

# ORIENTACIONES TÉCNICAS SOBRE TRATO DIGNO EN LA ATENCIÓN DE SALUD CON ENFOQUE DE DERECHOS Y GÉNERO.

Ministerio de Salud



**Ministerio de Salud.** “Orientaciones Técnicas sobre Trato Digno en la Atención de Salud, con Enfoque de Derechos y Género”.

Primera Edición - 2022

**Todos los derechos reservados.**

Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

## RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

### GABINETE DE LA MINISTRA

Gabinete de la Ministra	
<b>Cecilia Calfiqueo Fuentes</b> Enfermera Jefa Departamento de Control de Gestión	
<b>Carla Uribe Herrera</b> Abogado, Jefa Unidad de Atención al Usuario	<b>Alida Briceño</b> Trabajadora Social, Unidad de Atención al Usuario

### SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

División de Atención Primaria (DIVAP)
<b>María Soledad Martínez Gutiérrez</b> Médico Cirujano, Salubrista Jefa de División de Atención Primaria
<b>Juan Ilabaca Mendoza</b> Nutricionista, Jefe de Departamento de Gestión del Cuidado
<b>Marcela Rodríguez Romero</b> Enfermera, Referente Calidad y Seguridad de la Atención. Departamento de Gestión del Cuidado

División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA)	
<b>Fabiola Jaramillo Castell</b> Médico Cirujano, Psiquiatra Jefa de División de Gestión de la Red Asistencial	
<b>Mauro Orsini Brignole</b> Médico Cirujano, Jefe de Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención	
<b>Sebastián Medina Gay</b> Médico Cirujano, Jefe Departamento de Gestión Territorial	
<b>Susana Fuentealba Cofré</b> Enfermera, Jefa Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria	
<b>Javiera Fuentes Contreras</b> Médico Cirujano, Salubrista Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención	<b>Pamela Flores Rojas</b> Ingeniero Civil Biomédico Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención

<p><b>Carmen Luz Morales Danton</b> Licenciada en Historia, Coordinadora Unidad de Enfoques Transversales Departamento de Gestión Territorial</p>	<p><b>Felipe González Díaz</b> Médico Cirujano, Unidad de Enfoques Transversales Departamento de Gestión Territorial</p>
<p><b>Ivonne Rebolledo González</b> Trabajadora social, Referente Satisfacción Usuaría Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria</p>	

Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales	
<p><b>Lucía Arias Pons</b> Socióloga Jefa (s) Departamento Participación Ciudadana y Trato al Usuario</p>	
<p><b>José Víctor Alvear Suitt</b> Odontólogo Referente de Unidades de Acompañamiento Espiritual y Humanización del Trato al Usuario Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario</p>	

## REVISORES

<b>Rubio Schweizer, Gonzalo</b>	Médico Cirujano, Ginecólogo, Encargado Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
<b>González Pellegrino, Vivian</b>	Asesora de Género, Gabinete de Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
<b>Rosas Guzmán, Paz</b>	Administradora Pública, Departamento Administración y Desarrollo Institucional, Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
<b>Vergara Garcés, Carmen Gloria</b>	Administradora Pública, Unidad de Enfoques Transversales, Departamento de Gestión Territorial, División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
<b>Araya Ibañez, Paula</b>	Médico Cirujano, Jefa Departamento de Derechos Humanos y Género, Gabinete Ministra. Ministerio de Salud.
<b>Navarrete Heckersdorf, Daniela</b>	Kinesióloga, Departamento de Derechos Humanos y Género, Gabinete Ministra, Ministerio de Salud.

## Contenido

1. Introducción	6
2. Objetivo	6
3. Alcance	7
4. Glosario	7
5. Marco Regulatorio	9
6. Marco Teórico	11
Concepto de Trato Digno.....	11
Trato digno en salud, enfoque de género y de derechos.....	12
Impacto para la Salud Pública.....	13
7. Recomendaciones	14
Recomendaciones para cargos Directivos.....	14
Recomendaciones para Gestores y Gestoras en salud.....	15
Recomendaciones para trabajadores y trabajadoras de trato directo. ....	17
8. Anexos	20
Anexo 1: Marco Regulatorio Internacional.....	20
Anexo 1: Marco Regulatorio Internacional (continuación) .....	21
Anexo 2. Componentes, Dimensiones e Indicadores de Trato Digno, desde la perspectiva de los pacientes (continúa siguiente página).....	22
Anexo 2. Componentes, Dimensiones e Indicadores de Trato Digno, desde la perspectiva de los pacientes (continuación).....	23
9. Referencias	24

## 1. Introducción

El trato digno en salud es un término amplio y complejo de definir, en cuanto se conceptualiza en la relación entre las personas, y depende por ello de factores individuales, culturales, sociales y espirituales. Sin embargo, es reconocido como un componente de la calidad de la atención y como un derecho de las personas. El trato digno en salud es un deber ético, bajo los principios de no maleficencia y autonomía; profesional, dado que se asocia a mejores resultados en salud; y legal, reconocido en la Ley 20.584<sup>1</sup>.

El trato entregado a las personas en las acciones que se vinculan a su atención de salud es incidido por factores sociales como la discriminación y estigmatización de minorías étnicas, raciales, género, edad, diversidad sexual, entre otras; factores institucionales, por ejemplo, una política centrada en la producción; factores organizacionales, no contar con recursos suficientes o la especialización del cuidado; y factores del ámbito personal, tales como competencias, habilidades, creencias, valores, experiencias (1). El enfoque de género y derechos reconoce estas inequidades, brechas y barreras que se establecen por jerarquías sociales y distribución del poder, de manera de generar medidas e instrumentos socio-jurídicos para reducirlas. El respeto por la dignidad de la persona humana comienza por reconocer su existencia, su autonomía y su individualidad, de allí que se la considere “inviolable”. El trato digno implica respetar los Derechos Humanos y, por tanto, no realizar acciones discriminatorias vinculadas a convicciones y decisiones personales, o a condiciones socioculturales, de género, étnicas, grupos etarios o de otro tipo.

Reconociendo que el trato digno en salud incorpora numerosos aspectos de la relación entre usuarios, usuarias y sistema de salud (autonomía de las personas, confidencialidad y privacidad, trato respetuoso, infraestructura, acceso, oportunidad, derecho a la información, principios de no discriminación e igualdad sustantiva, entre otros), las Orientaciones Técnicas que aquí se presentan se enmarcan en ámbitos específicos de la Ley 20.584 de Derechos y Deberes que pueden ser gestionados desde el nivel local<sup>2</sup>. Es así como se entregan recomendaciones de medidas concretas con enfoque de género y derechos, para que éstas sean evaluadas, contextualizadas y aplicadas en establecimientos de salud.

## 2. Objetivo

Entregar a los prestadores de la red de salud recomendaciones técnicas con enfoque de derechos y género, para promover un trato que respete la dignidad de las personas en el contexto de las acciones vinculadas a su atención de salud en ámbitos específicos de la Ley 20.584.

---

<sup>1</sup> Ley 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

<sup>2</sup> Ley 20.584. Art 5° letras a) y b).

### 3. Alcance

Equipos directivos de los prestadores institucionales de salud, gestores y gestoras clínicos, personal de salud y otros trabajadores y trabajadoras que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con personas durante acciones vinculadas a su atención en salud.

### 4. Glosario

Para efectos de esta Orientación Técnica se considerarán las siguientes definiciones:

**Asesor y Facilitador Intercultural de salud:** es aquella persona que se desempeña en los establecimientos de salud como nexo mediador entre el prestador institucional y las personas, familias, comunidades, asociaciones y organizaciones de población originaria o migrante.

**Autonomía:** Capacidad que poseen los individuos de decidir libremente sobre un aspecto de su vida o en un contexto social, bajo el reconocimiento del ejercicio de sus derechos fundamentales, inherentes a cada persona.

**Barrera de género:** Restricciones y obstáculos de índole administrativo, legal, social o cultural, que dificultan el acceso, uso, control y beneficio de mujeres, diversidades de sexo y de género a determinados bienes y/o servicios.

**Brecha de género:** Medida estadística que da cuenta de la distancia existente entre mujeres y hombres con respecto a un mismo indicador, reflejando las disparidades entre la condición o posición que presentan ambos grupos, así como en relación a grupos pertenecientes a la diversidad sexual y de género, respecto a las oportunidades de acceso y control de recursos económicos, sociales, culturales y políticos, entre otros.

**Comunicación Efectiva:** Es aquella que promueve la colaboración entre el equipo de salud de un establecimiento asistencial y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el equipo ni en el paciente, sino en la relación de ambos(2), utilizando un lenguaje susceptible de ser comprendido por quien recibe la información.

**Derechos Humanos:** Atributos inherentes a todas las personas, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, género o cualquier otra condición. Éstos se encuentran protegidos por ordenamientos jurídicos (3).

**Determinantes Sociales en Salud:** Condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud (4).

**Dignidad:** Valor inherente al ser humano en cuanto a ser racional, confiriendo la libertad de la toma de decisiones por consecuencia la capacidad de construir su vida desde el ejercicio de su

libertad. La dignidad en el ser humano no está condicionada a ningún otro tipo de elemento que no sea su calidad de ser humano.

**Discriminación arbitraria:** Toda distinción, exclusión o restricción que carezca de justificación razonable, efectuada por agentes del Estado o particulares, y que cause privación, perturbación o amenaza en el ejercicio legítimo de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de la República o en los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Chile<sup>3</sup>.

**Diversidad sexual y de género:** El término incluye a la comunidad de personas de diversas orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género, entre las cuales se encuentran las personas gay, lesbianas, bisexuales, intersex, no-binarias, trans, entre otras.

**Empatía:** Capacidad, en un marco de relación trabajador/a de la salud - persona usuaria, de percibir y asimilar la interioridad del individuo, en atención a sus padecimientos y/o sentimientos, en una situación emanada de una atención en salud.

**Enfoque de género:** Herramienta conceptual orientado a reconocer la existencia de una estructura de poder asimétrica que otorga distintos valores, posiciones, hábitos y capacidades a los distintos géneros, generando desigualdad en todos los aspectos de las relaciones sociales. El género en tanto, constituye una construcción social, histórica, cultural, étnica y geográfica determinada, susceptible de ser transformado según las necesidades sociales.

**Estereotipo de género:** Visión generalizada o idea preconcebida sobre los atributos, las características, o los roles que poseen o deberían poseer las personas según su género. Las características estereotipificadas, hacen creer por ejemplo, que los hombres son competitivos, codiciosos, autónomos, independientes o las mujeres son cooperadoras, acogedoras, atentas, comunicativas, orientadas al grupo (5).

**Experiencia Usuaría:** Vivencia de la persona que surge de su interacción con el sistema de salud y que puede ser influenciada por experiencias anteriores.

**Gestor o Gestora en salud:** Persona que pudiendo o no tener trato directo con usuarios y usuarias, ejerce funciones de coordinación relacionadas con atenciones en salud, el cual puede elaborar, implementar y monitorear, acciones o intervenciones orientadas a cumplir con el objetivo de la institución.

**Trabajador o trabajadora de trato directo:** Toda persona que ejerza funciones vinculadas a la atención de salud y que dentro de sus actividades tenga o pueda tener interacción con personas usuarias.

**Trato Digno:** Actitudes y acciones que involucran el respeto a las personas en coherencia a su valor como tal, reconociendo su dignidad como elemento inherente e inalienable. El trato digno en un

---

<sup>3</sup> Ley 20.609. Establece medidas contra la Discriminación.

contexto de atención en salud hace referencia a todo tipo de interacción con otra persona, lo cual implica el respeto hacia Derechos Humanos fundamentales, y, por consecuencia, no realizar acciones discriminatorias, teniendo en especial consideración la protección la vida privada, la honra y la autonomía de los individuos durante su atención en establecimientos de salud.

## 5. Marco Regulatorio

El respeto a la dignidad humana está en la base de los estándares emanados por distintos organismos internacionales como, por ejemplo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU); la Organización Mundial de la Salud (OMS); el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Estos organismos, mediante convenciones, tratados y acuerdos, generan obligaciones en la materia para los Estados que adhieren a ellos(6) (Ver anexo 1).

El concepto de dignidad humana está ligado al desarrollo del concepto de los Derechos Humanos durante el siglo XX, al ser un atributo inherente a todas las personas, sin distinción de edad, sexo, etnia, género, creencia religiosa, opinión política, situación civil ni económica (3). La dignidad de la persona, como derecho universal se constituye, en el valor supremo, columna vertebral básica de todo el ordenamiento constitucional y es transversal a todos los derechos fundamentales de un país logrando así la primacía legal (8). En esta línea, la Constitución Política de la República de Chile precisa, entre otros, en su artículo 1° inciso 1 que "Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos".

Por otra parte, el enfoque de derechos es una estrategia para el diseño y la implementación de políticas públicas que tiene su sustento en el derecho internacional sobre Derechos Humanos, el cual otorga un sistema de principios y reglas en el ámbito de su desarrollo. Con este enfoque, las personas son reconocidas como titulares de derechos en lugar de concebirlas como portadoras de necesidades que deben ser asistidas, lo que implica un cambio en la aproximación al diseño y gestión de las políticas públicas. Las personas, desde esta aproximación, tienen derecho a demandar ciertas prestaciones y acciones de parte del Estado y los gobiernos (9).

El enfoque de género, por su parte, viene a complementar el enfoque de derechos, como estrategia transversal en el ámbito de las políticas públicas, poniendo el énfasis en la identificación de las brechas que existen en el acceso y apropiado ejercicio de diferentes derechos de los que ciertos grupos han sido principalmente excluidos, como mujeres y diversidades sexuales. De esta manera, el enfoque de género es un elemento integrante de la elaboración, aplicación, supervisión y evaluación de las políticas públicas y los programas en todas las esferas de un Estado (políticas, económicas y sociales), a fin de que no se perpetúen desigualdades entre mujeres, hombres y diversidades sexuales (10).

El enfoque de derechos y género en el sector salud constituye un gran desafío donde se reconocen avances, pero quedando un largo y profundo camino por avanzar como sector, especialmente en el ámbito de la sensibilización y capacitación de trabajadores y trabajadoras. Avanzar en este sentido, permitirá un trabajo conjunto y coordinado para impedir y erradicar prácticas discriminatorias e inequitativas, garantizando y profundizando la libertad, bienestar y dignidad humana y comunitaria en el sector salud (11).

En el marco de la protección de la dignidad de las personas como derecho humano, en Chile se han dictado leyes y normativas de aplicación específica o de aplicación por referencia para el ámbito sanitario, tales como:

**Tabla 1. Marco regulatorio nacional trato digno en salud.**

<b>Documentos</b>	<b>año</b>	<b>Descripción</b>
Decreto 99/MINREL	2002	Promulga la convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad
Circular 21/MINSAL	2012	Reitera instrucción sobre atención de personas trans en la red de atención.
Ley 20.609/SEGPRES	2012	Establece medidas contra la discriminación
Ley 20.584 /MINSAL	2012	Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En particular el Art 5° letras a) y b)
Ley 20.968	2016	Tipifica Delitos de Tortura y Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes
Ley 21.030/MINSAL	2017	Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Modifica art. 119 del código sanitario
Ley 21.120/MINJU	2018	Reconoce y da protección al derecho a la identidad de género
Ley 21.375/MINSAL	2021	Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves
Ley 21.331/MINSAL	2021	Reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental
LEY 21.372 /MINSAL	2021	Establece medidas especiales en relación al acompañamiento de niños, niñas, adolescentes y mujeres en trabajo de parto.(Modifica Ley 20.584)
Ley 21.371/MINSAL	2022	Establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal.

## 6. Marco Teórico

### Concepto de Trato Digno.

El concepto de dignidad es un término difícil de definir y ha sido calificado como complejo, ambiguo y multivalente (12,13). Sin embargo, en la literatura es posible distinguir al menos dos significados de dignidad: la dignidad humana y la dignidad social. La dignidad humana alude a la cualidad esencial del ser humano, inherente, inalienable, específica y exclusiva (3,12,14). Esta cualidad permite distinguir lo humano de lo no humano, no puede ser medida, ni destruida (12). Por otra parte, la dignidad social es una consecuencia de la dignidad humana y se refiere al reconocimiento de la propia dignidad y la dignidad en las relaciones humanas. En este sentido la dignidad social depende del contexto y la cultura y puede ser transgredida y violada (12,13,15). Es deber del Estado prevenir, sancionar, castigar y dar garantías de que dichas acciones, vulneran la dignidad humana, no vuelvan a ocurrir.

La dignidad en relación a las atenciones de salud, nace en el contexto de los cuidados paliativos y del término de la vida, ampliándose posteriormente a otros grupos de especial protección y a toda la población en general. El término dignidad, en este ámbito, se configura en la relación y el trato que reciben las personas en su atención de salud, es decir qué se hace y cómo se hace (12). En tanto el trato digno en salud, es un pilar fundamental de la calidad de la atención de salud, cumplir con él es un deber ético (bajo los principios de no maleficencia y autonomía de las personas), profesional (como se verá más adelante, el trato digno impacta en los resultados en salud) y legal (como parte de la Ley 20.584<sup>4</sup>).

Como se hizo mención anteriormente, el trato digno, es influenciado por aspectos culturales, educacionales, espirituales e incluso religiosos. Sin embargo, la literatura internacional identifica ciertos elementos centrales del trato digno en salud que se mantienen en diversos contextos:

- **Respeto a la persona:** Ser visto y tratado como una persona; auto respeto; respeto por otros; respeto a la privacidad; confidencialidad de la información; y respeto a sus necesidades espirituales (14,17,18).
- **Autonomía:** En tanto control sobre la propia vida, su cuerpo y sus decisiones (14,17,18).
- **Comunicación efectiva:** refiere a aquella comunicación y relaciones interpersonales entre las personas usuarias con quienes están al cuidado de su salud (14,19).

En Chile, existe una incipiente literatura que explora el concepto de trato digno en el contexto de la atención de salud desde la perspectiva de sus usuarios y usuarias. Al respecto se puede mencionar que, el trato digno en salud incorpora no sólo la interacción con el equipo clínico (técnicos y/o profesionales) sino que además el trato recibido por parte del equipo administrativo

---

<sup>4</sup> Ley 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

(recepción, telefonía, auxiliares de aseo, guardias, secretariado, cobranza, jefaturas a cargo de la organización) (20,21). En cuanto a las características del trato digno destaca la similitud con lo referido por la literatura internacional, donde se releva el **respeto a la persona**, la **autonomía** y la **comunicación efectiva**. Por otra parte, aparecen otros aspectos no identificados, tales como: la relevancia de contar con un entorno acogedor, equipamiento e infraestructura adecuada, oportunidad de la atención y en el caso de niños, niñas y adolescentes hospitalizados, el acompañamiento parental (20,22,23). Concretamente, se pueden observar actitudes y comportamientos esperados por las personas usuarias en un contexto de trato digno en el anexo N°1.

### Trato digno en salud, enfoque de género y de derechos.

Alcanzar el mayor nivel de salud posible es un derecho humano fundamental. En este sentido, el enfoque de género en la atención en salud, se articula explícitamente con la visión de la salud como un Derecho Humano. Como se vio previamente, este enfoque reconoce cómo el concepto de género construido social y culturalmente, y por tanto, constitutivo de las relaciones humanas, asigna y ejerce jerarquías y estratificación entre hombres, mujeres y diversidades sexuales, tanto en las esferas públicas como privadas. Dentro de estas jerarquías y estratificaciones, interactúan diferentes sistemas de opresión como el patriarcado, el racismo, el clasismo, entre otros. Esta confluencia de sistemas de opresión en una misma persona o fenómeno social se relaciona con el término de “interseccionalidad”, que se refiere a la situación en la que diversos factores de discriminación actúan simultáneamente, produciendo una forma específica de discriminación en el individuo. Pertenecer a un grupo u otro, nos condiciona a resultados en salud diferentes, siendo habitualmente desfavorecidos para las mujeres y diversidades sexuales (24).

Reconocer las barreras de acceso a ciertos derechos e implementar acciones priorizando a los grupos de especial protección, permite responder a situaciones de vulneración y crear condiciones de igualdad sustantiva. En el caso del trato digno en las atenciones de salud, las mujeres y diversidades sexuales reciben con frecuencia una atención de menor calidad, por razones multicausales, entre las que se encuentran los estereotipos culturales y barreras de género. Por ejemplo, se ha visto que profesionales de la salud tendrían una menor precisión diagnóstica en mujeres cuando consultan por síntomas anginosos, atribuyendo el dolor, en un tercio de los casos, a patologías de salud mental (25). En este mismo sentido ha sido documentado que las mujeres serían más susceptibles de tener una prescripción inapropiada de medicamentos, especialmente en relación a psicofármacos (26). En el caso de la diversidad sexual se destaca que, durante gran parte de la historia de la humanidad, fue considerada una enfermedad. La OMS toma postura frente a ello, en la Clasificación Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE) en 1990 cuando elimina la homosexualidad como patología. Sin embargo, siguen existiendo prácticas discriminatorias y degradantes, como por ejemplo las “terapias de conversión” cuya finalidad es cambiar la orientación sexual de una persona o su identidad de género, bajo la creencia de que las personas de orientación sexual e identidad de género diversa son de alguna

manera inferiores moral, espiritual o físicamente, y que se ha de modificar esa orientación o identidad para solucionar esa inferioridad(27).

Otras actitudes y conductas de los trabajadores y trabajadoras de trato directo que no responden a principios de respeto y reconocimiento sobre los derechos de diferentes subgrupos de la población (mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas mayores, pueblos originarios, diversidad sexual, personas migrantes, personas en situación de discapacidad, situación socioeconómica, etc.) constituyen barreras culturales para la calidad de la atención en salud.

Es por todo lo expuesto precedentemente que, a través de esta Orientación Técnica se pretende entregar herramientas para reconocer dichas barreras permitiendo el desarrollo de abordajes orientados a disminuir brechas e inequidades, de modo que las personas, sin importar al grupo social al que pertenezcan, puedan tener acceso a recursos necesarios para la promoción, prevención, recuperación y mantenimiento de la salud y con ello lograr un nivel de salud adecuado.

### **Impacto para la Salud Pública.**

La inclusión del respeto por la dignidad de las personas como uno de los objetivos de los sistemas de salud, no responde exclusivamente a su valor intrínseco, toda vez que la expectativa de un cuidado de salud humano y empático no requiere de más justificación, sino que se relaciona también con motivos más utilitarios, como los resultados en salud. Es así como los componentes del trato digno han sido medidos en la literatura mediante encuestas validadas de satisfacción usuaria, mostrando una correlación con indicadores de seguridad del paciente y efectividad clínica (28).

Más específicamente, se ha demostrado una asociación positiva entre satisfacción usuaria y resultados en tratamiento de patologías como úlcera péptica, hipertensión arterial y cáncer de mama. En pacientes que han sufrido un infarto agudo al miocardio, se ha observado mayor supervivencia a un año y menor mortalidad intrahospitalaria en los establecimientos cuya satisfacción usuaria es mayor (28). Por otra parte, ha sido bien documentado que las personas atendidas por médicos con entrenamiento en comunicación, tienen mejor adherencia al tratamiento (20,21). Por último, también es posible observar que la satisfacción usuaria y la seguridad del paciente constituyen aspectos relacionados en el ámbito de una cultura de seguridad. Particularmente se encontró menor incidencia de: lesiones por presión, infecciones asociadas a la atención de salud, hemorragia postquirúrgica, falla respiratoria, trombo embolismo pulmonar, sepsis y muertes postquirúrgicas debidas a complicaciones tratables en establecimientos de salud con mejores índices de satisfacción usuaria (29–31).

Desde el punto de vista cualitativo, en Chile ha sido descrito que las personas usuarias sienten la enfermedad como una pérdida de bienestar, a la que se le asocian sentimientos de miedo, tristeza,

incertidumbre, angustia y, en algunos casos, desesperación. En la atención de salud, esta emocionalidad va variando con relación a la prontitud y certeza del diagnóstico y tratamiento, pero también ante la relación que se establezca con el equipo de salud. Mientras más lejana, descortés, y escueta en información se dé esta conexión, mayores serán los sentimientos de rabia, menoscabo y agresión. Por el contrario, si el vínculo se caracteriza por la oportuna respuesta, el saludo amable, la sonrisa, el diálogo permanente, los sentimientos se singularizarán en rasgos de simpatía, confianza, felicidad y seguridad (20).

El mejoramiento del trato en salud desde una perspectiva de género exige la identificación, con la participación de las y los usuarios, de las necesidades particulares de los géneros a través del ciclo de vida y en distintos contextos socioeconómicos y culturales, y la consideración de tales necesidades en la elaboración de estrategias de mejora.

## 7. Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones han sido elaboradas en base a literatura disponible y opiniones de expertos técnicos.

### Recomendaciones para cargos Directivos.

- Refuerce con su liderazgo la importancia del trato digno en salud, incorporándolo explícitamente en la política de calidad institucional. Apoye las actividades que se generen para dar cumplimiento a ella.
- Promueva una cultura de seguridad y calidad.

Promueva una cultura de seguridad y calidad dentro de la organización, donde el trato digno y la seguridad de la atención sean pilares centrales de las prestaciones entregadas. Las Rondas de Seguridad<sup>5</sup> son una estrategia utilizada por quienes lideran las organizaciones para concientizar a la primera línea de atención, demostrar su compromiso, reforzar buenas prácticas y orientar en la resolución de problemas relacionados con la calidad y seguridad de la atención (32).

- Promueva un ambiente de trabajo digno

---

<sup>5</sup> Rondas de Seguridad (Leadership Walkrounds): el líder de la organización realiza visitas al personal de primera línea sosteniendo conversaciones sobre temas de seguridad y calidad asistencial. Es primordial que estas sean en un clima de confianza y un ambiente no punitivo.

Fomente y lidere el buen trato y un ambiente que dignifique la labor de sus trabajadores y trabajadoras, así como también el respeto a los derechos laborales fundamentales. Aplique lo indicado en los documentos ministeriales en relación a riesgos psicosociales en el trabajo<sup>6</sup>.

- Promueva un estilo organizacional con enfoque de género y derechos.

Favorezca dentro de la organización espacios de reflexión y propuestas de acción en relación al trato en la atención de salud bajo un enfoque de género y derechos humanos, como por ejemplo en reuniones clínicas, reuniones de directivos u otros. Es decir, vislumbre las barreras, brechas e inequidades que se generan por efecto de jerarquías sociales o distribución del poder, hágalas presente y gestione los cambios que sean pertinentes.

- Gestione facilitadores para la comunicación durante la atención de salud

Ponga a disposición de las personas usuarias, trabajadores y trabajadoras que realicen labores de facilitador intercultural, si es pertinente a la realidad local.

- Vele por la correcta implementación de normativa, circulares u otros relacionados con el trato digno.

## Recomendaciones para Gestores y Gestoras en salud.

- Capacitación en género y Derechos Humanos

Realice o gestione acciones de capacitación periódicas a las personas de la organización, con el objetivo de estudiar, analizar y comprender el enfoque de género y de Derechos Humanos en la atención de salud.

- Comunicación efectiva

Organice con las personas encargadas de capacitación, cursos de comunicación efectiva dirigidos a trabajadores y trabajadoras de trato directo.

---

<sup>6</sup> Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo. Disponible en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e039772356757886e040010165014a72.pdf>

Incentive en los trabajadores y trabajadoras de trato directo el trato digno y el uso de herramientas de comunicación acorde a la realidad territorial.

Coordine con quienes sea pertinente la elaboración de documentos, folletos, trípticos, señalética, que se adapten a las necesidades de lenguaje de la población usuaria y de personas en situación de discapacidad.

- Evite actitudes discriminatorias

Organice o coordine la ejecución de actividades de autoconocimiento, autorreflexión y educación, con foco en la reducción de creencias discriminatorias, estereotipos y prejuicios, promoviendo la empatía y el respeto. Se ha visto que estas estrategias contribuyen a reducir actitudes negativas hacia grupos históricamente excluidos o que sufren discriminaciones (1).

- Protocolo de Trato

Disponga de un protocolo dirigido a trabajadores y trabajadoras de trato directo del establecimiento, que describa operativamente los pasos a seguir en cada contacto y considerando las estrategias que en esta Orientación Técnica se sugieren. Relevar la importancia del área de recepción y admisión donde se proporciona la primera imagen, con un trato personalizado y amable hacia las personas que utilizan el centro de Salud.

- Conozca y difunda la normativa atingente

Conocer, difundir y recordar periódicamente el marco normativo aplicable y vigente, mediante programas de inducción, instancias de capacitación periódicas, reuniones clínicas, entre otras. Se debe tener especial atención a las modificaciones y nuevas directrices que puedan implementarse luego de la publicación del presente documento. Entiéndase por marco normativo aplicable los señalados en el punto (5) anterior, leyes, reglamentos, circulares u otros relacionados con las temáticas abordadas en estas orientaciones técnicas.

- “Hojas de preguntas”

Ponga a disposición de las personas usuarias “hojas de preguntas” con dudas frecuentes y espacio libre para anotar las propias, previo al encuentro clínico. Esto permitirá a las personas ordenar sus ideas, reducir la ansiedad y hacer más efectiva la comunicación. Se recomienda hacer partícipe al personal de salud y representantes de la comunidad en la elaboración de la “hoja de preguntas”; orientar en la entrega de respuestas y socializar con los trabajadores y trabajadoras de trato directo la iniciativa.

Es importante señalar que de acuerdo a la evidencia disponible, esta estrategia mejoraría la satisfacción usuaria, sin aumentar significativamente el tiempo del encuentro clínico (33).

- Analice los reclamos de trato usuario como herramienta de gestión

Utilice la información emanada del sistema de gestión de reclamos institucional como insumo para introducir medidas de mejora en el trato entregado a las personas usuarias.

## Recomendaciones para trabajadores y trabajadoras de trato directo.

- Comunicación de tiempos de espera

Los tiempos de espera para acceder a una atención en salud deben ser comunicados por trabajadores y trabajadoras de manera efectiva, al igual que los criterios de priorización cuando existieren. El objetivo es generar la menor incertidumbre posible en quienes esperan atención. Las atenciones programadas solo deben ser canceladas por situaciones de fuerza mayor y deben ser comunicadas de manera oportuna a las personas usuarias.

- Trato por el nombre

Promueve que las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre. Evitar utilizar palabras que infantilizan (por ejemplo “mi niña” o “mamita”) o su identificación por un número, ubicación o patología, por ejemplo “el paciente del box 12” o “la apendicitis de la cama 5”. Utilizar siempre el nombre social de la persona. Si la persona solicita ser tratada por un nombre diferente al que aparece en sus registros o documentos de identidad esto debe ser respetado<sup>7</sup>.

- Normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas.

Los trabajadores y trabajadoras deben tener actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas. La manifestación del saludo y la sonrisa como parte de la conexión básica y esencial entre las personas, agregando su presentación, una referencia a la función que ejecuta el o la profesional (identificado si es estudiante o profesional en práctica) y las acciones que va a hacer. Esto debe ser parte de la atención, en cualquier contexto que se encuentre.

- “Ser tratado como persona”

---

<sup>7</sup> Ver Circular 21/2012, disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/01/CIRCULAR-21-Reitera-Atenci%C3%B3n-de-personas-trans.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/CIRCULAR-21-Reitera-Atenci%C3%B3n-de-personas-trans.pdf)

El trato digno de trabajadores y trabajadoras debe traducirse en respeto, en emplear un estilo de interacción que considere al o la paciente como persona, incluyendo la validación más allá de su apariencia física, de la enfermedad que presente o de la dificultad cognitiva para entender y seguir instrucciones. En la atención de salud los cuestionamientos y divergencias de opinión deben ser admitidas y nunca invalidadas, dentro de un diálogo que tenga como base el respeto mutuo y la empatía. Escuchar atentamente y mirar a los ojos es clave para hacer sentir validada y respetada a la persona con quien se interactúa.

- Utilice lenguaje adecuado y comprensible

Vele por que se utilice un lenguaje adecuado y comprensible durante la atención. El lenguaje debe ser claro y directo, tomando consideraciones especiales en quienes los requieran, por ejemplo: personas mayores o con discapacidad cognitiva. Los tecnicismos clínicos deben ser explicados hasta asegurar total comprensión de la persona usuaria. Se recomienda consultar al finalizar la atención si la persona usuaria tiene dudas o inquietudes. El estado de salud y diagnóstico deben ser comunicados de manera efectiva, verdadera y completa. En caso de niños, niñas y adolescentes (NNA), se debe asegurar que reciban la información de la manera más completa posible, de acuerdo con su nivel de desarrollo. Se recomienda nunca actuar como si el NNA no estuviera presente al momento de entregar información. En el caso de quienes no dominen el idioma español se debe buscar los medios para lograr una comunicación efectiva.

- Respete y proteja la privacidad de las personas durante su atención de salud.

Las preguntas de carácter personal deben responder exclusivamente a motivos clínicos. Respetar la privacidad e intimidad de la persona también involucra la protección de la privacidad de su cuerpo, el cual nunca debe ser expuesto de manera innecesaria tanto al personal de la salud como a otras personas usuarias del establecimiento y se deben tomar todas las medidas para que esto nunca ocurra. Velar por el resguardo de la información clínica de la persona usuaria en todo momento de acuerdo con la normativa vigente, no debiendo compartirse esta con terceros (excepto con el equipo tratante).

- Acuda ante la solicitud de ayuda de las personas usuarias.

Las manifestaciones de dolor, necesidades biológicas y otros, no deben ser invalidadas por trabajadores y trabajadoras de trato directo. Se ha observado que el prestar atención a estos requerimientos y responder a ellos disminuye la ocurrencia de eventos adversos (31) y favorece la satisfacción usuaria.

- Consentimiento informado

Comuníquese a su paciente en forma oportuna y comprensible, tomando en cuenta la edad, condición personal, capacidad, estado emocional, etc., la información disponible sobre su salud (diagnóstico, tratamientos disponibles, pronóstico, complicaciones, riesgos, costos, entre otros). Entregue esta información de manera verbal y asegúrese de haber sido comprendido. En algunos casos específicos, la ley exige que **además** de la vía verbal, quede una constancia escrita de la entrega de información. Con este conocimiento la persona usuaria podrá otorgar o denegar su consentimiento a someterse o recibir cualquier procedimiento o tratamiento. Es importante señalar que el consentimiento informado de las personas en su atención de salud se encuentra regulado y es exigible por ley<sup>8</sup>.

- Evite la revictimización

En el caso de personas víctimas de violencia o de vulneración de derechos, el trabajador o trabajadora de trato directo deben velar porque en ningún momento durante el transcurso de la atención se generen acciones tendientes a la revictimización<sup>9</sup>. Un ejemplo de conducta revictimizante es hacer repetir innecesariamente el relato clínico a más de un profesional, en estos casos se debe cautelar consultar la ficha clínica antes de volver a hacer preguntas. Otros ejemplos de revictimización son los juicios de valor que buscan responsabilizar a la víctima de la vulneración que sufrieron, cuestionar la veracidad o bien minimizar o quitar importancia a lo ocurrido. Considere la normativa vigente al respecto en grupos específicos de la población<sup>10</sup>.

- Dé información sobre el alta y dónde acudir en caso de requerirse.

Informe de manera clara y efectiva (idealmente de manera escrita) datos administrativos locales como por ejemplo: vías de comunicación con el establecimiento, horarios de atención, requisitos, trámites, tipos de atenciones, programas y prestaciones existentes, etc., así como también qué esperar de la continuidad del tratamiento y/o seguimiento si corresponde.

---

<sup>8</sup> Decreto N°31 /2012 Reglamento sobre la entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud.

<sup>9</sup> La victimización secundaria (o revictimización) es la respuesta que da el sistema a una víctima. Esta respuesta hace que la persona reviva la situación traumática y vuelva a asumir su papel de víctima. Esta vez no es sólo víctima de un delito, si no de la incomprensión del sistema.

<sup>10</sup> Ver Ley 21.057 Regula entrevistas grabadas en video y otras medidas de resguardo a menores de edad víctimas de delitos sexuales

## 8. Anexos

### Anexo 1: Marco Regulatorio Internacional

CONVENCIÓNES INTERNACIONALES	DESCRIPCIÓN
<b>Declaración Universal de Derechos Humanos/1948</b>	Ofrece un plan de acción global para la libertad, igualdad, dignidad, de todas las personas en todos los lugares, preservando los derechos y libertades que merecen protección universal
<b>Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984) Ratificada en 1988.</b>	Acuerdo que busca condenar a aquellas personas que recurran o hayan utilizado la tortura
<b>Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979) Ratificada en 1989. (CEDAW)</b>	Instrumento vinculante que declara la igualdad de derechos de hombres y mujeres, lucha contra la discriminación de la mujer, protege los derechos de las niñas para preservar su dignidad y bienestar y alienta todas las políticas públicas para que pueda ofrecer oportunidades de igualdad
<b>Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994) (Belém do Pará) Publicada el año 1998</b>	Instrumento internacional, adoptado por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, que protege y establece el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia
<b>Convención de los Derechos del Niño y la Niña (1989) Ratificada en 1990.</b>	Obliga a los Estados a respetar los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes
<b>Principios de Yogyakarta (2006).</b>	Instrumento internacional no vinculante, que traza 29 principios legales sobre la orientación sexual y la identidad de género, identificando derechos específicos como el derecho a la no discriminación, derecho a la seguridad humana y personal, derechos económicos, sociales y culturales, derecho a la expresión, entre otros.

## Anexo 1: Marco Regulatorio Internacional (continuación)

CONVENCIÓNES INTERNACIONALES	DESCRIPCIÓN
<b>Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) Ratificada en 2008.</b>	Esta Convención reconoce que la Discapacidad es un concepto que evoluciona, que resulta de la interacción entre personas con “deficiencias” y las barreras de actitud y entorno, las que soslayan su participación plena y efectiva en la sociedad, en condiciones de igualdad con los demás.
<b>Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) ratificada en 2017.</b>	Su objeto es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.
<b>Convención Internacional de Protección de los derechos de los trabajadores migratorios y sus familiares (1990) ratificada el 2005</b>	Resguarda el acceso en condiciones de igualdad de trato de las personas migrantes y sus familias respecto a las personas nacionales del Estado de que se trate.
<b>Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1999) ratificado 2019.</b>	Texto complementario a la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, que establece mecanismos de denuncia e investigación de la Convención CEDAW.

## Anexo 2. Componentes, Dimensiones e Indicadores de Trato Digno, desde la perspectiva de los pacientes (continúa siguiente página).

COMPONENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>1. Trato Humano</b>	1.1. Ser tratados como persona (principalmente equipo de salud y administrativos)	1.1.1. Eje Comunicativo: Saludar, mirar, escuchar, sonreír y ser tratados por su nombre. 1.1.2. Acudir ante el dolor o necesidades del paciente cuando lo requieren.
	1.2. Sin discriminación	1.2. Igualdad de trato, público privado, jóvenes adultos mayores.
	1.3. Empatía (médicos y personal de salud)	Habilidades cognitivas y emocionales del personal para reconocer los estados emocionales del paciente.
	1.4. Sin paternalismo	1.4. Explicación completa y verdadera de su estado de salud, como persona que entiende y pregunta.
	1.5. Visión integral del paciente (No como enfermedad u órgano aislado)	1.5. Trato como ser humano completo, integral (“soy más que el dolor de abdomen o el ojo que me duele”).
	1.6. Privacidad/Intimidad	1.6. Respeto a la privacidad e intimidad durante el examen físico y reposo.
<b>2. Información</b>	2.1. Completa (toda la verdad) De preferencia emitida por el médico	2.1. Informar sobre el diagnóstico y tratamiento al paciente y a los familiares (en algunos casos con autorización del paciente).
	2.2. Comprensible “no médica” De preferencia emitida por el médico	2.2. Clara, una información no técnica. Se requiere chequear comprensión.
	2.3. Participativa	2.3. Derecho a preguntar sobre su estado de salud y tratamiento de él o de un familiar.
	2.4. Continua y detallada	2.4. Durante todo el proceso, incluidos los exámenes y procedimiento. Alivia la sensación de sentirse como objeto.
	2.5. Consentimiento informado	2.4. Explicar y chequear entendimiento. Establecer por norma momento en que se entrega y firma (antes de los procesos que hacen vulnerable al paciente, tales como: pabellón y procedimientos).

Fuente: Pérez V, Pezoa G. ¿Qué es “Trato digno” para los pacientes? Elementos que componen el trato digno Informe Global [Internet]. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. 2013. Available from: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9004\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9004_recurso_1.pdf)

## Anexo 2. Componentes, Dimensiones e Indicadores de Trato Digno, desde la perspectiva de los pacientes (continuación).

COMPONENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>3. Médico Comprometido/ Responsable</b>	3.1. Puntualidad	3.1. Tiempo de retraso en consultas médicas y visita hospitalaria.
	3.2. Aviso de atraso o inasistencia	3.2. Llamado telefónico o aviso personal de un miembro del equipo. En la consulta u hospital/clínica.
	3.3. Saber quién es el médico tratante	3.3. Identificación del médico tratante (distinguir de estudiantes y becados).
	3.4. Escuchar	2.4. Escuchar con atención, interés y respeto al paciente.
<b>4. Oportunidad de la Atención</b>	4.1. Acceso: ser atendido cuando se requiere	4.1.1. Medir e informar tiempos de espera en el servicio de urgencia.
		4.1.2. Seguimiento de tiempos de espera y coordinación en las acciones asociadas (ej. Exámenes) a las intervenciones quirúrgicas y horas de consulta con especialistas
	4.2. Seguridad en las prestaciones de salud que recibe	4.2. Aplicación de parámetros de acreditación.
	4.3. Disponer de más tiempo en la consulta médica	4.3 Más tiempo para que lo examine, lo escuche y atienda sus dudas.

Fuente: Pérez V, Pezoa G. ¿Qué es "Trato digno" para los pacientes? Elementos que componen el trato digno Informe Global [Internet]. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. 2013. Available from: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-9004\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-9004_recurso_1.pdf)

## 9. Referencias

1. Dickson M, Riddell H, Gilmour F, McCormack B. Delivering dignified care: A realist synthesis of evidence that promotes effective listening to and learning from older people's feedback in acute care settings. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017 Dec;26(23–24):4028–38. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13856>
2. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chil*. 2010;138(8):1047–54.
3. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Guía de Formación Cívica 2020 Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN [Internet]. 2020. 11-15 p. Available from: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursoslegales/10221.3/45658/4/Guia\\_de\\_Formacion\\_Civica.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursoslegales/10221.3/45658/4/Guia_de_Formacion_Civica.pdf)
4. MINSAL. Determinantes Sociales en Salud [Internet]. [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>
5. Naciones Unidas Oficina del Alto Comisionado. Estereotipos de género [Internet]. [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://www.ohchr.org/es/women/gender-stereotyping>
6. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Los principales tratados internacionales de derechos humanos: nuevos tratados. 2007.
7. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III) Carta Internacional de los Derechos del Hombre [Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas 1948 p. 34–6. Available from: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
8. Nogueira Alcalá H. La dignidad de la persona y el bloque constitucional de derechos. *Rev Derecho* [Internet]. 2006;13(1):67–101. Available from: <https://revistaderecho.ucn.cl/article/view/2110>
9. Ochoa G. Políticas públicas con enfoque de derechos y organizaciones no gubernamentales en Chile. *Germina*. 2011.
10. Organización de las Naciones Unidas. Resolución y decisiones del Consejo Económico y Social [Internet]. Nueva York; 1997. p. 1–188. Available from: <https://undocs.org/es/E/1997/97%28SUPP%29>
11. Departamento de Derechos Humanos y Género MINSAL. Definiciones Básicas [Internet]. [cited 2022 Apr 3]. Available from: <https://www.minsal.cl/departamento-ddhh-genero/definiciones-basicas/>
12. Jacobson N. Dignity and health: A review. *Soc Sci Med* [Internet]. 2007 Jan;64(2):292–302. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953606004503>
13. Simões Â, Sapeta P. Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Rev Bioética* [Internet]. 2019 Jun;27(2):244–52. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422019000200244&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000200244&tIng=pt)

14. Franco H, Caldeira S, Nunes L. Dignity in nursing: A synthesis review of concept analysis studies. *Nurs Ethics* [Internet]. 2021 Aug 28;28(5):734–49. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733020961822>
15. Harrington J. Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2004 Jan;52(1):7–16. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073839910300017X>
16. Murray CJ, Frenk AJ. A Framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization. Bull World Health Organ* [Internet]. 2000;78(6):717–31. Available from: [https://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)717.pdf?ua=1](https://www.who.int/bulletin/archives/78(6)717.pdf?ua=1)
17. Clancy A, Simonsen N, Lind J, Liveng A, Johannessen A. The meaning of dignity for older adults: A meta-synthesis. *Nurs Ethics* [Internet]. 2021 Sep 2;28(6):878–94. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733020928134>
18. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. Moretti C, editor. *PLoS One* [Internet]. 2016 Mar 24;11(3):e0151435. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0151435>
19. Kadivar M, Mardani-Hamooleh M, Kouhnavard M. Concept analysis of human dignity in patient care: Rodgers' evolutionary approach. *J Med ethics Hist Med* [Internet]. 2018;11(4):4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30258554>
20. Superintendencia de Salud Chile. Estudio sobre Trato Digno en Usuarios del Sistema de SALud (nacionales y migrantes internacionales) [Internet]. Santiago Chile; 2019. Available from: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/83090/1/Informe\\_Final\\_Trato\\_Digno\\_V2.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/83090/1/Informe_Final_Trato_Digno_V2.pdf)
21. MORENO- BARRÍA F. Comunicación , educación y salud : Estudio cualitativo de la experiencia usuaria de Adultos Mayores en atención ambulatoria en el Complejo Asistencial Dr . Sótero del Río [Internet]. Universidad Católica de Chile; 2016. Available from: <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/21238>
22. Torres W, Rebolledo C. COMPRENSIÓN DEL TRATO DIGNO EN LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL , SEGÚN PACIENTES , PADRES Y PROFESIONALES DE UNDERSTANDING OF DIGNIFIED TREATMENT IN CHILD HOSPITALIZATION , ACCORDING TO PATIENTS , PARENTS AND HEALTH PROFESSIONALS. *Rev Chil Salud Pública*. 2021;25(2):183–96.
23. Pérez V, Pezoa G. ¿Qué es "Trato digno" para los pacientes? Elementos que componen el trato digno Informe Global [Internet]. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. 2013. Available from: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9004\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9004_recurso_1.pdf)
24. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. 2009.
25. Maserejian NN, Link CL, Lutfey KL, Marceau LD, McKinlay JB. Disparities in physicians'

interpretations of heart disease symptoms by patient gender: Results of a video vignette factorial experiment. *J Women's Heal.* 2009;18(10):1661–7.

26. Assiri GA, Shebl NA, Mahmoud MA, Aloudah N, Grant E, Aljadhey H, et al. What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. *BMJ Open.* 2018;8(5).
27. Madrigal-Borloz V. Práctica de las llamadas “terapias de conversión” Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género [Internet]. 2020. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/71/PDF/G2010871.pdf?OpenElement>
28. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* [Internet]. 2013 Jan 3;3(1):e001570. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2012-001570>
29. Isaac T, Zaslavsky AM, Cleary PD, Landon BE. The Relationship between Patients' Perception of Care and Measures of Hospital Quality and Safety. *Health Serv Res* [Internet]. 2010 Apr 9;45(4):1024–40. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2010.01122.x>
30. Stein SM, Day M, Karia R, Hutzler L, Bosco JA. Patients' Perceptions of Care Are Associated With Quality of Hospital Care. *Am J Med Qual* [Internet]. 2015 Jul 16;30(4):382–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1062860614530773>
31. Saman DM, Kavanagh KT, Johnson B, Lutfiyya MN. Can Inpatient Hospital Experiences Predict Central Line-Associated Bloodstream Infections? *PLoS One.* 2013;8(4):1–7.
32. Hall K, Shoemaker-Hunt S, Hoffman L, Richard S, Gall E, Schoyer E, et al. Making Healthcare Safer III: A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices [Internet]. 2020. 12-2 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555517/>
33. Kinnersley P, Edwards AG, Hood K, Cadbury N, Ryan R, Hayley P, et al. Interventions before consultations for helping patients address their information needs. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; CD004565(3).