del erario) ya sea desde el privado (financiados por lo general con recursos particulares al momento de una contingencia médica).<sup>17</sup>

Algunas sociedades consideran que la salud y el bienestar de cada uno de sus miembros –sin importar su edad, género, pertenencia étnica, ideología política o religiosa, condición económica, orientación sexual o diferencia de cualquier otra índole– son un valor superior que merece ser protegido mediante formas

de organización colectiva. De este modo, definen la salud de sus miembros como un “bien público y así otorgan legitimidad al Estado para intervenir en los asuntos relacionados con la salud de la población, al igual que para crear instituciones y respuestas sociales –mediante políticas públicas y sistemas de salud–, con la finalidad de asegurar la protección de dicho bien.<sup>17</sup> Sin embargo, otras sociedades consideran que la salud y el bienestar de los individuos no deben ser una preocupación pública, sino privada, a la que cada quien ha de responder con sus propios recursos.

Las sociedades que consideran la salud como un “bien público”<sup>£</sup> establecen mecanismos que les permiten generar y movilizar organizadamente los recursos necesarios –financieros, humanos, científicos y tecnológicos– para prestar servicios preventivos, diagnósticos, curativos o de rehabilitación, según las necesidades prioritarias de sus miembros. Esta respuesta social organizada crea sistemas educativos y universidades –habitualmente públicos– para formar recursos humanos especializados en la salud y generar conocimiento científico y tecnología médica. La sociedad establece, al mismo tiempo, instituciones de salud para brindar servicios de atención básica o especializada a las personas que los necesiten; instaure mecanismos para contratar una amplia red de servidores públicos especializados en la atención de las enfermedades y el cuidado de la salud, y financian con recursos públicos grandes aparatos médico-sanitarios que incluyen medidas preventivas y de atención dirigidas a las personas, las colectividades y el ambiente. De este modo, la protección de la salud es una de las principales preocupaciones de estas sociedades que comprenden que la distribución justa de condiciones de bienestar entre todas las personas significa, al final de cuentas, su propia razón de ser.<sup>17</sup>

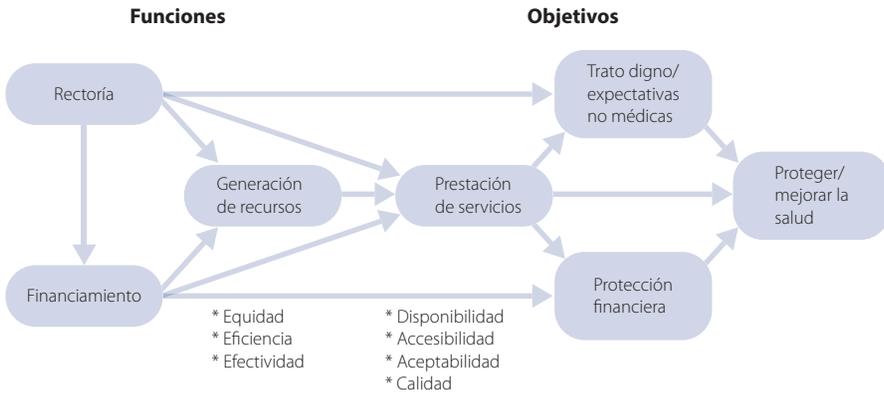
Esta respuesta social organizada para salvaguardar la salud de los miembros de una colectividad es lo que se denomina un “sistema de salud”, y tiene tres objetivos explícitos de protección: a) la salud y la vida de las personas; b) su dignidad, y c) su economía, la de sus familias y de la sociedad en su conjunto (cuadro I).<sup>17</sup>

---

<sup>£</sup> Como ocurre en México, donde desde 1983 se reconoce en el artículo 4º de la Constitución Política el derecho ciudadano a la protección de la salud y la obligación del Estado en la materia.

De los tres objetivos de protección que tiene el sistema de salud (la salud, la dignidad y la economía de las personas), se analiza aquí, con mayor profundidad, la relación entre la protección de la salud y la protección de la dignidad, que es el aspecto central del presente capítulo.

**Cuadro I.** Funciones y objetivos de los sistemas de salud



Adaptado de la referencia 17

En la práctica cotidiana de los trabajadores de la salud se presentan situaciones donde estos dos ámbitos de protección, la salud y la dignidad de las personas, pueden verse aparente o realmente confrontados. Se expone enseguida un caso hipotético extremo:

Para proteger la salud de una mujer indígena de los Altos de Chiapas, embarazada, con obesidad y diabetes mellitus, el Estado le ordena jurídicamente una dieta que le prohíbe comer alimentos altos en carbohidratos, como tortillas y refrescos. También se le entrega una orden de actividad física obligatoria para procurar que baje de peso. Si incumpliera alguno de los ordenamientos, o si los niveles de glucosa en la sangre no se mantuvieran dentro los rangos considerados aceptables, la mujer se haría acreedora a una sanción que podría consistir en una multa económica o en su inserción dentro de un establecimiento correccional para asegurar que cumpla las normas terapéuticas y preventivas prescritas. Intervenciones de esta naturaleza tendrían por objeto restablecer, en la medida de lo posible, la salud de la mujer y prevenir complicaciones del

embarazo y mayores daños metabólicos. Sin embargo, es evidente que estas intervenciones atentarían contra su dignidad. Por ejemplo, violarían su autonomía para tomar decisiones y atentarían contra sus costumbres y preferencias dietéticas; asimismo, sería estigmatizada al ser señalada como culpable de su mala salud y al imponerle castigos que le acarrearían aflicciones físicas y emocionales, con repercusiones negativas en su vida familiar y comunitaria, e incluso en su economía.

Este caso hipotético extremo ilustra y complejiza la importancia de cuidar estos dos ámbitos de protección: la salud, sí, pero también la dignidad de las personas. Se expone ahora un ejemplo más cercano: el caso de una mujer indígena de 35 años de edad con seis embarazos previos, que cursa un embarazo de 37 semanas de gestación; padece de preclamsia y acude al servicio de urgencias del hospital por presentar una hemorragia obstétrica debida a una placenta previa que casi la ha puesto en estado de choque, y su hemoglobina ha bajado a 5mg/dl. Debido a sus convicciones religiosas, la mujer no acepta las transfusiones sanguíneas como tratamiento y tampoco quiere usar un método anticonceptivo temporal ni uno definitivo. ¿Qué se debe hacer? ¿Una transfusión sanguínea que quizá (no puede asegurarse) evite su muerte, aun en contra de su voluntad y la de su familia, afectando valores de naturaleza sagrada como las convicciones religiosas? De practicársele una operación cesárea, ¿se debe hacer una salpingoclasia que impida que la mujer quede embarazada y en un futuro presente otra complicación obstétrica que amenace su vida y el bienestar de toda su familia? Responder a estas preguntas no es fácil. Probablemente interpelan a los propios valores y convicciones de los trabajadores de la salud como tales y como personas. Sin embargo, el marco de referencia sobre el trato digno puede darles una orientación sobre cómo proceder.

### Definición del concepto de trato digno y su medición en los servicios de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha suscitado un intenso debate en torno al objetivo de brindar un trato adecuado, responder a las expectativas no médicas de los usuarios y mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud.<sup>18-20</sup> Para referirse a este objetivo, algunos autores e instituciones han planteado el concepto de “trato digno” en los servicios de salud,<sup>20-23</sup> trato que

va más allá de la satisfacción de los usuarios, pues implica el que les brinda el sistema en su conjunto. Para medir el trato digno se han propuesto ocho componentes, cuatro relativos a los derechos humanos y otros cuatro relativos a los usuarios en su calidad de “consumidores” de servicios de salud:<sup>21-22</sup>

1. Trato respetuoso. El trato respetuoso se refiere a que todos los usuarios de los servicios deben ser tratados como personas igualmente dignas, sin valoraciones ni actitudes de discriminación, humillación o violencia. Algunos indicadores específicos que buscan garantizar el trato respetuoso y amable son:

- Saludar a los usuarios o darles la bienvenida según las convenciones de la sociedad a la que pertenecen;
- presentarse frente a los usuarios;
- brindar un trato individual: dirigirse al usuario por su nombre y en tercera persona (de usted);
- procurar un trato horizontal, evitando el uso de diminutivos (“chiquita”, “mujercita”) o de expresiones paternalistas (“hijita”) que menoscaben la dignidad de la persona;
- evitar regañar a los usuarios de los servicios;
- respetar los valores y preferencias de los usuarios;
- evitar cualquier forma de discriminación.

2. Comunicación. La comunicación se refiere al derecho de los usuarios a recibir toda la información sobre su situación de salud –diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas– de manera clara, completa, oportuna y veraz, en un lenguaje comprensible. Esto incluye transmitir la información en el idioma originario del usuario. Algunos indicadores específicos para garantizar la buena calidad de la comunicación son:

- Informar en el idioma de preferencia del usuario;
- prescindir de tecnicismos;
- verificar la claridad de la información;
- usar materiales didácticos o auxiliares para facilitar la transmisión efectiva de la información.

3. Autonomía. La autonomía se refiere a la capacidad de los usuarios de participar en la toma de las decisiones concernientes a su salud; por ejemplo, sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen. Algunos indicadores específicos para garantizar la autonomía son:

- Explicar al usuario todo procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le proponga;
- solicitar al usuario su consentimiento informado para hacerle pruebas o practicarle procedimientos diagnósticos o terapéuticos;
- respetar la decisión del usuario en cualquier caso, incluyendo el rechazo de algún procedimiento diagnóstico o terapéutico.

4. Confidencialidad y privacidad. La confidencialidad y la privacidad se refieren al derecho de los usuarios a decidir quién puede y quién no puede tener acceso a la información sobre su salud. Esto incluye asegurar la privacidad de la consulta médica, es decir, que sólo el usuario y quien él determine pueden presenciar el interrogatorio y la exploración clínica, así como tener acceso a la información de su expediente. Algunos indicadores para garantizar la confidencialidad y la privacidad son:

- Permitir que el usuario reciba la consulta médica en compañía de la persona que él elija;
- asegurar las condiciones físicas que garanticen la privacidad total (visual y auditiva) de la consulta médica;
- decir de forma explícita al usuario que la información derivada de la consulta médica es confidencial.

5. Atención pronta. La atención pronta significa que ésta debe ser inmediata en casos de urgencia o brindarse después de un tiempo de espera razonable cuando no sea urgente. Las necesidades médicas deben atenderse con la rapidez suficiente para que la espera no represente una molestia adicional al problema de salud. Algunos indicadores de la atención pronta pueden ser:

- Condiciones de accesibilidad geográfica, financiera u organizativa (por ejemplo, horarios apropiados);
- disponibilidad de recursos (humanos y de infraestructura, materiales, farmacológicos y financieros);

- presencia o ausencia de barreras físicas para solicitar la atención (por ejemplo, puertas bajo llave);
- tiempo de espera para recibir la atención;
- sistemas de referencia eficaces.

6. Calidad de las instalaciones y servicios. La calidad en este rubro hace referencia a las condiciones de la infraestructura y el entorno de las instalaciones en donde se recibe la atención, al igual que a otros servicios de apoyo como la alimentación. Algunos indicadores específicos son:

- Instalaciones que permiten aislarse del frío, el calor, la lluvia o los rayos del sol;
- limpieza de las instalaciones;
- amueblado adecuado y limpio;
- ventilación e iluminación adecuadas;
- alimentación saludable y apetecible;
- acceso a servicios sanitarios limpios, con agua, jabón y papel higiénico;
- disponibilidad de agua limpia.

7. Acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización. El acceso a dichas redes sociales se refiere a la posibilidad de que los usuarios hospitalizados cuenten con la presencia y la colaboración de sus familiares y amigos para recibir de ellos diversas formas de apoyo. Indicadores de este acceso son, por ejemplo:

- se permiten visitas regulares a las áreas de hospitalización;
- se permite que una persona acompañe al usuario hospitalizado en todo momento;
- se permite el acompañamiento durante el parto;
- se facilita la provisión de alimentos y líquidos que no estén proscritos por criterios médicos;
- se facilitan las prácticas religiosas que no alteren el funcionamiento del hospital ni afecten a otros usuarios.

8. Capacidad de elección del proveedor del servicio. La capacidad de elección del proveedor del servicio se refiere a la posibilidad de que el usuario elija el establecimiento y el personal de salud que más le convenga para ser atendido. Por ejemplo,

puede haber preferencias respecto al sexo o la edad del prestador de servicios. En el capítulo 4 se discuten las definiciones que propusieron los trabajadores del Hospital de la Mujer sobre los conceptos de “dignidad” y “trato digno”, así como las acciones y los indicadores específicos que se pueden aplicar para su medición en el nosocomio.

# Metodología de la intervención pedagógica

Óscar Arturo Bautista Ruiz, Rafael Josaphat Toledo Cruz

### Metodología y estructura del curso-taller “Trato digno”

La estrategia del curso-taller “Trato digno: atención obstétrica con pertinencia cultural”, impartido en el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, es una propuesta educativa que integra conceptual y metodológicamente los aportes de la educación constructivista, y se enfoca en los derechos humanos. A continuación se describen estos elementos.

#### Modelo pedagógico

Para asegurar que el proceso de aprendizaje fuera pertinente y significativo para los participantes, y respondiera a los objetivos planteados por las autoridades del Hospital, se determinó que la modalidad de enseñanza fuera un curso-taller, pues este esquema implica la interrelación de la teoría y la práctica:

- El curso revisa teorías y conceptos con el apoyo de presentaciones digitales, manuales o libros.
- El taller apela a la experiencia de los participantes; se desarrolla mediante dinámicas y prácticas que permiten experimentar, compartir y comparar los conocimientos.

En síntesis, esta modalidad permite que, tanto quienes facilitan el curso-taller como los participantes, conozcan, discutan y experimenten por sí mismos los diversos elementos del tema revisado, así como el proceso de construcción del

conocimiento. Lo anterior da la pauta para que dicha construcción no se haga sólo por medio de la memoria y procesos racionales, sino por otras vías como la experiencia personal, la emocionalidad y la aplicación a la realidad.

Con respecto al modelo pedagógico del curso-taller, se retomó la perspectiva liberadora y constructivista de la educación encabezada por Paulo Freire en América Latina. Desde este punto de vista, quien aprende atribuye un significado relevante al contenido y a los conceptos revisados, como resultado de un proceso de construcción personal y colectivo de los nuevos conocimientos, actitudes y acciones. Los pilares de este modelo pedagógico son los siguientes:

- Toda práctica educativa debe reconocer lo que educandos y educadores saben sobre el tema, y debe generar experiencias colectivas y dialógicas para que unos y otros construyan nuevos conocimientos. Como lo señala Paulo Freire,<sup>24</sup> “nadie ignora todo, nadie sabe todo”. Así, el proceso educativo consiste en una construcción y deconstrucción colectiva del conocimiento, que parte de las necesidades sentidas y de las acciones de los participantes.
- Educar es una práctica política; ejemplifica las relaciones de poder, las desigualdades sociales y la forma de dar significado a la realidad.<sup>25</sup> Por lo tanto, educar no es un proceso para adaptar a otros a un mundo dado, sino un proceso para comprender el mundo en construcción, un mundo que puede ser cambiado, transformado y reinventado.<sup>26</sup>
- Educar es un proceso colectivo horizontal; es decir, para conocer y transformar el mundo son necesarias otras personas con quienes construir mediante el diálogo.

Los procesos de intervención social, capacitación o educación conllevan de manera implícita –intencionada o no– un significado de la realidad sobre el que se construyen conocimientos, actitudes y prácticas. En la práctica médica coexisten diversos enfoques como el paternalista, el que aborda las necesidades y el que se basa en los derechos humanos.

Al diseñar este curso-taller, se partió de la premisa de que el enfoque basado en los derechos humanos es coherente con los principios del modelo pedagógico seleccionado y con la óptica del equipo que opera el proyecto. De acuerdo con este enfoque:

- Los derechos son universales e inalienables, no se pueden menospreciar o negar.
- El trato digno y el respeto a la dignidad de las personas son derechos establecidos en diversos instrumentos legales.
- El respeto a la dignidad de las personas es obligatorio para los prestadores de servicios de salud, en tanto funcionarios públicos y garantes; por consiguiente, no es opcional.
- Las acciones que menoscaben la garantía de los derechos, tanto de las personas usuarias de los servicios de salud como de los prestadores de dichos servicios, deben evitarse.

Tanto los conceptos como las actividades que se desarrollan en el curso-taller están atravesados por el respeto a los derechos humanos. Esto implica que:

- Las actividades se desarrollan respetando la dignidad de los participantes (sin humillaciones, señalamientos o malos tratos), a partir de la construcción colectiva de acuerdos de convivencia, el reconocimiento y la valoración de las aportaciones de cada uno, un ambiente de trabajo adecuado, una interacción horizontal, y un lenguaje cálido y respetuoso.
- Los conceptos que se aborden deben sustentarse en los marcos legales internacionales y el nacional de derechos humanos, así como en investigaciones científicas que sustenten los mensajes clave tratados en las sesiones.

## Implementación de las sesiones del curso-taller

### Estructura general del curso-taller

El curso-taller consta de dos sesiones semanales de trabajo de ocho horas cada una, y para cuyo desarrollo se dispone de una carta descriptiva (anexo 1).

Se planteó un objetivo general del curso-taller y objetivos específicos para cada sesión. Los temas abordados en las sesiones se desarrollaron en las siguientes cuatro etapas:

1. Conocimiento previo. La construcción colectiva de conocimientos parte de reconocer lo que las personas saben sobre el tema, sus experiencias, sus creencias y sus emociones. Este reconocimiento estimula la participación, motiva la

indagación y propicia la reflexión crítica. Aprender a partir de lo que ya se sabe es la variable que más influye en el aprendizaje. Como lo señala Moreira,<sup>27</sup> “las personas aprenden a partir de sus vivencias y modelos cognitivos previos, reorganizándolos y modificándolos ante nuevas informaciones o experiencias”. Para ello, se utilizan regularmente discusiones guiadas, preguntas generadoras o una actividad focal introductoria.

2. Actividad detonadora. En esta etapa se usan técnicas participativas, dinámicas grupales y actividades vivenciales que permiten abordar el tema desde una nueva perspectiva. Por ejemplo: vivenciar el contenido desde el cuerpo, experimentar situaciones hipotéticas, generar escenarios alternativos, y reflexionar sobre ideas o comportamientos inconscientes, entre otros.
3. Recuperación de la experiencia. En esta etapa se recupera lo que se logró en discusiones grupales, conclusiones individuales o preguntas generadoras. Los participantes reflexionan sobre las ideas, emociones y pensamientos que la actividad haya suscitado en ellos (teorizan), y al contrastarlas con su conocimiento previo, pueden elaborar un nuevo aprendizaje, dar nuevas respuestas, cuestionar sus prácticas o interacciones, y empatizar o reforzar sus ideas previas.
4. Complementación. Esta etapa implica lecturas colectivas y la exposición de elementos conceptuales que brinden información adicional para contrastarla con la que el grupo generó en la recuperación de la experiencia.

## Propósitos y alcance previstos en cada sesión

### Objetivo general

El objetivo general del curso-taller fue contribuir a mejorar la calidad de la atención que reciben las usuarias del Hospital de la Mujer, con el enfoque del trato digno.

Primera sesión: Estructuras sociales determinantes de desigualdad y sus efectos en los sistemas de salud

### Objetivos

Los objetivos de la primera sesión fueron:

1. Reflexionar sobre:

- Las estructuras sociales de desigualdad y su influencia en la garantía de los derechos, y
  - cómo las estructuras sociales de desigualdad condicionan las relaciones que se establecen en los servicios de salud.
2. Identificar:
- Los tipos de abuso, maltrato y discriminación que pueden sufrir las usuarias de los servicios de salud, y
  - la normativa en salud que sustenta el trato digno.

#### Etapas de la sesión

Para alcanzar estos objetivos educativos, la primera sesión constó de tres etapas clave:

##### 1. Encuadre

Se genera un ambiente de confianza, respeto, colaboración y compromiso con los participantes, mediante las siguientes actividades:

- Aplicación de un *pretest* para contar con información de los participantes y su perfil de ingreso.
- Presentación y bienvenida: el facilitador saluda al grupo, da su nombre y su lugar de procedencia, da la bienvenida a los participantes y les agradece su asistencia.
- Agenda y formato: el facilitador presenta los objetivos del curso-taller, el número de sesiones y los temas de cada sesión. Explica la agenda de trabajo y la naturaleza de las actividades, y comunica los horarios.
- Actividad rompehielo: el facilitador propone una actividad en la que los participantes se presentan, interactúan, se conocen y juegan, con la finalidad de generar un clima de confianza y comodidad.
- Expectativas: el facilitador identifica lo que los participantes esperan aprender, lo que quisieran reflexionar o lo que se proponen alcanzar al finalizar el curso-taller.
- Acuerdos de convivencia: en un proceso de construcción colectiva se elaboran enunciados que permitan al grupo expresar lo que necesita para sentirse en confianza, cómodo y seguro durante su participación y aprendizaje.

## 2. Reflexión sobre las brechas de desigualdad y las estructuras sociales que las generan

Esta actividad tiene como propósitos:

- Visibilizar cómo se construyen las desigualdades sociales a partir de estructuras económicas, sociales y culturales inequitativas, y cómo estas afectan la salud de las poblaciones históricamente marginadas y vulneradas por su etnicidad, su clase y su género.
- Concientizar al personal de salud sobre el perfil de las usuarias que recibe regularmente, y sobre la presencia y la reproducción de las estructuras productoras de desigualdad –interiorizadas y naturalizadas– en los servicios de salud.

De esta manera, se revisa el resultado de la discriminación y la violencia contra las mujeres, el racismo contra las poblaciones indígenas y el clasismo respecto de los sectores empobrecidos.

- Reflexionar sobre la manera de evitar la reproducción de estas estructuras de desigualdad y sobre la responsabilidad de garantizar el derecho a una atención de salud de calidad y digna para todas las personas. Lo anterior se sustenta en la idea de que el sistema de salud tiene la responsabilidad de reducir las desigualdades mejorando la salud de quienes están en peores condiciones; es decir, debe ser equitativo.

## 3. Reflexión sobre los objetivos del sistema de salud

Los propósitos de esta actividad son los siguientes:

- Reflexionar, a partir de la actividad del círculo de protección, sobre la manera de asegurar el cumplimiento de los tres objetivos de sistema de salud: proteger la salud, las finanzas y, sobre todo, la dignidad.
- Identificar las dificultades que se suelen enfrentar en la participación, la comunicación (tanto con las usuarias como con el personal hospitalario) y el trabajo en equipo, y reflexionar sobre el tema.
- Reconocer las implicaciones de la atención de la salud para las usuarias, dada su vulnerabilidad tanto por sus problemas de salud, como por sus condicionantes sociales por ser mujeres, indígenas y pobres.

- Cerrar la primera sesión y alistarse para la siguiente, pues se comienza a reflexionar sobre el trato digno y su alcance, temas en los que se profundiza en la segunda sesión.

#### Segunda sesión: componentes e indicadores del trato digno

##### Objetivo

El objetivo de la segunda sesión es identificar:

- El marco de los derechos humanos y la normativa en salud que sustentan el trato digno;
- las dimensiones y los componentes del trato digno, y
- las acciones para brindar un trato digno.

##### Etapas de la sesión

Para alcanzar este objetivo educativo, la segunda sesión consta de cuatro etapas clave:

#### 1. Conceptualización de la dignidad y el trato digno

Los propósitos de esta actividad son los siguientes:

- Profundizar en la definición de la dignidad y el trato digno (véase el capítulo 2), a partir de la recapitulación de lo visto en la primera sesión, del ejercicio de la pecera y de la lectura sobre las dimensiones del trato digno.
- Identificar las acciones que corresponden a las ocho dimensiones del trato digno: las que aún no llevan a cabo y deben incorporar, y las que sí realizan, pero con una visión paternalista.
- Revisar en el marco legal internacional y nacional el derecho a la protección de la dignidad de las personas, lo que permite reconocer que la legislación responde a las condiciones de marginación, discriminación y violencia en que viven muchas poblaciones en México. De aquí que garantizar su cumplimiento a través de las instituciones y los servidores públicos sea una obligación de los estados.

#### 2. Evaluación de los componentes del trato digno a partir de un estudio de caso

El video “*Xunka*’ (buen trato)” muestra la atención que el personal de salud de distintos niveles brinda a una mujer indígena con una complicación obstétrica, para ejemplificar lo que se hace, lo que no debe hacerse y lo que se debe mejorar.<sup>28,\*</sup>

El propósito de esta actividad es revisar en el video cada una de las dimensiones del trato digno y sus indicadores, para fortalecer la comprensión de su relevancia.

### 3. Acciones por área para brindar un trato digno

El propósito de esta actividad es identificar:

- A partir del ejercicio de los triángulos, la interdependencia y la responsabilidad colectiva del personal de salud para satisfacer las expectativas no médicas de las usuarias y sus familiares (trato digno), y cumplir los objetivos del sistema de salud.
- Por área o por persona, las acciones que realizan para dar un trato digno (o deberían realizar) durante la atención de las usuarias y sus familiares, para integrar el contenido y las reflexiones de las dos sesiones.

### 4. Evaluación y cierre

El propósito de esta actividad es identificar el aprendizaje más significativo para los participantes, su percepción del curso-taller y las acciones a las que se comprometen para brindar un trato digno. Para ello se realizan las siguientes actividades:

- Evaluar las expectativas: los participantes revisan las expectativas que tenían al empezar el curso-taller (en la etapa del encuadre), y califican el avance conforme a las categorías “sin avance”, “poco avance” o “logrado”.
- Aplicar el *postest*: mediante un instrumento escrito se reúne la información que permita evaluar –comparando con el *pretest*– la apropiación de conceptos. Se incluye un apartado para que los participantes evalúen a los facilitadores, el cumplimiento de los objetivos del curso-taller, la participación del grupo y los aspectos mejorables.
- Entregar las constancias y cerrar el curso-taller, para lo cual se abre un espacio donde los participantes puedan compartir sus observaciones, su opinión sobre el contenido y sus compromisos. Se les entregan las constancias de participación y se les agradecen sus contribuciones.

---

\* [https://youtu.be/MN33kaGH5xg?list=PLYifbJ7Q5WQdfLhcT3vTNrEz\\_xk\\_URVcn](https://youtu.be/MN33kaGH5xg?list=PLYifbJ7Q5WQdfLhcT3vTNrEz_xk_URVcn)

# Trato digno en la atención de la salud: definiciones, acciones e indicadores propuestos por los trabajadores del Hospital de la Mujer

Rafael Josaphat Toledo Cruz, Óscar Arturo Bautista Ruiz, Sergio Aarón de la Rosa Cruz,  
Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Sergio Meneses Navarro

**D**urante el segundo módulo de los cursos-taller se trabajó en equipos para definir los conceptos de dignidad y trato digno en los servicios de salud. A continuación se muestran los resultados del análisis conceptual elaborado por los trabajadores del Hospital de la Mujer.

Los participantes definieron la dignidad como “el valor intrínseco que tiene cada persona”. Señalaron que la vida de todas las personas es igual en dignidad: todas “valen lo mismo”, “importan lo mismo” y “deben ser respetadas sin distinciones de ninguna índole”. La dignidad se respeta, sin importar la condición económica, el género, la escolaridad, la orientación sexual, la adscripción religiosa, la pertenencia étnica o cualquier otra característica.

Ante la pregunta “¿Qué es el trato digno en los servicios de salud?”, los participantes coincidieron en que este concepto se refiere a una relación respetuosa entre los prestadores de servicios y las usuarias, en la que los primeros procuran servir y proteger a las segundas. De este modo, los prestadores de servicios de salud deben ser cuidadosos para evitar daños físicos, psicológicos o morales, incluyendo cualquier forma de discriminación o de violencia, o cualquier atentado contra los valores de las usuarias. Enfatizaron que el trato digno en los servicios de salud incluye el propósito de contribuir a que las expectativas de las usuarias sean satisfechas, para que califiquen la atención como valiosa, justa y digna.

A decir de los participantes en los cursos-taller, brindar un trato digno cuando los prestadores de servicios de salud y las usuarias tienen diferentes culturas no es una tarea sencilla y es necesario un diálogo intenso. La comunicación debe darse en un marco de respeto, tolerancia y disposición para negociar, dadas las visiones diferentes del mundo, incluso cuando éstas se contraponen.

El trato digno debe mantenerse durante todo el continuo de la atención en los servicios de salud, desde el ingreso hasta el egreso de las usuarias. “El trato digno empieza al ingreso de la paciente”.

Cabe resaltar que varios de los participantes identificaron que los regañones a las usuarias son comunes en los servicios de salud, y los reconocieron como una acción contraria al trato digno. Consideraron que, por lo tanto, se debe vigilar que no se sigan practicando. “Una cosa es que no contemos con todos los insumos, pero otra cosa es ser amable y no regañar”.

Por último, se concluyó que brindar un trato digno no sólo redundará en una mejor atención. Al tratar dignamente a las usuarias se honra el quehacer profesional, a los compañeros de trabajo, a la institución y al personal mismo. “Al respetar a las personas que atienden me respeto a mí también”.

## Propuestas de indicadores de un trato digno para el Hospital de la Mujer

A partir del marco de referencia de la OMS,<sup>20-22</sup> se llevó a cabo otra actividad en equipos en la que los participantes propusieron indicadores específicos de un trato digno. Se buscó que esos indicadores pudieran implementarse en el Hospital de la Mujer y ser objeto de seguimiento en todas las dimensiones del trato digno:

1. atención pronta; 2. trato respetuoso; 3. comunicación; 4. autonomía; 5. confidencialidad y privacidad, y 6. acceso de las usuarias a sus redes de apoyo. Éstas fueron las reflexiones y propuestas.

### Indicadores de la atención pronta

Los indicadores propuestos por los equipos participantes para asegurar la atención pronta son los siguientes:

- Disponer de un acceso libre de barreras físicas, administrativas o burocráticas, sobre todo al servicio de urgencias. Los participantes reconocieron que en este aspecto el Hospital ha mejorado notablemente gracias al sistema de triage, que se usa para valorar y priorizar los casos en urgencias.
- Disponer de ambulancias con gasolina y conductor para trasladar las urgencias desde los hospitales básicos comunitarios hasta el Hospital de la Mujer y, en caso de ser necesario, de éste a otro de mayor capacidad resolutive.
- Disponer de plantillas completas de personal en cada turno, los siete días de la semana, los 365 días del año.
- Disponer de sistemas de referencia y contrarreferencia del primero al segundo nivel y a otros hospitales con capacidad resolutive.
- Garantizar la continuidad y la integralidad en la atención a la usuaria y el neonato, quienes transitan por distintos servicios.
- Promover y consolidar el trabajo en equipo.
- Mantener una comunicación efectiva y oportuna con las usuarias, sus familiares y los miembros del equipo de salud.

También se presentaron algunas observaciones críticas de circunstancias que dificultan la atención pronta, tales como:

- Las limitaciones de la estructura física del Hospital (“¿Cómo vamos a brindar una atención pronta si no hay espacio?, ¿en el suelo?”);
- la falta de un trabajo coordinado –en algunas ocasiones– entre los miembros del personal de salud (“Para dar atención pronta se necesita un equipo de trabajo, y eso no siempre sucede”);
- la necesidad de que todas las personas que forman parte del Hospital se comprometan con el propósito de brindar una atención pronta y un mejor trato (“Para la atención pronta es necesario capacitar a todos, desde la recepción, los vigilantes, quienes son los que reciben a los pacientes y pueden contribuir a facilitar o a obstaculizar el acceso”).

Los equipos participantes propusieron posibles soluciones a estas dificultades: promover el trabajo en equipo y dar periódicamente cursos-taller de “trato digno” con todo el personal del Hospital.

### Indicadores de un trato respetuoso

El trato respetuoso se asoció a las acciones del personal hospitalario al dirigirse a las usuarias desde el primer contacto y durante toda la atención, respetando la dignidad de la persona. El respeto empieza con el saludo y la presentación del prestador de servicios. Incluye una comunicación clara, amable y completa sobre todas las intervenciones y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Al respecto, los participantes de los cursos-taller resaltaron la importancia de emplear expresiones como: “por favor”, “gracias”, “¿me permite?”, “¿qué puedo hacer por usted?”, “¿tiene alguna duda?”, “¿está satisfecha con la atención?”

Los indicadores propuestos por los equipos participantes para asegurar un trato respetuoso son los siguientes:

- Saludar a las usuarias y llamarlas por su nombre.
- Evitar referirse a las usuarias con diminutivos (“pacientita”, “muchachita”, “mujercita”), apodos u otras expresiones paternalistas (“hija”, “madre”) que pueden manifestar un trato que reduce la autonomía y la dignidad de las mujeres.
- Presentarse, en cuanto prestador de servicios, por su nombre y su función: “Buenos días, señora Juana, mi nombre es Adriana, y soy la médica que se encargará de atenderla, si usted me lo permite”.
- Escuchar de manera activa y respetuosa.
- Individualizar la atención reconociendo la singularidad de cada usuaria.
- Reconocer y respetar los valores, sentimientos y preferencias de las usuarias.
- Ser empáticos.
- Procurar la comodidad de las usuarias.

Varios de los participantes hicieron una observación que está fuera de discusión: “Si bien somos servidores públicos y tenemos la obligación de brindar un servicio con buen trato, también tenemos el derecho de que nos traten con respeto”. En efecto, es deber de los prestadores de servicios de salud brindar un trato respetuoso a las usuarias, pero también ellos tienen derecho a ser tratados con respeto. De este modo, el buen trato puede y debe dar lugar a un círculo virtuoso de relaciones respetuosas con las usuarias, otros prestadores de servicios y los compañeros de trabajo.

### Indicadores de la comunicación

Los equipos participantes identificaron la comunicación como un aspecto muy importante del trato digno, sobre todo cuando se atiende a usuarias indígenas cuya lengua materna es distinta al español. Asimismo, reconocieron que, para comunicarse, las personas utilizan también un lenguaje no verbal, es decir, señales y gestos. En este sentido, la comunicación de los prestadores de servicios con las usuarias debería ser respetuosa y comprensible, prescindir de tecnicismos, apoyarse en traductores en caso necesario, asegurar que la usuaria entienda la información y descartar dudas.

Los indicadores propuestos por los equipos participantes para asegurar una comunicación efectiva son los siguientes:

- “La información debe ser oportuna, precisa, completa, asertiva, clara, respetuosa, efectiva; todo esto nos lleva a una comunicación segura”.
- “Debemos dar una comunicación sin tecnicismos, en el propio idioma; información oportuna; asegurarse de que nuestra información fue entendida; dar una comunicación adecuada y clara a los familiares”.

### Indicadores de la autonomía

Los equipos participantes definieron la autonomía como la libertad que deben tener las usuarias para participar en la toma de decisiones respecto a su salud y su atención. Reconocieron que las restricciones al respecto están determinadas por la estructura de distribución del poder en la sociedad en general, donde las mujeres indígenas en condiciones de pobreza ocupan la posición de mayor subordinación. También, que tales condiciones estructurales aumentan en el campo médico –particularmente cuando estas mujeres se encuentran en calidad de usuarias de los servicios hospitalarios– y establecen limitaciones para que ellas ejerzan su derecho a la autonomía. Por esta razón, se debe ser muy consciente de estas estructuras de dominación, de tal modo que sea posible favorecer la autonomía de las usuarias.

Los indicadores propuestos por los equipos participantes para asegurar la autonomía de las usuarias son los siguientes:

- Solicitar permiso a las usuarias para explorarlas, revisarlas o descubrir alguna parte de su cuerpo.

- Servirse de un traductor institucional en todo momento para dar una información clara, precisa y oportuna a las usuarias sobre sus condiciones de salud y su atención.
- Proporcionar a las usuarias información de manera imparcial y sin prejuicios.
- Favorecer la libre decisión de las usuarias (considerando el momento y el lugar) respecto a la aceptación o no de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se les propongan.
- Informar a las usuarias y pedirles su consentimiento para aplicarles cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico; pedirles siempre su opinión.

Algunos de los participantes señalaron críticamente que con frecuencia el propio personal del Hospital vulnera la autonomía de las usuarias, e identificaron experiencias que afectan el trato digno en la prestación de los servicios. Mencionaron algunos ejemplos: cuando el personal solicita la firma de documentos en blanco para obtener el consentimiento informado; cuando toma la huella digital de una mujer que se encuentra bajo los efectos de la anestesia como firma de consentimiento, o cuando no se permite que las mujeres decidan en qué posición quieren parir. También comentaron, como ejemplo, el caso de una mujer a la que se le negó una salpingoclasia porque el personal en turno dispuso que era necesario contar primero con la autorización escrita y firmada de su esposo.

### Indicadores de la privacidad y la confidencialidad

Los equipos participantes identificaron también que la privacidad y la confidencialidad de la información sobre la salud de las usuarias son derechos de las que éstas deben gozar. De este modo, el personal de salud debe garantizar las condiciones de privacidad de los encuentros médicos, y asegurarse de que los datos y la información sobre la salud de las usuarias no se divulguen.

Los indicadores propuestos por los equipos participantes para asegurar la privacidad y la confidencialidad sobre la salud de las usuarias son los siguientes:

- Atender a las usuarias en un lugar privado, en el que otras personas no puedan ver u oír la consulta.
- Brindar a las usuarias una atención personalizada.

- Cuidar el pudor y la privacidad de las usuarias al realizar cualquier procedimiento.
- Evitar hacer comentarios innecesarios dentro o fuera del hospital sobre los casos de las usuarias.

### Indicadores del acceso a redes sociales de apoyo

Respecto a los indicadores del acceso a las redes sociales de apoyo de las usuarias, los equipos participantes señalaron los siguientes:

- Permitir que los familiares y amigos de las usuarias las acompañen en las áreas de hospitalización.
- Brindar información oportuna a los familiares de las usuarias sobre la evolución del estado de salud de éstas.
- Permitir que las redes de apoyo de las usuarias las reconforten física, moral y espiritualmente, siempre y cuando no molesten a otras personas.
- Ser flexibles con la dieta que los familiares de las usuarias les procuran, siempre y cuando no haya una contraindicación médica.
- Disponer de albergues con las comodidades mínimas para que los familiares y amigos de las usuarias hospitalizadas puedan hospedarse mientras las acompañan.



## Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Intercensal 2015. Aguascalientes: INEGI, 2015.
2. Gutiérrez-Narváez MD. Identidad, racismo y familia: un estudio sobre los discursos y las prácticas sociales en San Cristóbal de Las Casas. San Cristóbal de Las Casas: CESMECA-UNICACH, 2013.
3. Menéndez E. Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado y modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Menéndez E, comp. La antropología médica en México. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992.
4. Freyermuth G. Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Ciudad de México: Porrúa, 2003.
5. Navarrete F. México racista. Ciudad de México: Grijalbo, 2016.
6. Navarrete F. Alfabeto del racismo mexicano. Ciudad de México: Malpaso, 2017.
7. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Ciudad de México: Conapred, 2011.
8. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anti-concepción inducida y derechos reproductivos. Cuernavaca: UNAM, 2015.
9. Gall O. Identidad, exclusión y racismo: reflexiones teóricas y sobre México. *Rev Mex Sociol.* 2004;66(2):221-59.
10. Freidson E. La profesión médica. Barcelona: Ediciones Península, 1978.
11. Nishijima Y, Schraiber LB. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colect.* 2016;12(1):9-21.
12. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
13. Ley General de Salud
14. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
15. Norma Oficial Mexicana NOM-007SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida

16. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos
17. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud [documento en internet]. Ginebra: OMS, 2000. [citado julio 25, 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/es/>
18. Darby C, Valentine N, Murray CJL, De Silva A. World Health Organization (WHO): Strategy on measuring responsiveness [documento en internet]. Ginebra: WHO (GPE Discussion Paper Series, núm. 32), 2000 [citado julio 25, 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/paper23.pdf>
19. De Silva A. A framework for measuring responsiveness [documento en internet]. Ginebra: WHO (GPE Discussion Paper Series, núm. 32), 2000 [citado julio 25, 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf>
20. World Health Organization. Technical consultation on concepts and methods for measuring the responsiveness of health system. En: Murray CJL, Evans DB, eds. Health Systems Organization [documento en internet]. Ginebra: WHO, 2003 [citado julio 25, 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42735>
21. Secretaría de Salud. Propuesta metodológica para la construcción de un índice de trato [documento en internet]. Ciudad de México: SSa (Documento Técnico), s/f [citado julio 25, 2019]. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc\\_tecnico.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc_tecnico.pdf)
22. Secretaría de Salud. Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios de los servicios de salud [documento en internet]. Ciudad de México: SSa, 2003 [citado julio 25, 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/tratoadecuado.pdf>
23. Gobierno de Chile. ¿Qué es trato digno para los pacientes? Elementos que componen el trato digno. Informe global. S/f: Superintendencia de Salud, 2013.
24. Freire P. Pedagogía del oprimido. Montevideo: Tierra Nueva, 1970.
25. Freire P. La educación en la ciudad. Ciudad de México: Siglo XXI Editores, 1997.
26. Freire P. Pedagogía de la esperanza. Ciudad de México: Siglo XXI Editores, 1990.
27. Moreira MA. Aprendizaje significativo crítico. Indivisa. Bol Estud Invest [internet]. 2005 [citado agosto 5, 2019];(6). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77100606>
28. Meneses-Navarro S. Serie Trato digno [página de internet]. Ciudad de México: CIESAS, s/f [citado julio 25, 2019]. Disponible en: <https://divulgacionciesas.wordpress.com/serie-trato-digno/>

## Anexo 1: Carta descriptiva

### Trato digno: atención obstétrica con pertinencia cultural

#### Objetivo general

El objetivo general del curso-taller fue concientizar a los participantes sobre las implicaciones del trato digno para el personal y la estructura general del Hospital de la Mujer.

#### Objetivos específicos

Los objetivos específicos del curso-taller fueron que los participantes:

- Experimentaran la metodología educativa constructivista, participativa y vivencial que sustenta el proceso de formación para brindar un trato digno.
- Reflexionaran sobre los principales conceptos relativos al trato digno: estructuras de poder, componentes del trato digno, dignidad y trato digno.
- Conocieran algunas evidencias, hallazgos y resultados derivados de la implementación del proyecto para fomentar el trato digno.

Actividad	Desarrollo	Material	Tiempo
<b>Etapa 1: Mesa de registro</b>			
Registrar a los participantes sirviéndose de una lista/perfil.	Se dispuso de una mesa en donde los participantes registraron su asistencia y recibieron un paquete de material.	Lista de participantes, bolígrafos, material	7:40 a 8:00 (20 min)
<b>Etapa 2: Inauguración. Bienvenida</b>			
Recibir con calidez a los participantes, darles un panorama general del proyecto y presentarles los alcances del curso-taller.	La coordinación del proyecto dio la bienvenida al personal directivo del Hospital de la Mujer. Esta intervención fue una contribución a los esfuerzos de la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) y el Hospital de la Mujer por mejorar la calidad de la atención. El evento se inauguró oficialmente. Se comentó la importancia y la pertinencia de los temas propuestos para el curso-taller.	N/A	8:00 a 8:15 (15 min)
<b>Etapa 3: Agenda del día y formato. Exposición</b>			
Describir en términos generales el trabajo por realizar en la sesión.	El equipo de facilitadores: <ul style="list-style-type: none"><li>• Dio la bienvenida al personal directivo del Hospital de la Mujer, y presentó los objetivos de esta sesión y la agenda de trabajo;</li><li>• presentó al equipo de observación y de sistematización;</li></ul>	PPT, proyector y computadora	8:15 a 8:25 (10 min)

continúa...

...continuación

- hizo un anuncio de confidencialidad, y pidió autorización para tomar fotos y documentar el proceso formativo y las actividades por desarrollar;
- aclaró que la información que se recabara tendría fines comprobatorios para el proyecto y no se compartiría en ninguna red social ni con personas ajenas al proyecto.

#### Etapa 4: Actividad rompehielo. El triage

Generar confianza y reconocimiento del grupo.	<p>Los participantes se aglutinaron aleatoriamente en grupos de 4 o 5 personas que se formaron en fila. El facilitador les explicó que la primera persona de cada fila era el estetoscopio; la segunda, el baumanómetro; la tercera, el desfibrilador; la cuarta, el doppler, y la quinta el punzocat. Se presentaron al interior de su equipo (por su nombre y profesión), teniendo en cuenta el instrumento que les había tocado.</p> <p>El estetoscopio, u otro instrumento seleccionado al azar, presentó a las personas de su equipo de la siguiente forma: Yo soy el estetoscopio, me llamo Adriana, soy médico pediatra; éste es mi baumanómetro y se llama...; éste es mi doppler y se llama...; éste es mi desfibrilador y se llama...; éste es mi punzocat y se llama...</p>	N/A	8:25 a 8:40 (15 min)
---	--	-----	-------------------------

#### Etapa 5: Expectativas y acuerdos de convivencia. Tarjetógrafo

Conocer lo que los participantes esperan del curso-taller.	<p>El facilitador explicó la importancia de conocer de entrada las expectativas del personal directivo sobre la sesión en curso. Se puso énfasis en los puntos que el grupo consideró importantes, sin afectar la agenda planeada. Se repartieron tarjetas a cada participante y se les preguntó sobre sus expectativas en relación con el curso-taller: ¿Qué espero de esta sesión? ¿Qué me gustaría haber trabajado o reflexionado al término de la jornada? Se les dieron tres minutos para responder.</p> <p>El facilitador formó cuatro equipos y les pidió que identificaran los puntos en que cada equipo coincidía, y que los escribieran en letra grande en una hoja. Las expectativas particulares de algún participante se escribirían en letra grande, una idea por hoja. Se les dieron dos minutos.</p> <p>Cada equipo compartió sus expectativas en reunión plenaria. El facilitador tomó nota de las expectativas para sistematizarlas y evaluarlas. Se mencionaron los puntos que podrían no estar entre los objetivos planteados para la sesión.</p> <p>Para establecer acuerdos de convivencia, los equipos identificaron los aspectos clave de un ambiente de aprendizaje seguro, confiable y adecuado. Debían ser ideas operativas; por ejemplo, el “respeto” es intangible, por lo que los equipos debían especificar lo que creían que significaba el respeto. Se les dieron cuatro minutos. Compartieron sus ideas en reunión plenaria y las anotaron en el papelógrafo.</p>	Notas autoadhesivas u hojas de reúso	8:40 a 9:00 (20 min)
--	---	--------------------------------------	-------------------------

continúa...

...continuación

**Etapa 6: Mapeo de problemas. Diagnóstico participativo**

<p>Identificar los retos, obstáculos o barreras que afronta el personal operativo para garantizar un trato digno.</p>	<p>Los participantes debían escribir en notas autoadhesivas los retos a los que se enfrentan para brindar un trato digno, por color:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• azul: trato digno vinculado a lo interpersonal</li> <li>• rosa: trato digno vinculado a lo sociocultural</li> </ul> <p>Las notas se colocaron sobre la imagen de un árbol-raíces y se reflexionó en grupo sobre los efectos de estos retos en los usuarios y el personal.</p>	<p>Notas autoadhesivas de dos colores, papelógrafo y cinta adhesiva</p>	<p>9:00 a 9:25 (25 min)</p>
---	---	---	-----------------------------

**Etapa 7: Actividad vivencial. Brechas de desigualdad**

<p>Reflexionar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo las estructuras sociales de desigualdad condicionan las relaciones en los servicios de salud;</li> <li>• el contexto de las usuarias del Hospital de la Mujer.</li> </ul>	<p>I. Ubicación del espacio Se colocaron cartulinas en cada extremo del espacio. En la parte delantera se puso una que decía "Vida digna" y en la parte trasera se colocó otra que decía "Muerte". Se trazó una línea en el centro del espacio para representar el punto de partida. Al costado del espacio se colocó una "escala métrica" para registrar los avances y retrocesos de los participantes. (La escala fue de 10 pasos hacia atrás o hacia adelante).</p> <p>II. Distribución de los participantes El facilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les solicitó que formaran parejas. Cada pareja debía elegir quién sería "A" y quién "B".</li> <li>• Les pidió a los "A" que se pararan sobre la línea trazada en el centro del espacio (línea de igualdad o punto de partida), y a los "B", que se pararan detrás de los "A".</li> <li>• Entregó a los "B", ocultándola, una tarjeta con el perfil que ellos debían representar por pareja (anexo 1) y les indicó que en los perfiles estarían representados tanto hombres como mujeres, todos usuarios de los servicios de salud.</li> </ul> <p>Los perfiles fueron los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hombre mestizo y médico especialista de 29 años que vive en San Cristóbal de las Casas</li> <li>2. Mujer mestiza y enfermera especialista de 35 años</li> <li>3. Mujer indígena de 15 años, monolingüe y con la primaria terminada</li> <li>4. Mujer indígena de 36 años, monolingüe y analfabeta, gesta siete y vive a tres horas de la cabecera municipal.</li> <li>5. Adolescente analfabeta de 16 años, primigesta, con depresión, víctima de violencia sexual</li> <li>6. Hombre indígena monolingüe de 15 años, con la primaria terminada, que vive en una comunidad de difícil acceso</li> <li>7. Mujer indígena de 25 años, analfabeta, madre soltera con aborto, que vive a dos horas de la unidad de salud más cercana</li> <li>8. Hombre indígena analfabeto, bilingüe, de 36 años y con siete hijos</li> <li>9. Hombre mestizo de 39 años, hipertenso y profesionalista con posgrado</li> <li>10. Hombre indígena soltero de 25 años, con la preparatoria terminada, que acaba de regresar de trabajar en Cancún</li> </ol>	<p>Tarjetas impresas y enmascaradas, con número de control consecutivo y con las características de las personas</p> <p>Hojas con números impresos en verde, azul, amarillo y rojo</p>	<p>9:25 a 10:15 (50 min)</p>
---	---	--	------------------------------

continúa...

...continuación

III. Instrucciones del facilitador:

- El ejercicio debía hacerse en completo silencio.
- Una vez que se lanzara una serie de frases sobre los perfiles descritos en las tarjetas, los "B" debían mover hacia adelante o hacia atrás al "A" que tuvieran enfrente, conforme a su criterio, a partir de la información expuesta en el perfil.

Frases:

1. Si sabe leer y escribir, debe dar un paso adelante; de lo contrario, debe dar un paso atrás.
2. Si terminó la preparatoria, debe dar un paso adelante; de lo contrario, debe dar un paso atrás.
3. Si se embarazó antes de los 15 años, debe dar un paso atrás; de lo contrario, debe dar un paso adelante.
4. Si ha vivido discriminación por su pertenencia étnica, debe dar un paso atrás; de lo contrario, debe dar un paso adelante.
5. Si tiene acceso a servicios de salud culturalmente adecuados, debe dar un paso adelante; de lo contrario, debe dar un paso atrás.
6. Si vive en condición de pobreza, debe dar un paso atrás; de lo contrario, debe dar un paso adelante.
7. Si la comunidad en donde vive es de fácil acceso, debe dar un paso adelante; de lo contrario, debe dar un paso atrás.
8. Si tiene un empleo bien remunerado, debe dar un paso adelante; de lo contrario, debe dar un paso atrás.
9. Si puede tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida, debe dar un paso adelante; de lo contrario, debe dar un paso atrás.
10. Si es multigesta mayor de 35 años, debe dar un paso atrás; de lo contrario, debe dar un paso adelante.

IV. Reflexiones sobre la "imagen" en que las personas quedaron acomodadas. Estas reflexiones partieron de las siguientes preguntas generadoras:

- ¿Cómo te sientes con tu posición?
- ¿Qué crees que dice tu etiqueta?
- Como personal de salud, ¿en qué lugar estarías ubicado?

Se formaron dos equipos: 1) el de las personas ubicadas delante de la línea de igualdad, en los números positivos, y 2) el de las personas ubicadas atrás de la línea, en los números negativos. Estos equipos reflexionaron sobre las siguientes preguntas (anexo 2):

- ¿Por qué creen que quedaron distribuidos en diferentes posiciones al terminar la actividad?
- ¿Cuáles son las implicaciones, para el personal del hospital, de estas situaciones a la hora de brindar una atención con calidad? ¿Qué pueden hacer, como directivos, para apoyar a su equipo?

continúa...

...continuación

**Etapa 8: Complementación. Determinantes sociales de la salud y estructuras sociales generadoras de desigualdad**

Complementación	<p>1. La coordinación del proyecto "Trato digno" explicó la propuesta teórica sobre la dinámica de las estructuras sociales de desigualdad, su relación con las unidades de salud y las características de la relación médico-paciente en el contexto sociocultural de los Altos de Chiapas.</p> <p>2. El facilitador explicó al personal directivo los objetivos centrales de la actividad "Brechas de desigualdad". Se compartieron los hallazgos y reflexiones relevantes del personal operativo, resultado de cursos-taller anteriores.</p>	PPT, proyector y computadora	10:15 a 10:45 (30 min)
-----------------	---	------------------------------	------------------------

**Etapa 9: Lectura compartida. Círculo de lectura**

Presentar las lecturas de apoyo. Reflexionar sobre la relación médico-paciente y el trato digno en los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de la lectura colectiva, el facilitador explicó al personal directivo el objetivo y las características de las tres lecturas de apoyo para este proceso formativo, y describió cómo se trabajaría con estos recursos.</li> <li>• Se leyó: "Estructuras sociales productoras de desigualdades y la relación médico-paciente".</li> <li>• Se reflexionó en reunión plenaria y los participantes hicieron comentarios.</li> </ul>	PPT, proyector, computadora y texto impreso (Anexo 3)	10:45 a 11:00 (15 min)
---	---	---	------------------------

**R E C E S O**

**Etapa 10: Actividad detonadora. Los pecesitos**

Reflexionar sobre los objetivos del sistema de salud.	<p>Se pidió al grupo que formara un círculo y se le vendaron los ojos a una persona voluntaria.</p> <p>Se dijo al resto del grupo que el círculo hacía las veces de una pecera, y la persona vendada, de un pez. La función de la pecera era cuidar al pez para que no le ocurriera nada (la pecera no podía hablar). El pez caminó primero en línea recta dentro del círculo, y cada vez que tocaba a alguien, era encauzado hacia otro lugar.</p> <p>Después otras personas se incorporaron también como peces (el reto era incorporar varios peces de manera simultánea, según el tamaño del grupo). La pecera debía cuidar que los peces no chocaran, para lo cual los integrantes de ésta tuvieron que generar formas de comunicación (no verbal) y organización.</p> <p>Entre cada cambio de peces, se hacía una reflexión sobre cómo se sentían los participantes de la dinámica y sobre las cosas que cambiarían ellos para mejorar la seguridad de los peces y la pecera.</p> <p>Al final se preguntó al grupo: ¿Cómo se sintieron los peces?, ¿cómo se sintió la pecera?</p>	Paliacates	11:30 a 12:00 (30 min)
---	--	------------	------------------------

continúa...

## Trato digno en la atención obstétrica

...continuación

Recuperación de la experiencia	<p>A continuación se formaron cuatro equipos y se reflexionó sobre lo ocurrido, en función de los objetivos del sistema de salud. Se plantearon las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si este fuera el sistema de salud, ¿qué representa la pecera y qué los peces?</li> <li>2. ¿Cuáles son los objetivos del sistema de salud?</li> <li>3. ¿En qué se parece lo ocurrido a los retos que se viven en el sistema de salud?</li> <li>4. ¿Qué es el trato digno?</li> <li>5. ¿Qué hacen ustedes para que las usuarias sientan confianza y seguridad, y qué genera desconfianza e inseguridad?</li> </ol> <p>Se revisaron las respuestas de las preguntas 1, 2 y 3. Las de las preguntas 4 y 5 se responderían después de ver el video <i>Xunka</i>.<sup>28</sup></p>	Hojas y lapiceros	Hojas y lapiceros
--------------------------------	--	-------------------	-------------------

### Etapa 11: Complementación

Exposición	<p>El facilitador recapituló las opiniones de los participantes, presentó los objetivos del sistema de salud e hizo una vinculación con el ejercicio realizado, donde: la pecera representaba el sistema de salud, y los peces, a las usuarias.</p> <p>El reto estuvo en resguardar los objetivos del sistema de salud: proteger y mantener la salud de las usuarias; generar lineamientos; organizar; contar con los recursos necesarios; ofrecer servicios de calidad y con un trato adecuado; garantizar que los servicios sean accesibles, con calidad; brindar una atención eficiente, equitativa y efectiva.</p> <p>Se hizo referencia a las reflexiones significativas del personal que participó en cursos-talleres anteriores.</p>	Laptop, presentación, proyector	12:40 a 13:00 (20 min)
------------	---	---------------------------------	------------------------

### Etapa 12: Trato digno: sus dimensiones y componentes

Identificar las nociones del personal directivo sobre los conceptos de: dignidad, trato digno y sus dimensiones. Reconocer las implicaciones del trato digno en los servicios de salud.

Conocimiento previo	<p>Se pidió a los equipos del ejercicio anterior que compartieran las respuestas de las preguntas 4 y 5.</p> <p>Se les explicó la dignidad, el trato digno y los indicadores del trato digno, vinculándolos a sus respuestas.</p>	Computadora, proyector	13:00 a 13:30 (30 min)
Video <i>Xunka'</i> (Corazón Roto) <sup>28</sup>	<p>El facilitador comunicó al grupo que se le presentaría un video para reflexionar sobre los indicadores del trato digno. Se volvieron a formar los cuatro equipos del ejercicio anterior y se entregó de forma individual el formato de evaluación del video (anexo 5).</p>	Computadora, proyector, equipo de audio, video <i>Xunka</i> <sup>28</sup>	13:30 a 13:40 (10 min)
Evaluación del video	<p>Al terminar el video, cada participante se dio unos minutos para llenar el formato de evaluación; después, por equipos, se reflexionó sobre el video, con el apoyo de dicho formato.</p> <p>Se analizó en reunión plenaria cada indicador, considerando los aspectos positivos y las cosas que deberían cambiar.</p>	Formatos impresos	13:40 a 14:10 (30 min)

continúa...

## Propuestas del personal de salud

...continuación

Video <i>Xunka'</i> (Corazón Roto) <sup>28</sup>	Se presentó la versión positiva de <i>Xunka'</i> y se reflexionó sobre lo que cambió y lo que podría mejorarse.	Computadora, proyector, equipo de audio, video <i>Xunka'</i>	14:10 a 14:30 (20 min)
Hacer operativo el trato digno	Se dividió al grupo en el número de dimensiones del trato digno. Cada equipo reflexionó sobre lo que, como personal directivo, podría hacer para impulsar su cumplimiento y sobre los retos que podría enfrentar.	Papelógrafos y marcadores	14:30 a 15:00 (30 min)
<b>Etapa 13: Análisis</b>			
Presentar la estadística de los cursos-taller impartidos.			
Presentar las evidencias y los hallazgos sobre las dificultades del personal operativo para garantizar un trato digno en los servicios de salud.			
Numeraria. Exposición de evidencias, hallazgos y recomendaciones	<p>El equipo facilitador o de sistematización hizo una presentación con el apoyo de un resumen estadístico (numeraria) de los cursos-taller impartidos, a fin de que, tanto el personal directivo –que es nuevo y no conoce la intervención formativa de inicio– como los invitados de ISECH, conocieran el proceso, los avances y los alcances obtenidos en los cursos-taller. (Data: número de personas capacitadas, número de cursos-talleres y sesiones impartidas.)</p> <p>El facilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentó, de forma sistematizada, un panorama general de los hallazgos vinculados con las dificultades (estructurales/personales) del personal operativo para garantizar un trato digno.</li> <li>• Presentó algunas recomendaciones y propuestas (oportunidades de mejora) del personal operativo.</li> <li>• Propuso un diálogo que propiciara la incorporación y el fortalecimiento de las propuestas, y su adopción desde la perspectiva gerencial.</li> </ul> <p>El equipo de sistematización recogió los elementos más relevantes para incorporarlos en el informe final.</p>	PPT, computadora, proyector	PPT, computadora, proyector
<b>Entrega de constancias</b>			
Reunión plenaria	Se entregaron las constancias de participación. (Opción para la entrega: dar a cada persona el reconocimiento de otro compañero. El facilitador empieza entregando un reconocimiento a alguien del grupo. Este último, a su vez, da el reconocimiento que tiene a la persona que le corresponde y así sucesivamente).	Constancias de los participantes	15:30 a 15:50 (10 min)
<b>Conclusiones y cierre</b>			
Despedir y agradecer de forma cordial al personal directivo participante. Instar a seguir trabajando de forma conjunta.			
¿Cómo me voy?	<p>Se formó un círculo, y se invitó a los participantes a decir unas palabras y hacer comentarios finales sobre la sesión.</p> <p>Se agradeció al grupo y la actividad se cerró con aplausos. Se tomó la foto grupal y se entregó el formato de evaluación de la sesión.</p>	N/A	15:50 a 16:00

## Anexo 2: Instrumento para medir el trato digno en servicios de salud materna

Dimensión	Definición	Variables	Definición operativa	Estándar El personal de salud...	Medio de verificación	Valoración
Atención pronta	Las necesidades médicas son atendidas con la rapidez suficiente para que la espera no implique una molestia adicional al problema de salud.	Acceso para solicitar la atención	La posibilidad de entrar al área de consultorios o emergencias sin barreras físicas	Permite que las usuarias y sus familiares entren libremente a la zona de consultorios o sala de emergencias, en el horario de servicio del establecimiento, sin encontrar barreras físicas (por ejemplo, puertas o rejas cerradas con candado).	Observación directa en sala de espera y entrada	Si (1) No (0)
		Espera para recibir la atención	El tiempo que transcurre entre la solicitud de la atención y el servicio	Garantiza que las personas que acuden al servicio no esperen más de 30 minutos para recibir la atención.	Registro del ingreso a la unidad, con la hora de llegada, y se verifica el dato en el momento en que la persona ingresa al consultorio	a) < de 30 minutos (1) b) entre 30 y 45 minutos (0.5) c) > de 45 minutos (0)
		Referencia pronta y eficaz	Mecanismos para una referencia efectiva en caso de urgencias	Garantiza que las personas que necesitan servicios de urgencia de mayor capacidad resolutiva dispongan de inmediato (en menos de 15 minutos) de un medio de transporte.	Lista de cotejo (preguntando al personal de salud y verificando la disponibilidad)	a) < de 15 minutos, gestión de ambulancia por parte del propio personal de salud (1) b) disposición de una unidad en menos de 15 minutos, gestión por parte de la familia (0.5) c) > de 15 minutos, gestión por parte del personal de salud (0.5) d) no disponible (0) e) no aplica (NA)
		Radio o teléfono para comunicarse con otros establecimientos de segundo nivel	Puede comunicarse con unidades de segundo nivel, o con un enlace, para avisar del traslado de urgencia.	Lista de cotejo (preguntando al personal de salud y verificando la disponibilidad)	Si (1) No (0)	

continúa...

...continuación

Trato respetuoso	Saludo y bienvenida	Saludo inicial y bienvenida	Empieza la consulta con un saludo y da la bienvenida (buenos días, buenas tardes, buenas noches) a la usuaria.	Observación directa en consulta	a) el personal de salud da un saludo inicial y de bienvenida (1) b) el personal no saludada da la bienvenida (0)
	Presentación del personal de salud	La relación empieza reconociendo al prestador de servicios.	Se presenta con la usuaria en consulta (le da su nombre y su cargo).	Observación directa en consulta	a) el personal de salud se presenta (nombre y cargo) (1) b) el personal de salud no se presenta (0)
	Trato individualizado	Se trata a la usuaria por su nombre y de "usted".	Se dirige a la usuaria por su nombre y le habla de "usted".	Observación directa en consulta	a) el personal de salud se dirige a la usuaria de "usted" y por su nombre (1) b) otro (0)
	Trato horizontal	En el trato a la usuaria se evitan diminutivos o títulos de parentesco.	Evita el uso de diminutivos (señito, doñita, mujercita, chiquita) o de apelativos que involucran relaciones de parentesco (hijita, mamita, madre, abuelita).	Observación directa en consulta	A) no se utilizaron diminutivos o apelativos que involucran relaciones de parentesco (1) B) se utilizaron diminutivos o apelativos que involucran relaciones de parentesco (0)
Tono informativo	Tono informativo y sentido de la comunicación, sin regaños o coerción	Habla en un tono de voz medio y conciliador, y evita un tono o sentido de regaño.	Observación directa	a) tono informativo, medio y conciliador (1) b) tono neutro y desinteresado (0,5) c) tono alto, en forma de regaño (0)	

continúa...

..continuación

	<p>Idioma de preferencia</p> <p>El idioma de preferencia de la usuaria</p> <p>Pregunta a la usuaria en qué idioma prefiere que se lleve a cabo la consulta.</p> <p>Observación directa</p> <p>A) indaga la preferencia acerca del idioma (1) B) no indaga la preferencia acerca del idioma (0) C) no aplica (NA)</p>
<p>Comunicación en su idioma</p> <p>Comunicación en el idioma de preferencia de la usuaria</p> <p>Habla el idioma indígena local y está disponible para servir como intérprete.</p> <p>Lista de cortejo</p> <p>A) hay personal hablante del idioma local (1) B) no hay personal hablante del idioma local (0) C) no aplica (NA)</p>	
<p>Lenguaje sin tecnicismos</p> <p>Información sin tecnicismos, comprensible para la usuaria</p> <p>Prescinde de tecnicismos en la comunicación con la usuaria.</p> <p>Guía de observación</p> <p>A) no se utilizan tecnicismos (1) B) se utilizan tecnicismos (0)</p>	
<p>Verificación de la claridad de la información</p> <p>Comprobación de que la usuaria entendió bien la información</p> <p>Pregunta a la usuaria si comprendió la información y si tiene alguna duda, después de explicarle un procedimiento o situación de salud.</p> <p>Guía de observación</p> <p>A) se pregunta a la usuaria si comprendió la información o si tiene alguna duda (1) B) no se pregunta a la usuaria si tiene alguna duda o si la información fue clara (0)</p>	
<p>Uso de material didáctico / objetos de comunicación</p> <p>Material didáctico que facilite la comprensión de la información</p> <p>Se sirve de material didáctico para facilitar la comunicación (impreso, rotafolios, videos, audios, objetos).</p> <p>Guía de observación</p> <p>A) se utiliza material didáctico (1) B) no se utiliza material didáctico (0)</p>	

Se respeta el derecho a que la información sobre el estado de salud de la usuaria se transmita claramente, y a que ésta última pregunte, si lo desea.

continúa...

..continuación

Autonomía	Participación libre de la usuaria en la toma de decisiones con respecto a su salud	Solicitud de permiso	Solicitud del permiso de la usuaria para hacerle cualquier procedimiento	Pregunta a la usuaria si está de acuerdo y si le permite aplicarle un determinado procedimiento.	Guía de observación	A) se pregunta a la usuaria si está de acuerdo con determinado procedimiento (toma de presión, peso, revisión) (1) B) no se consulta a la usuaria (0)
		Construcción de espacios de toma de decisiones	Motivación y promoción para la toma de decisiones por parte de la usuaria	Constuye espacios para la toma de decisiones.	Guía de observación	A) se pregunta a la usuaria por su decisión (1) B) no se hacen preguntas para que la usuaria tome una decisión (0)
		Derecho a recibir la consulta sola o acompañada	Derecho de la usuaria a decidir quiénes presencian la consulta	Indaga si la usuaria desea que alguien salga de --o entre a-- la consulta, según venga sola o acompañada.	Guía de observación	A) se pregunta a la usuaria si desea que alguien entre o salga del consultorio (por ejemplo, si va acompañada, se le toma el peso o la presión en un espacio privado) (1) B) la pregunta no se hace en un lugar ni en un momento pertinente (0.5) C) no se consulta a la usuaria (0)
Respeto a la confidencialidad	Derecho a determinar quién puede tener acceso a la información personal de la usuaria	Derecho a la privacidad	Derecho a recibir la información en un espacio sin acceso visual o auditivo desde el exterior	Asegura la privacidad total (a la vista y el oído) de la consulta.	Guías de observación	A) el consultorio o el lugar en donde se da la información no permite que se vea o se oiga desde afuera (1) B) el lugar permite que se vea o se oiga desde afuera (0)
		Conocimiento de la confidencialidad	Derecho a saber que la información que se produzca en la consulta está resguardada por el personal de salud	Hace explícito, al empezar la consulta, que todo lo que ahí se trate se va a conservar sólo para uso del personal de salud y la usuaria.	Guías de observación	A) se hace explícita la confidencialidad al empezar la consulta (1) B) se hace explícita la confidencialidad a la mitad o al final de la consulta (0.5) C) no se hace explícita la confidencialidad (0)

continúa...

...continuación

<p>Calidad de las instalaciones y servicios</p>	<p>Calidad de las áreas, los muebles y los servicios no médicos como la alimentación</p>	<p>Sala de espera</p>	<p>Espacio de espera para recibir el servicio</p>	<p>Garantiza que la sala de espera aisle el frío, el calor, la lluvia.</p>	<p>Guías de observación</p>	<p>A) La sala de espera aísla el frío, el calor y la lluvia (1)                  B) La sala de espera no aísla el frío, el calor o la lluvia</p>
<p>Capacidad de elección</p>	<p>Libertad para determinar por quién ser atendido</p>	<p>Elección de género</p>	<p>Se dispone de prestadores de servicios de los dos géneros.</p>	<p>Permite que las usuarias soliciten la atención de un hombre o de una mujer.</p>	<p>Lista de cotejo (preguntando al personal de salud y verificando la disponibilidad)</p>	<p>A) puede dar el servicio un hombre o una mujer (1)                  B) todo el personal que da el servicio es del mismo género (0)</p>
<p>Acceso a redes sociales de apoyo</p>	<p>Posibilidad de elegir por quién ser acompañado</p>	<p>Acompañamiento</p>	<p>La posibilidad de que una persona elegida por la usuaria la acompañe durante la atención</p>	<p>Permite que las usuarias sean acompañadas por la persona de su preferencia durante la atención.</p>	<p>Observación directa</p>	<p>A) se permite el acompañamiento durante la atención (1)                  B) no se permite el acompañamiento durante la atención (0)</p>

# TRATO DIGNO

*en la* ATENCIÓN  
OBSTÉTRICA

**Marco conceptual y propuestas  
de trabajadores de la salud para  
mejorar su calidad**



Se terminó de imprimir en diciembre de 2019.  
La edición consta de 1 000 ejemplares y estuvo al cuidado de la  
Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones  
del Instituto Nacional de Salud Pública.

