

Los “sacrificados/comprometidos”: un sistema cultural al interior de los centros de salud antes de la reforma

Sacrifice and commitment: a cultural system inside health centers (previous to the current health system reform)

Felipe Hevia de la Jara¹

Resumen

El presente ensayo propone una interpretación antropológica sobre la cultura existente en los Centros de Salud y consultorios de la atención primaria en zonas urbanas de Chile antes de los procesos de Reforma de la Salud implementados en el gobierno de Ricardo Lagos. Se plantea la existencia de un sistema cultural que posibilita una buena o una mala atención. Para que exista una buena atención, los usuarios deben seguir una serie de normas, donde la principal es subordinar su tiempo al de los funcionarios, junto con no reclamar, tener paciencia y obedecer las órdenes. Estas normas se explican por la existencia de una ideología muy profunda que se basa en el sacrificio y el compromiso que implica atender y resolver problemas en condiciones precarias de trabajo. “Los funcionarios, porque son comprometidos, se sacrifican para que el usuario tenga atención”. Esta ideología justifica acciones positivas y negativas. Bajo este sistema se da muy mal trato a quienes no sigan las normas y permite redes informales que castigan a los funcionarios que se alejan de la misma, lo que funciona como mecanismo de control. Este sistema permite a los funcionarios controlar y manejar su propio tiempo, la situación con los usuarios y la justificación de acciones negativas como el mal desempeño o mala atención.

Palabras clave: Atención en salud, atención primaria, cultura, trabajadores de salud.

Abstract

The present document proposes an anthropological interpretation of the prevailing culture in the primary health care Centers (Centros de Salud) of the urban zones of Chile before the Health Service reforms applied by the President Lagos administration came into effect. The existence of a cultural system that influences the quality of care is set forth for consideration. In order to receive good care, the users must follow certain norms, of which the main one is the subordination of its time availability to that of the staff, along with patience and submissiveness. These norms arise from a very deep ideology that is based on the recognition of the sacrifice and commitment implied in health care work that is performed under precarious conditions. “The staff sacrifice themselves in order to provide service, because they are committed to their functions”. This ideology justifies positive and negative consequences. Those users who do not follow the norms are mistreated and informal networks are generated among the staff, whereby the employees who deviate from those norms are punished; this amounts to a control mechanism. This system allows the health personnel to control and to handle its own time, as well as their relationship with the users; and to justify any inadequate performance.

Key words: Health care, primary care, culture, health workers

Recibido el 07 de marzo de 2006. Aceptado el 15 de noviembre de 2007

¹ Doctor en Antropología Social en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México. Email: heviadelajara@yahoo.com. Agradezco los comentarios de los lectores anónimos que enriquecieron este documento, del que asumo cualquier responsabilidad por sus omisiones y errores.

INTRODUCCIÓN

En los procesos de reforma en que se encuentra el sector salud, donde la Atención Primaria de Salud (APS) surge como un espacio estratégico para mejorar las condiciones de salud de los chilenos, es imprescindible incorporar la variable cultural al análisis. A pesar que se han hecho grandes avances en lo que respecta a la dignificación del trato (como reducir las colas o la ley de derechos del paciente) aún queda mucho por hacer, sobretodo pensando en la implementación de cambios importantes en el sector salud.

La cultura desde la antropología social se ha estudiado (y definido) de múltiples maneras² (1,2,3). Pero la mayoría de estas definiciones coinciden en que existe un conjunto de "ideas" (valores, normas, actitudes, ideologías) y de "acciones" que son socialmente construidas y compartidas por una comunidad en particular.

Siguiendo la teoría social clásica, las "acciones" (conductas, comportamientos) son sustentadas por todo el conjunto ideológico, valórico/normativo (las ideas) que les da sentido y significado³ (4,5). De ahí que cuando las ideas cambian, cambian también las acciones. El comportamiento responde a actitudes, normas y valores que son culturales y es difícil cambiar comportamientos si no se dan cambios a nivel cultural. Si nuestro objetivo es mejorar la calidad de la atención, y si para eso deben modificarse conductas al interior de los Centros de Salud y consultorios en Chile (CS), entonces es necesario conocer y describir cuál es el sistema cultural presente en su interior.

El modelo que presentamos a continuación describe el sistema cultural existente en los CS antes de la implementación de los procesos de Reforma en Chile

que sirva de referente "base" para medir los cambios e intenta avanzar en las respuestas de algunas preguntas como las siguientes:

¿Por qué existe una contradicción entre las evaluaciones (generalmente positivas) de los usuarios y las del propio sistema (generalmente negativas) cuando se mide la "calidad de la atención"?⁴ (6,7,8,9)
¿Cómo es posible que la atención sea al mismo tiempo el aspecto muy bien y muy mal evaluado?⁵ (10,11)
¿Cómo es posible que el personal se "contagie" tan rápido de las malas prácticas y los vicios del sector salud a los ojos de las administraciones del sistema?
¿Por qué los usuarios temen reclamar para que en su ficha no aparezca el temido VDM⁶ o "misteriosamente" se pierda la ficha o termine al último? ¿Cómo es capaz el personal de salud reaccionar de manera tan eficiente ante las epidemias y urgencias y al mismo tiempo ser criticado por mal trato o mala atención?
¿Por qué escuchamos que es necesario tener "pituto" (apoyo de una persona influyente) para recibir una mejor o más rápida atención? Intentaremos responder algunas de estas preguntas.

La tesis es la siguiente: Los usuarios acceden a un buen trato y una buena atención cuando poseen la suficiente "competencia cultural" que implica conocer y acceder a esta cultura. Ellos efectivamente reciben una buena atención y un buen trato, pero sólo lo reciben si cumplen las reglas, si manejan los códigos, es decir, si son competentes en este sistema cultural. Si no son competentes, reciben un mal trato, son "castigados" para que la próxima vez que vengan se comporten "como es debido".

2 El concepto de Cultura es distintivo de la Antropología, aunque es un concepto que se utiliza en general en todas las ciencias sociales. Para una discusión contemporánea recomendamos Kuper (1999) Duranti (1998) Para una discusión de la cultura desde las ciencias políticas, ver Fukuyama (1996).

3 Inclusive en propuestas teóricas *antiparsonianas* como la etnometodología, la acción social se define desde el conocimiento y la expectativa normativa de los actores sociales (Garfinkel 1967; Heritage 1990).

4 Esta paradoja se encuentra muy bien analizada por LAVADOS y col.:1991 pero es común a la literatura en RMP. Sobre la importancia de la evaluación rescatamos la unidad de atención primaria y la división de Atención de las Personas del MINSAL. 1998a; 1998b y 1998c

5 En la evaluación usuaria de 1994 en La Florida, frente a la pregunta abierta "lo mejor/lo peor del consultorio" el 71% calificó lo mejor del consultorio a la atención, y el 22% responde que lo peor del consultorio es la atención. En 1998 también en La Florida, el 23% calificó entre mala y regular la atención del personal y sólo un 76% la calificó de buena o muy buena (COMUDEF 1994 1998)

6 VDM significa "vieja de mierda"

En el presente ensayo, presentamos este complejo cultural describiendo primero las acciones y después las ideas que sustentan y dan sentido a estas.

METODOLOGÍA

La metodología de investigación es cualitativa. En particular se utilizó el enfoque etnográfico, característico de la antropología social. La etnografía es una descripción (un texto) que intenta responder sistemáticamente una pregunta teóricamente significativa por medio del trabajo de campo, con técnicas como la observación participante, las entrevistas en profundidad y grupos de enfoque (19).

El trabajo de campo como lo entiende la antropología como “la comunicación directa con la gente y la observación consiguiente de las actividades diarias, *in situ*” (20:27 énfasis en el original)

La observación etnográfica se llevó a cabo entre 1998 y 2001, en diferentes Centros de Salud y consultorios de la zona sur oriente y oriente de Santiago, mientras me desarrollaba en diversos puestos administrativos en la Corporación Municipal de la Florida (COMUDEF) y el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), por lo que su análisis no incorpora el efecto de los cambios de la reforma de salud, tanto hacia los funcionarios (como los incentivos al desempeño) como en la relación con los usuarios, con la implementación del AUGE. Presenta, sin embargo, un punto basal de observación para poder comparar, en una dimensión cultural, la profundidad de dichos cambios.

LAS IDEAS

Las ideas son lo distintivo de la Cultura, no sólo porque son estas las que definen y dan sentido a las acciones, sino que además explican y permiten predecir las acciones futuras. Las Ideas se componen de una ideología que sustenta al sistema, normas, mecanismos de control y beneficios:

1. La ideología del sistema se basa en los valores de sacrificio y compromiso.

Este sistema se sustenta en una ideología donde predomina el valor del **sacrificio**. Escuchando a los funcionarios, escuchamos que hay múltiples problemas que dificultan el trabajo: alta demanda, mucho estrés, mala paga, poca participación en la toma de decisiones, malas condiciones de trabajo, exigencia de cumplir las metas antes de dar atención de calidad, trabajo meramente asistencial, poco reconocimiento de la comunidad y del sistema, ambiente de trabajo poco sano, y usuarios críticos, aprovechadores, irrespetuosos, groseros.

Aún así, los funcionarios se sacrifican en pos del **compromiso** que tienen con la Salud Pública y resuelven los problemas de la población, cumpliendo las metas y dando un buen trato. Los funcionarios se “mueven” para que los pacientes mejoren, se preocupan y angustian para que los tiempos de espera disminuyan, se comprometen con la salud de la población, aunque esto implique un enorme sacrificio.

Teniendo en cuenta esta ideología, el discurso de “*con lo que me pagan, agradezcan lo que hago*” o “*a veces, para hacer avanzar más rápido la cola, le explicamos poco a los pacientes*”, el conocimiento de que existen funcionarios excepcionales o la gran cantidad de licencias médicas por problemas de estrés cobran sentido; las eficientes campañas o la reacción ante las emergencias también.

Pero el sacrificio y el compromiso de atender problemas serios, aliviar a los enfermos, recibir una gran cantidad de gente al mismo tiempo, preocuparse más allá de la dolencia, termina justificando también malos tratos, resistencia a los cambios, mala atención y no cumplimiento de metas. Es decir esta ideología justifica múltiples acciones, desde las más positivas y loables, como trabajar sin descanso durante muchas horas, no tener todas las herramientas técnicas para hacer mejores diagnósticos, trabajar con personas que están alteradas producto de sus problemas de salud, hasta justificar muchos de los problemas de la atención: el manejo arbitrario del tiempo del paciente, el citar a toda la gente a la misma hora, las altas tasas de estrés, la prioridad del *cafecito* o la reunión respecto a la atención.

Esta ideología de que “*a pesar de todo, mi compromiso por la atención hace que me sacrifique por el paciente*”, limita también las posibilidades de los últimos para poder exigir mejoras. Si a mí como usuario me explicitan constantemente el gran esfuerzo que hacen al atenderme (sobre todo en términos de remuneraciones) tengo pocas posibilidades de reclamar sin quedar como desagradecido o irrespetuoso⁷ (12). Es frecuente encontrar esta explicitación en el discurso de los usuarios -sobre todo en los dirigentes o en los Consejos Locales de Salud- donde son ellos los que piden mejoras salariales para los funcionarios.

Es decir, existe un sacrificio y un compromiso que sostiene y justifica las acciones (el buen y el mal trato). Como vimos arriba, una de las características de la cultura es su carácter de compartida. Esta ideología no sólo se conoce entre los funcionarios, sino que ellos también la difunden a los usuarios, los que quedan comprometidos al saberse la causa del sacrificio.

Una pregunta que surge es la gran facilidad y “naturalidad” con que funcionarios y usuarios funcionan bajo esta ideología sin siquiera cuestionarla. La hipótesis que puede explicar esto, es que este modelo del sacrificio se reproduce también en otras esferas y en el contexto mayor y tiene que ver con la representación que se tiene de la “mujer pobre sacrificada”⁸. La lógica de que la mujer, la madre llena de problemas que se sacrifica por su familia es parte de nuestro “ethos cultural”, es decir, de nuestra identidad cultural mayor. La mujer sola que se sacrifica, que prioriza las necesidades del otro frente a las suyas es valorada socialmente por la comunidad. En este sentido, la ideología del sacrificio/compromiso es también coherente con el contexto mayor al que pertenece, la cultura urbano popular (13).

7 En este sentido los mecanismos de la reciprocidad en sistemas de gratuidad son dignos de estudio. El que el paciente reciba algo (medicamentos, atención, etc.) sin dar nada a cambio (al menos de manera directa) limita sus posibilidades de reclamo y determina que su único capital (que en este caso es el tiempo y/o el “derecho a reclamar”) se vea seriamente afectado. Para un análisis de la reciprocidad ver Godeliere (1996).

8 Agradezco las útiles ideas de Estrella Arancibia en el desarrollo de esta idea.

2. Las normas que los pacientes deben cumplir para recibir una atención adecuada son, al menos, cuatro: Subordinarse a los tiempos de los funcionarios. No reclamar, sino agradecer el sacrificio. Obedecer las órdenes. Tener paciencia.

Los usuarios deben cumplir estas normas, estas “reglas del juego”(4,5)⁹ Al cumplirlas acceden al sistema. Si no se cumplen, se arriesgan a recibir mal trato y “castigo”. La primera norma incluye a las demás. En los CS, el tiempo lo administran los funcionarios: el tiempo de llegada (“*llegue temprano o llame temprano para obtener número*”); el tiempo de espera (las horas las eligen según la disponibilidad de médicos, no según las preferencias del usuario); el tiempo entre la hora de citación y el momento en que el paciente entra efectivamente al box (se cita a los cinco pacientes a una misma hora aduciendo problemas administrativos).

Si el usuario comprende que los tiempos en el CS los administran los funcionarios y que no estén en relación con sus propios tiempos, en esos términos tendrán una buena atención. Los largos tiempos de espera han sido el principal problema de la mala atención. Nosotros creemos que los usuarios desligan este tema de los tiempos del tema del trato. En las encuestas que aplicamos en Centros de Salud de La Florida hace unos años los tiempos de espera seguían siendo el aspecto peor evaluado y el trato el mejor evaluado¹⁰ (11).

El tener que esperar a los profesionales si justo los llamaron a una reunión, o si tuvieron que ir a la dirección a llamar por teléfono, el ser citados cinco pacientes a la misma hora en curaciones o en control, son sólo ejemplos de acciones que determinan esta norma. Muchas de estas medidas que no benefician al tiempo de los usuarios son decididas con la justificación que así se administran mejor los recursos. Los usuarios deben subordinarse a esto

9 Aquí nos adscribimos al concepto etnometodológico de *expectativa normativa* y a la explicabilidad normativa que los actores llevan a cabo para interpretar las acciones sociales (Garfinkel 1967 Heritage 1990)

10 COMUDEF 1998 Lamentablemente no logramos tener acceso a posteriores mediciones

para recibir atención, por eso son capaces de perder días laborales para tener el tiempo necesario que implica atenderse en un consultorio¹¹.

Si el usuario no cumple con esta subordinación, llegando más tarde, reclamando por el largo tiempo de espera, puede ser severamente castigado, tratándolo de irrespetuoso, irresponsable, dejándole la ficha al último, contestándole de mala forma, o clasificándolo de “problemático”.

El reclamar por situaciones que se consideran injustas también reviste un castigo severo a los usuarios y un “premio” a los que, lejos de reclamar, agradecen constantemente el sacrificio en frases como “*pucha, que hacen hartas cosas ustedes, tanta gente que atienden*”. Si uno reclama es considerado como altanero, tirado para la punta, son los que “*revuelven el gallinero*”. Y ellos son los que reciben el mal trato. Si uno no reclama y “comprende” el sacrificio y el compromiso que tienen los funcionarios por ellos, debería agradecer constantemente el favor que hacen de atenderme bien y no a las patadas.

El obedecer órdenes y el tener paciencia son elementos que confirman lo que estamos diciendo. Las órdenes además son o se consideran arbitrarias porque nunca se explica su racionalidad. El esperar aquí y no allá, el tener que venir a esta hora y no a la otra, el cambiar el médico o el horario independientemente de la conveniencia del paciente son algunas órdenes que deben ser obedecidas. El no hacerlo implica mal trato, mala atención, problemas.

Hay que obedecer las normas para recibir buen trato, y para obedecerlas se tienen que conocer, quien las conoce posee una “**competencia cultural**”¹² (14,15). Como estas normas son implícitas, se traspasan de múltiples formas, como rumor o consejo en las salas de espera, o en base al ensayo error. Los usuarios conocen las expectativas y los comportamientos

que les aseguran un buen trato y saben qué hacer y qué no hacer frente a uno u otro funcionario¹³ (17). Frases como “*no, a esta tienes que tratarla así y con esta otra tienes que hacerte la grave*” o el “*hacerle caritas*” a las funcionarias son manifestaciones de esta competencia cultural.

La competencia cultural es adquirida en base a la experiencia, quienes más permanecen en el sistema saben más cómo comportarse para recibir buena atención, saben que deben “perder” el día para “ganar” la atención. Esto explica porqué las madres y los ancianos evalúan mejor la atención y el trato y son considerados pacientes menos conflictivos, y que los adultos y jóvenes y, crecientemente, las mujeres trabajadoras, se tornen más conflictivos a los ojos de los funcionarios. Son los trabajadores los que menos van al Centro, y por lo tanto quienes menos conocen el sistema. Además la subordinación de su tiempo implica costos muy altos, como perder un día de trabajo. Es entonces por esta falta de competencia que reciben peor atención.

Un elemento que molesta mucho a los usuarios es que, aún siguiendo las normas, reciban un trato inadecuado. Sienten que existe incertidumbre aún cuando sigan las reglas: la afirmación “*los funcionarios deberían dejar fuera del trabajo sus problemas personales*”, frase común en las salas de espera, debería entenderse desde esta arbitrariedad del trato que es un beneficio más de estar arriba en esta relación asimétrica de poder y como una retribución al sacrificio que por los usuarios se hace. Esta incertidumbre es baja—el grueso recibe una atención adecuada si sigue las normas— pero existe.

3. Los mecanismos de control son el mal trato explícito y la existencia de redes informales que dificultan los cambios

Como todo sistema cultural, el existente en los CS posee mecanismos de control que asegura su reproducción en el tiempo, refuerza los valores y las normas culturales y regula las acciones.

11 Conviene reconocer los esfuerzos que se han realizado en los últimos años sobre este tema, al ampliar los horarios y días de atención

12 Este concepto lo recogemos de la “Competencia comunicativa” lo propone Dell Hymes (1972, 1983) sobre la base de la competencia lingüística de N. Chomsky. Aquí lo recogemos con el mismo sentido de Hymes, herramientas para desenvolverse bajo códigos sociolingüísticos.

13 Siguiendo a Petermann (1999:167) esto además es un claro destructor de la confianza al presentar acciones amenazantes para el otro.

Este complejo cultural posee dos mecanismos de control importantes, uno hacia adentro y uno hacia fuera.

Hacia fuera, es decir hacia los usuarios, los mecanismos de control aseguran que las normas se cumplan. El dar un mal trato al paciente que no sigue las reglas, y que se percibe como insolente, no cumple solo una función represiva sino que pedagógica: *“a los insolentes se los trata mal, así que ya saben, a portarse bien”*. Como mecanismo de control, funciona la lógica del garrote y la zanahoria: si te comportas como yo quiero, te doy una buena atención, si te pones insolente, te respondo con la misma moneda.

Esto tiene algunas restricciones, como el hecho que de que ante los pacientes que reclaman muy alto, porque poseen un nivel educacional mayor, son dirigentes vecinales o tienen otro elemento de poder, los mecanismos de control merman su efectividad; pero igualmente se les percibe de forma muy negativa por los funcionarios y se les castiga, pero menos evidentemente que a los “hijos de vecino”. Es decir, algunas veces, cuando el reclamo es muy fuerte o cuando el que reclama posee niveles educacionales mayores, el mal trato es menos fuerte.

La efectividad de dar un mal trato como control para que se cumplan las reglas es alta, la gente posee una competencia cultural porque los que no son competentes en este sistema reciben una atención inadecuada: si llegan tarde no obtienen hora de atención o los retan; si reclaman los tachan de irrespetuosos y criticones, de “esos que llegan reclamando al consultorio”.

Hacia adentro, existe otro mecanismo muy efectivo de control: las redes informales¹⁴ (16). Estas redes ejercen un control muy estricto para que se mantenga este sistema, que les reporta muchos beneficios a los funcionarios. Dichos controles van desde “enseñar” al funcionario nuevo el sistema, ejerciendo sanciones como no hacerlo parte del equipo, recargarlo de trabajo, mostrándole las “bondades” del sistema, hasta

lograr que las evaluaciones y críticas al desempeño se traten como críticas o rencillas personales entre evaluador y evaluado. Esto implica también que una de las dificultades percibidas en los funcionarios más nuevos del sistema sea la imposibilidad que tienen de llamar la atención a sus colegas por mal desempeño, por miedo a que esto se considere como algo personal. Este problema existe hasta en la relación que se establece con la dirección.

Estas redes se encargan también de alimentar y reproducir la ideología del sacrificado, comunicándolo constantemente a la administración de salud y a los propios usuarios.

4. El sistema cultural se defiende y refuerza porque representan beneficios directos a los funcionarios de salud.

Estos controles, aseguran la continuidad de este sistema que trae, entre muchos, los siguientes beneficios:

- Poder controlar y manejar la situación. Una buena parte del personal de los CS pertenece a la misma comunidad que los usuarios, fuera del centro son vecinos. La capacidad de ejercer poder por parte del personal en el centro es real, lo que supone un elemento de estatus y reconocimiento por parte de los usuarios a sus vecinos funcionarios.
- Bajo la ideología del personal sacrificado, puede justificarse una gran cantidad de licencias médicas, de mal desempeño, de eventual no cumplimiento de metas y de un reconocimiento constante por parte de la comunidad sobre el trabajo que realizan.
- Pueden efectivamente controlar su propio tiempo, dentro del horario establecido, con todos los beneficios que ello supone: dejar de trabajar antes del horario, tener una carga intensa de trabajo que justifique y nutra la ideología del sacrificio, o tener la posibilidad de cambiar horas médicas según su conveniencia.

14 Sobre redes sociales en ciencias sociales ver Adler (2001)

DISCUSIÓN

La visión expuesta hasta aquí parece ser negativa en relación con los trabajadores de los consultorios. Ese no es nuestro punto de vista: este sistema sin dudas genera también beneficios sociales que son importantes rescatar: el compromiso con la salud pública no es ficticio. En procesos de presión (como los inviernos), en campañas de vacunación o de promoción de la salud, en emergencias sanitarias (como el cólera) y en logros importantes del país (como la baja incidencia de muertes maternas) el compromiso genuino de los trabajadores de la salud con su población es uno de los factores culturales clave de éxito de estas experiencias.

En este sentido, es necesario también subrayar que el mal trato en los centros de salud es la excepción, no la regla. Tomando en cuenta el volumen de atenciones diarias en los CS, el número de malas atenciones no es significativo. Lo que queremos hacer notar aquí es que estos malos tratos poseen una dimensión cultural sistemática.

Lo que quisimos subrayar es que los usuarios acceden a este sistema por medio de su "competencia cultural". Esto les permite recibir una buena atención, siempre y cuando cumplan las normas y reglas. La adquisición de esta competencia no es difícil porque ellos conocen y comparten la ideología de la madre/mujer sacrificada descrita arriba; de ahí la relativa rapidez con que se integran al sistema y la invisibilidad que contiene este sistema cultural.

Queremos terminar apuntando que es necesario realizar mayor investigación sobre los cambios culturales, en apoyo al diseño e implementación de las reformas y políticas en el sector, y sobre la manera cómo esté cambiando el sistema cultural descrito en el nuevo contexto institucional.

Referencias

1. Kuper, Adam (2001) *Cultura. La versión de los antropólogos Barcelona: Paidós.*
2. DURANTI, Alessandro (2000) *Antropología Lingüística Madrid: Cambridge University.*
3. Fukuyama, Francis (1996[1995]) *Confianza Bs. As: Atlántida.*
4. Garfinkel, Harold (1967) *Studies in ethnomethodology Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.*
5. Heritage, John (1990[1987]) "Etnometodología" En: Giddens (ed.) *La teoría social hoy México: Alianza/CONACULTA.*
6. Lavados, Manuel; Paz, Rodrigo y Mosso, Lorena (1991). *Evaluación de la relación Médico Paciente: Estudio y reflexión. Stgo: PUCCH.*
7. Ministerio de Salud (1998a) *La satisfacción de Usuario: Concepto y medición: una herramienta de Gestión en el sistema de Salud. Santiago: MINSAL.*
8. Ministerio de Salud (1998b) *El modelo de atención. Atención Primaria de Salud. Santiago: MINSAL.*
9. Ministerio de Salud (1998c) *Seminario: "satisfacción Usuaría: Principio orientador de la política de Salud" Marco conceptual y metodología, Santiago: MINSAL.*
10. Corporación Municipal de la Florida (1994) *Evaluación de la calidad de la Atención en los Consultorios: El punto de vista de los Usuarios. Santiago: Reporte final de investigación.*
11. Corporación Municipal de la Florida (1998) *Resultados de la encuesta de satisfacción usuaria Documento interno de trabajo Santiago: Reporte final de investigación.*
12. Godelier, Maurice (1996) *el enigma del don Barcelona: Paidós.*
13. Montecino, Sonia (1993) *Madres y huachos: alegorías del mestizaje chileno. Santiago: Cuarto Propio.*
14. Hymes, Dell (1972) "models of the interaction of language and social life" En *Directions in sociolinguistics: the ethnography of communication New York: Holt, Rinehart & Winston.*
15. Hymes, Dell (1983) *Essays in the History of linguistic Anthropology. Philadelphia: John Benjamins Publishing.*
16. Adler, Larissa (2001[1994]) *Redes sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana México: M.A. Porrúa/FLACSO.*
17. Petermann, Franz (1999) *La psicología de la confianza Barcelona: Herder.*
18. Hevia de la Jara, Felipe (1999) *La relación médico paciente a través de la palabra Memoria para optar al título de antropólogo social. Santiago: Universidad de Chile.*
19. Hammersley, M. y Atkinson, P (2001) *Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona: Paidós*
20. Wolf, Erick (1994) *Europa y la gente sin historia México: Fondo de Cultura Económica*