

Sección Praxis

LA VULNERACIÓN DE DERECHOS EN LA POBLACIÓN USUARIA COMO MANIFESTACIÓN DE *VIOLENCIA SIMBÓLICA* EN SALUD. INFORME DE SISTEMATIZACIÓN

*THE VULNERATION OF RIGHTS IN THE USER POPULATION AS
MANIFESTATION OF SYMBOLIC VIOLENCE IN HEALTH.
REPORT OF SYSTEMATIZING*

Autoras

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES*
KETTY CAZORLA BECERRA**

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES*

Chilena, académica e investigadora. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso. Trabajadora Social y Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Valparaíso.

Doctora en Ciencias de la Educación. Universidad de Barcelona. Correo electrónico: patricia.castaneda@uv.cl.

Código ORCID 0000-0002-4676-5872.

KETTY CAZORLA BECERRA**

Chilena, académica e investigadora. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso. Trabajadora Social y Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Valparaíso.

Magíster en Salud Pública. Universidad de Valparaíso. Correo electrónico: ketty.cazorla@uv.cl.

Código ORCID 0000-0001-7982-7948.

*Artículo recibido el 26 de abril de 2018/
aprobado el 08 de agosto de 2018*

Resumen

El artículo presenta los resultados de una sistematización cuyo objetivo busca analizar las manifestaciones de violencia simbólica presentes en las experiencias de atención sanitaria desarrolladas por los equipos de salud que se desempeñan en los establecimientos públicos y municipales localizados en la zona de Valparaíso Metropolitano, en el marco de la implementación de la Ley N° 20.584, de Derechos y Deberes de la población usuaria de salud. Para ilustrar esta expresión se analizan sus manifestaciones bajo el alero de la Ley N° 20.584, dictada en el año 2012 y que instaló un marco regulador normativo frente a los eventos de potencial violencia simbólica en el sector salud, haciendo explícitos los derechos y deberes que las personas usuarias tienen de conformidad con la Constitución chilena vigente. Se revisan los ámbitos temáticos de derecho relacionados con la dignidad, la autonomía y la información y el ámbito de la discapacidad, junto con los deberes usuarios, ilustrando las situaciones de violencia simbólica que se pudieran presentar en dichos contextos.

PALABRAS CLAVE

violencia simbólica,
derechos en salud,
deberes en salud

Abstract

The article presents the results of a systematization whose objective seeks to analyze the manifestations of symbolic violence present in the health care experiences developed by the health teams that work in public and municipal establishments located in the Metropolitan Valparaíso area, in the framework of the implementation of Law N° 20.584 of rights and duties of the health user. For illustrate this expression his manifestations analyze in the frame of the Law N°20.584 of Laws and Duties of the population using of health, dictated in the year 2012 and that installs a normative regulator opposite to the events of potential symbolic violence in the sector health, making explicit the Laws and Duties that the persons using have of conformity to the Chilean in force Constitution. The thematic areas of law related to dignity, autonomy and information and the field of disability are reviewed, together with the user duties, illustrating the situations of symbolic violence that they present in the above mentioned contexts.

KEYS WORDS

symbolic violence, right
in health, duties in
health

1. ANTECEDENTES

Para reflexionar desde una perspectiva social en torno a las situaciones de vulneración de derechos en las personas usuarias del sistema de salud, es posible recurrir al concepto de *violencia simbólica* propuesto por el sociólogo francés Pierre Bourdieu, quien la define como una relación social que expresa la asimetría en la distribución de determinados capitales; dando cuenta de la imposición de una arbitrariedad cultural, desde un poder arbitrario (Bourdieu y Passeron, 1996, p. 45). En este sentido, la *violencia simbólica* es desplegada por quienes han internalizado ciertas formas de dominación, permitiendo al orden social determinado reproducirse en el reconocimiento y el desconocimiento de la arbitrariedad que lo funda, solo porque este ha sido el habitual orden de las cosas (Pinto, 2002, p. 194). Es así como este particular tipo de violencia se realiza mediante un acto de conocimiento y paralelamente de desconocimiento, que supera a la propia conciencia y a la voluntad (Bourdieu y Wacquant, 2012, p. 217). Es un poder que se impone como legítimo, disimulando las relaciones de fuerza que lo fundan (Bourdieu y Passeron, 1996, p. 44).

La *violencia simbólica* será entendida entonces como una relación social en que el agente dominador ejerce un modo de violencia indirecta y no físicamente directa en contra del agente dominado, quien no la evidencia o no es consciente de dichas prácticas en su contra, por lo cual resulta ser cómplice de la dominación a la que está sometido. En consecuencia, la *violencia simbólica* resulta de la interacción de los agentes sociales involucrados en una dinámica de poder inequitativa, en donde una parte ejerce un poder invisible que no es reconocido como tal, presupone una complicidad activa por parte de quienes están sometidos a dicho poder y requiere legitimidad en quienes lo ejercen (Fernández, 2005, p. 12). De esta manera se reproducen y se refuerzan en el plano simbólico las relaciones sociales entre agentes que legitiman sus distinciones jerárquicas (Gutiérrez, 2004, p. 298). Según Bourdieu, los elementos básicos que constituyen a la *violencia simbólica* son las siguientes: *i*) Agente dominante, que corresponde a quien ejerce el poder simbólico; *ii*) Agente dominado, entendido como aquel sobre el que se ejerce el poder simbólico; y, *iii*) Capital simbólico, que es aquello que el dominado debe al dominante y que Bourdieu describe como: “una propiedad cualquiera, fuerza física, riqueza, valor guerrero, que, percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica” (Casal-Moros, 2014, p. 62).

Así, entonces, teniendo presente los componentes de la *violencia simbólica*, puede plantearse en términos generales que en el marco del funcionamiento

regular de las instituciones, procesos de trabajo y acciones sanitarias; el equipo de salud se encuentra en una posición favorable para ubicarse preferentemente en un rol de agente dominador, dado que su capital simbólico está basado en el poder experto derivado del conocimiento profesional y del manejo técnico y administrativo en que se enmarcan sus desempeños. Esta posición de poder de agente dominador se confronta con la posición de agente dominado en que tienden a situarse las personas usuarias del sistema de salud en sus modalidades público y privado, quienes demandan atenciones asociadas a las necesidades y problemas sanitarios que les aquejan en forma transitoria o permanente. A pesar de que la población usuaria posee su propio capital simbólico respecto a la salud y la enfermedad, su acervo tiene menos posibilidades de situarse en una posición de poder, dado que no está fundado en los patrones académicos de acumulación de conocimiento disciplinario respaldados en la evidencia y en la experimentación, ni es expresado a través de un lenguaje técnico especializado. Por el contrario, su acervo proviene de la experiencia directa, del aprendizaje cotidiano y de la observación constante de episodios de salud y enfermedad personales y familiares de los que forma parte, que comunica preferentemente a través de sus emociones y expresa a través de un lenguaje de características coloquiales y descriptivas. En consecuencia, el capital simbólico de la población usuaria puede ser rápidamente desplazado, instalando en su lugar el capital simbólico dominante del conocimiento experto, situación que regula la dinámica tradicional entre el equipo de salud y la población usuaria, consolidando una perspectiva que propicia condiciones para la ocurrencia de episodios de *violencia simbólica* en el contexto sanitario.

La dinámica que se despliega entre los componentes de la *violencia simbólica* está asociada al contexto cultural, desarrollando tres funciones interrelacionadas que corresponden a conocimiento, comunicación y diferenciación social, contribuyendo a la reproducción del orden social (Fernández, 2005, p. 11). Por lo tanto, en las ocasiones en que se configuran condiciones para que el equipo de salud pueda ejercer *violencia simbólica* respecto de la población usuaria, es porque se sitúa desde una posición de poder simbólico respaldada en un vasto dominio del conocimiento científico y como receptor de un importante prestigio social. Sus códigos de comunicación se expresan en un lenguaje clínico, altamente especializado y en muchas ocasiones críptico en sus significados, reforzando la posición de poder que ocupa en la relación y originando una profunda diferenciación social entre el equipo de salud como estamento técnico profesional y la población usuaria como receptora de las acciones de política social, especialmente en el sector público.

La dictación en el año 2012 de la Ley N° 20.584, de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en

salud, instala un instrumento regulador normativo frente a la potencial ocurrencia de manifestaciones de *violencia simbólica* en el sector salud, haciendo explícitos los derechos y deberes que la población usuaria tiene de conformidad a la Constitución chilena vigente. Los principios rectores del cuerpo legal corresponden a la dignidad y la autonomía de las personas, contemplan como principales focos de atención el reconocimiento del derecho a tomar decisiones libres e informadas y a recibir atención de salud segura y de calidad en sus prestaciones de salud. Sobre la base del cuerpo legal, el Ministerio de Salud organiza un catálogo de derechos y deberes (MINSAL, 2013) definiendo los siguientes ámbitos y derechos asociados: *i)* la dignidad, que involucra como derechos asociados el buen y oportuno trato, la no discriminación étnica, religiosa o de otro tipo, y la protección de los registros de procedimientos y tratamientos; *ii)* la autonomía y la información, considerando como derechos asociados la identificación del equipo de salud, el consentimiento informado para la intervención y la investigación, información del diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus consabidos riesgos, además de la necesidad de conocer los costos de la atención, entre otros aspectos; y, *iii)* en el ámbito de la discapacidad, destacan como derechos asociados la privacidad de los registros y la protección a la dignidad humana en caso de hospitalizaciones involuntarias –solo bajo particulares condiciones– y la contención física y farmacológica. Respecto de los deberes de la población usuaria, se destaca como principales obligaciones *i)* proveer un trato respetuoso al personal de salud; *ii)* informarse de las modalidades de atención y pago; *iii)* actuar conforme las normativas internas y reglamentos vigentes en el establecimiento; *iv)* entregar información veraz; *v)* cuidar las instalaciones y equipamiento de salud; y, *vi)* conocer los procedimientos para cursar reclamos y consultas.

Es así como el cuerpo legal propicia un marco de derechos y deberes, buscando imprimir una orientación ciudadana por sobre una orientación mercantil a la hora de definir la prestación de salud (León, 2012, p. 1492). Este marco relacional se posiciona desde una lógica de ciudadanía activa, vinculando la demanda de los derechos en la atención de salud con los deberes y responsabilidades que debe cumplir la población usuaria.

2. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El presente artículo expone los resultados de una sistematización, cuyo objetivo está orientado a analizar las manifestaciones de *violencia simbólica* presentes en las experiencias de atención sanitaria desarrolladas por los equipos de salud que se desempeñan en los establecimientos públicos y municipales localizados en la zona de Valparaíso Metropolitano, en el marco de la implementación de la Ley N°20.584 de derechos y deberes de la población usuaria de salud, con el fin reflexionar en torno a las prácticas de atención sanitaria que deben garantizar los derechos de la población. La información fue recopilada, en una primera fase de trabajo, a través de entrevistas con fines de sistematización, aplicadas a integrantes de catorce equipos de salud que se desempeñan en los diversos niveles de complejidad sanitaria correspondientes a atención primaria, secundaria y terciaria, ubicados en el territorio definido de interés para la sistematización. La información recopilada en la primera fase fue validada a partir de triangulación de técnicas, a través de pasantías de observación no participante con fines de sistematización efectuadas en los establecimientos sanitarios seleccionados, cotejando los discursos declarados por los equipos de salud participantes con las acciones sanitarias directas. La información recopilada en ambas fases se organizó en categorías correspondientes a los ámbitos de los derechos y deberes definidos por la respectiva Ley y categorizados a partir de la propuesta del Ministerio de Salud (2013). Los resultados obtenidos fueron consolidados desde los criterios de relevancia, significancia y convergencia.

3. RESULTADOS DE SISTEMATIZACIÓN. MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA SIMBÓLICA EN EL MARCO DE DERECHOS Y DEBERES EN SALUD

3.1. Primer ámbito temático: resguardo de la dignidad

En este primer ámbito temático es posible ilustrar la ocurrencia de las siguientes situaciones de *violencia simbólica*, organizadas conforme los derechos asociados definidos en la Ley.

- a. Buen Trato. Las situaciones de *violencia simbólica* presentes en los contextos analizados corresponden principalmente a trato indolente, indiferente o agresivo de parte del personal de salud frente a las demandas de atención programadas o espontáneas que manifieste la persona usuaria o su entorno directo.

b. Atención Oportuna. En esta categoría se constató la expresión de *violencia simbólica* a través de la sobreextensión de los tiempos de espera de atención de consulta médica general o especialista, tratamientos, exámenes, intervenciones quirúrgicas y acciones educativas. Los tiempos reales de espera superan los tiempos promedios establecidos por norma en el sistema. Asimismo, se expresa en tiempos de respuesta de la atención sanitaria requerida que sobrepasan lo deseable, en atención a la gravedad de la situación de salud que presenta la persona usuaria.

c. No discriminación étnica, religiosa o de otro tipo. En este acápite las situaciones de *violencia simbólica* corresponden a trato diferenciado explícito, que propicia perjuicio o exclusión a personas usuarias de salud de diferente sexo, género, etnia, religión, nacionalidad, ideas políticas, entre otros diferenciales personales, culturales o sociales. Asimismo, se infiere el desarrollo de acciones encubiertas que generen perjuicio o exclusión a personas usuarias de salud, a partir de los mismos factores diferenciadores mencionados.

d. Protección de los registros de procedimientos y tratamientos. La ilustración de situaciones de *violencia simbólica* en esta categoría permite develar la oportunidad de ocurrencia de acciones respecto de la entrega de información a terceros, relativa al proceso de atención de salud de una persona usuaria, a pesar de que el equipo de salud carezca de una autorización formal y expresa por parte de esta, su familia o su representante. Asimismo, implica la ocasión de compartir la totalidad o parte de los registros establecidos en la ficha clínica individual o familiar, para ser destinados a otros equipos de salud, otras instituciones públicas o privadas, o terceros, sin contar con un consentimiento informado por parte de la persona usuaria o sus familiares directos.

En este primer ámbito temático de derechos, las situaciones de *violencia simbólica* identificadas permiten confirmar que las relaciones sociales que se desarrollan entre el equipo de salud y la población usuaria en el contexto sanitario, están amenazadas en forma potencial y permanente por la violencia indirecta expresada en tratos, actos explícitos u omisiones en las que el capital simbólico del equipo de salud influye directamente en la asimetría de la relación, transformándola en una dinámica de poder inequitativa, a partir del pleno dominio profesional, técnico y administrativo que le distingue y que aporta la legitimidad a su desempeño. Frente a esta situación, la población usuaria asume el rol del agente dominado, no evidenciando las prácticas que se desarrollan en su contra, ya que las acepta como parte de la dinámica de la atención en salud, asumiendo un rol de cómplice pasivo de la dominación de la que participa.

3.2. Segundo ámbito temático: autonomía e información

En este segundo ámbito temático las situaciones de *violencia simbólica* se relacionan centralmente con el acceso a la información como antecedente clave para la toma de decisiones informadas por parte de la población usuaria. Los resultados obtenidos en este ámbito, conforme los derechos asociados definidos en la Ley, corresponden a los siguientes.

a. Identificación del equipo de salud. Este derecho es resuelto de manera formal en el contexto de los equipos de salud analizados, dado que las identificaciones del personal se encuentran disponibles en forma permanente, como parte del uniforme diario. Sin embargo, puede observarse que la existencia de las identificaciones formales no resuelve las posibilidades de omisión de información por parte del equipo de salud respecto de su nombre y profesión, ejercida al momento de la entrega de la prestación, tanto en dependencias del centro de salud como en contextos domiciliarios, en situaciones de atención sanitaria de rutina o de control. Asimismo, puede inferirse que esta situación también comprende la posibilidad de negación del nombre, cargo, profesión y/o especialización por parte de miembros del equipo de salud, al ser consultado explícitamente por la persona usuaria, su familia, visitas o representantes, especialmente en contextos de conflicto.

b. Consentimiento informado para la intervención e investigación. Las situaciones de *violencia simbólica* correspondientes al respectivo derecho están asociadas al inicio de un tratamiento en salud, a pesar de la ausencia o negación de la debida autorización explícita por parte de la persona usuaria, familiares o representante. Se expresa también en la gestión de consentimiento informado para un proceso investigativo en salud, a pesar de que no se entrega suficiente información respecto de los objetivos del estudio, de la proporción del riesgo-beneficio al participar en la experiencia, o en ausencia de datos, o datos incompletos del equipo responsable de la investigación para eventuales futuras consultas. Asimismo, constituye oportunidad de *violencia simbólica* la existencia de prohibiciones para la persona usuaria respecto del derecho a retracto en su participación en procesos de investigación o tratamiento, incluso considerando que ya se hubiese concretado el consentimiento informado en una primera instancia.

c. Información del diagnóstico, alternativas de tratamiento y los riesgos para la persona usuaria. En este derecho, la población usuaria puede verse vulnerada por *violencia simbólica* a partir de las siguientes situaciones

i) Equipo de salud informa los antecedentes diagnósticos con lenguaje altamente técnico, sin resolver a cabalidad las consultas realizadas por

la persona usuaria, su familia o representante; *ii*) Equipo de salud declara vaga o nula información respecto de las diversas ofertas de tratamientos disponibles en el sistema, junto a los respectivos beneficios y riesgos visualizados para cada una de ellos; y *iii*) Equipo de salud plantea una única alternativa de tratamiento a partir de nivel de recursos o uso regular del mismo, sin acoger consultas de la persona usuaria o familiares respecto de otros tratamientos.

d. Necesidad de conocer los costos de la atención. En el marco de un derecho de alta sensibilidad para la población usuaria, las situaciones de *violencia simbólica* pesquisadas corresponden a las declaraciones imprecisas o erradas de información realizadas por el equipo de salud, respecto de los costos alcanzados por las prestaciones sanitarias desarrolladas. También incluye las situaciones en que un miembro del equipo sanitario no desarrolla una referencia asistida a personal competente, en caso de que la persona usuaria requiera información especializada en torno al financiamiento de una prestación.

En este segundo ámbito temático de derechos, la posición de poder del equipo de salud como agente dominador queda abiertamente en evidencia, dado que las necesidades y problemas sanitarios que aquejan a las personas usuarias en forma transitoria o permanente han sido confiados al conocimiento sanitario experto. Las posibilidades reales de una persona usuaria o su familia respecto de contraargumentar acerca de los cursos de acción de los potenciales tratamientos derivados del diagnóstico y sus costos asociados, son finalmente escasas o nulas, por representar conocimiento avanzado que, por lo general, queda fuera de las fronteras del conocimiento cotidiano de la salud y de la enfermedad a nivel personal y familiar. Complementariamente, la exigencia de la identificación del equipo de salud o la cautela de concretar la solicitud de consentimiento informado como requisito obligatorio, es obviado en ocasiones por el propio equipo de salud en sus procedimientos o es desdibujado frente a la urgencia de la atención de salud, que relativiza la importancia de cualquier otro procedimiento complementario, y que es valorado en forma homóloga por parte del equipo de salud y de la población usuaria, como el objetivo central de la demanda de salud.

3.3. Tercer ámbito temático: discapacidad transitoria o permanente

En este tercer ámbito temático las situaciones de *violencia simbólica* pesqui-
sadas, conforme los derechos asociados definidos en la Ley, corresponden
a los siguientes.

a. Derecho a la privacidad de los registros. La *violencia simbólica* puede expresarse a través de acciones del equipo de salud que favorezcan la divulgación de información sensible para la persona usuaria, respecto de los registros diagnósticos o de tratamientos realizados, que sean dirigidos a agentes no autorizados o pertinentes, como empleadores, centros educativos, dispositivos jurídicos, agencias aseguradoras, entre otros destinatarios. Junto con lo anterior, se pesquia el riesgo de etiquetamiento o circulación de documentos de uso público, cuyos registros o códigos de comunicación se basan en diagnósticos de patologías específicas, generando con ello el riesgo de algún tipo de discriminación real o potencial en el entorno de la persona atendida.

b. Derecho a la protección a la dignidad humana en caso de hospitalizaciones involuntarias. Las situaciones de *violencia simbólica* en este derecho refieren a actos deliberadamente poco informados, que atentan contra la integridad de la persona usuaria al momento de realizar un ingreso forzoso al sistema de atención sanitaria. Junto con lo anterior, se considera también como *violencia simbólica* no entregar información oportuna a la familia o sus representantes directos, respecto del resultado o estado de avance inmediato de la situación de hospitalización involuntaria en la que se encuentra una persona usuaria.

c. Contención física y farmacológica. En este derecho las situaciones de *violencia simbólica* son especialmente sensibles, dado que evidencian la importante brecha existente entre las acciones especializadas en manejo de la discapacidad que posee el equipo de salud, respecto de las oportunidades de la persona usuaria, su familia o sus representantes para comprender, monitorear o cuestionar la aplicación de dicho manejo. Por lo mismo, se consideran situaciones de *violencia simbólica* la omisión de entrega de información a familiares o representantes de la persona usuaria, respecto de las implicancias propias de una contención física y/o farmacológica; la ausencia de información, o entrega en términos confusos o incompletos de los tratamientos farmacológicos utilizados en una contención o en una hospitalización, en vistas a aportar estabilidad en el entorno del equipo de salud por sobre las necesidades reales del diagnóstico.

En este tercer ámbito temático, los derechos de las personas usuarias demandan ser acogidos en forma diferenciada, en atención a la situación de

discapacidad transitoria o permanente que les afecta. En este contexto, generalmente son los familiares y las personas vinculadas con el entorno usuario las que suelen cautelar los derechos declarados, pudiendo ser descalificadas desde la *violencia simbólica* ejercida por el equipo de salud, aprovechando los difusos límites que representan la sobre protección y la autovalencia en situaciones de discapacidad. Así entonces, pueden potencialmente desestimarse los requerimientos familiares, bajo la excusa de una excesiva preocupación respecto de la situación sanitaria específica, relativizando lo que representa una demanda en contextos de discapacidad, evaluándola desde la experiencia cotidiana que representa una solicitud en contextos de capacidad.

3.4. Cuarto ámbito temático: deberes de los usuarios

Como contrapunto, resulta interesante cotejar los deberes de los usuarios declarados en la Ley N° 20.584, ya que se constata la inversión de los roles de agente dominante y agente dominado entre el equipo de salud y la población usuaria, siendo el capital simbólico de esta última la que se resitúa en un lugar de preeminencia.

- a. Proveer un trato respetuoso al personal de salud. La *violencia simbólica* se inicia en sus expresiones a partir del contexto de un trato cotidiano que vulnere los márgenes convencionales de la cortesía y el respeto mutuo. A partir de allí, sus expresiones se acentúan a través del uso indebido de información de tipo personal o sensible que se tenga de algún miembro del equipo de salud, utilizándole en favor de conseguir prestaciones de salud que no sean pertinentes al caso; como también en propiciar instancias que se vinculen con acciones de acoso sexual a miembros del equipo de salud por parte de personas usuarias, sus familiares o representantes.
- b. Informarse de las modalidades de atención y pago. En este segundo deber la *violencia simbólica* de parte de la población usuaria se manifiesta a través de la desatención reiterada de las indicaciones entregadas por el equipo sanitario respecto de la gestión del pago de prestaciones de salud, en casos pertinentes; como también en obviar instrucciones entregadas por el equipo de salud respecto de los horarios, días o turnos de atención, sobre todo si estas se encuentran explicitadas en las dependencias de la unidad o son de fácil acceso.
- c. Actuar conforme a las normativas internas y reglamentos vigentes en el establecimiento. En el marco de los deberes usuarios, es posible observar condiciones favorables a la *violencia simbólica*, en la medida que se transgreda cualquier norma para la razonable convivencia, establecida

explícitamente por el equipo de salud para resguardar la seguridad de la atención de cada una de las personas usuarias, sobre todo considerando instancias de altísima demanda.

d. Entregar información veraz. La *violencia simbólica* se expresa desde los deberes usuarios, en situaciones en que se entregan falsos antecedentes al equipo de salud, en favor de obtener prestaciones particulares, que de otro modo no hubieran sido ofertadas. Asimismo, incluyen la negación de la real situación previsional vigente en favor de la obtención de gratuidad o copagos al momento de recibir una prestación sanitaria particular.

e. Cuidar las instalaciones y equipamiento de salud. Este deber refiere directamente a la materialidad de la atención sanitaria, siendo en este contexto factibles de manifestarse situaciones de *violencia simbólica* asociadas al usufructo de la dependencia de una unidad sanitaria pública para desarrollar actividades comerciales informales, beneficiándose de la afluencia de público o de las necesidades particulares de la población atendida; y la utilización indebida de algún tipo de equipamiento de una determinada unidad de salud para beneficio personal y pecuniario.

f. Conocer los procedimientos para cursar reclamos y consultas. La información recopilada en este deber sugiere que las situaciones de *violencia simbólica* factibles de identificar corresponden a la no utilización ni reconocimiento de la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias OIRS existente en cada establecimiento de salud, como la primera instancia de denuncia por parte de una persona usuaria, que presenta una disconformidad con la atención recibida; y el abuso o mal uso por parte de la persona usuaria, familiar o representante del recurso de reclamo o denuncia en instancias de fiscalización superior, sin razonable fundamento, utilizándose más bien como una estrategia para acelerar o manipular indebidamente la oferta de atención sanitaria.

En este cuarto ámbito temático, correspondiente a los deberes usuarios, las situaciones de *violencia simbólica* se encuentran presentes como potencialidades a lo largo del proceso de acceso a la atención sanitaria y en ese marco, se estiman que pueden precipitarse en situaciones puntuales, más que ser consideradas como una práctica recurrente. El principal impulso a estas manifestaciones, lo constituye las dificultades formales de acceso a la atención de salud oportuna en el sector público y eventuales consideraciones respecto del trato recibido. Así, entonces, la *violencia simbólica* que pudiese potencialmente ejercer la población usuaria en el marco de sus deberes resulta marginal respecto de la *violencia simbólica* potencial que puede ejercer el equipo de salud a través de sus desempeños.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La *violencia simbólica* es un concepto que permite develar la situación de poder asimétrico que afecta a las personas usuarias del sistema de salud, en el marco del ejercicio de sus derechos y deberes. Es el reflejo de una valoración social y cultural que confiere a los equipos de salud un particular dominio sobre la salud y la enfermedad que, definido desde una perspectiva más simbólica, evoca la ancestral aspiración humana del dominio sobre la vida y la muerte. Por ello, la confianza de la persona usuaria y su familia en las acciones, procedimientos o trámites que se realicen en torno a sus necesidades y problemas sanitarios, relativiza o normaliza las situaciones de *violencia simbólica* que se despliegan en los contextos institucionales del sector salud. Esta situación es la piedra angular en que se sostiene la *violencia simbólica* en el contexto sanitario, dotando de asimetría a las condiciones en que es posible definir una relación entre el equipo de salud y la persona usuaria. El reconocimiento pleno de este dominio sobre la salud y la enfermedad tiende a inmovilizar las posiciones de cuestionamiento, duda o replanteamiento que en forma lícita la población usuaria podría formularse frente a un diagnóstico, un tratamiento, un procedimiento o una intervención.

Los contextos institucionales representan en su materialidad una tradición orientada a fijar claramente los límites de acceso público total, parcial o restringido al medio sanitario, siendo los espacios de atención, las áreas de circulación, la señalética y la distribución del mobiliario manifestaciones evidentes de la posición de poder que ocupa el equipo de salud dentro de sus espacios distintivos y la posición de dependencia que le corresponde ocupar a la población usuaria. Desde esta perspectiva, la asimetría de la relación de *violencia simbólica* se manifiesta desde un entorno que contextualiza la existencia de un capital simbólico situado y que tiene la oportunidad de expresarse en su propia territorialidad. Por el contrario, la población usuaria se ubica en una posición material y simbólica periférica, desde donde en la mayoría de las ocasiones, debe desplazarse físicamente a los locales de atención disponibles o asignados, para hacer posible el acceso a las soluciones que requieren sus dolencias, marcando una posición usuaria forastera, expresada en solicitud de servicios y atenciones específicas, dentro de una dinámica permanente e interminable de operatividad propia de los servicios sanitarios a nivel local, regional y nacional.

Las oportunidades para ejercer la *violencia simbólica* surgen entonces desde las mismas situaciones de demanda sanitaria que manifiesta la población usuaria y en el marco de espacios físicos y territoriales que concretan el desempeño experto del equipo de salud. Se reconoce la presencia de una

posición usuaria dominada y pasiva frente a una posición experta que se expresa en forma dominante y activa. El capital simbólico asociado al conocimiento científico y profesional en torno a la salud desestima el conocimiento cotidiano o experiencial y naturaliza la violencia desde el juicio técnico que es declarado por el equipo y aceptado sin grandes opciones o resistencias por la población usuaria. Así, entonces, las condiciones para la manifestación de situaciones de *violencia simbólica* están planteadas en todo su potencial. A pesar de la constante posibilidad de reproducción que exhibe la *violencia simbólica* en el marco de las relaciones que se establecen entre el equipo de salud y la población usuaria, el proceso de sistematización realizado ha permitido visibilizar su existencia, y aportar en la pesquisa y problematización de las relaciones sociales de dominación simbólica que vulneran el ejercicio de los derechos y deberes definidos normativamente.

Finalmente, puede afirmarse que la Ley N° 20.584, de Derechos y Deberes, se proclama como marco regulatorio que protege los intereses usuarios en medio de esta relación asimétrica. Sin embargo y en forma paradójica, los resultados obtenidos sugieren que los ámbitos de influencia de la *violencia simbólica* son capaces de permear el propio instrumento legal que ha sido concebido para regularla.

BIBLIOGRAFÍA

Bourdieu, P. y Passeron J.C. (1996). *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México: Fontamara.

Bourdieu, P. y Wacquant-loïc J.D. (2012). *Una invitación a la sociología reflexiva*. México: Siglo XXI.

Casal-Moros, N. y Alemany-Anchel, M. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, Vol. 23, Números 1 y 2, pp. 61-64. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013> [9/01/2018].

Fernández Fernández, J. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 18, pp. 7-31. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/8428> [9/01/2018].

Gutiérrez, A. (2004). Poder, habitus y representaciones: recorrido por el concepto de violencia simbólica en Pierre Bourdieu. *Revista Complutense de Educación*, Vol. 15, N°1. Recuperado de: [https://scholar.google.cl/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Poder%2C+h%C3%A1bitus+y+representaciones%3A+recorrido+por+el+concepto+de+violencia+simb%C3%B3lica+en+Pierre+Bourdieu1+&btnG=\[4/01/2018](https://scholar.google.cl/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Poder%2C+h%C3%A1bitus+y+representaciones%3A+recorrido+por+el+concepto+de+violencia+simb%C3%B3lica+en+Pierre+Bourdieu1+&btnG=[4/01/2018)].

León C, F. (2012). Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud: Una mirada bioética. *Revista Médica de Chile*, Vol. 140, Nº 11, pp. 1490-1494. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001100017> [15/05/2017].

Pinto, L. (2002). *Pierre Bourdieu y la teoría del mundo social*. México: Siglo XXI.

MINSAL (2013). *Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. [Archivo PDF]. Superintendencia de Salud. Recuperado de: www.corporacionlaserena.cl/transparencia/doc/mecanismo-participacion/salud/01-Ley-Derechos-y-Deberes.pdf

Gobierno de Chile – Ministerio de Salud (2012). *Ley N° 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud*. Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de: www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348 [15/05/2017].