

# Guía de Apoyo al retorno al Trabajo

Hacia la construcción  
de una cultura país Inclusiva



Dirección Psico-Social  
Gerencia Salud  
Mutual de Seguridad C.Ch.C

Sigamos Construyendo  
Juntos Cultura de Seguridad para Chile



## AUTORES

Dirección Psico-Social  
Gerencia Salud  
Mutual de Seguridad C.Ch.C

Sigamos Construyendo  
Juntos Cultura de Seguridad para Chile



# Guía de Apoyo al retorno al Trabajo

Hacia la construcción  
de una cultura país Inclusiva



*ESTA GUIA ESTA DIRIGIDA AL MUNDO MÉDICO  
Y TIENE POR OBJETIVO ENTREGAR HERRAMIENTAS  
ORIENTADAS A PROMOVER EL DESARROLLO DE UNA  
CULTURA INCLUSIVA QUE APORTE A LAS CONFIANZAS  
Y A LA COHESIÓN SOCIAL DE PAÍS.*

*EN LO ESPECIFICO ENTREGA HERRAMIENTAS QUE  
FAVOREZCA LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE  
Y ORIENTACIONES RESPECTO AL FIN ÚLTIMO DE LA  
INCLUSIÓN SOCIAL DE LOS TRABAJADORES ACCIDENTADOS.*

# Índice

**Introducción** **07**

**Modelo de Atención Integral en Salud:**

*Una estrategia de sustentabilidad* **11**

**Capítulo 1**

*¿Por qué el alta médica es un proceso complejo?* **15**

**Capítulo 2**

*¿Cómo nos diferenciamos a través de una experiencia de Servicio memorable?  
Relación Equipo de Salud-médico-paciente* **29**

**Capítulo 3**

*¿Cuáles son las competencias y estilos relacionales  
que favorecen el retorno al trabajo?* **39**



# Introducción

Mutual de Seguridad C.ChC., ha definido dentro de su plan estratégico 2015 – 2020 ser líderes en el desarrollo de la Seguridad Social en Chile y referentes para Latinoamérica, a través de la protección de la vida y salud de las personas, especialmente en su ambiente laboral, cuidando la sustentabilidad de las empresas y el bienestar de las personas.

La búsqueda de la legitimidad entre los miembros de la sociedad chilena por el aporte social que realiza la institución, ha sido declarado como el fin último a alcanzar.

Dentro de su oferta de valor para los clientes, se encuentra el ofrecer soluciones integradas de protección, bienestar, entre otros. Diferenciándose por una experiencia de servicio memorable y resolutive.

En lo que respecta a salud, el compromiso pone especial énfasis en la experiencia de servicio que se entrega a los pacientes, lo que constituye todo un desafío considerando la multidimensionalidad de los aspectos involucrados en un accidente laboral y la complejidad de las relaciones que se entretienen entre los distintos actores involucrados.

El siguiente manual, busca aportar en relación a entregar herramientas que favorezcan la relación entre los actores y orienten respecto al fin último de la inclusión social de los trabajadores accidentados.



Los modelos actuales reconocen la participación de distintos actores porque los ámbitos de la vida de un trabajador accidentado son complejos y multidimensionales. Sus vínculos familiares, su relación con la empresa, su inclusión en la sociedad son todos espacios desde donde surgirán los apoyos en el proceso de Rehabilitación e Inclusión social y desde donde se activarán los recursos para la inclusión laboral y la construcción de felicidad. Y ello se observa en experiencias de trabajos conjuntos entre el sector público, privado y la sociedad civil lo que probablemente, se plasmará en nuevas políticas públicas que den respuestas a sus necesidades.



Mutual ha sido pionero en estas búsquedas y ha puesto al paciente como centro su quehacer promoviendo la optimización de sus procesos a través de capacitación a los equipos médicos, de desarrollar vínculos con las empresas, de responder a las necesidades psicosociales del trabajador y la familia.

Las políticas de servicio de Mutual de Seguridad tienen una identidad que las diferencia de otras empresas de Salud. Está regida por los marcos legales de la Ley 16.744<sup>1</sup> y a la vez la ley 20.422<sup>2</sup> que ratifica los acuerdos internacionales ligados al mundo del trabajo y la salud. Su gestión está más allá de la mera rentabilidad y exige la articulación de acciones y propuestas entre la empresa cliente, el trabajador y sus familias. Y ello en el contexto de un Chile que ha cambiado y que se enfrenta a nuevos desafíos.

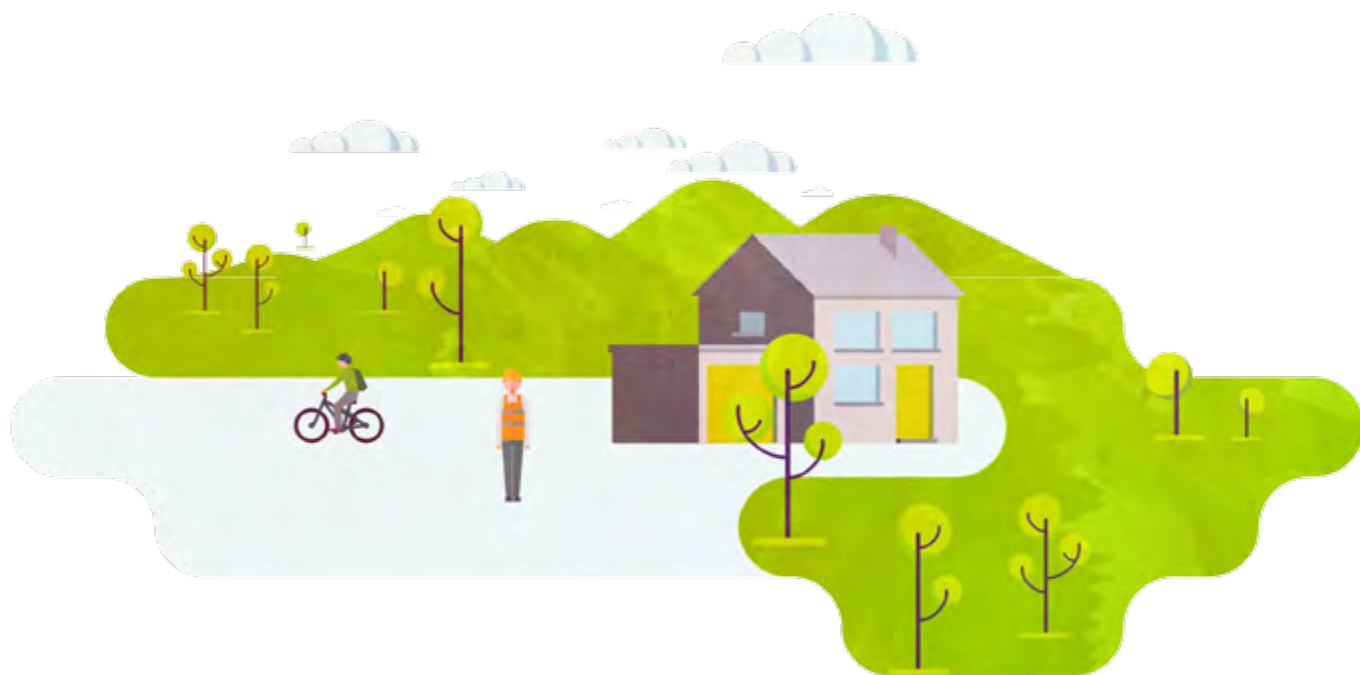
Hoy día ya no es suficiente cumplir con los protocolos de atención derivados de las leyes antes mencionadas. Hoy día, se requiere la entrega de servicios eficientes, de una infraestructura acorde a las necesidades y a la imagen corporativa, que sean sustentables y con una atención de calidad técnica y en el marco del respeto y la dignificación. Lo anterior en la búsqueda de la anhelada admiración social y consecuente alcance de la legitimidad de parte de los trabajadores del país.



<sup>1</sup> Ley sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

<sup>2</sup> Ley que establece normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad





La felicidad pareciera escapar cuando se viven pérdidas y por ende, se desarrollan procesos de duelo. Los duelos pueden tener orígenes muy distintos pero todos implican un período largo de rehabilitación.

El proceso de rehabilitación en el día de hoy, suma a múltiples actores que se van integrando al camino que recorre el individuo y su familia: los equipos de salud, las articulaciones con la empresa y la familia deberán ir definiendo por dónde seguir y cómo. Las múltiples adaptaciones que deben vivir todos los actores hacen difícil el proceso. Y en muchos de esos momentos, la idea de felicidad ni siquiera se percibe.

El proceso de duelo, debe desarrollar su curso natural; y a través de él se irán produciendo fenómenos de aceptación activa y transformación de las emociones vinculadas, lo que solemos llamar “elaboración de la pérdida”.

Elaborar o superar la pérdida no es lo mismo que olvidar. El sufrimiento y la pérdida merecen un lugar. Incluso más, el dolor y el sufrimiento parecen tener un papel orientador en la recuperación del proyecto de vida.

La idea de justicia está inserta en esa fuerza de reconstrucción y en el deseo de ser feliz; El sentido de justicia es básico para el ser humano porque es parte de su construcción de dignidad y respeto social y emerge también, de la sensación de pérdida. Sin embargo, a veces se producen confusiones entre el derecho a la juridicidad (demandas, querellas, indemnización) y los sentimientos y emociones acerca de la injusticia de la pérdida.

La memoria de los hechos no solo es legítima sino que es orientadora y da sentido a la existencia. Pero no puede adquirir un carácter paralizante de la vida. “Yo elaboro pero no olvido”. “Yo perdono pero no olvido”, son frases que aparecen en las personas que viven procesos de pérdida. Y que reconoce la memoria de los hechos dolorosos vividos como parte de la integración necesaria que permite reconstruir la identidad y los propósitos de vida.

Una estrategia sustentable a este desafío, es el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) que se genera y se desarrolla en Mutual desde 2008.



# MAIS

## Modelo de Atención Integral en Salud:

*Una estrategia de sustentabilidad*

*La multidimensionalidad de los ámbitos que co existen en el proceso de alta medica, hacen de éste un proceso complejo y de alto impacto en el nivel de satisfacción del cliente y la sustentabilidad de la empresa.*



En el año 2008 el equipo Psicosocial de Mutual de Seguridad diseñó e implementó un modelo -MAIS- que gestiona el Riesgo Psicosocial asociado a accidentes laborales con resultado de discapacidad laboral permanente o muerte.

Desde una perspectiva sociológica dicho modelo busca disminuir la vulnerabilidad de la población afectada y de paso contribuir a la cohesión social del país. Desde una perspectiva psicológica busca elaborar el proceso de duelo y pérdida que genera el quiebre del proyecto de vida derivado del accidente y con ello posibilitar la reconstrucción.

Lo original del modelo es que genera un tipo de atención que integra los aspectos psicosociales y a la vez, crea y desarrolla estrategias de intervención de atención clínica y propuestas sociales con el paciente, su familia y su empresa y promueve la inclusión laboral y social.

Estos modelos no surgen de la nada; son compatibles con las miradas de mundo que impregnan la sociedad. Y por esta razón, es que

pueden modificarse y cuando ello ocurre, se responde a nuevas necesidades que surgen en el devenir social de las personas y las sociedades.

Las propuestas del equipo psicosocial se constituyeron como una respuesta al modelo que no ponía énfasis en la inclusión como expresión de inclusión social, que no era sustentable con las expectativas de los pacientes y sus familias en el Chile que buscaba ampliar sus derechos; y donde el estilo relacional de sus equipos clínicos ponía en riesgo la calidad en la atención y a la vez, incrementaba los costos de atención.

Una propuesta nueva y con énfasis en el individuo y su entorno, puede generar cierta resistencia en los equipos de Salud ya que estos responden a la lógica de un modelo rehabilitador, para el que la discapacidad es considerada como una patología clínica individual.

El modelo rehabilitador, ve al trabajador accidentado como un paciente y se focaliza en sus déficits y en cómo superarlos. Lo que no es incorrecto pero sí es limitante e insuficiente.

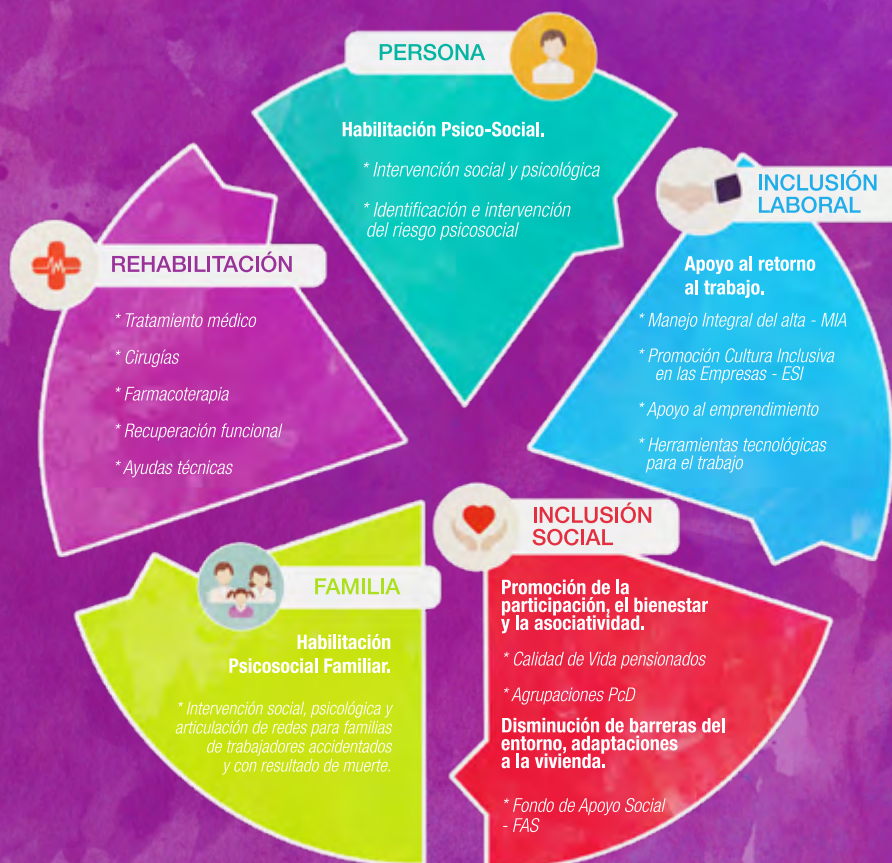
Tanto que genera inevitablemente, una actitud paternalista en la relación con el trabajador accidentado.

Expresión de ello por ej.es el número de pacientes con secuelas irreversibles (están de alta de Mutual) que buscan atención en diversos

policlínicos del hospital y que presentan sintomatologías inespecíficas; ello se explica-probablemente- por una transformación de las carencias emocionales, de las tristezas, del sinsentido, en síntomas físicos. Lo que además, genera problemas en el flujo de atención así como en los costos de atención.

Los fundamentos del MAIS, van en la línea de hacer una adecuada gestión del riesgo de tal forma de incidir positivamente en el retorno al trabajo.

Entre sus objetivos está potenciar los recursos personales y sociales orientados a retomar el rol de trabajador activo. A la vez, vigorizar los vínculos con la empresa fortaleciendo el vínculo laboral. Y generar vínculos con los médicos y equipos tratantes a fin de construir procesos de alta eficientes.





# **CAPÍTULO 1.**

**¿Por qué el alta médica  
es un proceso complejo?**

# 1. ¿Por qué el alta médica es un proceso complejo?

## El desafío de la construcción del alta: hacia una construcción del alta orientada a la satisfacción del cliente y la legitimidad social.



Cuando hablamos de Atención Integral en Salud, nos referimos a modelos que asocian e incluyen los aspectos psicosociales con los avances de tecnología médica y que buscan no solo diagnósticos mejores y más integrales, sino que van generando acciones y protocolos hacia la inclusión social y laboral del trabajador accidentado. Y como parte de este desarrollo, van surgiendo ideas de justicia y respeto, expresadas en crecientes espacios de reconocimiento jurídico, de reconocimiento de derechos y deberes, etc.

*....El dolor de la pérdida producida por el accidente pasa por muchas etapas y en todas ellas se va “aprendiendo a aprender” nuevos recursos y se revelan nuevos desafíos. En este proceso, “Ser feliz”, es una nueva necesidad (y un motor) que se parece a la dignidad, a la alegría, a la justicia.*

Pareciera que el primer paso en el proceso de SER Feliz, es la construcción de identidad que ya sabemos, se hace de a poco y a tuestas. El Trabajo es el motor que posibilita el desarrollo de las personas. Este elemento **siempre está presente en los procesos de inclusión y reconstrucción de las personas aunque no siempre sean evidentes a los demás.**

Para un trabajador accidentado, volver al trabajo constituye un proceso de inclusión laboral. Debe aprender muchas nuevas habilidades y competencias: desde aprender a reconocer el miedo y no paralizarse con él, a aprender competencias técnicas nuevas y diversas.



*En este contexto, se hace necesario articular distintos elementos, distintos actores, distintas herramientas para que el trabajador accidentado, su familia, la empresa y la Institución de Salud puedan generar un proceso cuyo diseño desde el inicio, sea la inclusión laboral.*

*Nos encontramos con alto riesgo social cuando en la institución de salud al trabajador lo despojamos de su naturaleza laboral y lo transformamos solo en un paciente. Y esto mismo lo hace –progresivamente- la familia.*

En el curso del tratamiento que puede durar meses o años, casi no hay señaléticas que indique que se está de paso. Lo que es peor, es que se percibe que la transitoriedad, pareciera estar ligada a acortamientos del tratamiento de manera abyecta.

*Es necesario mantener la idea de transitoriedad pero en el sentido que la vida de las personas y los trabajadores accidentados, se hace en sus casas, en sus barrios, con sus amigos, con sus compañeros de trabajo. Porque en la mantención de esos vínculos, se asienta la reconstrucción de la vida y la inclusión laboral.*



## Interpretaciones en torno al tiempo y a la temporalidad:

Si bien es cierto que el tiempo que se requiere para una rehabilitación adecuada es una decisión técnica, no es menos cierto que genera diversas interpretaciones en torno al devenir del paciente en el seno de la familia o de la empresa. Se tiende a suponer que hay una relación directa entre el tiempo y la gravedad del accidente o que dicho tiempo, estaría amplificado intencionalmente. A veces, la empresa supone esto último y lo atribuye a ineptitud del médico o del Equipo de Salud o simplemente a mal manejo administrativo. El médico por su parte, a veces interpreta que las razones del porqué un paciente no se recupera en el tiempo previsto, se explica por una voluntad de ganancialidad. El sentido del tiempo es entonces, algo que manejar con cuidado considerando que éste se ve de maneras distintas de acuerdo al rol ejercido.

*Parece compleja la idea de la construcción del alta desde el inicio, mas bien esta se asocia como un hito al final de un proceso.*

*La experiencia dice que hay que incluirla desde las conversaciones de inicio: que el primer diagnóstico incorpore la idea de tiempos, es una manera de hacerlo. Aunque naturalmente, en el contexto de lo transitorio. No hacerlo significa problemas para el paciente y también para el médico en el sentido de que muchas veces se transforma en una acción que genera angustia y frustración.*

Solo así no colaboraremos en transformar de manera hiatrogénica a un trabajador con un problema y con un alto riesgo de secuela, en un ser pasivo, depresivo, temeroso e irritable y muy lejano a su identidad de trabajador. O dicho de otra forma, resulta útil hacer distinciones en el lenguaje y no hablar de enfermo o de paciente sino de trabajador accidentado.

Quando el médico espera terminar su trabajo para dar el alta, no debe olvidar que el mundo de las *personas no se ha suspendido mientras está en condición de paciente. A pesar de estar hospitalizado o con licencia y controles permanentes, la persona mantiene sus vínculos. Y eso es altamente deseable para la recuperación del paciente ya que se asocia con promover y desarrollar procesos de resiliencia.*

También se observa -desde afuera- un proceso que se percibe como resistencia, como una actitud de resistencia del paciente: Durante el proceso de rehabilitación, el paciente necesita construir un “espacio seguro” (donde se vaya construyendo su nueva identidad) y para lograrlo, asume una actitud de “dejarse llevar”, es decir, ser un “paciente” sin apellidos. Esta actitud pasiva suele ser reforzada por el equipo de Salud porque es un paciente que no molesta, que acepta todo.

*Pero, cuando éste es dado de alta, suele resistirse al alta porque la sentirá como una amenaza a la precaria estabilidad que había construido. Entonces, el paciente en vez de valorar el alta porque ella es señal de avance, tiende a sentirse expulsado y nuevamente vulnerable.*

*Por esto es necesario insistir en el valor de la condición de transitoriedad cuando definimos la relación con un trabajador accidentado.*

*Por otra parte, desde la perspectiva del empresario, la idea de que su trabajador se transforme en un mero paciente, constituye el primer paso para la lejanía y el desligamiento. Es cierto que el trabajador accidentado es un paciente así como también es cierto que la identidad que lo define es la de trabajador. Olvidarse de ello es un riesgo.*

La incertidumbre que vive el empresario suele incrementarse. Una licencia que -naturalmente- llega cuando la otra se termina, que solo dice un monto de días pero no da luces de si habrán más, por cuánto tiempo, etc. no le permiten al empresario hacerse un cuadro en perspectiva de lo que está pasando. Por la naturaleza de su trabajo, el empresario suele ser un experto en construir respuestas a la incertidumbre pero necesita información como insumo. Y esa hay que entregársela con prontitud y claridad. De otra forma, se bloqueará la necesaria construcción de confianzas.



**La generación de programas y protocolos que permitan mantener el vínculo permanente con la empresa minimiza el riesgo social asociado.**

Por ello, es indispensable la generación de instancias intermedias que no son clínicas pero que si son parte del proceso de rehabilitación. Porque siempre es así: *el accidente es un hecho clínico pero el enfrentamiento de él y su tratamiento es un fenómeno psicosocial* muy complejo y que incluye a muchos actores más allá del clínico.

*Las cinco  
primeras horas...*

# I

Sonó el despertador y de un brinco saltó de la cama. El cansancio y las horas de turno comenzaban a dejar huella en su desgastada figura. “No trabajes tanto Juan” eran las palabras que Elena, su mujer, constantemente repetía. Las cosas no andaban bien entre ellos, las caricias y besos amorosos, habían quedado atrás para dejar espacio al tedio y la rutina de una semana que recién comenzaba. Se alistó prontamente para salir de casa, el sol despuntaba a esa hora mientras Elena aun dormía. Quizás lo ayudó que ese día no pasó a comprar el diario que habitualmente lo ayudaba a recomponer su estado de ánimo, o que ese día, había menor cantidad de tráfico. Todo eso lo había hecho llegar a tiempo a su trabajo.

En casa, Elena comenzaba muy temprano la jornada mientras sus hijos, que se encontraban de vacaciones, correteaban por el patio. Todo parecía indicar que sería un día más....La sucesión de hechos fue muy rápida. El teléfono no demoró en sonar y ella atendió. Una voz desconocida y algo cautelosa habló:

*- Señora Elena, soy el prevencionista de riesgo de la empresa de su marido. Quiero que sepa que él está bien pero tuvo un accidente. Se lo llevaron al Hospital Mutual de Seguridad.*

**Frecuentemente, es el prevencionista quien informa de un accidente.  
Si es un accidente de tránsito, suele ser carabineros.**

De manera abrupta, Elena hizo callar a los niños. Más por miedo que por obediencia éstos siguieron sus instrucciones y casi instintivamente Fabián, el mayor de ellos, abrazó a su hermana Sofía susurrándole al oído:

*- ¡Shhhh! Quédate calladita que la mamá está hablando.*

La sonrisa de Elena rápidamente comenzó a mutar en una mueca de horror. Sus manos comenzaron a temblar y el color abandonó su rostro mientras clavaba su mirada fija en el suelo. Intranquila, comenzó gradualmente a disminuir el tono de su voz...apenas unas frases audibles lograban escapar de su boca:

*- Pero... ¿Cómo está? ¿Qué pasó? ¿Fue grave?*

**Aquí como en la mayoría de las situaciones graves, las respuestas más significativas que se observan son de índole corporal perceptivas.  
Aún no hay conciencia de lo que está pasando.**

El hombre al teléfono prosiguió:

- *Lamentablemente no le puedo dar esa información. Véngase lo antes posible y acá lo conversamos.*

**Aparece la incertidumbre; es una emoción que embarga al accidentado como su familia durante largo período.**

Tras colgar el teléfono, un fuerte escalofrío la sacudió. Las escuetas palabras del hombre retumbaban en sus oídos: “un accidente...el hospital...no puedo dar esa información”. El temor se apoderó de su cuerpo y ante la mirada atenta de sus hijos comprendió que debía hacer un esfuerzo por reincorporarse y hacerse cargo de la situación.

Era como vivir una realidad paralela pensaba: “esto no me está pasando, no puede ser verdad”. Las lágrimas comenzaron a deslizarse por sus mejillas y una intensa sensación de inestabilidad amenazó con desplomarla.

**Es frecuente, la sensación de despersonalización entendida como la sensación de sentirse extraño a sí mismo, a su cuerpo y al ambiente que rodea a la persona.**

El miedo y nerviosismo eran evidentes. Se movía de un lado a otro como buscando una solución o una respuesta a algo que no terminaba de comprender. Los niños permanecían paralizados observando atentos desde un rincón, esperando...simplemente esperando.

**Se instala la crisis: hay una emoción y un compromiso corporal muy intenso pero ninguna de las estrategias habituales para resolver conflictos, es válida para este momento.**

Un silencio ensordecedor cubrió la casa. A Fabián, le tomó algún tiempo armarse de valor y hablar. A través de un susurro tembloroso y algo tímido preguntó:

- *Mmmm Mamá, ¿Pasa algo?*

**El niño pide a su madre una explicación acerca de lo que pasa; así es como las personas van ordenando su caos inicial, es decir, intentando conceptualizar y entender cognitivamente qué está pasando.**

Mientras se arrodillaba para comunicar esta noticia a sus hijos, se detuvo de golpe a pensar: “¿Cómo se los digo? ¿Lo comprenderán? ¿Cometeré un error si los alarmo innecesariamente?”.

**La respuesta acoge no solo el contenido intelectual acerca de lo que ha pasado sino también, que minimicen el impacto emocional que puede provocar en los niños. El rol materno de cuidadora de su prole es aquí evidente, posponiendo su propio temor y desconcierto.**

Enjugando sus lágrimas Elena se volvió hacia ellos y entre sollozos les comunicó que a su padre le había dolido la “guatita” y que lo habían llevado al doctor para que se sanara. Mientras tanto, deberían quedarse con la vecina sin contradecir esta decisión. No fue hasta después de un momento, que el pequeño reparó en que algo no andaba bien. Sabía que se le estaba ocultando algo y, sin embargo, prefirió guardar silencio para no preocupar a su hermana...Ese fue el primer día del resto de sus vidas...

**Aparece un fenómeno llamado negación -no está pasando lo que yo si siento que está pasando- es decir, negar para proteger a la familia. En un comienzo este mecanismo de defensa asume un carácter altamente protector, si se mantiene en el tiempo, se rigidiza y puede tornarse altamente disfuncional**





## II

Los llamados no tardaron en llegar...

*- ¿Qué le pasó?, ¿Cómo estás tú?, ¿Dónde se lo llevaron?*

Sentía que aquella persona que repetía mecánicamente la información que le solicitaban no podía ser ella porque, en realidad, esto no podía estar pasando. Rápidamente tomó un taxi:

*- Vamos a Hospital Mutual de Seguridad- exclamó la voz de su hermano a quien siquiera había advertido hasta entonces.*

Mientras continuaba el recorrido, diversos recuerdos y conversaciones sostenidas con Juan, se vinieron a su cabeza:

*- Otra vez tarde Juan ¿Por qué te empecinas en trabajar tanto? Los niños ya ni te ven.*

*- ¿Y tú crees que es fácil mantenerlos? Las cosas no son gratis en esta vida. Lo mínimo que espero es que cuando llego a mi casa, por lo menos pueda descansar, pero aquí tengo que estar pelando otra vez contigo.*

**Estos pensamientos recursivos generan emociones contradictorias y a veces muy dolorosas.**

Los sentimientos de impotencia, culpa, frustración y resentimiento no demoraron en hacerse presentes.

*- “Siempre corriendo” –pensaba. “Y nunca tuvimos tiempo para sentarnos a hablar de nosotros, para decirle que es mi viejo y que lo quiero, que no era necesario tanto esfuerzo y ahora ni si quiera sé si pueda decírselo”.*

**La impotencia de no poder volver atrás.**

Intentaba buscar alguna respuesta o mensaje encubierto, repasaba una y otra vez en su cabeza los comportamientos de su marido.

*- Él estaba bien callado la última semana...como si lo hubiese sabido.*

De pronto, alguien interrumpió la línea de sus pensamientos, era su hermano quien le comunicaba que ya habían llegado al hospital. Rápidamente, dirigió sus pasos a la Unidad de Cuidados Intensivos en donde había sido ingresado su marido.

*- ¿Qué va a pasar ahora?, ¿Cómo salgo de esto?, ¿Qué pasará con los niños?-pensaba.*

Batas blancas por doquier, un grupo de paramédicos en las lejanías sonriendo de manera casi insultante para Elena quien, no lograba comprender que la vida de otros seres humanos continuara, mientras la suya se hacía pedazos. Después de todo *¿Dónde estaba Dios para impedir que esto hubiese ocurrido?*

**Un hospital es un espacio desconocido para la mayoría de las personas; es otro mundo que tiene una manera de relacionarse distinto y que genera en los familiares sentimientos de temor y desamparo.**

El doctor se dirigió con paso firme, y sin rodeos informó:

*- Don Juan sufrió un accidente, resultó con una fractura de columna cervical baja, fractura de pelvis y anillo y un TEC cerrado complicado. Se encuentra en coma inducido. Está grave y con riesgo vital. Las primeras horas son cruciales así que hay que tener paciencia y esperar.*

**Esto es lo que los médicos dicen -y deben decir- porque sus protocolos lo exigen y porque no se contempla en ellos el impacto emocional que provocan.**

No daba crédito a la información que escuchaba. Le parecía que ese hombre que pronunciaba el diagnóstico de su marido de manera tan fluida y elocuente, definitivamente no hablaba su mismo idioma. El terror comenzó a invadirla, sus manos temblaban y su corazón se agitaba, haciendo doblemente difícil la tarea de comprender lo que le había ocurrido a su marido. Al fin se armó de valor y preguntó:

*- ¿Doctor, qué significa esto?*

*- Que su marido va a permanecer en coma inducido y que hay que ser pacientes y esperar a ver como evoluciona-Dijo el doctor. Inmediatamente después de esto, se marchó rumbo a su oficina.*

**El habla desde la explicación de un problema y ella requiere mucho más: requiere un gesto de amparo, un comentario sobre la excelencia del hospital donde está o del alto nivel de los profesionales que trabajan allí para que ella sienta algo de seguridad y calma...**

Elena tuvo que permanecer por varios minutos en el mismo lugar en donde el doctor la había dejado. Se acrecentó en ella el temor y la incertidumbre. Aunque no había comprendido completamente lo que ocurrió a su marido, sabía que había algo innegable: Esto era grave.

*- ¿Vivirá? Y si vive ¿volverá a caminar? ¿Qué es un TEC cerrado complicado? ¿Por qué está en coma?- fueron algunas de las preguntas que la atormentaron en las siguientes horas y días.*

**Es probable que para estas preguntas y otras, haya respuesta en el curso del tratamiento exigen lo cual exige desarrollar la emoción de la templanza**

Sentía como si estuviese cayendo al vacío, sola, completamente sola. Se encontraba rodeada de personas que algo intentaban decir, probablemente para tranquilizarla, pero lo cierto, es que ya nada podía hacerla volver a la calma que alguna vez tuvo. Solo una certeza se plasmó en su mente: “Debo ser fuerte para mis hijos porque ahora dependen de mí”.

**Frecuentemente el foco de la fortaleza, es saber que hay otros que dependen de uno.**



## **CAPÍTULO 2.**

**¿Cómo nos diferenciamos  
a través de una experiencia  
de servicio memorable?**

## 2. ¿Cómo nos diferenciamos a través de una experiencia de servicio memorable?

### Hacia la construcción de confianzas en la relación médico-paciente.

Mutual de Seguridad, ha definido como parte de su oferta de valor para los clientes, la entrega de una experiencia de servicio memorable y resolutiva, en el marco de la seguridad social.



*¿Cómo es que esta experiencia se hace realidad, y cuales son las brechas y dificultades para alcanzarla?, son algunos de los contenidos de este capítulo.*

Con los años, nuestra sociedad ha sufrido cambios importantes, algunos de ellos, muy significativos en esta área.

El empoderamiento creciente de los ciudadanos incluye a nuestros pacientes y a sus familias. Hay exigencias, hay peticiones acerca de cómo deben ser tratados y que está muy lejos -afortunadamente- de la vieja idea que ser paciente consistía en tener mucha paciencia. En la actualidad, existe la percepción que todos tenemos derechos a ser respetado y bien atendidos.

Las familias esperan tanto información como contención emocional como efectivamente tienen derecho a tenerla.

Pero nuestras instituciones de Salud son lentas al cambio y de una u otra manera, siguen sintiendo que los que reclaman son abusivos y que la exigencia es sinónimo de ganancialidad. Es cierto que hay personas que abusan. Abusan unos porque se sienten superiores y otros por resentimiento. Y otros por muchas otras razones.



*Pero este tipo de diagnósticos sobre el abuso —que pueden tener visos de realidad- no nos permiten avanzar y por tanto es un diagnóstico sesgado y estéril. Es más una trampa intelectual que una oportunidad de cambio.*

En conjunto deberíamos promover relaciones respetuosas porque solo así crece la confianza. La confianza la necesitamos para volver a creer en uno mismo, para que las empresas sigan haciendo negocios, para que las familias estén tranquilas teniendo la confianza en que su familiar será ayudado a salir de este trance.

Por tiempo, se pensó que tratar a los pacientes como clientes mejoraría el estilo relacional en el sentido que tendería a la horizontalidad de los vínculos. Y de alguna manera ello tuvo ese efecto.

*La construcción de confianza* es y será un desafío para las relaciones entre Trabajadores, Empresas y Mutuales. Experiencias que abordan la integralidad de la problemática, han mostrado que es posible construir caminos de confianza y articulación ya que ayuda significativamente a los médicos a construir el alta clínica de manera integrada con la visión última de reintegro a la sociedad del trabajador accidentado.

Un trato cálido y cercano entre el médico y su paciente es un factor clave y muchas veces define el curso de la rehabilitación. Desde los griegos hasta acá, se ha reflexionado sobre esta interacción y para muchos autores, es la principal variable a la hora de que un paciente se sane.

## ¿Cómo se construye este tipo de relación?

*En primer lugar habría que tener en cuenta que -al revés de lo que piensan muchos médicos- su conversación con el paciente no es puramente intelectual ni objetiva.*

*Siempre hablamos desde una o más emociones y desde una gestualidad determinada. Puede que no seamos conscientes de ello pero eso no lo hace cambiar. Es nuestro desarrollo cerebral y ontológico el que lo permite.*

El que uno diga algo desde una emoción de escuchar y acoger o desde una gestualidad atenta, es bien distinto que si uno dice lo mismo mientras está viendo su celular o el computador porque ello muestra una gestualidad que se asocia con falta de compromiso.

Observamos una traumatóloga que suele ser percibida como buena médico y no tiene quejas de sus pacientes.

*¿Qué hace ella de especial que sus pacientes se sienten bien atendidos?*

Observamos que ella saluda a sus pacientes, y cuando los examina hace gestos de amparo por su dolor. Si la estuviéramos viendo detrás de un espejo y no escuchásemos lo que dice, *veríamos su gesto corporal de cercanía al otro. Alguien cuyo cuerpo está conectado con lo que está haciendo.*

*Se instala entre ellos una conversación sobria y en que ella intercala preguntas con comentarios sencillos y amables.*

Cuando le preguntamos cómo lo hace, parece incómoda por la evaluación positiva porque tiene la sensación de no hacer nada en particular. Solo dice ser respetuosa. Efectivamente es así. Lo que no sabe es que esto que ella hace automáticamente y sin conciencia, es producto de un entrenamiento inconsciente desde la niñez y que es parte de la socialización. En nuestra sociedad, efectivamente a las mujeres se les permite un reconocimiento y legitimación de las emociones mayor que al hombre.

Algunos autores reconocen estas habilidades como habilidades blandas y/o como parte de la inteligencia emocional.

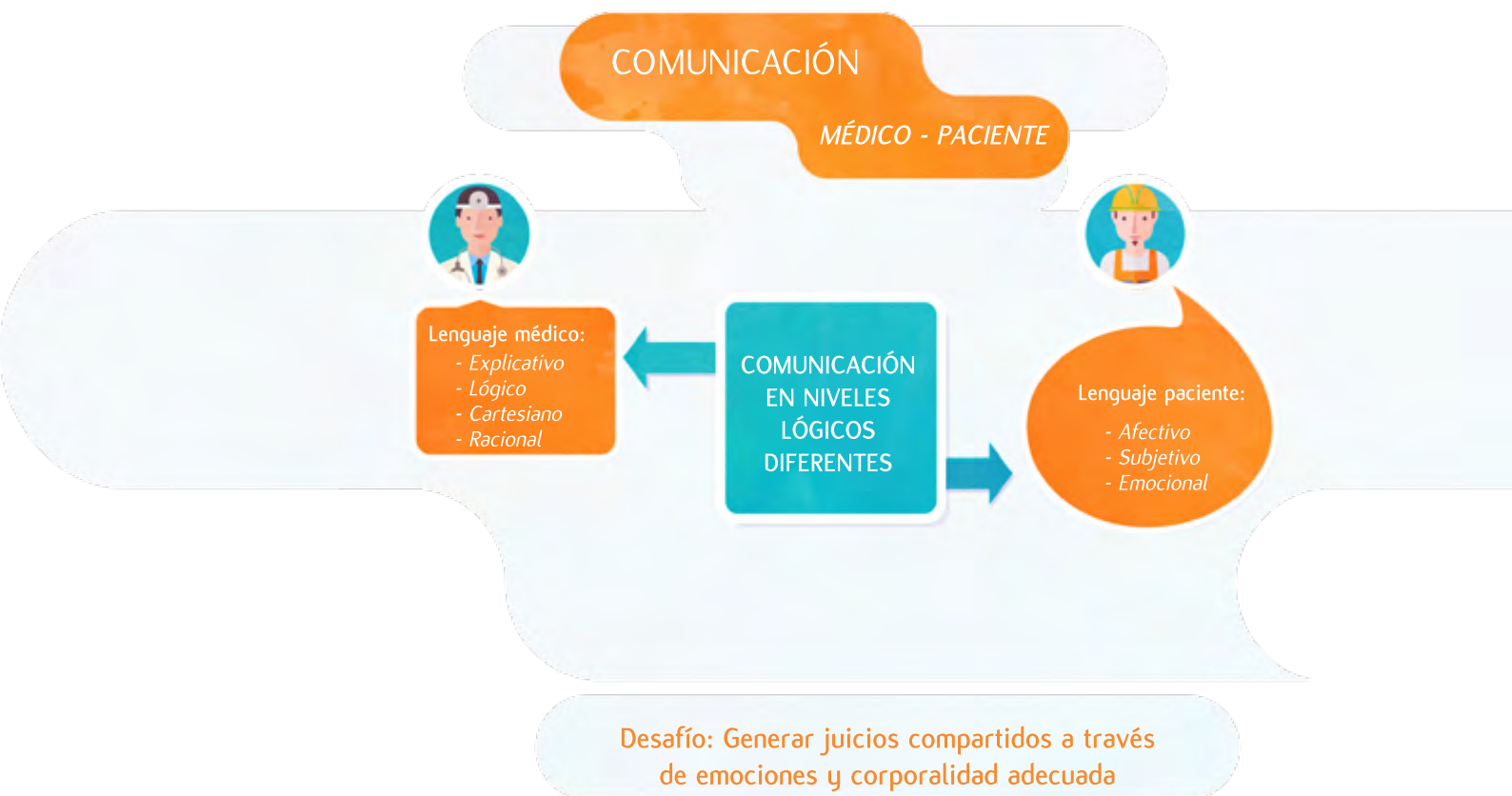


Y si uno no tiene conciencia de en qué emociones habita cuando habla con los demás o no tiene conciencia desde qué corporalidad se comunica, tendrá más dificultades que otro en comunicarse. Porque está demostrado (Axioma 1 de la Teoría de la Comunicación) que es imposible no comunicarse. O dicho sea de otra forma, siempre estamos comunicando emociones a través de la postura y la gestualidad.

No es posible estar en “neutro”. Cuando creemos estar siendo neutros, es porque no estamos conscientes de ningún propósito particular. O que lo que estamos escuchando, resulta tan poco interesante que no lo oímos.

Es decir, nuestra actitud neutra, perfectamente pudiere ser leída por nuestro interlocutor como un gesto de descompromiso y desinterés. El poder que tiene el médico deriva de su condición de clínico y del respaldo que tiene institucionalmente. Sin ese poder -del todo legítimo- sería muy difícil conducir el proceso de rehabilitación de su paciente. Por eso tiene sentido instalarlo y mantenerlo. Y por eso, hay que trabajar las emociones para hacerlo bien.

Es responsabilidad del médico construir una relación armoniosa desde el poder institucional y profesional que lo define.



La armonía es un conjunto de elementos intelectuales, emocionales y gestuales que permiten que dos personas de historias culturales, económicas y personales absolutamente distintas puedan construir una relación cuyos propósitos benefician a ambos. Los médicos como otros profesionales, han sido entrenados para creer que la razón está exclusivamente ligada a la lógica del pensamiento. Efectivamente la rigurosidad de lo que se dice es muy importante.

Pero no suficiente. Aunque el médico hiciese su mejor esfuerzo para explicar un diagnóstico con una claridad de excelencia, podría ocurrirle que no le creyeran o que no le entendieran o que se negaran –inconscientemente a escuchar lo que él dice....

*El médico tiende a creer que basta con su expertis clínico. Sin embargo, la conversación con el paciente es un acto comunicacional que se establece -paralela y simultáneamente- en los dominios del lenguaje, de la afectividad y la gestualidad. El que ello no ocurra de manera consciente no deja de ser real. Efectivamente todas nuestras conversaciones, están sostenidas en una emoción. Y sería bueno para ambos, que la conversación con el paciente esté sostenida por la emoción de respeto y contención.*

Porque en la relación con sus pacientes, los médicos permanentemente tendrán que contenerlos emocionalmente.

*La contención emocional no se hace con arrumacos u otro tipo de gestos de la intimidad como a veces se cree. En el ámbito médico se hace con una gestualidad del respeto y la confianza en la que el médico debe transmitir seguridad, certeza y eficiencia. Las emociones de la contención son -entre otras- la serenidad, el respeto, la aceptación del otro.*

*Por el contrario, quien ha vivido una situación límite, sabe que lo que más se necesita es contención emocional. La persona accidentada está asustada, adolorida, perpleja y sintiendo que se desmorona su espacio de seguridad. Claro que quiere ayuda médica eficiente. Pero para que sea valorada esa atención, se requiera que ella perciba que este profesional -el médico- está poniendo orden en el mundo que se está desarmando y eso es una acción de la esfera emocional corporal que el médico debe tenerlo como parte de su socialización y/o debe ser entrenado.*



Un buen ejercicio para incrementar las competencias que permiten la armonía, es estar conscientes de nuestros propios prejuicios y miradas de mundo. Frecuentemente creemos que el ser personas correctas, nos exime de estos riesgos.

*Sugiero observar al paciente desde emociones como la ternura y en otras ocasiones desde la rabia.*

*Hágalo a propósito para que pueda estar consciente de las diferencias. Es interesante observar cómo emerge un estilo relacional u otro, dependiendo de la emoción en que estamos.*

Si alguno cree que su mundo personal es lo que define las reglas del mundo y no hay más, tenga por seguro que se perderá la oportunidad de conocer cómo, las personas que no son como

Ud., pueden también resolver sus problemas existenciales.

Pero lo más grave de su actitud, es que sin proponérselo **retardará la puesta en práctica de los recursos personales y sociales de su paciente en función de su recuperación.**

Y aunque Ud. no sea consciente de ello, estimulará en el paciente la paralización y por tanto con toda razón, la entidad de salud podría reclamarle el incremento de los días de tratamiento.



*Retrasar los procesos de recuperación socio-emocional, incide claramente en los costos de atención en el sistema de salud y a la vez, incide negativamente en la percepción de eficiencia que construyen las empresas clientes sobre la Mutual.*

Ambos elementos parecen suficientes argumentos para sugerir que los médicos y el conjunto del equipo tratante, deba entrenarse en habilidades y competencias blandas o lo que en conjunto llamamos Inteligencia Emocional.

Existen innumerables artículos de Neuropsicología y de Neurociencias que informan como la dimensión emocional y la intelectual están completamente imbricadas, lo que desafía y tensiona el actual rol del médico.

En la actualidad se dispone de diversas *herramientas que favorecen la construcción de un diálogo productivo y fluido con los pacientes.*

Una de ellas es el uso de metáforas. *Las metáforas tienen la cualidad de articular el mundo formal con el cotidiano -afectivo social- en que transcurre la vida del paciente.*

También Ud. podría complementar la información con pequeños esquemas o dibujos explicativos. No perderá tiempo, al contrario; lo más probable es que el dibujito ahorre mil palabras. Y no se estrese porque sea malo para el dibujo porque nadie evaluará esos aspectos. Se trata que Ud. defina en qué quiere poner el énfasis y haga el dibujo para ese propósito.



---

*Este tipo de herramientas es muy útil en diversas situaciones; cuando Ud. tiene que informarle al paciente que el dolor que siente no es parte del proceso ligado al accidente; que el dolor es una coincidencia casual o parte de otros procesos (la edad por ejemplo). Recuerde que las metáforas tiene que construirlas desde el mundo cultural de su paciente y no al revés. Si olvida este detalle, la herramienta no sirve.*

*A lo largo de este guía hemos insistido desde distintas perspectivas, en la importancia de fomentar el estatus de trabajador mientras éste tiene condición de paciente. Y ello porque la mantención de esa identidad facilita la emergencia de fenómenos reparatorios y de resiliencia indispensables para que se pueda desarrollar el proceso de inclusión laboral posterior.*

**LEY**

**16.744**



## **CAPÍTULO 3.**

**¿Cuáles son las competencias y estilos relacionales que favorecen el retorno al trabajo?**

# 3. ¿Cuáles son las competencias y estilos relacionales que favorecen el retorno al trabajo?



*¿Cómo es el profesional médico de Mutual de Seguridad?, ¿qué lo distingue de un profesional de otras instituciones? son algunos aspectos que trata este capítulo.*

La ley 16.744, llamada ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, expresa una relación de preocupación y respeto de la sociedad -y de los empresarios en particular- con el trabajador y el mundo del trabajo. Es en el marco de esta ley, que se desenvuelve el trabajo de los equipos de salud en Mutual de Seguridad.

Ese espíritu enmarca las prestaciones que se pueden otorgar y a la vez, la calidad de ellas. El médico que trabaja en ella debe saber que el espíritu de esta ley es colaborar con la inclusión del trabajador y por tanto, debe considerar en su atención, competencias clínicas y emocionales, para dar un servicio eficiente en el tiempo y la forma y estar abierto a considerar el ámbito clínico como uno más de los ámbitos en que se procura el retorno al trabajo del trabajador accidentado. Los factores protectores desde la perspectiva del paciente no son uno en particular sino más bien, el conjunto de elementos que se

configuran y reconfiguran para adaptarse y a la vez, transformar las nuevas situaciones.

Los factores protectores desde la perspectiva del médico y del conjunto del equipo de salud, son la presencia de conductas que revelan un buen desarrollo emocional-social. Amén de las definidas como parte de las competencias para el trabajo en equipo, resulta altamente valioso que el trabajo profesional se constituya como un motor de resignificación y trascendencia personal. No es lo mismo hacer bien el trabajo, que hacerlo sintiendo que ello le produce satisfacción y un sentido de deber cumplido o sentimientos de identidad personal u otros que le otorgan sentido.

*De las variadas competencias del trabajo en equipo, resulta altamente relevante para el buen desempeño del equipo de Salud en su conjunto, la construcción de la confianza y por tanto la capacidad de delegar y ponderar responsabilidades de acuerdo a las necesidades del paciente.*



La necesidad de cambios en el estilo interaccional de los médicos y del equipo de salud, responde a cambios en la estructura de las empresas de salud que hoy definen su accionar en la gestión eficiente y a cambios en las empresas a las que pertenecen los trabajadores

accidentados las que requieren incrementar su imagen corporativa y minimizar los conflictos internos; y también responder a cambios en el rol social de los individuos y las familias en el Chile de hoy.



*Cuando la interacción del paciente con el médico es deficiente, se produce inevitablemente una extensión del tratamiento, sea porque el paciente se resiste al alta, sea porque la mala atención ha hecho desarrollar resistencias en los pacientes, la comunicación no ha sido lo suficientemente clara para mantener adherencia al tratamiento. La mala relación con el paciente puede estar a la base del incremento de quejas y demandas en los tribunales de justicia (judicialización) que no solo encarecen el tratamiento sino representan un deterioro de la imagen corporativa.*



*Los médicos también deben actualizar su estilo de liderazgo. El médico que define solo el curso de la atención de su paciente ha dado paso a un médico que trabaja en el marco de un equipo de salud. Este enfoque permite responder a los requerimientos de hoy que van más allá de lo clínico. Debe por tanto, aprender habilidades comunicacionales para trabajar en equipo, para desarrollar capacidades empáticas, para sostener conversaciones que posibiliten la evolución eficiente del caso.*

La Salud ha sufrido cambios a lo largo de los tiempos y seguirá cambiando. La idea de que la enfermedad y los accidentes son un tema clínico ha definido su quehacer por mucho tiempo. Pero hoy día hay que redefinirlas.

Los elementos expuestos hacen ver que ello debe evolucionar porque no es posible responder a las demandas sociales de integración e inclusión con un modelo médico restrictivo. A la vez, las modernas empresas de salud requieren eficiencia de gestión y ello no es compatible con acciones profesionales desligadas de las tareas colectivas definidas por la Misión de la empresa.

- *Lograr la confianza y fidelización de sus clientes es una norma básica en una empresa que pretende lograr una buena gestión y altos estándares de rendimiento.*

Las empresas clientes, requieren de un sistema de información y gestión del caso que le permita estar informada y con ello, se vaya construyendo lazos y vínculos que posibiliten conversaciones para el reingreso al mundo laboral del trabajador accidentado. La actitud de aceptar a un trabajador que ha quedado con una secuela, se va construyendo en el tiempo por personas que articulan -desde Mutual- una relación que promueve la inclusión. Hay muchos elementos involucrados para que ello se produzca y sin duda, la buena voluntad o el temor a las demandas, no es suficiente. Para ello es necesario que dentro de los equipos de salud exista una construcción complementaria entre los aspectos médicos y psicosociales.

Por otra parte, un elemento clave, es la fortaleza de las redes en que se mueve el paciente

y/o su familia. Y con ello, pensamos no solo en las redes familiares sino las vinculadas al trabajo, a actividades comunales, religiosas, deportivas, políticas, etc.

*Cuando las personas tienen redes sólidas, frecuentemente han aprendido a relacionarse con otras distintas, a ponderar elementos de juicios disímiles, a creer en su fuerza conjunta y a flexibilizar las exigencias a sí mismo y a los demás, etc.*

Cualquier persona con cualquier tipo de personalidad, si está integrada a redes sólidas, tiende a más y mejores perspectivas de una inclusión laboral exitosa. Las personas con pocas redes suelen tener juicios más absolutistas y rotundos que dificultan su capacidad negociadora.

Personas con disposiciones corporales tendientes a la pasividad muestran menos fuerza para sostener conflictos o dificultades. Frecuentemente, son pacientes poco confrontacionales pero con actitudes de resistencia pasiva. Ello los transforma en personas de riesgo porque tienen rechazo al cambio y se encapsulan en respuestas mágicas más que en procesos activos de cambio necesarios para desarrollar la rehabilitación y luego la inclusión. Y se tornan de riesgo porque el rechazo pasivo, la resistencia, las conductas evitativas, son poco claras para el equipo tratante. Se notan poco porque no implican conflicto explícito, pero son conductas de gran fuerza paralizante y sabotadores a cambios indispensables en el día a día de su rehabilitación.



## Tips a Destacar:

### 1- Habilidades comunicacionales:

usar lenguaje sencillo y claro

hablar desde una emoción de respeto



*la relación con su paciente*

ES

*un acto comunicacional*

con una actitud corporal de calma y contención emocional

## 2.- Construcción del alta debe ser hecha desde las primeras atenciones

### Primer período

Hablar del presente en función de la inclusión laboral futura.

Incluya idea de que el paso por el hospital, es siempre transitorio.

### sigue siendo un trabajador...

Desarrollar articulaciones con equipo psicosocial para mantener e incrementar vínculos con empresa del trabajador.

Hablar de la evolución y la rehabilitación como un esfuerzo de ambos.

Siempre enfatizar que este período es parte de un proceso y de un esfuerzo común.

### el alta da paso al desafío de acciones y aprendizajes cuyo objetivo es la inclusión

Entregar el alta como un logro: es decir, comparando el estado en que llegó y la condición actual.

con un gesto corporal de satisfacción y de complicidad.

Incorpore información sobre el proceso de inclusión en marcha por parte de equipo psicosocial.

*Lo que ud. ve como "objetivo"  
es un juicio y no la realidad.*

*Cuando ese juicio es compartido por la mayoría de los que lo rodean, se tiene la impresión que eso es la realidad. Y con ello, pareciera que nada se puede cambiar. Juicios como que los pacientes son gananciales, bloquea perspectivas de una comunicación fluida.*

*Si se quiere producir cambios, se debe tener en cuenta que los juicios cambian de acuerdo a diversos factores y por tanto, pueden modificarse.*

### 3.- Una inadecuada comunicación con el paciente

Interfiere la rehabilitación

Prolonga artificialmente el tratamiento

Deteriora imagen corporativa

Incrementa los costos de atención

Afecta la adherencia al tratamiento





# Bibliografía

- 1.**  
 Título: **"El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad"**  
 Autor: Palacios, Agustina. Año 2008.  
*España. Citada en tesis de Paz García F.*
- 2.**  
 Título: **"Manual de Salida: construcción del Alta Clínica"**  
 Autor: Ps. Gloria Maureira  
*Programa de Coaching para Médicos. 2010. Dirección Médica. Gerencia de Salud. Mutua de Seguridad*
- 3.**  
 Título: **"Pacientes o Clientes"**  
 Autor: Ps. Gloria Maureira.  
 Programa de Coaching para Médicos. 2009.  
 Dirección Médica. Gerencia de Salud.  
 Mutua de Seguridad
- 4.**  
 Título: **"No es posible no Comunicar"** (EBOOK)  
 Autor: Paul Watzlawick  
 Editor: Herder, 2014
- 5.**  
 Título: **"Inteligencia emocional"**  
 Autor: Daniel Goleman  
 Editor: Kairos, 1996
- 6.**  
 Título: **"Manual de Primera Atención"**  
 Autor: Ps. Gloria Maureira  
 Programa de Coaching para Médicos. 2011.  
 Dirección Médica. Gerencia de Salud.  
 Mutua de Seguridad
- 7.**  
 Título: **"Inclusión Laboral para trabajador accidentados"** (Artículo)  
 Autor: Comisión de Seguridad Profesional del Seguro contra Accidentes del Trabajo.  
 Ontario. Canadá. 2008
- 8.**  
 Título: **"Los nuevos liderazgos médicos"**  
 Autor: Ps. Gloria Maureira  
 Programa de Coaching para Médicos. 2009.  
 Dirección Médica. Gerencia de Salud.  
 Mutua de Seguridad
- 9.**  
 Título: **"Ontología del Lenguaje"**  
 Autor: Rafael Echeverría  
 Editor: J.C.SAEZ  
 Comunicaciones Noreste Limitada 2003

---

*Nuestros programas se encuentran disponibles a nivel nacional. Para acceder a ellos, contactar con nuestra Área Psico-Social.*

Región metropolitana:  
Fono: 26775388  
Correo: mtobar@mutual.cl

Regiones:  
Fono: 26775533  
Correo: pchandia@mutual.cl

[www.mutual.cl/salud](http://www.mutual.cl/salud)



---

*Agregamos valor a las empresas y sus trabajadores*



[www.mutual.cl](http://www.mutual.cl)

| Sede Corporativa Av. Lib. Bernardo O'Higgins 4850, Estación Central | Tel (56.2) 2787 9000 |