



# Universidad Austral de Chile

Facultad de Ciencias  
Escuela de Química y Farmacia

PROFESOR PATROCINANTE: Dra. Carin Akesson N.  
INSTITUTO DE FARMACIA.  
FACULTAD DE CIENCIAS.

PROFESOR CO-PATROCINANTE: Francisco Marín H. Msc  
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA.  
FACULTAD DE MEDICINA.

**“Utilización de la farmacia comunitaria y percepción de los pacientes con respecto a la calidad de los servicios y rol del Químico Farmacéutico en las ciudades de Pto Montt, Osorno y Valdivia.”**

Tesis de Grado presentada como parte de los requisitos para optar al Título de Químico Farmacéutico.

**DANILO EUGENIO BARRÍA ALVAREZ**

VALDIVIA-CHILE

2005

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por su compañía a lo largo de todo el periodo académico, dándome la fuerza necesaria para seguir adelante y lograr realizar este trabajo.

A mi Madre, por su cariño, comprensión y apoyo, ya que siempre me extendió una mano cada vez que fue necesario. A mi Hermano desde lejos, siempre con la confianza depositada en mi. Y a mi Padre, por su ayuda desde el cielo.

A Farmacias Cruz Verde S.A. por el financiamiento entregado y disposición de sus locales, lo que ayudó al desarrollo este estudio. Al grupo humano de las farmacias incluidas en este trabajo, especialmente a los Químicos Farmacéuticos por su amabilidad y simpatía.

A Carolina Pérez A. profesora informante de esta tesis; por su apoyo durante el proceso de la parte práctica de este trabajo.

A los profesores, patrocinante y co-patrocinante de esta tesis, por la gran ayuda brindada para lograr llegar a este manuscrito. Y en general, a todos los académicos que me proporcionaron las herramientas necesarias para lograr ser en un futuro, un buen profesional.

A dos personas, que durante 5 años nos acompañamos en esta difícil pero linda etapa de nuestras vidas, Olga Albornoz y Daniela Poblete.

Y finalmente, a todas las personas que me ayudaron de una u otra manera durante todo el periodo académico y en especial en el desarrollo de esta tesis...

**MUCHAS GRACIAS.**

## **INDICE**

<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>3</b>
<b>1.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>1.1.- OBJETIVO GENERAL</b>	<b>19</b>
<b>1.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>19</b>
<b>2.- MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>21</b>
<b>2.1.- MATERIALES</b>	<b>21</b>
2.1.1 Estructura del instrumento de recolección de información.	21
2.1.2 Material educativo.	22
<b>2.2.- METODO</b>	<b>23</b>
2.2.1 Selección de la cadena de farmacias.	23
2.2.2 Muestra	23
2.2.3 Tamaño de la muestra.	23
2.2.4 Validación del instrumento de recolección de datos.	24
2.2.5 Recolección de datos	25
2.2.6 Duración y horarios de la entrevista.	26
2.2.7 Análisis estadístico.	26
<b>3.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>29</b>
<b>4.- CONCLUSIONES</b>	<b>88</b>
<b>5.- PROYECCIÓN O PERTINENCIA DEL TRABAJO</b>	<b>93</b>
<b>6.- LITERATURA CITADA</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS 1 – 4</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO 1.-</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO 2.-</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO 3.-</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO 4.-</b>	<b>102</b>

## **RESUMEN**

La farmacia comunitaria en otros países ha sido objeto de múltiples estudios con diferentes enfoques. Sin embargo, en nuestro país es un área poco estudiada, en cuanto a su utilización por parte de la población, a la calidad de los servicios prestados y a la percepción del Químico Farmacéutico como un profesional de la salud.

Se evaluó estos parámetros entre otros, para caracterizar la posición en que está la farmacia comunitaria y la profesión Farmacéutica. El estudio se llevo a cabo a través de entrevistas aplicadas a usuarios de la cadena de Farmacias Cruz Verde S.A. (n= 829) de las ciudades Pto. Montt, Osorno y Valdivia.

Los datos obtenidos en las tres ciudades fueron procesados para determinar diferencias significativas entre las variables evaluadas. Se encontró que dentro de los servicios buscados, un 35% correspondió a la compra de medicamentos sin receta y dentro de este porcentaje, los grupos de mayor edad fueron los que mas utilizaron este servicio. En cuanto a la calidad del servicio entregado por la farmacia, hubo un 98% de aceptación por parte de los usuarios, valorándose la amabilidad del equipo de farmacia más que la rapidez de la atención de los usuarios.

El rol del Químico Farmacéutico dentro de la farmacia comunitaria, aún no queda del todo claro por parte de la población; pese al alto porcentaje que lo reconoce como el que responde consultas de medicamentos y enfermedades, todavía queda un 38% que no lo sabe. Conjuntamente a lo anterior, un gran porcentaje (59%) no logra identificar al Químico Farmacéutico dentro de la farmacia; destacando la importancia que tiene educar a la población, para lograr en un futuro el reconocimiento y dignificación del Químico Farmacéutico, como profesional de la salud.

## **SUMMARY**

The community pharmacy in other countries has been widely studied with different focuses. However, in our country there are very few studies concerning the use by the population, the quality of the services and the perception of the pharmacist as a health professional.

Those parameters were evaluated, among others, to characterize the position of the community pharmacy and the profession of pharmacy. The study was carried out through interviews applied to users of the chain of Pharmacies Cruz Verde S.A. (n = 829) in the cities of Pto. Montt, Osorno and Valdivia.

The obtained data in the three cities were processed to determine significant differences between the evaluated variables. Among the services used, a 35% corresponded to the purchase of medications without a recipe and inside this percentage, old persons to the highest extent used this service. In relation to the service quality, 98% of the users of the pharmacy considered the offered service acceptable. Kindness of the pharmacy team was higher evaluated than the speed of attention.

The role of the pharmacist in the community pharmacy, is still not completely clear to part of the population; in spite of the high percentage that recognizes it as the one who responds questions of medications and illnesses, there is still an 38% who do not known his function. In addition, a great percentage (59%) is not able to identify the pharmacist inside the pharmacy. It is necessary to educate the population, to achieve in the future the recognition and dignity of the pharmacist as a health professional.

## **1.- INTRODUCCIÓN**

La farmacia comunitaria (farmacia privada) es actualmente un centro de salud multifuncional, en el que se puede encontrar una gran variedad de productos, pero principalmente medicamentos. Debido a esto y por ser la farmacia el único lugar dentro del sistema privado, donde según la ley se puede dispensar medicamentos, se le considera como un lugar estratégico para la adquisición de todo tipo de medicamentos e insumos médicos para el tratamiento de diversas patologías que aquejan a la población.

Una de las labores desarrollada en la farmacia comunitaria tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya sea a través de una adecuada dispensación de medicamentos, u orientándolos de la mejor manera con respecto a sus problemas de salud.

Los Clientes-Pacientes (CP) son los usuarios habituales de las farmacias comunitarias. Esta terminología, se estableció en este estudio ya que hoy en día las farmacias de nuestro país tienen un doble objetivo, por una parte orientado al lado comercial o económico por lo cual a los usuarios se les llama “Clientes” y por otra orientado a la promoción de la salud por lo cual son llamados “Pacientes”.

La política nacional de medicamentos en la reforma de salud, tiene como propósito principal asegurar la disponibilidad y acceso a toda la población a los medicamentos indispensables contenidos en el Formulario Nacional, de eficacia y calidad garantizada, seguros, de costo asequible y cuyo uso racional lleve a conseguir los máximos beneficios en la salud de las personas, como en el control del gasto que ellos representan. Una de las directrices políticas y líneas de acción es el nuevo rol de la farmacia y del Farmacéutico en la reforma de salud, la que indica que el papel del Farmacéutico en la atención del paciente estará orientado a su contribución a lograr los objetivos terapéuticos y al uso racional de los medicamentos (Política

Nacional de Medicamento en la Reforma de Salud, 2004). La respuesta del Colegio de Químicos Farmacéuticos A.G a la nueva política nacional de medicamentos del 2004, estima que se debe hacer un esfuerzo en mejorar la calidad, distribución, comercialización y dispensación de medicamentos y la atención farmacéutica permitiendo el acceso pleno y oportuno a todos los habitantes del país; que evite la automedicación; que promueva su uso racional; que elimine excesos de publicidad y que impida la venta fuera de establecimientos autorizados (Posición del colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G., 2004).

Mientras esto ocurre en el ámbito de política de los medicamentos, la farmacia comunitaria sigue con su rol de dispensar medicamentos con o sin recetas, orientar a los pacientes con respecto del manejo de patologías o síntomas y entregar servicios de toma de presión arterial, test de glicemia y colesterol entre otros.

Debido a esta gran cantidad de servicios que hoy en día se puede encontrar en las farmacias, es que estudios en el Reino Unido muestran que en general la frecuencia de visitas a la farmacia es mayor que la frecuencia de visitas al médico, ya que se determina que más de dos tercios (68%) de los entrevistados indican visitar la farmacia una vez al mes (Hassell, et al, 1999). En otro estudio, realizado en Australia, se muestra que la frecuencia de visita a la farmacia en el año 2000 fue en un 74% una vez al mes y en un 26% menos que una vez al mes (Teh, et al, 2001).

La farmacia comunitaria es utilizada en algunas oportunidades por la población, como una alternativa a consultas privadas, consultorios o atenciones de urgencia para solucionar sus problemas de salud, ya sea por razones de tiempo, por la presencia del Químico Farmacéutico (QF) o porque no considera muy grave la patología, entre otras razones.

Por este motivo, se ha explorado el grado en que las farmacias son usadas como primera fuente de cuidado de la salud, indicando proporciones que prefieren al Médico antes que el Farmacéutico, para solucionar problemas de salud. Como ejemplo, en un estudio en Irlanda se muestra que el 8% prefiere a su Farmacéutico, mientras que el 69% prefiere a su Médico ante un problema de salud, mientras que en Escocia se concluyó que sólo el 2% iría a su Farmacéutico en primera instancia ante un problema de salud. Entre los factores que animan a la gente a visitar la farmacia como primera fuente de cuidado de la salud antes que ir al Médico están: largo tiempo de espera para obtener una consulta con el Médico y el largo tiempo de espera una vez en la consulta (Hassell, et al, 1999). En un estudio realizado el año 2003 en las ciudades de Osorno, Valdivia y Pto. Montt, en el que se evaluó ocho problemas menores, indicaron preferir la farmacia por una mayor rapidez con un 38%, por menor costo con un 32% y por baja gravedad de la enfermedad con un 30% (Salazar, 2005).

Las creencias con respecto a la inconveniencia de la automedicación y a las percepciones acerca de la legitimidad del rol del Farmacéutico para dar consejos, puede animar al público al uso de la farmacia como fuente de información de medicamentos (Hassell, et al, 1999). Los resultados de un estudio realizado en Holanda, indican que casi dos tercios de los entrevistados ven la farmacia comunitaria como una fuente de información de medicamentos, por lo que este establecimiento tiene un claro e importante rol en proporcionar tal información. Esto debido a que los CP ante alguna duda con respecto a efectos secundarios de los medicamentos, mayoritariamente preguntaría al médico y luego en la farmacia, ocupando de esta manera el segundo lugar en información de medicamentos (Pronk, et al, 2003).

Por otro lado, los CP indicaron que los empleados de la farmacia son muy amables y amigables para ayudarlos, por lo que consideran que es fácil hacer preguntas en la farmacia.



Lamentablemente también existen motivos por los cuales indican que es difícil preguntar en la farmacia, como por ejemplo falta de privacidad y que otros CP están esperando mucho tiempo para ser atendidos (Pronk, et al, 2003).

En otros países, la compra de medicamentos sin receta tiene una gran incidencia. Por ejemplo, un estudio realizado en Manchester, Inglaterra, muestra que la razón de visita en busca de un medicamento por su nombre o sin receta es del 49%. El hecho que los CP vayan a la farmacia a adquirir un determinado medicamento, se puede explicar por alguna experiencia al usar un medicamento de venta libre, por la prescripción de un producto en el pasado, por la publicidad en televisión o en periódicos anunciando productos de marca, contribuyendo en el gran número de CP que soliciten un medicamento por su nombre, aunque a veces el producto solicitado es inapropiado para su condición (Seston, et al, 2001). Otro estudio realizado en Nueva Zelanda indica, que del total de los encuestados, dos tercios tenían un nombre particular de medicamento en mente antes de entrar a la farmacia y la tendencia era que no preguntaba al equipo de farmacia con respecto a tales medicamentos. Sin embargo, cuando no sabían que medicamento tomar para alguna determinada patología o síntoma, éstos reciben recomendación por un miembro del equipo de farmacia, siendo el Farmacéutico el que más se involucraba en el despacho de tales medicamentos (Emmertton y Shaw, 2002). En otro estudio se indica que el 84% de todos los medicamentos fue pedido directamente por el cliente y sólo el 16% fue recomendado por el equipo de farmacia (Hassell, et al, 1999).

Los auxiliares de farmacia son importantes dentro de una farmacia, ya que ellos generalmente son el primer punto de contacto con los CP y por ende con los problemas de salud (Seston, et al, 2001). Según Salazar (2005) el auxiliar de farmacia atendió el 96% de los CP que buscaban una solución para un problema menor, reflejando la importancia de ellos en la atención

a los CP. La labor de los auxiliares de farmacia es compleja y de mucha responsabilidad, ya que está de por medio la salud de los CP y por lo tanto deben ser capaces de distinguir cuando los Farmacéuticos son requeridos para una consulta de un medicamento, aún cuando el CP parezca estar familiarizado con el medicamento. Además, la influencia del equipo de farmacia en la compra de medicamentos por primera vez, es bastante alta, por lo que el rol del Farmacéutico de supervisar en el mesón los consejos de los auxiliares de farmacia y entrega de medicamentos, es fundamental. (Emmerton y Shaw, 2002). En un estudio en que se evaluó la atención de nueve patologías o síntomas en la farmacia comunitaria, catalogados como problemas menores, el Farmacéutico se vio involucrado en un 31% del total de las enfermedades en cuestión. Sin embargo, se encontró diferencias importantes en los distintos problemas menores. En los que tuvo mayor participación fue en ojos rojos y diarrea con un 57% y 38% respectivamente, mientras que la menor participación fue en pediculosis y problemas vaginales con un 17% y 23% respectivamente (Seston, et al, 2001). Sin embargo, en Chile la participación del Farmacéutico en las ocho patologías menores evaluadas fue muy baja (4%), muy por debajo de lo encontrado en Inglaterra (Salazar, 2005).

Para mejorar la calidad de los servicios brindados en la farmacia comunitaria, el equipo de trabajo debe enfocar sus actividades más en el paciente, pero recientes investigaciones indican que las innovaciones en este sentido en los Países Bajos, no han sido suficientes. Las opiniones de los CP son muy importantes, como indicadores de calidad del cuidado farmacéutico y puede ser usado como herramienta para ajustar la política de las farmacias de una manera más beneficiosa para ellos mismos. Se demostró que un alto nivel de escolaridad de los pacientes está asociado significativamente con opiniones menos positivas, y en general el tiempo de espera casi no reporta ser un problema, pero las mujeres fueron menos positivas que los hombres en relación

a este aspecto (Pronk, et al, 2003). En otro estudio sobre el grado de satisfacción de los CP, resalta la oportunidad que tiene la farmacia comunitaria para incrementar su rol en la promoción de salud en los CP, para así mejorar la calidad de vida de ellos, estimulando a la profesión farmacéutica a participar más activamente en estos servicios de promoción de salud (Teh, et al, 2001). En Holanda se ve que el rol de la farmacia en dar consejos a los CP ha ido creciendo en las farmacias comunitarias, debido a los esfuerzos de la organización profesional de Farmacéuticos en este país, por esto es que la mayoría de los CP están satisfechos con la calidad de las respuestas por parte del equipo de farmacia (Pronk, et al, 2003).

Según algunos estudios, del total de usuarios que asisten a una farmacia el mayor porcentaje lo ocupan las mujeres, siendo este entre el 60 y el 80%, dependiendo del estudio. Las mujeres con niños son las que más consultan al equipo de farmacia y mientras que los hombres usan la farmacia con menos frecuencia, especialmente aquellos con empleo de tiempo completo y aquellos con edades entre 16 y 24 años. Además, el uso de la farmacia depende de la naturaleza del problema de salud, así como severidad y tipo. Por ejemplo, individuos con enfermedades crónicas han sido identificados como grandes usuarios de farmacia, pero solo para el suministro de medicamentos y no como centro de información de medicamentos (Hassell, et al, 1999). En el estudio realizado en el sur de Chile en el que se evaluó problemas menores, las mujeres fueron el 65% de los CP y los adultos fueron un 69% del total que consultaron respecto a tales dolencias (Salazar, 2005). Conforme al Departamento de Información de Salud de Inglaterra, los grandes usuarios de farmacia son embarazadas y nodrizas, ancianos, personas que cuidan a enfermos y pacientes con enfermedades crónicas como asmáticos y diabéticos. (Abu-Omar, et al, 2000). Emmerton y Shaw (2002) indican que dos tercios de los CP fueron de edad entre 21 y 50 años, siendo las mujeres tres cuartos de los que compran medicamentos en las farmacias. En otro

estudio realizado en Arabia Saudita, se encontró que la media de la edad de los usuarios era 30 años y la mayoría eran jóvenes, mientras que los adultos mayores de 60 años constituyeron solo el 1% de la muestra. La proporción de los entrevistados con respecto al sexo era masculino – femenino 2,2-1, lo que no representa la población. Esto se puede explicar con el hecho de que en la sociedad árabe los hombres jóvenes tradicionalmente asumen la responsabilidad de compras, incluyendo las necesidades farmacéuticas, siendo esta una diferencia importante con otros países (Bawazir, 2004).

Los motivos de la elección de una farmacia por sobre otra, son de diferente índole. Por ejemplo, en un estudio se determinó que el motivo de los CP para elegir una farmacia por sobre otra es la proximidad: a la consulta del Médico, al hogar, al colegio de los niños, al trabajo y otros negocios (Hassell, et al, 1999). En otro estudio se indica que las razones por la que la gente utiliza una determinada farmacia son: la presencia de un Farmacéutico calificado y confiado (36%), ubicación conveniente (29%) y la disponibilidad de medicamento (26%) (Bawazir, 2004). En el caso de elegir una farmacia de cadena por sobre una individual, se determinó que los CP asocian más su elección a las características de la farmacia y a los servicios proporcionados, que al Farmacéutico, viendo la farmacia más como un lugar de suministro de medicamentos. Por el contrario, las razones de los CP de elección de la farmacia individual, está más relacionada con el equipo de farmacia y por las actitudes de los Farmacéuticos, que por las características de la farmacia misma. Además se encontró una considerable evidencia, de una mejor relación entre el CP y el Farmacéutico, gracias al alto grado de confianza y lealtad hacia ellos, en comparación con los CP de farmacias de cadena (Abu-Omar, et al, 2000).

Se destaca que el primer objetivo de la farmacia comunitaria es mejorar la salud y calidad de vida de la población, encontrándose evidencias que, basado en los servicios entregados, estos

establecimientos, contribuyen positivamente en el cuidado del paciente y para el mejoramiento de los resultados de salud. Según Bawazir (2004), el objetivo del Farmacéutico es visualizar las necesidades relacionadas con medicamentos que poseen los individuos y comunidades volviéndose este el primer foco para la profesión farmacéutica. Otro estudio realizado en Inglaterra, indica que el trabajo en farmacia es percibido por los entrevistados como uno que requiere de un complejo conocimiento científico que viene siendo como un “experto” en tal rol. Mientras que el proceso de dispensación es visto como rutinario, los medicamentos son vistos con respeto y que deben requerir de un profesional en su preparación y en su distribución (Varnish, 1998).

La Federación Internacional farmacéutica (FIP), en la Declaración de Budapest (1984), sostiene que: "Los farmacéuticos son los especialistas que tienen el conocimiento profundo e integrado necesario sobre los medicamentos y productos farmacéuticos. Éste es reforzado por la práctica profesional y la actualización de este conocimiento. Ellos poseen un profundo conocimiento de los medicamentos y productos farmacéuticos, por ejemplo, su composición, preparación, acción, efectos laterales e interacciones fármaco-fármaco y fármaco-alimento. Sólo tales especialistas están calificados para entregar la información apropiada y aconsejar al paciente que recibe productos farmacéuticos a través de una prescripción o cuando él los obtiene de su propia iniciativa" (Díaz ,1996).

En nuestro país, se ve la necesidad que los Químicos Farmacéuticos sean considerados como profesionales de la salud y que sea el profesional responsable de la salud de los CP en las farmacias comunitarias, pero esto es un problema debido a la pobre imagen pública de estos profesionales, lo que a su vez se debe a su bajo perfil con respecto a su rol como profesional de la salud.

Según una tesis realizada en Santiago de Chile el año 1996, que consistió en entrevistar a los CP de farmacias comunitarias, se pudo concluir que en el universo encuestado existe conciencia que la información sobre medicamentos es importante y necesaria. Sin embargo, la población encuestada no sabe que tiene derecho a tal información y cuando la solicita, lo hace en menos de la mitad de los casos en que accede a un medicamento, lo que sin lugar a dudas se debe al poco conocimiento de la profesión farmacéutica (Díaz 1996). Si se lograra proyectar la imagen pública del Químico Farmacéutico como el garante de la calidad, eficacia y seguridad del medicamento y como promotor de su uso racional, el usuario entendería que debe comprar los medicamentos donde le entreguen la información adecuada para que ese medicamento sea eficaz. Mientras esto no suceda, el chileno seguirá comprando los medicamentos en cualquier parte, incluso en la calle, automedicándose irresponsablemente, sin conciencia de los peligros a que se expone su salud. Por esto, el primer paso es dar a conocer a la población la capacidad del Químico Farmacéutico como profesional de la salud y que lo sepan reconocer fácilmente dentro de la farmacia comunitaria (Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G, 2002). El día que se consiga hacer entender al público la importancia y trascendencia de los fármacos, será el público el que exija un ámbito coherente con el medicamento y transparencia en todo el contexto en que éste se mueve. Cuando esto ocurra, el público entenderá que existe un profesional preparado para dar cumplimiento a todos estos requisitos y exigencia, apelará a su “presencia” y participación y otorgará jerarquía al rol del Químico Farmacéutico (Vergara, 1999).

El Químico Farmacéutico en Chile, en el ámbito propio de la salud - en donde su función tradicional en los últimos 50 años se ha asociado solo al suministro de los medicamentos, ejerciendo como administrador y abastecedor de insumos – debe adoptar con urgencia un papel claramente protagónico formando parte de grupos multidisciplinarios, proporcionando

información y siendo co-responsable de la administración de terapias. En Chile la preocupación profesional se encuentra centrada primordialmente en la mejora de la eficiencia en la administración comercial, olvidando que el medicamento es un bien social (Acuña, 1999). El farmacéutico es aquel experto en medicamentos, aquel profesional altamente exigido y calificado para aplicar las distintas disciplinas del saber y manejo de los fármacos, aquel que dispone de un enorme potencial. Sin embargo, se encuentra muchas veces realizando labores meramente administrativas y comerciales, por lo que hoy en día se les considera una especie de eslabón perdido en el equipo de salud (Grinalt, 2000).

El Comité de Expertos en Cuestiones Farmacéuticas observó que el farmacéutico comunitario no siempre es percibido por el público como un auténtico profesional de salud, ni está completamente integrado en el equipo sanitario y él mismo no está suficientemente seguro de su posible contribución a la atención sanitaria (Consejo de Europa, 2000).

Según la postura del Colegio de Químicos Farmacéuticos frente al rol del QF en la farmacia, se propone que se defina claramente en los nuevos reglamentos que se redactarán con motivo de la reforma de salud, lo referente al nuevo rol de la farmacia y del Químico Farmacéutico que la dirige técnicamente. Con respecto al fortalecimiento del rol del Químico Farmacéutico en la farmacia, el Colegio menciona que le corresponde a dicho profesional asistir al paciente brindándole la información respecto al correcto uso del medicamento al momento de la dispensación. Para lograr esto, toda farmacia comunitaria deberá contar con la atención profesional farmacéutica durante todo su horario de atención. Por su parte, la comunidad debe exigir esta atención profesional (Posición del Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G. 2004).

Mientras esto ocurre en nuestro país, en el extranjero se ven objetivos comunes para la profesión farmacéutica, aunque con realidades y sociedades un tanto diferentes.

El objetivo del Farmacéutico es visualizar las necesidades relacionadas con medicamentos que poseen los individuos y comunidades volviéndose el primer foco para la profesión farmacéutica (Bawazir, 2004). Investigaciones han mostrado que hay una sustancial demanda de los consumidores hacia los Farmacéuticos para promocionar la salud. A pesar del clima de apoyo del consumidor para extender los servicios del Farmacéutico, hay poco conocimiento público de las habilidades y capacidades de este profesional, ya que la mayoría de los consumidores tienden a ver al Farmacéutico como anexo al Médico en el consejo de temas de salud. En general pocas personas utilizan la farmacia como fuente de información de medicamentos, debido a la falta de exposición que tienen los Farmacéuticos, lo cual se puede explicar porque los consumidores ven a los Médicos y Enfermeros como los primeros profesionales en el manejo de factores de riesgos (Teh, et al, 2001). En otro estudio se encontró que el público ve al Farmacéutico como un profesional muy entrenado y conocedor de los cuidados de salud jugando un rol vital en los servicios de cuidados de salud. Los entrevistados tienen claro lo que involucra dispensar medicamentos, indicando que requiere un profesional y un eficiente servicio, que es ciertamente visto como el primer rol del Farmacéutico. Había una evidencia que el público ve el rol de la dispensación como una tarea rutinaria y repetitiva en naturaleza, pero la mayoría era conciente del nivel de conocimiento requerido para cumplir tal rol, debiendo ser una persona calificada envuelta en este proceso (Varnish, 1998). En otro estudio, las personas ven al Farmacéutico como un experto en fármacos quien conoce más acerca de los medicamentos que el Médico y dentro de las ventajas del Farmacéutico sobre el Médico según los CP, incluye que es más accesible y proporciona una atmósfera más comfortable, que parece facilitar una comunicación más personal



entre el Farmacéutico y el CP, concordando con otros estudios. Los CP evalúan el rol del farmacéutico como un supervisor en las prescripciones de los Médicos y como una fuente de consejos para problemas menores (Abu-Omar, et al, 2000).

En muchas oportunidades los Farmacéuticos recomiendan un medicamento luego de una consulta hecha por un CP. En ese caso se debe dar las indicaciones necesarias para el correcto uso del medicamento y recomendaciones básicas para el buen manejo de la patología o síntoma.

Según The Royal Pharmaceutical Society's Code of Ethics, siempre que un producto es vendido sin prescripción, el Farmacéutico debe aconsejar al CP para que acuda a su Médico si los síntomas no mejoran dentro de un periodo específico (Seston, et al, 2001).

La farmacia comunitaria es un centro de salud para toda la población, pero la edad y el nivel de estudio pueden modificar su percepción con respecto a los servicios otorgados por la farmacia y el Farmacéutico.

Estudios en adultos mayores muestra su percepción con respecto a los roles profesionales, identificando al Médico como el único profesional de la salud con la legítima capacidad del diagnóstico y tratamiento, y se puede explicar su negativa al uso de farmacias, porque los CP ven a la farmacia con un aspecto empresarial o comercial, jugando en contra de la farmacia como primera fuente de cuidado de la salud (Hassell, et al, 1999). Además se demostró que la edad influenciaba las actitudes de los CP con respecto a la promoción de salud de los Farmacéuticos, ya que los ancianos están menos a favor de la extensión del rol del Farmacéutico como ocurre en Reino Unido, debido a que son más conservadores y han tenido menos exposición a los servicios Farmacéuticos, aceptando menos la Atención Farmacéutica (Teh, et al, 2001). En otro estudio se demostró que los entrevistados con un alto nivel de educación, fueron significativamente más a gusto a consultar al Farmacéutico comparado con los consumidores con un bajo nivel de estudios.

La mayoría de los entrevistados (65%) indican que los Farmacéuticos estaban deseosos de discutir sus problemas de salud (Bawazir, 2004).

Se ha investigado en relación al conflicto entre lo comercial y lo ético de los Farmacéuticos, en que muchos CP indicaron que su Farmacéutico coloca el beneficio del paciente desde el punto de vista de salud y conveniencia económica, antes que la parte comercial o financiera, incluso algunos ven al Farmacéutico no interesado la parte comercial (Varnish, 1998). El ámbito comercial de los Farmacéuticos no se percibe como un conflicto con su trabajo de dar consejos, ya que los entrevistados piensan que el Farmacéutico es un profesional quien esta mas involucrado con la salud de sus pacientes que con la parte comercial de la farmacia (Abu-Omar, et al, 2000). En otro estudio, la percepción de los CP hacia Farmacéutico con respecto a su plano comercial o a su preocupación por la salud, un 19% piensan que es más preocupado de la salud de los pacientes, mientras que un 56% piensan que está más preocupado por el lado comercial, lo que se explicaría por la pobre imagen pública de los Farmacéuticos (Bawazir, 2004).

Los Farmacéuticos son los profesionales en la farmacia comunitaria, y en nuestro país por lo general no se diferencian en su vestimenta del resto del equipo de farmacia, lo que podría llevar a una confusión en su identificación por los CP.

Con respecto a la situación en otros países, se destaca que los CP de farmacias de cadena no saben reconocer al Farmacéutico y son incapaces de diferenciar entre el Farmacéutico y los Auxiliares de farmacia (Abu-Omar, et al, 2000). Dos tercios de los entrevistados fueron a favor que los farmacéuticos usen una chaqueta blanca para poder identificarlos, para reflejar la imagen profesional y énfasis en el estatus profesional (Bawazir, 2004).

Se muestra en la literatura sociológica que la farmacia está enfrentando una crisis, porque está sufriendo una desprofesionalización. Tales problemas se presentan en la farmacia comunitaria urbana, amenazando la credibilidad de la profesión en el rol de dispensación, ya que no se enfocan en las necesidades de los CP, mientras que los Farmacéuticos rurales no están conscientes de la constante lucha que la profesión esta sufriendo. A pesar de esto, la profesión farmacéutica se encuentra en un status alto según la percepción de los entrevistados ya que le proporciona a los CP un servicio pensando en su salud y no en lo comercial. Por lo que los CP siguen viendo la farmacia como una prestigiosa profesión, a pesar de los recientes cambios, que la han puesto en una seria amenaza en su estatus (Varnish, 1998).

Aprovechando que las actitudes son cada vez más positivas hacia los Farmacéuticos, estos se deben animar a tomar un rol más activo en otorgar información y promoción de salud dentro de la farmacia, a pesar de que todavía se desconoce si es clínicamente y costo efectivo el proporcionar servicios de información de salud en farmacia, comparado con los otorgados por el Médico (Teh, et al, 2001).

Como se ha mencionado, en muchos países se han estudiado los problemas de las farmacias comunitarias, así como los problemas y visiones con respecto a la profesión farmacéutica, desde la perspectiva de los CP. Sin embargo, en nuestro país la realidad es otra y de hecho se ha planteado el problema de la falta de estudios (Machuca, 2000), los que podrían ayudar a determinar cuál es el verdadero rol que el farmacéutico está cumpliendo y cuál es el que puede realizar. Esta ausencia de investigación ha hecho que prácticamente los únicos trabajos existentes en la actualidad se hayan hecho desde ámbitos externos al farmacéutico. La ventaja esencial que podrían entregar estos estudios, es que permitirían establecer un punto de partida necesario para dar el salto definitivo del "a dónde vamos". Es difícilmente cuestionable decir que

ante la escasa investigación que hay en este aspecto, los que lo hacen, externos a la profesión, señalan caminos hacia los que debe ir la profesión, que más que probablemente no sean los indicados, no por indeseables, sino por no responder a la realidad, cosa que raramente se puede hacer desde fuera. De esta forma colocando un inicio en el "dónde estamos" hará más fácil saber por dónde queremos "tirar" y hacia dónde queremos "ir". Ahora, más que nunca, se hace indispensable fomentar la investigación en la farmacia comunitaria, por la profesión, por el sistema sanitario y, en definitiva, por los pacientes (Machuca, 2000).

En otras palabras, debido a que hay muy pocos estudios en Chile con respecto a la utilización de la farmacia comunitaria y la percepción de los CP sobre la calidad de los servicios, parece ser de vital importancia caracterizar tal situación en nuestro país. Considerando los antecedentes bibliográficos citados, determinar la percepción de los pacientes con respecto al rol del Químico Farmacéutico en la farmacia comunitaria, sería de gran valor para saber de que forma se puede comenzar una educación a la población sobre el tema.

Debido a lo anterior, y con el objetivo de responder las inquietudes mencionadas, se diseñó el presente estudio, en el cual se aplicó un cuestionario a los CP atendidos en las farmacias de una cadena farmacéutica. Con esto se pretendió con una base sólida y con datos estadísticos, identificar la posición de la profesión Farmacéutica, en una zona específica de nuestro país (X región). Seguido de futuros estudios en este ámbito, se espera lograr determinar de qué manera se puede mejorar el quehacer de la farmacia comunitaria y del Químico Farmacéutico en esta.

### **1.1.- OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar la utilización de la farmacia comunitaria de cadena, evaluando la percepción de los pacientes en relación a la calidad de los servicios, para determinar como califican los CP el servicio brindado por el equipo de farmacia. Finalmente y no menos importante, determinar según los CP cual es el rol del Químico Farmacéutico en la farmacia comunitaria, estableciendo el grado de conocimiento de la profesión farmacéutica.

### **1.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS**

& Determinar el grado de utilización de los distintos servicios de la farmacia comunitaria como son la dispensación de medicamentos con o sin receta, recomendación para el manejo de una patología o síntoma, servicio de enfermería u otros servicios como pagos de cuentas o adquisición de otros productos que no son medicamentos.

& Determinar en que grado la población en estudio, utiliza la farmacia comunitaria como primera instancia de consulta ante algún problema de salud.

& Evaluar según la percepción de los CP de las farmacias en estudio, la calidad del servicio entregado en el momento de la entrevista.

& Investigar el criterio de las personas al momento de elegir una cadena de farmacia por sobre otra y el motivo por el cual decide un local específico para la atención de sus necesidades de salud.

& Establecer el conocimiento que tiene la población sobre el Químico Farmacéutico como profesional de la salud.

& Pesquisar la capacidad de identificación del Químico Farmacéutico dentro de la farmacia comunitaria, por parte de la población.

& Determinar si la presencia del Químico Farmacéutico en el mesón de atención, influye en el deseo del CP de ser atendido por él.

& Determinar si la presencia del Químico Farmacéutico en el mesón, mejora la percepción del CP sobre la calidad de la atención.

& Con la finalidad de dar a conocer la profesión farmacéutica, entregar un folleto con respecto al rol del Químico Farmacéutico en la farmacia comunitaria, al final de la entrevista con el CP.

## **2.- MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1.- MATERIALES**

#### **2.1.1 Estructura del instrumento de recolección de información.**

Para lograr responder todas las inquietudes, se realizó un estudio descriptivo a través de la formulación de un instrumento de recolección de información, que está dividido en dos partes fundamentales: observación y entrevista.

En la primera parte, se observó al CP para determinar el servicio buscado en la farmacia comunitaria, además de establecer los sucesos ocurridos dentro de la farmacia durante el proceso de atención, como es: cuanto tiempo transcurre desde que llega al mesón y son atendidos, si el QF está presente en el mesón de atención y cuanto tiempo transcurre desde que atienden al CP y termina la atención, entre otros parámetros. Luego, estos datos del punto de vista objetivo, fueron relacionados con los datos subjetivos del CP o percepción de los CP.

La segunda parte está estructurada con diferentes variables de tipo “independientes o estructurados” que permiten estructurar la investigación y constituir el perfil del entrevistado, perfil al que se sujetan los resultados. En este punto se encuentran los datos demográficos y de salud como: sexo, nivel de estudios, edad y presencia de alguna patología crónica, entre otras variables. Esta parte también cuenta con variables “dependientes o experimentales” que son las que constituyen realmente el cuestionario y son aquellas sobre las cuales queremos ver si hay un efecto causal de las variables independiente (Elorza, 2000), como son: el motivo de elección de esta cadena de farmacias, cual es el rol del QF y como considera la calidad de la atención, entre otras variables, proporcionando la percepción del CP con respecto a la calidad del servicio y del rol Químico Farmacéutico, entre otras cosas.

Con la finalidad de lograr un ambiente más seguro para la privacidad del CP o más confidencial, se excluyeron datos como nombre, rut, teléfono o dirección, para evitar respuestas que no representen la percepción real de los CP. A pesar de esto, en caso necesario se indicó a los CP que los datos al ser anónimos, no pueden ser relacionados con su persona.

En la formulación de las preguntas se trató de ser lo más directo posible para así evitar la ambigüedad de éstas y de las respuestas. El cuestionario se formuló en base a las necesidades y los objetivos del estudio, obviando preguntas, que si bien podrían dar una valiosa información adicional, escapan del objetivo del estudio. (Ver Anexo 1).

### **2.1.2 Material educativo.**

En la validación del instrumento de recolección de datos se encontró claras falencias por parte de los encuestados en: los conceptos de Farmacéutico y Químico Farmacéutico, como identificar al QF en la farmacia y en general un bajo conocimiento de la profesión farmacéutica. Debido a esto, se decidió entregar y explicar un folleto, con el propósito de sistematizar y facilitar la educación con respecto al rol del Farmacéutico en la farmacia comunitaria. El folleto cuenta con una descripción de la labor del QF en la farmacia comunitaria, se aclara los conceptos de Farmacéutico y Químico Farmacéutico y además de cómo se puede identificar al QF en la farmacia comunitaria (Ver Anexo 2).



## **2.2.- METODO**

### **2.2.1 Selección de la cadena de farmacias.**

El estudio se llevó a cabo en las farmacias que pertenecen a una cadena, debido a que en nuestro país las grandes cadenas cubren el 83% del total de las facturaciones del rubro de farmacia (<http://www.estrategia.cl/histo/200501/27/ambito/farma.htm>). Eligiéndose la cadena Farmacias Cruz Verde S.A. en forma aleatoria para llevar a cabo este estudio.

### **2.2.2 Muestra**

Se realizó un estudio transversal, en un grupo de CP que acudieron a la farmacia en busca de sus medicamentos o algún servicio brindado por la farmacia, durante septiembre y parte de diciembre del año 2004. El diseño muestral ocupado es el llamado Muestreo Aleatorio Estratificado, que determina que la elección de cada integrante de los diferentes estratos es completamente aleatorio y que todos tendrán la misma posibilidad de ser seleccionados para la entrevista (Elorza, 2000). Los estratos considerados en este estudio fueron Pto. Montt, Osorno y Valdivia. Con este tipo de muestreo, se puede decir que de los resultados de la muestra se infiere que son también de la población total (Taucher, 1997).

### **2.2.3 Tamaño de la muestra.**

La recolección de datos se realizó a través de entrevistas de una muestra poblacional representativa y el número de las encuestas se determinó en base a la afijación proporcional (Taucher, 1997) que se hizo en relación a la cantidad de habitantes en las tres ciudades en cuestión.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) con base del censo del 2002, los habitantes de Pto Montt son 175.938, Osorno son 145.475 y Valdivia son 140.559. Para calcular el tamaño muestral adecuado para el estudio, se utilizó la fórmula:

$$n = S / ((1 + (S/N)))$$

Donde

n= Tamaño de la muestra.

S= Tamaño muestral inicial.

N= Tamaño de la población.

Esta fórmula se encuentra en el programa estadístico EPI info 2002 versión 3.2.2.

Se tomó la población total de los tres estratos, que son 461.972 y como parámetros una varianza de 0,25, una precisión de 3,4% y un nivel de confianza de 95%, obteniéndose un n= 829, cifra a la que se agregará un porcentaje de pérdida que es alrededor del 9%, por los casos de no respuesta o que abandonen la farmacia sin recibir atención. De esta manera la cantidad de encuestas para Pto Montt fue 316, en Osorno fue 261 y en Valdivia fue 252, cantidades que fueron divididas por el número de locales en cada una de las ciudades.

#### **2.2.4 Validación del instrumento de recolección de datos.**

Para asegurar la buena confección del instrumento de recolección de información, se procedió a validar el cuestionario o entrevista en la población a encuestar. Para ello se realizó dicha entrevista en dos locales de la cadena en la ciudad de Valdivia. En el proceso de validación se aplicó la cantidad de 45 encuestas, siendo un número adecuado para tal finalidad.

En este periodo se logró detectar algunas fallas en el instrumento de recolección de información. Como ej. La redacción de algunas preguntas, además de agregar otras preguntas, debido a que la información que entregaban algunas de éstas, no respondían al 100% de los

objetivos del estudio. Además se logró detectar la falta del conocimiento de la profesión farmacéutica lo que incentivó a crear el folleto educativo antes mencionado (Ver material educativo).

### **2.2.5 Recolección de datos**

Según el diseño muestral, se entrevistó la tercera persona que entró a la farmacia, una vez terminada la entrevista anterior, de acuerdo a lo mencionado anteriormente (punto 2.2.2). Con la finalidad de abarcar a todos los potenciales clientes de la cadena, se tomó una muestra de cada uno de los locales presentes en las distintas ciudades en estudio.

El orden de las ciudades para la recolección de los datos fue Valdivia, Osorno y Pto. Montt, siendo este orden elegido al azar. En este período, se muestreó a cada uno de los locales de la cadena.

La cantidad de locales muestreados fueron: dos locales en Valdivia, cuatro locales en Osorno y cuatro locales en Pto. Montt, lo que representa la totalidad de los locales que pertenecen a la cadena Cruz Verde S.A.

En Valdivia, se utilizó alrededor de un mes entre los dos locales. El número de entrevistas no fue igual para los dos locales, debido a que la afluencia de público es diferente. Por este motivo, se muestreó con 143 entrevistas para el local con mayor afluencia y 109 entrevistas para el local con menor afluencia, completando el número total de entrevistas que eran 252.

En Osorno, se utilizó una semana en cada local con una cantidad de 65 entrevistas por cada uno de estos. La suma de estas encuestas es 260, por lo que en forma aleatoria en un local se realizó 66 entrevistas debido a que el número total de entrevistas eran 261.

En Pto. Montt, se utilizó una semana en cada local con una cantidad de 79 entrevistas por cada uno de estos, completando el número total de entrevistas que eran 316.

El periodo de la recolección de datos fue desde septiembre hasta parte de diciembre del año 2004, según muestra el cronograma de actividades (ver Anexo 3).

### **2.2.6 Duración y horarios de la entrevista.**

La duración de cada entrevista varió desde 4 min. a 10 min. aproximadamente, dependiendo del tipo de CP (como ej. edad y/o nivel de estudios). La recolección de los datos fue de lunes a viernes divididos en dos jornadas: mañana y tarde. La jornada de mañana contempló los horarios de 10:00 hrs. hasta 13:00 hrs. aprox. y la jornada de tarde contempló desde las 15:30 hrs. hasta las 19:00 hrs. aprox. Se estableció dichas jornadas para la recolección de datos, debido a que éstas son las de mayor afluencia de público, en la mayoría de los locales en estudio.

### **2.2.7 Análisis estadístico.**

Una vez recolectados los datos y para permitir el análisis, la información fue procesada con el programa estadístico EPI info 2002 versión 3.2.2 para lograr hacer comparaciones entre las diferentes variables recolectadas. De esta manera se cruzó la mayoría de las variables para ver si había asociación significativa entre ellas. Para verificar si había relación estadísticamente significativa se realizó comparaciones de dódima  $\chi^2$ , la cual mide la discrepancia entre la frecuencia observada y la esperada o teórica (Elorza, 2000), determinando la probabilidad (p) y en caso de ser inferior a 0.05, se consideró que la asociación era estadísticamente significativa. Este procedimiento se aplicó a las diferentes variables relacionadas con los objetivos del estudio. Sin embargo, cabe mencionar, que si el valor esperado es cero o cercano a cero, el valor de  $\chi^2$  tenderá a infinito. Por lo tanto en estos casos, no se puede usar la prueba de  $\chi^2$  cuando el valor esperado de alguna celda es menor que 5 (Taucher, 1997). De esta manera se analizaron las asociaciones y se encontró que muchas de estas, no cumplían con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ ,

debido a la baja frecuencia de algunas alternativas de respuesta, imposibilitando el cálculo de  $\chi^2$  y su respectiva p.

En el caso de que las dos variables fueron cualitativas o nominales, se determinó su asociación estadística a través de  $\chi^2$  y su respectiva p, como ya fue mencionado.

En el caso que las variables fueron ambas nominales y con 2 valores en cada una de estas (tabla de 2 X 2), se realizó un análisis de tablas simple y se utilizó el  $\chi^2$  sin corregir, con su p bilateral.

En el caso de las variables cuantitativas o numéricas, se realizó un análisis de medias (media, mediana y moda) para determinar su asociación con una variable cualitativa. Para esto se realizó un análisis de las varianzas para ver si hay diferencias entre los grupos y lo que permite determinar si al menos dos medias difieren de manera estadísticamente significativa (Taucher, 1997). Para verificar esto, se utilizó el test de Bartlett el cual establece si las varianzas son o no homogéneas. En el caso que sean homogéneas las varianzas y de tener una distribución normal, el test de ANOVA (Análisis de varianza) es apropiado y sus resultados pueden ser utilizados. Pero hay situaciones en que el escaso número de observaciones o por el nivel de medición de las variables, no es correcto o no es posible hacer supuestos sobre distribuciones muestrales subyacentes, por lo que se debe usar métodos no paramétricos. Por lo tanto en el caso que las varianzas no sean homogéneas, el test de ANOVA no es adecuado debido a lo antes mencionado. En este caso, el test utilizado es el Kruskal-Wallis ya que es válido para comparar los valores de mas de dos grupos cuando no se cumple los requisitos del test de ANOVA (Taucher, 1997).

En el caso que ambas variables sean numéricas, se verificó su relación estadística a través de una regresión lineal, para determinar si hay una asociación lineal entre ambas variables dependiendo del valor del coeficiente de correlación de Pearson (r) (Pagano y Gauvreau, 2001).

Es una forma de medición para apreciar la magnitud de la correlación entre las variables. Los valores de  $r$  pueden ir de  $-1$  a  $+1$ , y se considera al valor  $0$  o cercano a  $0$ , como ausencia de correlación, mientras que cercano a  $1$  como existencia de correlación entre las variables (Taucher, 1997).

### **3.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Durante el periodo de recolección de datos, hubo situaciones en que los CP indicaron no disponer de tiempo, y en otras, que por motivo de disgusto con la farmacia no quisieron responder la encuesta. A estas dos situaciones se les llamó “No respuesta” que fue de 89 (9,3%). Además hubo otras situaciones en que el CP entró a la farmacia y no recibió atención por ninguno de los integrantes del equipo de farmacia. Esto se pudo deber a que no encontró el producto que buscaba en las góndolas o esperó mucho tiempo para que lo atiendan o algún otro motivo. A estas situaciones se les llamó “No recibió atención” que fue 44 (4,6%). De esta manera, los casos que no se incluyeron en este estudio fueron de 133.

Se define “Servicio buscado” como el motivo por el cual el CP acude a la farmacia. La clasificación de los servicios y forma de abreviatura para las tablas es el siguiente: “Comprar medicamento con receta” que figura en las tablas como “1”, “Comprar medicamento por su nombre (sin receta)” que figura en las tablas como “2”, “Solicitar recomendación de un medicamento para un síntoma o una patología” que figura en las tablas como “3”, “Comprar otro producto (perfumería, artículos de aseo, pañales, etc.)” que figura en las tablas como “4”, “Realizar pagos y/o avances de tarjetas crédito” que figura en las tablas como “5”, “Uso del servicio de enfermería (Presión arterial, Test triglicéridos, Test de colesterol y/o Test de glicemia) que figura en las tablas como “6”, además de “Más de un servicio” que es la combinación de algunos de los servicios ya mencionados, que figura en las tablas como “Otros”. El orden de incidencia es el siguiente: “Comprar medicamento sin receta” con 290 casos (35%), luego “Más de un servicio” con 172 casos (21%), “Comprar otro producto” con 140 casos (17%), “Comprar medicamento con receta” con 124 casos (15%), “Realizar pagos y/o avances de tarjetas” con 74 casos (9%), “Solicitar recomendación para el manejo de síntoma o patología” con 20 casos (2%)

y finalmente “Servicio de enfermería” con 9 casos (1%). El resultado obtenido en “Comprar medicamento sin receta” es inferior a lo obtenido en un estudio realizado en Inglaterra, en el cual se evaluó sólo patologías menores y la incidencia de este servicio fue de un 49%. Se explica tal resultado por alguna experiencia al usar un medicamento de venta libre, por la prescripción de un producto en el pasado, por la gran publicidad en televisión o en periódicos promocionando medicamentos (Seston, et al, 2001). Según tabla 1 (Ver anexo 4) no es aplicable el análisis estadístico entre el o los “Servicios buscados” por los CP con respecto a las “Ciudades” en estudio, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . A pesar de esto se puede apreciar que en las tres ciudades el servicio más buscado es “Comprar medicamento sin receta”, en Valdivia el porcentaje es 40,1%, luego Osorno con un 36% y por último Pto. Montt con 30,1%. Lo segundo más buscado en las tres ciudades, es buscar más de un servicio en la farmacia, en Osorno es un 22,6%, en Pto Montt con 22,5% y en Valdivia con 16,7%. En general se puede ver que la farmacia principalmente es utilizada para la adquisición de medicamentos, ya que al considerar los servicios comprar medicamento con y sin receta, estos suman la mitad de los casos. Sin embargo, llama la atención el alto porcentaje de CP que van a la farmacia en busca de medicamentos sin previa visita al médico y además sin consultar en la farmacia por alguna recomendación. Esto implica que el CP considera que en estos casos es capaz de realizar un autodiagnóstico y elegir el medicamento adecuado para el tratamiento. Este comportamiento definido como “Automedicación” es ciertamente un problema en la población, debido a que el CP cree conocer el tratamiento adecuado, aunque algunas veces no esté en lo correcto ya sea porque el medicamento no es el adecuado o la dosis no es la correcta. Otra cosa importante a destacar es que la farmacia ya no es vista solamente como un lugar donde se puede adquirir medicamentos, sino que también la utilizan para otros fines como es la compra de otros productos



y/o realizar pagos o avances de tarjetas de crédito, ya que la suma ambos servicios es un 25% de los casos. Además un porcentaje muy bajo de los pacientes solicita una recomendación para un síntoma o patología, lo que se podría interpretar como poca confianza en la capacidad del personal de farmacia de prestar este servicio.

El “Tiempo en góndolas” se define como el tiempo ocupado por los CP en las estanterías donde eligen productos que no son medicamentos (formato autoservicio). Este formato de farmacia lo tiene al menos un local por ciudad y el resto de los locales de la cadena son en formato tradicional (sin góndolas). El tiempo en góndolas se clasificó de acuerdo a los minutos ocupado en estas y los resultados totales fueron los siguientes, “Sin pasar por las góndolas” con 196 casos (68%), “Menos de 1 min” con 37 casos (13%), “Entre 1 y 2 min” con 24 casos (8%), “Entre 2 y 3 min” con 19 casos (7%), “Mas de 3 min” con 11 casos (3,8%). Se puede ver que en este tipo de locales, más de dos tercios de los que entran a la farmacia no pasan por las góndolas. Esto llama la atención, ya que indica que los CP no dedican tiempo a las góndolas. Además la mayor frecuencia del tiempo en góndolas es 1 min, que es alrededor del 13% de todos los entrevistados. Esto indica que la farmacia es principalmente utilizada para suministro de medicamentos y luego para la adquisición de otros productos o servicios. En el caso de utilizar las góndolas, el tiempo ocupado es el mínimo, infiriendo que no es utilizada en gran medida como suministro de “Otros productos”, tomando en cuenta que en este tipo de locales la mayoría de estos productos se encuentran en las góndolas. Sin embargo el servicio “Comprar otro producto” es un 19% en este tipo de locales. No existe una diferencia estadísticamente significativa entre el “Tiempo en góndolas” en los “Locales autoservicio” de las tres ciudades o tres locales.

El “Tiempo de espera” corresponde al tiempo ocupado por los CP en el mesón para ser atendidos. El tiempo de espera se clasificó de acuerdo a los minutos ocupados, dando los siguientes resultados: “Menos de un min.” con 580 casos (70%), “Entre 1 y 2 min.” con 124 casos (17%), “Entre 2 y 3 min.” con 50 casos (6%) y “Más de 3 min.” con 57% (7%). Como muestra la tabla 2 existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,034$ ) entre el “Tiempo de espera” para ser atendidos y las “Ciudades” en estudio. La ciudad que es más rápida para atender es Valdivia, ya que el valor “Menos de un minuto” es 77% del total de los casos, seguido por Osorno con un 70,5% y la más lenta es Pto Montt con un 63,9%. Esta última tiene el valor más alto 8,9% para “Más de 3 minutos”. La explicación a tales resultados puede ser porque el equipo de farmacia de los locales de Pto Montt se toman un tiempo superior en atender a los CP o que el número de integrantes no es el adecuado para proporcionar un servicio eficiente.

“Quien atiende” se define como el integrante del equipo de farmacia que atiende al CP. Las posibilidades de “Quien atiende” en el mesón de atención y sus resultados son: Auxiliar de Farmacia con 807 casos (97%), Químico Farmacéutico con 9 casos (1%) y Estudiante QF con 13 casos (2%) (sólo en el local 143 de Valdivia). Tales resultados concuerdan con un estudio realizado en el sur de Chile (Salazar, 2005), en que los Auxiliares de farmacia atendieron un 96% de los CP que buscaban una solución para problemas menores, mientras que el QF solo fue un 2,4%. Como se ve en la tabla 3, la relación estadística entre “Quien Atiende” y las “Ciudades” en estudio no es aplicable, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . En Pto Montt con un 2,2% es la ciudad donde el Químico Farmacéutico más atiende, luego Osorno con 1,5% y finalmente Valdivia con 0,8%. Las diferencias tan grandes entre el Químico Farmacéutico y el Auxiliar de Farmacia se deben en parte a la diferencia en cada momento entre el número de Auxiliares de Farmacia y Químicos Farmacéuticos, ya que en el caso de los Auxiliares de

Farmacia la cantidad de estos depende del local que puede ser desde 5 hasta 10 aproximadamente y en el caso de los Químicos Farmacéuticos por lo general son 1 ó 2. También se debe a que los Químicos Farmacéuticos realizan labor administrativa que les impide estar en el mesón de atención.

Se define “Está visible el QF” como si el QF está atendiendo a los CP o supervisando lo que ocurre en el mesón de atención. La presencia del QF en el mesón se clasificó y sus resultados son: “No” está presente en el mesón de atención con 678 (82%) y “Sí” está presente en el mesón con 151 casos (18%). Tal resultado refleja que el QF dedica poco tiempo en el mesón de atención, despreocupando una tarea importante que es la supervisión de la dispensación de medicamentos. La “Presencia del Químico Farmacéutico en el mesón de atención” presenta diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,000$ ) con respecto a las ciudades en estudio. Como muestra la tabla 4, la mayor proporción de la presencia del Químico Farmacéutico en el mesón de atención es en Pto Montt con un 25%, luego Osorno con un 20,7% y finalmente Valdivia con 7,1%. Esto se complementa con lo anterior, en que el Químico Farmacéutico en la ciudad de Pto Montt está en mayor grado atendiendo a los CP que en las otras ciudades, a pesar que la diferencia es pequeña. Esta diferencia ocurre aun cuando en las tres ciudades el trabajo administrativo para los QFs es similar, por lo que se puede inferir que las actitudes de los QFs debieran ser los factores que influyen en este parámetro.

La “Cantidad de Químicos Farmacéuticos” presentes en la farmacia varía entre 1 ó 2 por farmacia al momento de la entrevista a los CP. Los resultados totales de la cantidad de QFs son: “Uno” con 687 casos (83%) y “Dos” con 142 casos (17%). Esta cantidad de QFs tiene diferencias estadísticamente significativas con respecto a las ciudades ( $p=0,000$ ). Como muestra la tabla 5, en las tres ciudades hay más proporción de un Químico Farmacéutico por farmacia. En la ciudad

donde con mayor frecuencia hay dos Químicos Farmacéuticos es en Valdivia con un 28,2%, luego en Pto. Montt con 13,6% y en Osorno con 10,7%. Comparando con los resultados anteriores, se puede inferir que la mayor cantidad de Químicos Farmacéuticos presentes en la farmacia no está relacionada con una mayor proporción de presencia del Químico Farmacéutico en el mesón y por lo tanto con la atención del Químico Farmacéutico, corroborando lo discutido en el caso anterior. Un factor importante que determina la cantidad de QFs presentes en la farmacia es el trabajo administrativo que deben realizar.

Se define “Pide hablar con el Químico Farmacéutico” como si el CP solicitó hablar con el QF durante la visita a la farmacia. La clasificación y resultados son: “No” solicita hablar con el QF con 820 casos (99%) y “Sí” solicita hablar con 9 casos (1%). No existe diferencia estadísticamente significativa con respecto las “Ciudades”. Tal resultado tiene relación con el servicio buscado, debido a la baja frecuencia de “Solicitar recomendación de un medicamento o patología”. Esto puede ser explicado por la falta de imagen pública que posee el QF en nuestro país, debido a la actitud de los QF frente su presencia en el mesón de atención y poca motivación de involucrarse con los CP.

Se define “Es derivado al QF”, a si el Auxiliar de Farmacia deriva el CP al QF por petición de la persona o por iniciativa del propio Auxiliar. Además en algunas oportunidades el CP estaba siendo atendido por el QF, independiente de que haya pedido hablar con él. La clasificación y resultados son los siguientes: “No” es derivado al QF con 794 casos (96%), “Sí” es derivado con 22 casos (3%) y “Atendido por el QF” con 13 casos (1%). A pesar que no es aplicable la relación estadística, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ , con respecto a las tres “Ciudades” en estudio, se puede ver en la tabla 6 que en general sobre el 93% no es derivado al QF en las tres ciudades. En Valdivia, Osorno y Pto. Montt el porcentaje de “Sí

es derivado” es igual o mayor al de “pide hablar con el QF”, por lo que se puede inferir que la mayoría de los CP que piden hablar con el QF son derivados al QF y otra parte de los CP son derivados al QF por iniciativa del propio Auxiliar de farmacia. Por lo tanto se puede ver que los Auxiliares se sienten capacitados o con la habilidad de manejar la situación por la baja frecuencia de “Sí es derivado”, debido a su experiencia en el rubro. Además es importante dar a conocer que los Auxiliares cuando tienen una duda, por lo general primero consultan a otro auxiliar para solucionar el problema y en caso de no poder resolver la situación recurren al QF. Esta actitud de los Auxiliares se puede deber a que el QF no quiere que lo molesten por su gran cantidad de trabajo administrativo.

El “Tiempo de atención” se define como el tiempo que transcurre desde que es atendido el CP, hasta que termina la atención. El tiempo de atención se clasificó en min. y sus resultados son los siguientes: “Menos de un min.” con 20 casos (2%), “Entre 1 y 2 min.” con 336 casos (41%), “Entre 2 y 3 min.” con 299 (36%) y “Más de 3 min.” con 174 casos (21%). Existe una relación estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ) entre el “Tiempo de atención” y las “Ciudades” en estudio. Como muestra la tabla 7, en la cual Valdivia es la que tiene la proporción más alta de “Menos de un minuto” con 4,8%, Pto Montt tiene 1,6% y Osorno con 1,1%. Mientras que la mayor proporción de “Más de tres minutos” la posee Pto Montt con un 24,1%, luego Osorno con 23,4% y Valdivia con 14,7%. Se ve que Valdivia en “Menos de un minuto” es la que tiene la mayor proporción y en “Más de tres minutos” es la de menor proporción, por lo que se infiere que el equipo de farmacia en Valdivia es más rápida para atender a los CP. La explicación en el caso de Pto. Montt ya fue mencionado en un caso anterior, y en el caso de Valdivia puede existir más competitividad entre los Auxiliares de farmacia por un motivo comercial.

La “Calidad del servicio”, corresponde a la percepción del CP con respecto a como fueron atendidos en la farmacia. La clasificación e incidencia es: “Muy buena” con 360 casos (43%), “Buena” con 452 casos (55%) y “Regular” con 17 casos (2%). El valor “Mala” no se encontró en ninguna de las ciudades, puesto que las personas que podrían haber encontrado mala la atención, se negaron a contestar la encuesta por motivo de disgusto con la farmacia. En general la calidad del servicio es bastante buena según la percepción de los CP, ya que la suma de “Muy buena” y “Buena” es un 98%, indicando el buen servicio brindado por la cadena de farmacia. La diferencia entre las “Ciudades” no fue estadísticamente significativa. Comparando con los resultados de los análisis anteriores (Tiempo de espera y Tiempo de atención) se puede ver que los tiempos de espera y atención no influyen en la percepción de la calidad del servicio. Debido a tales resultados se infiere que la calidad del servicio puede estar más relacionada con la amabilidad y conocimiento de medicamentos del equipo de farmacia.

El “Motivo de elección de esta cadena de farmacia”, se define como la razón por la que elige esta cadena y no otra, para solucionar sus necesidades de farmacias. Dentro de las posibilidades pre-establecidas y resultados son: “Ubicación” de la farmacia con 312 casos (38%), “Precios” con 182 casos (22%), “QF de la farmacia” con 2 casos (0,2%), Beneficios (Tarjeta de puntos y/o de crédito) con 135 casos (16%), “Amabilidad” con 123 casos (15%), “Rapidez” con 34 casos (4%) y Convenios (Casa Comercial e ISAPRE) con 41 casos (5%). A pesar que no es aplicable la asociación estadística con las “Ciudades”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ , se puede destacar algunas diferencias entre ellas. Según la tabla 8, en Valdivia los motivos mas frecuentes son: Ubicación con un 54%, Precios con 16% y 9,9% por la Amabilidad y Beneficios. En Osorno los motivos mas frecuentes son: la Ubicación con 38%, Precios con 22%, Amabilidad con 21% y Beneficios con 15%. Y en Pto Montt son: los Precios

con 26%, Ubicación con 24%, Beneficios con 22% y Amabilidad con 14%. A pesar que en las tres ciudades, las diferentes cadenas tienen sus locales en lugares estratégicos y muy cerca de las otras cadenas, la ubicación es un factor importante en la elección de una cadena de farmacia. Inclusive en Valdivia la “Ubicación” es el motivo mas frecuente para elegir una cadena, en más de la mitad de los CP, por lo que se puede inferir que la comodidad de los CP es algo fundamental en la elección de una cadena. Los precios también ocupan un lugar importante en la determinación de esta cadena de farmacia por sobre otra, inclusive en Pto Montt es la razón mas importante para elegir la farmacia. Los motivos “Beneficios” y “Amabilidad” fueron en las tres ciudades los terceros o cuartos motivos de elección de la cadena. Llama la atención la poca importancia que los CP les dan a estos factores y la presencia del QF.

Muy similar a lo anterior, se encuentra el “Motivo de elección de este local”, que es la razón por la que elige este local de la cadena y no otro local de la misma ciudad. Dentro de las posibilidades pre-establecidas y resultados son: “Ubicación” con 639 casos (77%), “Amabilidad” con 130 casos (16%), “QF de la farmacia” con 1 caso (0,1%), “Rapidez” con 29 casos (4%), “Características físicas del local” con 12 casos (1%) y “Variedad de productos” con 18 casos (2%). La ubicación es el motivo mas importante y esto concuerda con lo que ocurre en el Reino Unido, ya que los motivos para la elección de una farmacia por sobre otros es la proximidad a la consulta del Médico, del hogar, al colegio de los niños, al trabajo y otros negocios (Hassell, et al, 1999). Aunque no es aplicable la asociación estadística, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$  entre las “Ciudades”, se puede ver en la tabla 9 que en Valdivia la mayor proporción se encuentra en la Ubicación con un 93% y luego Amabilidad un 4%. En Osorno la ubicación corresponde a un 73,2% y Amabilidad con un 24%. En Pto Montt la mayor proporción también está en la Ubicación con un 67%, Amabilidad con un 18% y Rapidez con 8%. En el caso

de la elección del local aumenta considerablemente la “Ubicación” en comparación con la elección de la cadena, debido a que entre locales no hay diferencia de precios ni tampoco en los beneficios. Entre locales de la ciudad de Valdivia es más alta esta proporción, producto de que solo existen dos locales muy separados uno del otro, en comparación con Pto Montt y Osorno donde hay cuatro locales por ciudad, muy cerca uno del otro. La “Amabilidad” es el segundo motivo mas frecuente, aunque en mucho menor grado que la “Ubicación”. En Pto Montt y Osorno toman mucho más en cuenta la “Amabilidad” del equipo de farmacia que en Valdivia, infiriéndose que al estar más cerca una farmacia de otra, se toma en cuenta otros factores como la “Amabilidad”.

El “Tipo de farmacia” se define como el formato que ésta exhibe y esto depende de la presencia o no de góndolas lo que posibilita el autoservicio de los CP. Las posibilidades y resultados son: “Sin Góndolas” con 542 casos (65%) y “Con Góndolas” con 287 casos (35%). No es aplicable la asociación estadística, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$  entre el “Tipo de farmacia” y el “Servicio buscado”. Como se muestra en la tabla 10, en locales “Con góndolas” el orden de los servicios más solicitados son: “Comprar medicamento sin receta” con un 28%, “Más de un servicio” con un 22%, “Comprar otro producto (no medicamento)” con un 19%, “Comprar medicamento con receta” con un 15% y “Realizar pagos o avances de tarjetas de crédito” con un 13%. En los locales “Sin góndolas” los servicios más solicitados son: “Comprar medicamento sin receta” con un 39%, “Mas de un servicio” con un 20%, “Comprar otro producto” con un 16%, “Comprar medicamento con receta” 15% y realizar pagos o avances de tarjetas de crédito con un 7%. Las diferencias mas importantes son en “Comprar medicamento sin receta”, ya que en locales sin góndolas es mayor la proporción, y en el caso de los “Pagos y/o avances de tarjetas de crédito” es casi el doble en los locales con góndolas. “Comprar



medicamento con receta” es igual en ambos tipos de farmacias, indicando que los CP no tienen preferencia sobre un tipo de farmacia cuando estos poseen una receta. Algo que llama la atención es la poca diferencia entre los tipos de locales la incidencia de “Comprar otro producto”, debido a que al tener góndolas se esperaría una mayor frecuencia de este valor.

El “Tiempo de espera” para ser atendido, no difiere estadísticamente con respecto al “Tipo de farmacia”. En locales “Con góndolas” el tiempo de espera “Menos de un minuto” posee la mayor proporción con un 67% y en “Más de 3 minutos” con un 9%. En locales sin góndolas “Menos de un minuto” también posee la proporción más alta con un 72% y en “Más de 3 minutos” con un 6%. Esto indica que independiente del tipo de farmacia, el tiempo de espera es similar.

No es aplicable la asociación estadística, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$  entre “Quien atiende” la farmacia y el “Tipo de farmacia”. Como se ve en la tabla 11, en locales “Con góndolas” los Auxiliares de Farmacia tienen un 98% y los QFs tienen un 2%. En locales “Sin góndolas” los auxiliares de farmacia tienen un 97% y los QFs un 1%. Por lo que se puede decir que no hay diferencia importante con respecto a estas variables.

No existe diferencia estadísticamente significativa entre si el “QF está visible” y el “Tipo de farmacia”. En los locales “Con góndolas” así como en los “Sin góndolas” el QF está visible en un 18% de las atenciones.

La “Cantidad de QFs” por local difiere estadísticamente ( $P=0,000$ ) entre el “Tipo de local”. Como se ve en la tabla 12, en locales “Con góndolas” la mayor proporción se encuentra en “1” QFs con un 70% y “2” QFs con un 30%. En los locales “Sin góndolas” en un 90% de las atenciones hay solo “1” QF y 10% restante hay 2 QFs. Se aprecia claramente la diferencia entre los tipos de locales, en el que se aumenta en tres veces la proporción de “2” QFs en los locales

con góndolas. En este tipo de locales por lo general tienen más trabajo administrativo, por lo que requiere un mayor tiempo de los QFs en la farmacia para dedicarse a tales tareas, a pesar que no se ve reflejado en la “Compra de otros productos”.

No es aplicable la asociación entre “Solicitar hablar con el QF” con el “Tipo de local”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . A pesar de esto se ve en la tabla 13 que el valor “No solicita hablar” es un 99,7% y 98,5% para los locales con góndolas y sin góndolas respectivamente. Por lo general la gente no solicita hablar con el QF cuando visita una farmacia, independiente si tiene o no góndolas el local, aunque se ve una proporción levemente superior en “Si solicita hablar” en los locales sin góndolas.

“Derivar el CP al QF” no difiere estadísticamente según el “Tipo de farmacia”. Por lo general, no se deriva al QF independiente del tipo de local, aunque se ve una leve diferencia en el valor “Sí es derivado”, en que los locales sin góndolas es mayor la incidencia.

Existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,0140$ ) entre el “Tiempo de atención” y el “Tipo de Farmacia”. Como se ve en la tabla 14, el valor “Menos de un min” es un 2,1% y 2,6% en locales con y sin góndolas respectivamente. El valor “Más de tres min” es un 16% y 23% para locales con y sin góndolas respectivamente. Se puede ver que el valor “Más de tres min” es mayor en locales sin góndolas, lo que se puede explicar por el hecho de que los CP se atienden solos en las góndolas. Esto resulta en que el tiempo ocupado en el proceso de atención sea más corto, porque el equipo de farmacia se preocupa sólo de la parte de medicamentos, a diferencia de los locales sin góndolas donde deben ocuparse además de los “otros productos”.

La “Calidad de la atención” no esta relacionada estadísticamente con el “Tipo de farmacia”. En general los valores “Muy Buena”, “Buena” y “Regular” fueron con porcentajes

muy similares entre los locales con góndolas y sin góndolas. Se puede concluir que la calidad de atención brindada en ambos tipos de farmacias es parecida y en general los CP poseen una buena percepción de los servicios otorgados por la farmacia, reflejado en los altos porcentajes de “Muy buena” y “Buena”.

No es aplicable la asociación entre el “Motivo de elección de esta cadena de farmacias” con el “Tipo de local”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como muestra la tabla 15, en locales “Con góndolas” el motivo mas frecuente es “Ubicación” con un 33%, luego “Precios” con un 25% y “Beneficios” con un 17%. En locales “Sin góndolas” el motivo mas frecuente es “Ubicación” con un 40%, “Precios” con un 21%, “Amabilidad” y “Beneficios” ambos con un 16%. En general los porcentajes son similares de cada uno de los motivos de elección de esta cadena con respecto al tipo de local, pero se ven algunas diferencias en “Ubicación”, además los “Convenios” en locales con góndolas posee un 8% y un 3% para locales sin góndolas. Debido a tales resultados se infiere que los CP no tienen un motivo de elección de cadena, que difiera para elegir un local con góndolas o sin éstas según las categorías de este estudio.

No es aplicable la asociación entre el “Motivo de elección de este local” y “Tipo de local”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como muestra la tabla 16, la “Ubicación” es el motivo mas frecuente en ambos tipos de locales con un 80% para locales con góndolas y 76% para los sin góndolas. La “Amabilidad” posee un 11% para locales con góndolas y un 18% para locales sin góndolas. Las “Características físicas del local” posee 3,5% para locales con góndolas y 0,4% para los sin góndolas. La variedad de productos del local posee 3,8% para los con góndolas y 1,3% para los sin góndolas. A pesar que no aplicable la asociación, se ven algunas diferencias en los valores de menor proporción, ya que en locales “Sin góndolas”

destacan más la “Amabilidad” en comparación a los con góndolas. Los valores “Características del local” y “Variedad de productos” están aumentados en locales con góndolas. Las características del local se destacan un poco más en este tipo de farmacias, entre otras cosas, porque por lo general son locales más nuevos.

No es aplicable la asociación entre el “Servicio buscado” y “Quien atiende”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . A pesar de esto como muestra la tabla 17, en el caso de los “Auxiliares de farmacia” la mayor incidencia del servicio buscado se encuentra en el valor “Comprar medicamento sin receta” con un 35%, luego viene “Más de un servicio” con un 21% y un 17% para “Comprar otro producto”. En el caso del “QF” la mayor incidencia esta en “Comprar un medicamento sin receta” con un 46% y luego con un 31% en “Más de un servicio”. Concluyendo que en ambos casos de “Quien atiende”, los porcentajes más altos del “Servicio buscado” se encuentran en los mismos valores, “Comprar medicamento sin receta” y “Más de un servicio”. Llama la atención que el mayor grado de atención del QF es en “Comprar medicamento sin receta” puesto que es un servicio de poca complejidad y que además en ningún caso atendió directamente al paciente que buscaba una recomendación con respecto a algún síntoma o patología.

A pesar que no es aplicable la asociación entre “Servicio buscado” con respecto a “Si solicita hablar con el QF”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ , se ve en la tabla 18 diferencias importantes, puesto que en el caso de “Solicitar recomendación para el manejo de una patología o síntoma” 15 de los 20 pacientes que solicitan este servicio, no piden hablar con el QF y solamente 5 sí lo hacen. En el resto de los valores de “Servicio buscado” sobre el 98% de los casos “No solicita hablar con el QF”. Con esto se puede apreciar que en el caso de “Solicitar recomendación para el manejo de una patología o síntoma”, el QF es solicitado en mayor grado

comparado con los otros servicios. Estos resultados indican que el QF es requerido en labores para las cuales está capacitado como profesional de la salud, aunque la frecuencia con cual esto ocurre es muy baja. Se puede concluir que en la mayoría de los casos, los CP perciben que las recomendaciones que otorgan los Auxiliares son suficientes para sus dudas y no es necesario hablar con el QF.

No es aplicable la asociación entre el “Servicio buscado” y “Si es derivado al QF”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 19, en el caso de “Solicitar recomendación de para el manejo de una patología o síntoma” 10 de los 20 CP que buscan este servicio son derivados al QF. En el resto de los servicios buscados, sobre el 94% no es derivado al QF. Esto indica que los Auxiliares de Farmacia tienen cierta conciencia de lo riesgosos que son medicamentos en caso de un mal uso, derivando algunos CP al QF por iniciativa propia.

De los CP entrevistados, 560 (68%) son de sexo femenino y 269 (32%) de sexo masculino. Tales resultados indican que acá ocurre lo mismo que en estudios realizados en el Reino Unido, ya que estos estudios indican que la proporción de las mujeres es entre 60% a un 80% (Hassell, et al, 1999). Mientras que en Nueva Zelanda las mujeres fueron el 75% del total de CP (Emmerton y Shaw, 2002). La asociación entre el “Servicio buscado” con respecto al “Sexo” no es aplicable, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . A pesar de esto según muestra la tabla 20, en el caso del sexo “Masculino” los servicios más buscados son “Comprar medicamento sin receta” con un 39%, luego “Comprar medicamento con receta” con un 19%, “Más de un servicio” con un 17% y “Comprar otro producto” con un 14%. En el caso del sexo “Femenino” los servicios más buscados son “Comprar medicamento sin receta” con un 33%, luego “Más de un servicio” con un 23%, “Comprar otro producto” con un 18% y “Comprar

medicamento con receta” con un 13%. Se ven leves diferencias entre ambos sexos, sin embargo las más importantes son en cuanto a “Comprar medicamento sin receta” y “Comprar medicamento con receta”, que al sumar las proporciones en el sexo masculino es un 58%, mientras que el sexo femenino es un 46%. En el caso de “Comprar otro producto” y “Más de un servicio” que al sumar las proporciones en el sexo masculino es un 31%, mientras que el sexo femenino es un 41%. Por lo que se puede inferir que los hombres utilizan la farmacia para la adquisición de medicamentos en mayor grado que el sexo femenino. Esto se puede deber a que por lo general las mujeres son quienes compran los útiles de aseo de la familia, aumentando la proporción de “Comprar otros productos”.

Se define como “Nivel de estudio” al grado de escolaridad alcanzado por la persona encuestada, lo que se pudo clasificar en cuatro categorías y dando como resultado lo siguiente: “Sin estudios” con 3 casos (0,4%), “Básico” con 166 casos (20%), “Medio” con 338 casos (41%), “Instituto Profesional” con 118 casos (14%) y “Universitario” con 204 casos (25%). La asociación entre el “Servicio buscado” con respecto al “Nivel de estudios” no es aplicable, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . En general, independiente del nivel de estudio, el servicio más buscado es “Comprar medicamento sin receta”. Además la proporción de “Comprar medicamento con receta” es similar, dentro de todos los estratos escolares. Los estudios “Básicos y Medios” son los que más “Solicitan una recomendación para el manejo de síntomas o patología” ya que juntos son 16 de los 20 CP encuestados que buscan este servicio. Esto se puede deber a que en estos estratos hay menos ingresos económicos lo que dificulta la ida al médico por su alto costo o porque requiere gran tiempo de espera en los hospitales o consultorios. Además al tener menores niveles de estudios pueden conocer menos de enfermedades y/o medicamentos, lo que aumentaría buscar este servicio en la farmacia.

Se define como “Actividad” a la ocupación actual del CP, lo que se pudo clasificar en seis categorías y con las siguientes frecuencias: “Dueña de Casa” con 215 casos (26%), “Estudiante” con 55 casos (7%), “Técnico” con 48 casos (6%), “Profesional” con 167 casos (20%) , “Jubilado” con 68 casos (8%) y “Otros” con 276 casos (33%) que en general fue algún tipo de empleo. No es aplicable la asociación entre la “Actividad” con respecto al “Servicio buscado”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . A pesar de esto, como se muestra en la tabla 21 se ve algunas diferencias como es “Comprar medicamento sin receta” que es bastante más alto en “Jubilados” y “Estudiantes” en comparación al resto de los valores de “Actividad”. En el caso de los “Estudiantes”, se puede deber a que por lo general son jóvenes y no tienen enfermedades muy graves, además al no poseer un trabajo estable, no tienen los recursos económicos suficientes como para ir al médico. En el caso de los Jubilados la explicación es que probablemente están en tratamiento de alguna enfermedad crónica y saben cuales son los medicamentos que necesitan. En el caso de “Otros” son los que más “Solicitan una recomendación para el manejo de síntomas o patología” ya que son el 50% (10 CP) del total de los CP encuestados que buscan este servicio. Esto se puede explicar porque a pesar de tener un trabajo (en general), no poseen una situación económica que los lleve a visitar siempre al médico ante algún problema de salud.

Se define como “Patología crónica” a la enfermedad que padece el CP, lo que se clasificó en cinco categorías, además de “Ninguna” que significa ausencia de una patología crónica, correspondiente a 480 casos (58%), mientras que 349 (42%) de los CP indicaron tener alguna patología crónica que es una cifra que no deja de ser importante. Las categorías y sus incidencias son: “HTA” (Hipertensión arterial) con 160 casos (19%), “Diabetes Mellitus” (Tipo I o II) con 29 casos (4%), “Asma” con 25 casos (3%), “Alergia” de cualquier etiología con 65 casos (8%) y “Otra” que se define como una patología crónica diferente a las antes mencionadas, con 70 casos

(8%). Aunque no es aplicable la asociación entre el “Servicio buscado” y “Patología crónica”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$  se puede ver algunas tendencias. Como muestra la tabla 22, en general el servicio más buscado independiente de la patología crónica excepto “Diabetes Mellitus”, es “Comprar medicamento sin receta” incluyendo los que no tienen patología crónica. La que tiene la menor proporción de “Comprar medicamento sin receta”, en comparación con el resto de las enfermedades, es “Diabetes Mellitus”. Esto se puede deber a que dentro de las enfermedades crónicas, ésta es una de las más complicadas debido a su inestabilidad, por lo que requiere de controles y visitas más frecuente al médico, para mantener un estado adecuado de su enfermedad. De los servicios buscados por “HTA”, “Comprar medicamento con receta” es uno de los muestra una baja proporción y es casi la mitad en comparación con el resto de las enfermedades, inclusive, tiene menor proporción que los no tienen ninguna patología crónica. En este caso, con una adecuada terapia farmacológica, se podría considerar que es una enfermedad más estable. Además no requiere de visitas al médico tan seguido para obtener una receta, debido a que los medicamentos y las dosis por lo general son iguales, mientras no se presente algún Problema Relacionado con Medicamentos (PRM).

Se define como “Segunda patología crónica” a la segunda enfermedad crónica que padece el CP. La clasificación es la misma anterior menos “HTA” ya que el 100% de los casos está en “Patología crónica”. La incidencia de una segunda patología crónica es la siguiente: Diabetes Mellitus con 14 casos (2%), “Asma” con 4 casos (0,5%), “Alergia” con 14 casos (2%) y “Otra” con 25 casos (3%). Del total de encuestados, 57 (7%) CP indicaron tener una Segunda patología crónica. No es aplicable la asociación entre el “Servicio buscado” y “Segunda patología crónica”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Debido a la baja incidencia de esta variable, no se puede discutir correctamente.



Se define como “Previsión” al sistema de salud que posee el CP para tener acceso a las diferentes especialidades de la medicina. Su incidencia y clasificación es la siguiente: “Isapre” con 246 casos (30%), “Fonasa” con 465 casos (56%), “FFAA” con 32 casos (4%), además de “Ninguna” en caso que el CP no tenga previsión con 86 casos (10%). No es aplicable la asociación entre “Servicio buscado” y “Previsión”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como muestra la tabla 23, independiente del tipo de previsión el servicio más buscado fue “Comprar medicamento sin receta” que fue entre un 31% y un 36%, los que son valores muy similares. La previsión que muestra más diferencias es “Isapre”, ya que en el caso de “Comprar medicamento con receta” es el que tiene la proporción más alta con un 19%, ya que el resto de las previsiones la proporción es inferior al 14%. Esto refleja que es la previsión que tiene más facilidad de atención de un médico, ya sea por motivos económicos o por el mismo sistema de salud. Además en el caso de “Comprar otro producto” es la que tiene la proporción más baja en comparación con el resto de las previsiones, y finalmente es la previsión que más busca “Realizar pagos y/o avances de tarjetas de crédito”, debido a su situación económica.

Se define “Estado de salud” como la percepción del CP con respecto a su calidad de vida desde el punto de vista de su salud. Su incidencia y clasificación es la siguiente: “Muy bueno” con 82 casos (10%), “Bueno” con 508 casos (61%), “Regular” con 222 casos (27%) y “Malo” con 17 casos (2%). Aunque no es aplicable la asociación entre el “Estado de salud” y el “Servicio buscado”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$  se ven algunas diferencias. Como se ve en la tabla 24, en el caso de la percepción “Muy bueno”, el servicio más buscado es “Comprar medicamento sin receta” con un 31%, luego “Comprar otro producto” con un 27% y “Más de un servicio” con 26%. En el caso de “Bueno” el servicio más buscado es “Comprar medicamento sin receta” con un 36%, luego “Más de un servicio” con un 19% y “Comprar otro

producto” con un 18%. En el caso de “Regular” el servicio más buscado es “Comprar medicamento sin receta” con un 34%, luego “Más de un servicio” con un 23% y “Comprar medicamento con receta” con un 20%. En el caso de “Malo” el servicio más buscado es “Comprar medicamento con receta” y “Comprar medicamento sin receta” ambos con un 35%, luego es “Más de un servicio” con un 18%. En general el servicio más buscado independiente del estado de salud es “Comprar medicamento sin receta”, además se ve una tendencia que al disminuir la calidad de salud percibida por el CP, aumenta la proporción de “Comprar medicamento con receta”. Se ve que uno de los servicios más buscado por “Malo” es “Comprar medicamento con receta” y esta proporción es bastante mayor que el resto de los valores de “Estado de salud”. Además otra diferencia es que “Malo” no tiene incidencia en “Comprar otro producto”, “Realizar pagos o avances” y “Servicio de enfermería”. Esto refleja que por tener un estado de salud deteriorado, en mayor grado ha visitado al médico para una posterior compra de un medicamento con receta. Sin embargo, el bajo número de CP en esta categoría, limita la posibilidad de hacer conclusiones validas.

La “Razón de elección de la farmacia” se define como el motivo mas importante por el cual el CP elige la farmacia para solucionar su problema de salud, antes que otra alternativa como el Médico particular, consultorio o atención de urgencia. La incidencia y clasificación de “Razón de elección de la farmacia” es la siguiente: “Es más rápido” que otras alternativas con 146 casos (18%), “Por el QF” ya que me puede recomendar un medicamento o decirme lo que puedo hacer con 132 casos (16%), “No es muy grave” y no necesito ir a un Médico con 300 casos (36%), “Es más barato” que las otras alternativas con 42 casos (5%) y “Nunca acudo a la farmacia” en primera instancia ya que siempre voy primero al Médico con 209 casos (25%). La razón de mayor incidencia es “No es muy grave” que tiende a preocupar ya que los CP generalmente no

tienen los conocimientos para discriminar sobre la gravedad de un síntoma o patología. Sin embargo se ve una alta proporción que indica que “Nunca acude a la farmacia” lo cual es bueno puesto que refleja cierto grado de respeto hacia su salud y a los medicamentos. Además llama la atención la baja incidencia de “Es más barato” porque debería ser un factor importante para elegir la farmacia ya que se ahorra el dinero de la consulta del médico, pero la gente coloca su salud por sobre lo económico siendo un hallazgo muy importante. Tales resultados difieren con los obtenidos en un estudio realizado en el Reino Unido, ya que el tiempo de espera para una consulta al médico y el tiempo en la misma consulta son los motivos mas importantes para elegir la farmacia antes que el médico (Hassell, et al, 1999), teniendo en cuenta que las posibles respuestas no eran las mismas que las de este estudio. Además los resultados en el estudio realizado en el sur de Chile (Salazar, 2005), concuerdan con éste, en que “No es muy grave” es una razón importante de elección de la farmacia ante un problema de salud, sin embargo, difieren en la importancia que le dan los CP a “Es más barato”, ya que según Salazar (2005) éste es un motivo de relevancia al momento de elegir la farmacia, teniendo en cuenta que las opciones de respuestas según el diseño de la entrevista fueron diferentes. No es aplicable la asociación entre el “Servicio buscado” y “Razón de elección de la farmacia”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 25, en el caso de elegir la farmacia porque “Es más Rápido” el servicio más buscado por los CP es “Comprar medicamento sin receta” con un 41%. En el caso de “Por el QF” el servicio más buscado es “Comprar medicamento sin receta” con un 32%, luego “Mas de un servicio” con un 23% y “Comprar medicamento con receta” con un 18%. En el caso de “No es muy grave” el servicio más buscado es “Comprar medicamento sin receta” con un 34%. En el caso de “Nunca acudo a la farmacia” el servicio más buscado es “Comprar medicamento sin receta” con un 34% y luego “Comprar medicamento con receta” con un 21%.

En general el servicio más buscado independiente de la “Razón de elección de la farmacia” es “Comprar medicamento sin receta”. Se ven leves diferencias en las proporciones de “Comprar medicamento con receta” debido a que es uno de los servicios más buscado por “Nunca acudo a la Farmacia” y “Por el QF”, en comparación con el resto de las “Razones de elección de la farmacia”. Esto indica que al tener un mayor grado de respeto por la salud, más visitan al médico para un diagnóstico adecuado, con la obtención de una receta con el medicamento preciso para la enfermedad. Otra diferencia se ve en “Solicitar recomendación para manejo de síntoma o patología” porque sus proporciones en “No es muy grave” y especialmente en “Por el QF” son más altas que el resto de las razones por que elige la farmacia. Esto refleja que los CP que buscan un consejo en la farmacia, piensan que su problema de salud no es muy grave o que el QF sería la persona adecuada para tales situaciones.

Se define “Rol del QF” como la percepción de los CP con respecto a la labor del QF en la farmacia comunitaria. La clasificación y incidencia es la siguiente: “Persona que atiende la farmacia” con 21 casos (2%), “Persona que responde consultas de medicamentos y enfermedades” con 517 casos (62%), “Persona que prepara los medicamentos” con 137 casos (17%), “Dueño de la farmacia” con 1 caso (0,1%) y “Administrador o jefe de la farmacia” con 23 casos (3%), además de “No sabe” que corresponde cuando el CP no identifica el rol del QF en la farmacia con 130 casos (16%). En general se puede ver que la mayoría de los CP tiene la percepción de que el rol del QF es “Responder consultas de medicamentos y enfermedades”. A pesar que más de la mitad de los entrevistados estén en lo correcto, debería ser aún mayor esta incidencia, ya que la profesión farmacéutica al ser del área de la salud, debería ser reconocida como tal y por sobre todo como la más idónea para responder dudas con respecto a medicamentos. No es aplicable la asociación entre el “Rol del QF” con el “Servicio buscado”, ya

que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 26, en el caso de “Persona que responde consultas de medicamentos y enfermedades” el servicio más buscado es “Comprar medicamento sin receta” con un 33%. En el caso de “Persona que prepara los medicamentos” el servicio más buscado es “Comprar medicamento sin receta” con un 40%. En el caso de “No sabe” el servicio más buscado es “Comprar medicamento sin receta” con un 38%. Del total que buscan el servicio “Solicitar recomendación con respecto a un síntoma o patología” el 90% (18 CP) de los casos tienen la percepción que el “Rol del QF” es “Persona que responde consultas de medicamentos y enfermedades”. Aunque no es aplicable la asociación, se ven algunas diferencias, como por ejemplo, los que buscan “Solicitar recomendación con respecto a síntoma o patología”, ya que los resultados indican que los que buscan este servicio, tienen claro que hay un profesional de la salud a cargo de la farmacia al que pueden preguntar sus dudas, a pesar que no soliciten hablar con él.

“Ha solicitado asesoría del QF” se define como si en alguna oportunidad el CP ha solicitado asesoría de algún QF. La clasificación e incidencia es: “Sí” ha solicitado asesoría al QF con 408 casos (49%) y “No” lo ha solicitado con 421 casos (51%). Los resultados muestran que la mitad de los encuestados alguna vez han consultado al QF. No es aplicable la asociación entre el “Servicio buscado” y “Ha solicitado asesoría del QF”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 27, el orden de los tres servicios más buscados, son los mismos difiriendo en sus proporciones. El servicio más buscado en ambos casos es “Comprar medicamento sin receta” con un 31% para “Sí ha solicitado” y un 39% para “No ha solicitado”. No se aprecia diferencias en los servicios con respecto de “Si ha solicitado asesoría del QF” excepto en “Solicitar recomendación con respecto a síntoma o patología” ya que sólo 15 de los 20 CP “Sí han solicitado asesoría del QF”. Esto llama la atención, ya que hay CP que a pesar que

no han preguntando en la farmacia por una persona idónea para responder las consultas de medicamentos o enfermedades, igual preguntan en la farmacia sin saber que estudios tiene la persona que le responde las consultas. Tales resultados complican un poco al ver las conclusiones obtenidas en un estudio realizado en Australia, que indica que los CP que no han pedido un consejo al QF en el pasado, difícilmente lo pedirán en el futuro (Teh, et al, 2001). En el caso que esto también suceda en nuestro país, las proporciones de si han solicitado asesoría al QF se mantendrán.

Se define “Las consultas han sido recibidas de buena manera de parte de los QFs”, como la percepción de los CP con respecto a la actitud de los QFs frente a las consultas de medicamentos o enfermedades. La clasificación e incidencia excluyendo los que no han consultado al QF es: “Sí” con 391 casos (96%), “Algunas oportunidades” con 16 casos (4%) y “No” han sido recibidas de buena manera las consultas con 1 caso (0,2%). No es aplicable la asociación entre el “Servicio buscado” y “Las consultas han sido recibidas de buena manera de parte de los QFs”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 28, en el caso de “Solicitar recomendación con respecto a un síntoma o una patología” el 100% del total de CP que han solicitado asesoría al QF y que buscan este servicio indican que “Sí” ha sido recibido de buena manera sus dudas. Además se ve que la mayoría de los que han consultado al QF en alguna oportunidad, han tenido buenas experiencias con respecto a las actitudes de los QFs. Esto indica que los QFs están dispuestos a realizar su rol como profesional de la salud de una manera adecuada.

La variable “Como considera los consejos otorgados por los QFs” se define como la percepción del CP con respecto a la calidad de los consejos otorgados por los QFs en general. La clasificación e incidencia excluyendo los que no han consultado al QF es: “Muy buenos” con 114

casos (28%), “Buenos” con 277 casos (67%), “Regulares” con 14 casos (3%) y “Malos” con 3 casos (1%). No es aplicable la asociación entre “Servicio buscado” según “Como considera los consejos otorgados por los QFs”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como muestra la tabla 298, en el caso de “Solicitar recomendación con respecto a síntoma o patología”, el 75% ha solicitado asesoría del QF y sus percepciones se encuentran en los valores “Muy bueno” y “Bueno”. En general se puede apreciar que independiente del servicio buscado lo más frecuente es que consideren “Buenos” los consejos de los QFs. De los resultados de “Solicitar recomendación con respecto a síntoma o patología” se puede inferir que la mayoría de los que solicitan asesoría para el manejo de un síntoma o una patología, tienen buenas apreciaciones de los QFs en cuanto a sus consejos. Mientras que los CP que consideran que son “Regulares” o “Malos” los consejos de los QFs, no buscan este servicio en la farmacia.

No es aplicable la asociación entre “Quien atiende” según si el “QF está visible”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . A pesar de esto se ve en la tabla 30, que en el caso que “No esta visible el QF”, el que más atiende es “Auxiliar de farmacia” con un 99%. Y en el caso de que “Sí esta visible el QF” el que mas atiende es el “Auxiliar de farmacia” con un 91% y el “QF” con un 9%. En otras palabras cuando el QF está presente en el mesón, sólo un 9% de los CP se atiende con éste. Esta baja incidencia de la atención del QF, se debe principalmente a la diferencia entre el número de los auxiliares v/s los QFs y el grado en que esto ocurre es dependiente del local, ya que varían de acuerdo de las necesidades que tenga el local.

No es aplicable la asociación entre “Quien atiende” según la “Cantidad de QFs en la farmacia”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Sin embargo se puede apreciar en la tabla 31, que en el caso de “1 QF”, el que más atiende es “Auxiliar de farmacia” con un 98% y el “QF” es un 1,3%. En el caso de “2 QFs” el que más atiende es “Auxiliar de farmacia”

con 97% y el “QF” con un 2,8%. Con estos resultados se puede ver que el QF atiende el doble, cuando hay ”2 QFs” en la farmacia. Pero estas proporciones no son significativas, debido a los altos porcentajes de “Auxiliar de farmacia” que posee en la atención de los CP.

No es aplicable la asociación entre “Quien atiende” según el “Sexo”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . En general el que más atiende es el “Auxiliar de Farmacia” independiente del sexo y no se ven mayores tendencias.

No es aplicable la asociación entre “Calidad del servicio” y “Quien atiende”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . En la tabla 32 no se ven tendencias importantes.

No existe diferencia estadísticamente significativa entre “Si el QF está visible” según la “Cantidad de QF” en la farmacia. Ya que cuando hay “1 QF” en la farmacia, un 83% de los casos “No esta visible” y el 17% restante “Sí está visible”. Cuando hay “2 QFs” en la farmacia, un 78% de los casos “No esta visible” y el 22% restante “Sí está visible”. Se puede ver una leve tendencia que cuando hay 2 QFs en la farmacia, hay más posibilidades que esté visible uno de los QFs para el CP. Esto indica que cuando hay 2 QFs en la farmacia, se reparten mejor las labores administrativas y farmacéuticas, aumentando la presencia de uno de ellos en el mesón de atención.

No es aplicable la asociación entre “La presencia del QF en el mesón de atención” según “Si solicita hablar con el QF” de la farmacia, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se ve en la tabla 33, cuando “No” está visible el QF, un 99% “No” solicita hablar con el QF y el 1% restante “Sí” solicita hablar con el QF. Cuando “Sí” está visible el QF, un 98% “No” solicita hablar con el QF y el 2% restante “Sí” solicita hablar con el QF. Esto refleja, que los CP no son capaces de dirigirse directamente a él, porque probablemente no saben identificarlo dentro de la farmacia o simplemente por comodidad preguntan por el QF sin preocuparse de



identificarlo de alguna manera. Sin embargo, debido a la baja incidencia de “Sí solicita hablar con el QF” se puede apreciar que si el QF está visible, no influye en la proporción de los CP para pedir hablar con el.

No es aplicable la asociación entre “Calidad del servicio” según “Si el QF esta visible”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se ve en la tabla 34, en los casos de que esté o no visible el QF, las proporciones de la percepción de la calidad del servicio “Buena” y “Muy buena” son iguales, lo que quiere decir que la percepción no cambia con la presencia del QF en el mesón.

No es aplicable la asociación entre “Si solicita hablar con el QF” según “Sexo”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se ve en la tabla 35, los CP de ambos sexos piden hablar con el QF en una frecuencia muy baja.

No es aplicable la asociación entre “Motivo de elección de esta cadena” según “Sexo”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 36, en el caso del sexo “Femenino” el motivo más frecuente es “Ubicación” con un 36%, luego “Precios” con un 22% y “Amabilidad” con un 16%. En el caso del sexo “Masculino” el motivo más frecuente es “Ubicación” con un 41%, luego “Precios” con un 21% y “Beneficios” con un 18%. Sin embargo independiente del sexo, el motivo mas importante es la ubicación por sobre el resto de los motivos y la amabilidad es valorado levemente más por las mujeres.

No es aplicable la asociación entre “Motivo de elección de este local” según el “Sexo”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 37, en el caso del sexo “Masculino” el motivo mas frecuente para elegir este local es “Ubicación” con un 80%, luego “Amabilidad” con 13%. En el caso del sexo “Femenino” el motivo mas frecuente de elección de este local es “Ubicación” con un 76%, luego “Amabilidad” con un 17%. En caso de

elección de un local, la ubicación es sin lugar a dudas el motivo más importante en ambos sexos y en segundo lugar es la amabilidad del equipo de farmacia, aunque un poco más aumentado en el sexo femenino.

No existe relación estadísticamente significativa entre “Razón de elección de la farmacia” según el “Sexo”. En el caso del sexo “Masculino” la razón mas frecuente para elegir la farmacia, antes que otra alternativa es “No es muy grave” con un 42%, luego “Nunca acudo a la farmacia” con un 21%, “Más Rápido” con un 17% y “Por el QF” con un 15%. En el caso del sexo “Femenino” la razón mas frecuente para elegir la farmacia es “No es muy grave” con un 34%, luego “Nunca acudo a la farmacia” con un 27%, “Más rápido” con un 18% y “Por el QF” con un 16%. Se puede concluir que el orden de las razones es igual, y que en ambos sexos el motivo mas importante para elegir la farmacia es “No es muy grave”. Las únicas diferencias se ven en “No es muy grave” que en el caso del sexo “Masculino” se encuentra aumentado y en “Nunca acudo a la farmacia” que encuentra aumentado en el sexo “Femenino”. Esto indica que las mujeres son más cuidadosas con respecto a su salud y a los medicamentos.

A pesar que no es aplicable la asociación entre el “Rol del QF en la farmacia” y el “Sexo”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ , se puede apreciar algunas diferencias en la tabla 38. En el caso del sexo “Femenino” la percepción mas frecuente con respecto al rol del QF en la farmacia es, “Responde consultas de medicamentos y enfermedades” con un 67%, luego “Prepara los medicamentos” con un 15% y “No sabe” con un 14%. En el caso del sexo “Masculino” la percepción mas frecuente con respecto al rol del QF es “Responde consultas de medicamentos y enfermedades” con un 52%, luego “Prepara los medicamentos” y “No sabe” con un 20% para ambos casos. En general, se ve que el orden de percepciones con respecto al rol del QF en la farmacia es igual en ambos sexos, aunque difieren en sus proporciones. El sexo

“Femenino” cree que el QF responde consultas de medicamentos y enfermedades en una mayor proporción que el sexo “Masculino”. Y el sexo masculino cree que el QF “Prepara los medicamentos” y “No sabe” en una mayor proporción que el sexo “Femenino”. Por lo tanto el sexo Femenino es el que tiene mayor conocimiento de la profesión farmacéutica. El motivo de tal resultado puede ser que las mujeres han consultado en mayor grado al QF en alguna oportunidad, lo que puede llevar a un aumento de una percepción adecuada con respecto al rol del QF en la farmacia.

Se define “Acertó al QF” como la capacidad del CP para identificar al QF en la farmacia. La clasificación e incidencia es: “Sí” logro identificar al QF con 53 casos (6%), “No” logro identificar al QF” con 151 casos (18%), “No esta visible” el QF con 337 casos (41%) y “No sabe” como identificarlo con 288 casos (35%). No existe diferencia estadísticamente significativa entre “Acertó al QF” según el “Sexo”. Como se ve en la tabla 39, en general ambos sexos se comportan igual frente a la capacidad de identificar al QF en la farmacia. Se debe considerar que la suma de “No sabe” y “No” acertó es más de la mitad de los casos, infiriendo que no saben como identificar al QF en la farmacia. Esto sin lugar a dudas es un problema, ya que si los CP no saben identificar al QF en la farmacia, se debe principalmente a la pobre imagen pública de éste profesional. Los principales responsables de este problema son los propios QFs que no se hacen presentes en el mesón de atención prestando servicio a la comunidad, promoviendo se esta forma un buen uso de los medicamentos. Inclusive hoy en día, se ve una serie de comerciales en televisión de todas las grandes cadenas de farmacia, pero el QF no forma parte importante en ninguno de estos, refiriéndose netamente a la parte económica de la cadena.

La asociación entre “Ha solicitado asesoría del QF” según el “Sexo” es estadísticamente significativa ( $p= 0,0000$ ). Como se ve en la tabla 40, el sexo “Femenino” con un 55% “Sí” ha

solicitado asesoría del QF y en el caso del sexo “Masculino” con un 36% “Sí” ha solicitado asesoría del QF. Por lo tanto se ve que el sexo “Femenino” ha solicitado asesoría en mucho mayor grado que el sexo “Masculino”. Esto se puede deber porque la mujer es la que se preocupa de la familia (hijos, marido, etc) en un mayor grado, siendo ella la que va a la farmacia en busca de alguna solución para los problemas de salud de la familia, conllevando a un mayor grado de haber consultado a algún QF.

No es aplicable la asociación entre “Como considera los consejos otorgados por los QFs” según el “Sexo”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$  (ver tabla 41). Para el análisis de esta relación se excluyó los que no han solicitado asesoría del QF. En el caso del sexo “Masculino” la percepción mas frecuente de la calidad de los consejos es “Bueno” con un 75%, luego “Muy bueno” con un 20%. En el caso del sexo “Femenino” la percepción mas frecuente es “Bueno” con un 66%, luego “Muy bueno” con un 30%. Considerando tales resultados se ve que las mujeres consideran mejores los consejos otorgados por los QF debido a que la mayor proporción de “Muy bueno” es en las mujeres. Esto indica que los hombres poseen percepciones menos positivas de los consejos otorgados por los QFs, probablemente debido a que son más exigentes en las respuestas.

No es aplicable la asociación del “Nivel de estudios” según “Si solicita hablar con el QF”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 42, en el caso de que “Sí” solicite hablar con el QF, el nivel de estudios mas frecuente es “Básico” con un 56%, luego “Medio” con un 33% y “Universitario” con un 11%. Y en el caso de que “No” solicite hablar con el QF esta directamente relacionado con la frecuencia de cada uno de los valores de “Nivel de estudio”. Se puede ver que tomando en cuenta el nivel de estudios “Básico” y “Medio”, suman 8 de los 9 CP que solicitan hablar con el QF. Se supone que estos niveles de estudios no

poseen tantos ingresos económicos como los de educación superior, por lo que consultar al QF es más conveniente. Además, en el caso de ir a un consultorio u hospital requiere de mucho tiempo de espera. Sin embargo la incidencia de “Sí solicita hablar con el QF” es muy baja lo que se debe tener cuidado en sacar alguna conclusión.

No es aplicable la asociación del “Motivo de elección de esta cadena” según el “Nivel de estudios”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 43, en el caso de estudios “Básico” el motivo mas frecuente es “Ubicación” con un 34%, luego “Precios” con un 27% y “Beneficios” con un 19%. En el caso de estudios “Medios” el motivo mas frecuente es “Ubicación” con un 37%, luego “Precios” con un 21% y “Beneficios” con un 16%. En el caso de estudios en “Instituto profesional” el motivo mas frecuente es “Ubicación” con un 37%, luego “Beneficios” con un 21% y “Precios” con un 18%. En el caso de estudios “Universitarios” el motivo mas frecuente es “Ubicación” con un 43%, luego “Precios” con un 21% y “Amabilidad” con un 13%. La ubicación es el motivo mas frecuente para elegir esta cadena independiente del nivel de estudios. Se puede ver que a medida que aumenta el nivel de estudios aumenta en forma leve la importancia de la “Ubicación” para elegir esta cadena. Esto principalmente se ve reflejado en “Universitarios”, además ellos poseen la más alta incidencia de “Convenios”. Esto se puede explicar porque ellos poseen una mejor situación económica, importándoles más las tarjetas de crédito, además la comodidad de la ubicación antes que otras alternativas. Los precios también son un factor importante para elegir esta cadena de farmacia, especialmente en “Básico”, ya que a menores estudios lleva a menores ingresos económicos. Esto nuevamente indica que más importancia le dan a economizar de alguna manera, en este caso ahorrando en los medicamentos u otros productos que se encuentran en la farmacia.

No es aplicable la asociación del “Motivo de elección de este local” según el “Nivel de estudios”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 44, en el caso de estudios “Básicos” y “Medios” los motivos mas frecuentes son “Ubicación” con un 76% y luego “Amabilidad” con un 18% para ambos casos. En el caso de estudios en “Instituto profesional” el motivo mas frecuente es “Ubicación” con un 75% y luego “Amabilidad” con un 14%. En el caso de estudios “Universitarios” el motivo mas frecuente es “Ubicación” con un 81% y luego “Amabilidad” con un 10%. Se puede apreciar que independiente del nivel de estudios el motivo más importante para elegir un local es sin lugar a dudas la “Ubicación” del local y en segundo lugar es la “Amabilidad” del equipo de farmacia.

No es aplicable la asociación entre “Razón de elección de la farmacia” y “Nivel de estudios”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 45, en el caso de estudios “Básicos” la razón mas frecuente es “Nunca” acudo a la farmacia con un 27%, luego “No es muy grave” con un 26%, “Rápido” con un 25% y “Por el QF” con un 12%. En el caso de estudios “Medios” la razón mas frecuente es “No es muy grave” con un 40%, luego “Nunca” acudo a la farmacia con un 22%, “Rápido” con un 18% y “Por el QF” con un 16%. En el caso de estudio en “Instituto profesional” la razón mas frecuente es “No es muy grave” con un 36%, luego “Por el QF” con un 22%, “Nunca” acudo a la farmacia con un 20%, “Rápido” con un 17%. En el caso de estudios “Universitarios” la razón mas frecuente es “No es muy grave” con un 39%, luego “Nunca” acudo a la farmacia con un 31% y “Por el QF” con un 15%. En general la razón mas frecuente por la que visitan la farmacia antes que otra alternativa es “No es muy grave” excepto en estudios “Básicos”. En el caso de estudios “Básicos” son los que tienen la mas alta proporción de “Barato” y “Rápido”, con esto se confirma lo dicho en casos anteriores, que les importa ahorrar ya que no tienen el dinero suficiente para ir a un médico o la rapidez que

significa consultar en la farmacia comparado con el hospital o consultorio, son cosas determinantes en este nivel de estudio. Por otro lado en el caso de estudios “Universitarios”, son los que tienen la mayor proporción de “Nunca” acudo a la farmacia. Esto también ya fue discutido en casos anteriores, pero con esto se comprueba que este nivel de estudio al tener mejor situación económica prefiere ir al médico, antes que ir a la farmacia en busca de alguna solución para algún problema de salud. Y los CP de estudios en “Instituto profesional”, son los que tienen la más alta proporción de “Por el QF”.

No es aplicable la asociación entre “Acertó al QF” y el “Nivel de estudios”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como muestra la tabla 46, en el caso de estudios “Básicos” lo más frecuente es “No sabe” con un 61%, luego “No acertó” con un 19% y “No esta visible” con un 16%. En el caso de estudios “Medios” lo más frecuente es “No sabe” y “No esta visible” con un 35% para ambos casos, luego “No acertó” con un 23%. En el caso de estudios en “Instituto Profesional” lo más frecuente es “No visible” con un 56%, luego “No sabe” con un 22% y “No acertó” con un 13%. En el caso de estudios “Universitarios” lo más frecuente es “No visible” con un 61%, luego “No sabe” con un 19% y “No acertó” con un 13%. En general se puede ver que en estudios “Básicos” y “Medios” lo más frecuente es que “No sabe” como identificar al QF en la farmacia. Además sumando las proporciones de estos dos grupos de estudios, son más del 70% del total de encuestados que indicaron “No sabe” quien es el QF, y esta misma situación ocurre con los mismos niveles de estudio con porcentajes similares para el caso con “No acertó”. En el caso de estudios “Universitarios” y en “Instituto profesional” lo más frecuente es “No esta visible” el QF, y son los que tienen la más baja proporción de “No acertó” y de “No sabe” como identificar al QF, en comparación con el resto de los niveles de estudios. Y por último, los de estudios “Universitarios” y en “Instituto profesional” son los que más logran

identificar al QF en la farmacia. Por lo tanto se puede concluir que hay una tendencia, a mayor nivel de estudios mayor capacidad de identificación del QF en la farmacia.

Se define “Como reconoce al QF en la farmacia” como la forma de identificación del QF dentro de la farmacia, en el caso que estuviera visible. La clasificación e incidencia es la siguiente: “Dice QF en el delantal” con 226 casos (27%), “Conoce al QF del local” con 44 casos (5%), “No sabe como identificar al QF” con 492 casos (60%) y “Piocha o símbolo QF” con 67 casos (8%). Se puede ver que más de la mitad de los CP no saben como identificar al QF, y estos resultados pueden ser explicado por varias razones: la poca preocupación de los QFs en tomar un rol importante en la salud de la población, el bajo perfil que le dan las cadenas de farmacias a los profesionales que están a cargo de sus locales y la falta de educación a la población con respecto a un profesional de la salud de fácil acceso, económico y de rápida atención. Tales resultados concuerdan con lo que ocurre en Reino Unido, ya que los CP de farmacias de cadena no saben reconocer al Farmacéutico y son incapaces de diferenciar entre el Farmacéutico y los Auxiliares de farmacia (Abu-Omar, et al, 2000). No es aplicable la relación entre el “Nivel de estudios y “Como reconoce al QF”. Según muestra la tabla 47, se puede ver que a medida que aumenta el nivel de estudios disminuye la proporción de “No sabe como identificar al QF”. En el caso de “Básico” y “Medios” las proporciones de “No sabe” es sobre el 65% de los casos, mientras que menos del 40% de los casos niveles de estudios superiores no saben identificar al QF. Por otro lado se ven claras tendencias que a niveles superiores de estudio aumenta la proporción de “Dice QF” y “Piocha QF”. En el caso de “Piocha QF” se puede ver en los “Universitarios” es lejos la proporción mas alta con un 17%. Estos resultados indican que el QF es identificado correctamente en un mayor grado, por personas que poseen mayores niveles de estudios, ya que tienen más conocimiento de que hay un profesional de la salud a cargo en las farmacias.



No es aplicable la asociación entre “Ha solicitado asesoría del QF” y “Nivel de estudios”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como muestra la tabla 48, las proporciones con las que han consultado alguna vez al QF son para “Básico” 29%, “Medios” 49%, “Instituto profesional” 62% y “Universitarios” 59%. Se puede concluir, que hay una tendencia de que con un mayor nivel de estudio, es mayor la proporción de “Sí lo ha solicitado asesoría del QF”, ya que en estudios “Universitarios” y en “Instituto profesional” es mayor la proporción en comparación con estudios “Básicos” y “Medios”. Tales resultados se pueden explicar porque al tener mayores estudios, más conocimiento de la existencia de un profesional de la salud a cargo de la farmacia, además estos niveles de estudios son los que más saben el rol que cumple este profesional en la farmacia.

No es aplicable la asociación entre “Como considera los consejos otorgados por los QFs” y el “Nivel de estudios”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Para el análisis de esta relación se excluirán los valores de “No ha solicitado asesoría del QF”. Como se muestra en la tabla 49, en el caso de estudios “Básicos” la percepción mas frecuente de cómo considera los consejos es “Buenos” con un 80%, luego “Muy bueno” con un 20%. En el caso de estudios “Medios” la percepción mas frecuente de cómo considera los consejos es “Buenos” con un 68% y luego “Muy bueno” con un 26%. En el caso de estudios en “Instituto profesional” la percepción mas frecuente de cómo considera los consejos es “Buenos” con un 68% y luego “Muy bueno” con un 27%. En el caso de estudios “Universitarios” la percepción mas frecuente de cómo considera los consejos es “Buenos” con un 63% y luego “Muy bueno” con un 33%. Se concluye que hay una leve tendencia de que un mayor nivel de estudios posee una mejor percepción de los consejos otorgado por los QFs, ya que las proporciones de “Muy Buenos” en estudios “Universitarios” y “Instituto Profesional” son mayores que en el resto de los valores de “Nivel de

estudios”. Esto se puede deber a que al tener un nivel de estudios superior, aprovecha más la consulta al QF entendiendo de mejor manera los consejos otorgados por este, lo que lleva a una mejor percepción de los consejos otorgados. Tal resultado difiere con lo encontrado en un estudio realizado en Holanda, en que se concluyó que niveles de estudio superiores tienen opiniones menos positivas. En el mismo estudio se encontró que en general los CP están satisfechos con la calidad de las respuestas por parte del equipo de farmacia, entendiéndose que incluyen al Farmacéutico (Pronk, et al, 2003), concordando en este punto con este estudio.

Se define “Es lo mismo el QF que el Farmacéutico” como la percepción de los CP con respecto a la similitud entre ambos términos. La clasificación e incidencia es: “Sí, es lo mismo” el QF que el Farmacéutico con 71 casos (8%), “No es lo mismo” con 596 casos (72%) y “No sabe” cual es la diferencia con 162 casos (20%). No es aplicable la asociación entre “Es lo mismo el QF que el Farmacéutico” y el “Nivel de estudios”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 50, en el caso de estudios “Básicos” la percepción mas frecuente es “No es lo mismo” con un 57%, luego “No sabe” con un 31% y “Sí es lo mismo” con un 13%. En el caso de estudios “Medios” la percepción mas frecuente es “No es lo mismo” con un 70%, luego “No sabe” con un 23% y “Sí es lo mismo” con un 7%. En el caso de estudios en “Instituto profesional” la percepción mas frecuente es “No es lo mismo” con un 82%, luego “No sabe” con un 10% y “Sí es lo mismo” con un 8%. En el caso de estudios “Universitarios” la percepción mas frecuente es “No es lo mismo” con un 83%, luego “No sabe” con un 9% y “Sí es lo mismo” con un 8%. Se puede ver que un mayor nivel de estudios posee una mayor percepción de “No es lo mismo”. En el caso de “Sí es lo mismo” son bastante similares las percepciones entre los diferentes niveles de estudios. Además el valor “No sabe” disminuye levemente a mayores estudios. Se puede concluir que increíblemente los CP no identifican al QF con el

Farmacéutico, como una misma persona o profesional, incluso se ve que con mayores estudios el problema es mayor. Este gran problema se podría explicar porque algunos CP indicaban que el QF es el profesional, mientras que el Farmacéutico es quien atiende la farmacia. Otros CP indicaban que el QF tenía mayores estudios o conocimiento de medicamentos y enfermedades que el Farmacéutico.

Se define “Es lo mismo el QF que el Químico” como la percepción de los CP con respecto a la diferencia entre ambos términos. La clasificación e incidencia es: “Sí es lo mismo” el QF que el Químico con 80 casos (10%), “No es lo mismo” con 533 casos con (64%) y “No sabe” cual es la diferencia con 216 casos (26%). No es aplicable la asociación entre “Es lo mismo el QF que el Químico” y el “Nivel de estudios”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como muestra la tabla 51, en el caso de estudios “Básicos” la percepción mas frecuente es “No es lo mismo” con un 48%, luego “No sabe” con un 40% y “Sí es lo mismo” con un 12%. En el caso de estudios “Medios” la percepción mas frecuente es “No es lo mismo” con un 60%, luego “No sabe” con un 29% y “Sí es lo mismo” con un 11%. En el caso de estudios en “Instituto profesional” la percepción mas frecuente es “No es lo mismo” con un 70%, luego “No sabe” con un 21% y “Sí es lo mismo” con un 9%. En el caso de estudios “Universitarios” la percepción mas frecuente es “No es lo mismo” con un 82%, luego “No sabe” con un 11% y “Sí es lo mismo” con un 6%. Se puede ver que un mayor nivel de estudios posee una mayor percepción de “No es lo mismo”. En el caso de “Sí es lo mismo” son bastante similares las proporciones entre los diferentes niveles de estudios, pero los CP con mayores estudios poseen una menor proporción de este valor. Se puede ver que los CP identifican al QF con el Químico, como una persona diferente y a mayores estudios aumenta la proporción de que son personas o profesiones diferentes. Se puede concluir que los CP identifican al QF como una persona diferente al Químico, lo cual es

bastante bueno ya que el QF no es solamente un Químico. Sin embargo, se debe destacar que 1/3 de los encuestados no tienen claro esta diferencia.

La asociación entre “Es lo mismo el QF que el Farmacéutico” y “Es lo mismo el QF y el Químico” es estadísticamente significativo ( $P=0,0000$ ). Según muestra la tabla 52, se puede apreciar que de todos los que indican que el QF es lo mismo que el Farmacéutico, sólo la mitad de los casos, saben que el Farmacéutico es diferente del Químico. En otras palabras sólo 35 casos de todos los CP encuestados indican que el QF es lo mismo que el Farmacéutico y que es distinto del Químico. Por lo que se puede decir que sólo un 4% de la población encuestada tiene totalmente claro la diferencia y semejanza de los términos en cuestión. Tales resultados indican que hay personas que pudieron haber respondido al azar, acertando que el QF es lo mismo que el Farmacéutico pero sin tener totalmente claro los conceptos. Lo cual preocupa en cierta medida el hecho que en nuestro país al igual que en otros, el título profesional tenga tal connotación, ya que tiende a confundir profesiones debido a la similitud de sus nombres, pero muy diferentes en sus prácticas.

No es aplicable la asociación entre “Si solicita hablar con el QF” y la “Actividad del CP”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se muestra en la tabla 53 y debido a la baja frecuencia con que los pacientes piden hablar con el QF, no se aprecian diferencias.

No es aplicable la asociación de la “Razón de elección de la farmacia” según la “Actividad” del CP, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como muestra la tabla 54, en el caso de “Dueña de casa” lo más frecuente es “Nunca” acudo a la farmacia con un 32% y luego es “No es muy grave” con un 26%. En el caso de “Estudiante” lo más frecuente es “No es muy grave” con un 46% y luego “Nunca” acudo a la farmacia con un 22%. En el caso de “Técnico” lo más frecuente es “No es muy grave” con un 31%, luego “Por el QF” con un 27% y

“Nunca” acudo a la farmacia con un 25%. En el caso de “Profesional” lo mas frecuente es “No es muy grave” con un 36%, luego “Nunca” acudo a la farmacia con un 31% y “Por el QF” con un 18%. En el caso de “Otros” lo mas frecuente es “No es muy grave” con un 44%. A pesar que el valor “Más Barato” es el que tiene menor incidencia entre las diferentes actividades, los “Jubilados” y las “Dueñas de casa” son los que más importancia le dan a este valor con 9% y 7% respectivamente, esto se puede deber a que son el grupo con menores ingresos, catalogando mejor este valor. El motivo “No es muy grave” es el de mayor incidencia excepto en “Dueña de casa”, y en el caso de “Estudiantes” y “Otros” son los que mas importancia le dan, lo cual se puede deber a que por lo general los estudiantes son jóvenes y no padecen de enfermedades muy graves. Los estudios “Técnicos” y “Profesionales” son los que más importancia le dan al QF para elegir la farmacia con 27% y 18% respectivamente. Esto se puede deber que los de mayores estudios tienen más conocimiento de la profesión farmacéutica, catalogando de mejor manera este valor.

No es aplicable la asociación de la “Actividad del CP” y “Acertó al QF” del CP, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se ve en la tabla 55, la actividad “Dueña de casa” con un 45% “No sabe” como identificar al QF en la farmacia y con un 21% “No acertó al QF”. En el caso de “Estudiante” lo más frecuente es “No sabe” con un 31% y luego “No acertó al QF” con 13%. En el caso de “Técnico” lo de mayor incidencia “No sabe” con un 18% y “No acertó” con un 8%. En el caso de “Profesional” lo más frecuente es “No sabe” con 17% y luego “No acertó” con un 14%. En el caso de “Jubilado” lo más frecuente es “No sabe” con 38% y “No acertó” con un 18%. En el caso de “Otros” lo de mayor incidencia es “No sabe” con un 41% y luego “No acertó” con un 22%. Los valores “Dueña de casa” y “Otros” son los que tienen la mayor incidencia de “No acertó”. Además estos mismos grupos de actividad son los que tienen la

proporción más alta de “No sabe” quien es el QF. En el caso de “Profesionales” y “Técnicos” son los que tienen menor incidencia de “No acertó”. Se ve una tendencia que las actividades que requieren de mayores estudios, más saben identificar al QF dentro de la farmacia.

No es aplicable la asociación de la “Actividad del CP” y “Como reconoce al QF en la farmacia” del CP, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Como se ve en la tabla 56, en las actividades que requieren menos estudios menos saben identificar al QF en la farmacia. Las actividades que requieren mayores estudios poseen las proporciones más altas de “Dice QF” y “Piocha QF”. Los Profesionales son los que mas identifican al QF por la piocha con un 18%. En el caso de identificar al QF del local no se ven diferencias entre los niveles de estudios.

La asociación entre la “Actividad del CP” y “Ha solicitado asesoría del QF” es estadísticamente significativa ( $p=0,0225$ ). Según muestra la tabla 57, las actividades que con mayor grado ha solicitado asesoría de un QF es el “Profesional” con 61%, luego “Técnicos” con un 52%, “Estudiante” con un 49%, “Jubilados” con un 47%, “Dueña de casa” con un 47% y “Otros” con 49%. Estos resultados indican que los grupos de personas con actividades más complejas tienen mayor conocimiento de la profesión farmacéutica, debido entre otros factores, a que han solicitado asesoría al QF en mayor grado.

No es aplicable la asociación entre “Como considera los consejos otorgados por el QF” y la “Actividad del CP”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$  según muestra la tabla 58. Para el análisis de esta relación se excluirán los valores de “No ha solicitado asesoría al QF”. En el caso de “Dueña de casa” la percepción mas frecuente es “Bueno” con un 65% y luego “Muy bueno” con un 33%. En el caso de “Estudiante” la percepción mas frecuente es “Bueno” con un 63% y luego “Muy bueno” con un 33%. En el caso de “Técnico” la percepción mas frecuente es “Bueno” con un 80% y luego “Muy bueno” con un 20%. En el caso de “Profesional”

la percepción mas frecuente es “Bueno” con un 63% y luego “Muy bueno” con un 31%. En el caso de “Jubilado” la percepción mas frecuente es “Bueno” con un 63% y luego “Muy bueno” con un 34%. En el caso de “Otros” la percepción mas frecuente es “Bueno” con un 75% y luego “Muy bueno” con un 19%. En general no se ven tendencias. Esto refleja que las actividades que poseen mejores ingresos económicos y que requieren de mayores niveles de estudios, no son más exigentes con respecto a la calidad de las respuestas de los QFs.

No es aplicable la asociación entre la “Actividad del CP” y “Si es lo mismo el QF que el Farmacéutico”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Según muestra la tabla 59, las proporciones con las cuales los diferentes grupos indican correctamente que el QF es lo mismo que el Farmacéutico son las siguientes: “Dueñas de casa” con 12%, “Jubilado” con 9%, “Otros” con 8%, “Profesional” con 7%, “Técnico” con 6% y “Estudiante” con 4%. En general independiente de la actividad de los CP, no conocen la similitud de ambos términos. Cabe destacar que las actividades “Estudiante”, “Profesional” y “Técnico” son los que tienen las proporciones más bajas de la alternativa “Sí es lo mismo”, lo cual llama mucho la atención ya que ni siquiera los que tienen estudios superiores conocen tal similitud. Las “Dueñas de casa” son las que tienen la proporción más alta de “Sí es lo mismo”, lo que deja la inquietud de si realmente respondieron sabiendo o fue solo casualidad, ya que las altas proporciones de este valor deberían ajustarse a los niveles de estudios superiores. Un posible motivo a tan baja incidencia de “Sí es lo mismo” es que algunos CP mientras respondían esta pregunta, indicaban que Químico Farmacéutico es más que el Farmacéutico, porque el QF entiende de química mientras que el Farmacéutico no, aludiendo que no eran lo mismo.

No es aplicable la asociación entre la “Actividad del CP” y “Si es lo mismo el QF que el Químico”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Según muestra la tabla 60, las

proporciones con las cuales los diferentes grupos indican correctamente que el QF “No es lo mismo” que el Químico son en general altas y corresponden a: “Profesional” con 77%, “Estudiante” con 78%, “Técnico” con 67%, “Otros” con 60%, “Dueña de casa” con 58% y “Jubilado” con 56%. En general más de la mitad del total encuestado sabe la diferencia entre ambos “términos” en especial los “Estudiantes” y “Profesionales” que obtuvieron las proporciones más altas de “No es lo mismo”. Este resultado se puede explicar porque los CP indicaban un pensamiento similar al caso anterior, en que el QF sabe más de medicamentos que el Químico, mientras que otras personas indicaban que el QF es una especialidad de los Químicos. Esto último es un error, lo cual nuevamente indica la falta de conocimiento de la profesión farmacéutica. En general la población encuestada tiene claro que el QF es un profesional diferente al Químico, además se puede decir que no ha afectado en gran medida la percepción de los CP, el hecho de que los Auxiliares de farmacia acorten el nombre de QF a Químico, debido a estos resultados. Aunque claro está, que si se quiere abreviar el nombre de Químico Farmacéutico debería ser a Farmacéutico.

No es aplicable la asociación entre “Patología crónica” y “Solicita hablar con el QF”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$  y según muestra la tabla 61, no se aprecian diferencias entre los CP de las distintas patologías en este sentido.

No es aplicable la asociación entre “Patología crónica” y “Si es derivado al QF”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$  y según muestra la tabla 62, no se aprecian diferencias entre los CP de las distintas patologías en este sentido.

No es aplicable la asociación entre “Patología crónica” según “Razón de elección de la farmacia”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Según muestra la tabla 63, en el caso de “Alergia” la razón mas frecuente es “No es muy grave” con un 45%, luego “Nunca acudo



a la farmacia” con un 26% y “Por el QF” con un 14%. En el caso de “Asma” la razón mas frecuente es “Nunca acudo a la farmacia” con un 32%, luego “No es muy grave” con un 28% y “Más rápido” con un 24%. En el caso de “Diabetes” la razón mas frecuente es “Nunca acudo a la farmacia” con un 38%, luego “Más rápido” con un 28% y “No es muy grave” con un 24%. En el caso de “HTA” la razón mas frecuente es “Nunca acudo a la farmacia” con un 39%, luego “No es muy grave” con un 24% y “Más rápido” con un 17%. En el caso de “Otra” la razón mas frecuente es “Nunca acudo a la farmacia” con un 36%, luego “No es muy grave” con un 34% y “Por el QF” con un 13%. En el caso de “Ninguna” la razón mas frecuente es “No es muy grave” con un 41%, luego “Es más rápido” con un 19%, “Nunca acudo a la farmacia” y “Por el QF” con un 18%, para ambos casos. En el caso de “HTA” y “Diabetes” sus proporciones más altas están en “Nunca acudo a la farmacia”, mientras que “Ninguna” tiene la proporción más baja de este valor. Esto se podría explicar, porque los CP tienen conciencia de que sus enfermedades son complicadas, y deben tener cuidado en los medicamentos que toman, al contrario de lo que sucede en el caso de CP que no padecen alguna enfermedad crónica. En el caso de “Alergia” y “Ninguna” son los que tienen las proporciones más altas de “No es muy grave”, lo que se puede explicar porque al presentar algún síntoma de la patología u otro problema de salud, no serían cuadros complicados debido a su estado de salud, considerando que la alergia es una enfermedad crónica de baja gravedad. Por su parte el QF no juega un rol importante en tal elección, debido a sus bajas incidencias. Sin embargo, los que no padecen de una enfermedad crónica, son los que catalogan mejor al QF, como opción para elegir la farmacia ante un problema de salud.

No existe diferencia estadísticamente significativa entre “Patología crónica” y “Si ha solicitado asesoría de un QF”. Según muestra la tabla 64, los porcentajes con los cuales los CP

con patologías crónicas han solicitado asesoría del QF fluctúan entre 57% para las personas con alergia y 36% de las personas con asma.

No es aplicable la asociación entre “Previsión” y “Si solicita hablar con el QF”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Según muestra la tabla 65, independiente de la previsión los CP en un grado muy bajo solicitan hablar con el QF y esta baja incidencia no permite realizar un análisis.

No es aplicable la asociación entre “Previsión” y “Razón de elección de la farmacia”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Según muestra la tabla 66, en general no se ven diferencias importantes. A pesar de esto, los casos de “FONASA”, “Isapre” y “Ninguna” la razón mas frecuente es “No es muy grave”, mientras que en “FFAA” lo mas frecuente es “Nunca acudo a la farmacia”. Además se ve que en el caso “Ninguna” son los que más importancia le dan a “Es mas barato”. Esto es esperado ya que por no tener un sistema de salud, toma mayor importancia esta alternativa debido a que una consulta particular es costosa sin una previsión. El QF bordea el 15% en la mayoría de los casos, excepto en “FFAA” que aumenta a mas del 20%. Esto refleja que no depende de la previsión, la importancia del QF como primera fuente de información de medicamentos o enfermedades.

No es aplicable la asociación entre la “Previsión” y “Si acertó al QF”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Según muestra la tabla 67, la suma de las proporciones con las cuales “No saben” y “No aciertan” a quien es el QF con respecto al tipo de previsión son las siguientes: “Ninguna” con 69%, “FONASA” con 62%, “FFAA” con 47% e “Isapre” con 32%. Esto indica que las personas de menores recursos, en un grado importante no reconocen al QF en la farmacia.

La relación entre “Previsión” y “Ha solicitado asesoría de un QF” es estadísticamente significativa ( $p=0,0028$ ). Como se ve en la tabla 68, el orden de la incidencia de los CP que “Sí han solicitado asesoría a un QF” es el siguiente; “Isapre” con un 59%, “FFAA” con un 56%, “FONASA” con 45% y “Ninguna” con un 42%. Se puede apreciar que en “Isapre” y “FFAA”, más de la mitad de los casos ha consultado alguna vez al QF, mientras que en “FONASA” y “Ninguno”, más de la mitad no lo ha hecho. En estos dos casos, han consultado al QF en un menor grado, teniendo presente que el QF es más barato y/o más rápido que una consulta privada o un consultorio respectivamente. Estos resultados indican que poseen menos conocimiento del rol del QF en la farmacia o en algunos casos de la profesión farmacéutica.

No es aplicable la asociación entre “Como considera los consejos otorgados por el QF” y “Previsión”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ , según muestra tabla 69. Para el análisis de esta relación se excluyó los valores de “No ha solicitado asesoría de un QF”. En el caso de “FONASA” la percepción mas frecuente es “Bueno” con un 71% y “Muy bueno” con un 25%. En el caso de “Isapre” la percepción mas frecuente es “Bueno” con un 66% y “Muy bueno” con un 31%. En el caso de “FFAA” la percepción mas frecuente es “Bueno” con un 50% y “Muy bueno” con un 44%. En el caso de “Ninguna” la percepción mas frecuente es “Bueno” con un 69% y “Muy bueno” con un 25%. Los que consideran consejos “Muy Buenos” en mayor grado son “FFAA” e “Isapre”. Esto indica que el sistema privado de salud posee mejores percepciones de los consejos otorgados por los QFs. Esto se puede deber a que entienden mejor los consejos de los QFs, por el ambiente social que ellos están insertos.

No es aplicable la asociación entre “Estado de salud” y “Si solicita hablar con el QF”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Según la tabla 70, en general independiente

del “Estado de salud” no solicitan hablar con el QF y esta baja incidencia no permite realizar un análisis.

No es aplicable la asociación entre “Razón de elección de la farmacia” y “Estado de salud”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Según la tabla 71, en los estados de salud “Bueno” y “Muy bueno” las proporciones más altas están en “No es muy grave”, mientras que en “Regular” y “Malo”, lo de mayor incidencia es “Nunca acudo a la farmacia”. Esto indica que al tener un estado de salud muy bueno o bueno, los CP prefieren a la farmacia antes que otra alternativa, por tener un problema de salud percibido como de baja gravedad. Mientras que al tener una percepción mala de su estado de salud, prefieren otras alternativas donde pueden ser atendidos directamente por un médico.

Se define “Demoró la atención” como la percepción del CP con respecto al tiempo que ocupó el integrante del equipo de farmacia en atenderlo. La clasificación e incidencia es: “No demoró la atención” con 775 casos (94%), “Regular” con 34 casos (4%) y “Sí demoró la atención” con 20 casos (2%). No es aplicable la asociación entre “Demoró la atención” y “Calidad de la atención”, ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Según muestra la tabla 72, no se visualiza una relación entre la percepción de la demora en la atención y la calidad de la atención.

La relación entre “Tiempo de espera para ser atendido” y “Demoró la atención”, no es aplicable ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Según muestra la tabla 73, a medida que aumenta el tiempo de espera, aumenta la percepción de “Sí demoró la atención” y “Regular”. Mientras que la percepción de que “No demoró la atención” va disminuyendo. Lo cual es lógico y esperado. Pero lo que llama la atención, es la baja proporción de “Sí demoró la

atención” en los casos que el tiempo de espera fue “Mas de tres minutos”. Lo cual indica que los CP tienen cierto grado de paciencia al momento de ir a una farmacia.

La relación entre “Tiempo de atención” y “Demoró la atención”, no es aplicable ya que no cumple con los supuestos teóricos para  $\chi^2$ . Según muestra la tabla 74, se puede ver que sobre el 90% de los diferentes tiempos de atención, los CP consideran que no demoró la atención. Estos resultados indican que los diferentes tiempos de atención, no influyen en la percepción que demoró la atención. Comparando con los resultados del caso anterior, se puede inferir que el “Tiempo de espera” para ser atendido influye en mucho mayor grado que el “Tiempo de atención”, con respecto a la percepción de “Si demoró la atención”.

Se define “Tiempo de última visita al Médico” como el tiempo (días, meses o años) que ha transcurrido desde la última visita al médico, hasta el día de la entrevista. La clasificación e incidencia es la siguiente según muestra la tabla 75: “Entre hoy y ayer” con 63 casos (8%), “Entre 3 a 7 días” con 78 casos (9%), “Entre 8 a 30 días” con 166 casos (20%), “Entre 1.1 a 3 meses” con 139 casos (17%), “Entre 3.1 a 6 meses” con 88 casos (11%), “Entre 6.1 a 12 meses” con 167 casos (20%), “Entre 1.1 y 3 años” con 77 casos (9%), “Entre 3.1 y 10 años” con 42 casos (5%), “Entre 10 años y mas” con 9 casos (1%). Las medias del tiempo de ultima visita al médico son las siguientes: la “Media” o promedio es 369 días, la “Mediana” es 90 días y la “Moda” es 365 días. Llama la atención estos valores que indican que el valor mas frecuente indicado por los CP es un año, ya que al ser personas que buscan un servicio en la farmacia, se podría pensar que ha tenido una visita al médico más próxima. Se puede ver según el Test de Kruskal-Wallis que las medias del “Tiempo de última visita al medico” difieren significativamente con respecto al “Servicio buscado” ( $p=0,000$ ). Según muestra la tabla 76, se puede ver que en el caso de “Servicio de enfermería” y “Comprar medicamento con receta” tienen el promedio de días mas

bajo, lo cual era de esperarse en ambos casos, ya que en general estos servicios requieren una previa visita al médico. Los bajos valores de las medianas en “Servicio de enfermería” y “Comprar medicamento con receta” comprueba lo dicho en los promedios. Mientras que las medianas más altas son en “Comprar medicamento sin receta” y “Comprar otro producto”, lo cual concuerda con lo obtenido en el promedio de “Comprar otro producto”, esto también podría haber sido esperado ya el buscar este servicio no requiere de una visita cercana al médico. Finalmente la “Moda” también indica valores esperados, como es “Comprar medicamento con receta” que es 1 día y 60 días para “Servicio de enfermería” ya que en ambos casos requieren de una visita al medico, y 365 días para el resto de los valores excepto “Pagos de tarjetas de crédito y/o avances”. Este último, llama un poco la atención que a pesar de no requerir una previa visita al médico se posiciona en lugares intermedios de todas las medias calculadas.

El Test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Tiempo de última visita al médico” difieren significativamente con respecto al “Sexo” ( $p=0,000$ ). Según muestra la tabla 77, las diferencias en las medias son claras, ya que el sexo “Femenino” posee una menor media y mediana en cuanto al tiempo de última visita al médico. En general se aprecia que las mujeres entre hoy hasta los 30 días, tienen mayor incidencia que el sexo “Masculino”. En el valor “Entre 1.1 a 3 meses” se igualan las incidencias en ambos sexos, y pasado este periodo, el sexo “Masculino” supera al sexo “Femenino” en todos los valores de “Tiempo de última visita al médico”. Todo esto indica que las mujeres poseen una visita más cercana al médico que los hombres. Esto es esperado ya que las mujeres visitan más frecuente al médico por controles rutinarios, en cambio los hombres tienden a visitar al médico sólo ante una dolencia o patología. Además las mujeres visitan más que los hombres la farmacia, lo que podría estar relacionado con

este análisis, ya que una visita más cercana al médico, conlleva una visita a la farmacia en busca de sus medicamentos.

El Test de ANOVA indica que las medias del “Tiempo de última visita al médico” no difieren significativamente con respecto al “Si solicita hablar con el QF” y debido a su baja incidencia no permite realizar un análisis.

Según el Test de ANOVA indica que las medias del “Tiempo de última visita al médico” no difieren significativamente con respecto a “Si es derivado al QF” y debido a su baja incidencia no permite realizar un análisis.

El Test de Kruskal-Wallis indica que las medias del “Tiempo de última visita al médico” difieren significativamente según “Razón de elección de la farmacia” ( $p=0,0000$ ). Se ve una tendencia que los CP que han visitado dentro del mes al médico, indican que nunca visitan la farmacia en primera instancia ante un problema de salud. Mientras que a un tiempo mayor de un mes de la última visita al médico, la mayoría se inclina por que no es muy grave el síntoma o enfermedad. Según tabla 78, los CP que “Nunca acuden” a la farmacia en primera instancia ante un problema de salud, muestran las medias más bajas, lo que es lógico porque buscan otra alternativa donde pueden ser atendidos por un médico. Mientras que “No es muy grave” y “Es más rápido” poseen las medias y medianas más altas. Los CP que sobre todo buscan rapidez, visitan al médico con menor frecuencia, puesto que generalmente deben esperar para ser atendidos por este profesional.

Se define “Edad” como el rango de edad que posee el CP. Se agrupó en intervalos de 10 años y su incidencia como muestra la tabla 79, es la siguiente: “Entre 10 – 19” con 14 casos (2%), “Entre 20 – 29” con 157 casos (19%), “Entre 30 - 39” con 181 casos (22%), “Entre 40 - 49” con 168 casos (20%), “Entre 50 - 59” con 134 casos (16%), “Entre 60 - 69” con 108 casos

(13%), “Entre 70 - 79” con 61 casos (7%), “Entre 80 - 89” con 6 casos (1%). Los resultados de los cálculos de las medias de la edad son los siguientes: “Media” o promedio de edad 45 años, “Mediana” es 43 años y “Moda” 28 años. Esto concuerda con el resultado obtenido en un estudio en Nueva Zelanda, ya que un 65% aproximadamente de los CP fueron entre 21 y 50 años (Emmertson y Shaw, 2002), mientras que en este estudio el resultado fue de 60% en este mismo rango de edad. Pero el resultado obtenido en un estudio en Arabia Saudita que se obtuvo una media de 30 años (Bawazir, 2004), muy inferior al encontrado en este estudio. Esto se puede deber a la sociedad misma o a las expectativas de vida de ese país. Según el test de ANOVA indica que las medias de la “Edad” sí difieren significativamente según el “Servicio buscado” ( $p=0,0003$ ). Según la tabla 80, en general las medias son similares, pero se puede ver que a medida que aumenta la edad o rangos de edad, aumenta la incidencia de “Comprar medicamento sin receta”. Además la media y mediana son de las más altas. Tal resultado se puede deber a que las patologías o síntomas que poseen, ya fueron diagnosticadas en alguna oportunidad de su vida y creen que tienen la misma enfermedad, por lo que ya saben que tomar. Mientras que a medida que disminuye la edad o rangos de edad, aumenta la incidencia de “Comprar medicamento con receta”, “Comprar otro producto” y “Más de un servicio”. En el caso de “Comprar medicamento con receta” posee también medias bajas, lo que se podría explicar porque los de menores edades padecen de patologías por primera vez, lo cual llevaría a una visita al médico para el diagnóstico de la enfermedad. Además en nuestro país la gente más joven posee más estudios que los adultos, por ende tienen más conocimiento de la salud y cuidado con los medicamentos.

El test de ANOVA indica que las medias de la “Edad” no difieren significativamente según “Si solicita hablar con el QF”.



El test de ANOVA indica que las medias de la “Edad” sí difieren significativamente según el “Motivo de elección de esta cadena” ( $p=0,0015$ ). Según muestra la tabla 81, se puede ver que las medias de edad más bajas son en “Convenios”. Las medias de edad más altas son en “Amabilidad y “Precios”. Tomando en cuenta los rangos de Edad se puede ver que a medida que aumentan los rangos de edad, va disminuyendo la incidencia de “Ubicación”, mientras que la incidencia de “Amabilidad” va aumentando. Esto indica que la calidad del servicio y los precios, se van valorando más para elegir esta cadena de farmacia a medida que aumenta la edad, mientras que la comodidad es mejor visto por los CP más jóvenes, debido a que poseen un ritmo de vida más rápido.

El test de ANOVA indica que las medias de la “Edad” sí difieren significativamente según el “Razón de elección de la farmacia” ( $p=0,0000$ ). Según muestra tabla 82, se puede ver que “No es muy grave” es lo mas frecuente en los diferentes estratos de edad, excepto en “70 – 79” y “80 – 89” que lo mas frecuente es “Nunca acudo a la farmacia”. Esto indica que los adultos mayores por lo general al poseer un delicado estado de salud, sólo acuden a un médico para mejorar algún problema. También se ve una leve tendencia que a medida que aumenta la edad, va disminuyendo la incidencia de “Por el QF”. Esto se puede explicar porque la gente más joven posee más estudios lo que lleva a un mayor conocimiento de la profesión farmacéutica. Además puede ser porque este grupo de CP, por lo general posee enfermedades menores, que pueden ser resueltas en las farmacias comunitarias, conllevando un mayor contacto con el QF. En cuanto a las medias se puede ver que las medias y medianas de la edad más altas son en “Es más barato” y “Nunca acudo a la farmacia”, mientras que las más bajas son “Por el QF”, estos resultados concuerdan con lo discutido anteriormente.

El test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Edad” sí difieren significativamente según el “Rol del QF en la farmacia” ( $p=0,0000$ ). Según muestra la tabla 83, se puede ver que la percepción de mayor incidencia en todas las edades es “Responde consultas de medicamentos y enfermedades”, aunque se ve una tendencia que a mayor edad disminuye la incidencia de este rol del QF. Tomando en cuenta las medias de “Responde consultas de medicamentos y enfermedades” posee las más bajas, indicando que los de menor edad saben mejor cual es el rol del QF en la farmacia, lo cual corrobora lo discutido en el caso anterior. En el caso de “Atiende la farmacia” se ve que los rangos “60 - 69” y “70 - 79” son los que mas indican que éste es el rol del QF. En el caso de “Prepara los medicamentos” se ve que al aumentar la edad, aumenta la incidencia de esta percepción. Además en el caso de “No sabe cual es el rol del QF” y “Prepara los medicamentos” son los que tienen las medias de la edad más altas. Esto revela que los de mayores edades continúan con la percepción del antiguo rol del QF en la farmacia.

El Test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Edad” no difieren significativamente según “Acertó al QF”.

El Test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Edad” no difieren significativamente según “Como reconoce al QF en la farmacia”.

El Test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Edad” sí difieren significativamente ( $p=0,0416$ ) según “Ha solicitado asesoría al QF”. El resultado de las medias en “No ha solicitado asesoría al QF” son los siguientes: Media es 46 años, Mediana es 44 años y Moda es 28 años. El resultado de las medias en “Sí ha solicitado asesoría al QF” son los siguientes: Media es 43 años, Mediana es 42 años y Moda es 38 años. Según la tabla 84, se puede ver que a medida que aumenta la edad, va disminuyendo la incidencia de haber solicitado

asesoría de un QF y el peak se produce en el rango “30 – 39 años”, mientras que el peak de “No ha solicitado asesoría a un QF” es en el rango “80 – 89 años”. Además las medias más bajas de la edad las posee “Sí ha solicitado asesoría a un QF”, confirmando lo anteriormente dicho. Estos resultados concuerda con lo discutido en casos anteriores que los CP más jóvenes conocen más la profesión farmacéutica, lo que lleva a un mayor contacto con el QF para solucionar problemas de salud. Además concuerda con los resultados de un estudio realizado en Australia, en que se muestra que los ancianos están menos a favor del rol del Farmacéutico, debido a que son más conservadores y han tenido menos exposición a los servicios Farmacéuticos (Teh, et al, 2001).

El test de ANOVA indica que las medias de la “Edad” no difieren significativamente según “Como considera los consejos otorgados por los QF”.

El test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Edad” sí difieren significativamente ( $p=0,0003$ ) según la percepción de si “Es lo mismo el QF con el Farmacéutico”. El resultado de las medias de la edad en “No es lo mismo” son los siguientes: Media es 43 años, Mediana es 42 años y Moda es 38 años. El resultado de las medias en “Sí es lo mismo” son los siguientes: Media es 51 años, Mediana es 54 años y Moda es 24 años. El resultado de las medias en “No sabe” son los siguientes: Media es 47 años, Mediana es 48 años y Moda es 28 años. Como muestra la tabla 85, se ve una tendencia que a mayor edad, mas es la incidencia de “Sí es lo mismo”. También se ve que a mayores edades mas incidencia de “No sabe” cual es la diferencia entre ambos términos. En el caso de las medias se ve que las mayores medias de edad excepto la moda son en “Sí es lo mismo”, corroborando que a mayor edad, mas claro tienen la semejanza entre ambos conceptos. Aunque también se puede deber solo a una casualidad, según lo discutido en casos anteriores.

El test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Edad” no difieren significativamente según la percepción de si “Es lo mismo el QF con el Químico”. Se ve una leve

tendencia que a mayor edad va aumentando la incidencia de “Sí es lo mismo”, indicando que no saben la diferencia entre ambos términos, lo que se contrapone a la discusión del caso anterior, ya que según estos resultados las edades mayores tienen menos claro la diferencia entre ambos términos. Comparando con el caso anterior se comprueba que puede ser solo una casualidad que los de edades mayores tienen más claro la similitud entre QF con farmacéutico, ya que para ellos “Farmacéutico” y “Químico” es lo mismo que el QF.

La “Frecuencia de visita a la farmacia” se define como la periodicidad con que visita la farmacia para la búsqueda de alguno de los servicios entregados por ésta. La clasificación e incidencia como se muestra en la tabla 86, es la siguiente: “Una vez entre 6 meses a 3 años” con 6 casos (1%), “Una vez entre 2 a 5 meses” con 37 casos (5%), “Una vez al mes” con 275 casos (33%), “Dos veces al mes” con 184 casos (22%), “Tres veces al mes” con 106 casos (13%), “Cuatro veces al mes” con 161 casos (19%), “Entre 5 a 8 veces al mes” con 44 casos (5%) y “Entre 10 a 15 veces al mes” con 16 casos (2%). Las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” son las siguientes: “Media” o promedio es 3 veces al mes, “Mediana” es 2 veces al mes y la “Moda” es 1 vez al mes. En general se puede ver que más del 90% de los CP que visitan una farmacia lo hacen una vez al mes o más veces al mes, esta alta frecuencia de visitas a la farmacia está por sobre lo que ocurre en el Reino Unido, que es un 68% una vez al mes, teniendo en cuenta que no se especifica sobre frecuencias mayores de una vez al mes (Hassell, et al, 1999). Mientras que un estudio realizado en Australia indica que un 26% de los CP visita la farmacia menos de una vez al mes (Teh, et al, 2001), no concordando con los resultados de este estudio que es un 6%. El Test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” no difieren significativamente según el “Servicio buscado”.

El test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” no difieren significativamente según el “Sexo”.

El Test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” sí difieren significativamente ( $p=0,0282$ ) según el “Motivo de elección de esta cadena de farmacias”. Tomando en cuenta los rangos de frecuencia se puede ver que el motivo de mayor incidencia independiente de la frecuencia es la “Ubicación”, excepto en “Entre 5 a 8 veces al mes” que lo mas frecuente son los “Beneficios”. La “Ubicación” en el caso de “Una vez entre 2 a 5 meses” y “Una vez entre 6 a 3 años” ocupa sobre un 60% y 80% respectivamente. Indicando que los que visitan con menos frecuencia la farmacia, es la comodidad de la ubicación lo mas importante sin interesarles mayormente las otras opciones. Según muestra la tabla 87, en el caso de la “Amabilidad” y “Rapidez” la frecuencia de visita a la farmacia es en promedio 3 veces al mes, superando al resto de los motivos que es 2 veces al mes. Esto indica que a una mayor frecuencia de visitas a la farmacia más importancia le dan a estos dos motivos. Esto se puede explicar porque al visitar tan seguido una farmacia, buscan un servicio agradable y rápido.

El Test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” sí difieren significativamente ( $p=0,0007$ ) según el “Motivo de elección de este local”. Al analizar los rangos de frecuencia se puede ver que hay una leve tendencia que a medida que disminuye la frecuencia de visita a la farmacia, aumenta la incidencia de “Ubicación”. Mientras que a medida que aumenta la frecuencia de visita a la farmacia aumenta también la incidencia de “Amabilidad”. Esto también se ve reflejado en las medias como muestra la tabla 88, ya que las medias más altas las posee la “Amabilidad” en comparación al resto de los motivos de elección de este local. Esto concuerda con lo analizado en el caso de elegir esta cadena de farmacias. Todo esto indica que los CP que toman más en cuenta la “Amabilidad” del equipo de farmacia, son los

que la frecuentan más seguido, mientras que los que frecuentan en menor grado la farmacia toman más en cuenta la “Ubicación”. Esto se puede explicar porque al visitar más seguido una farmacia, no solo se busca una buena ubicación del local, sino que también un equipo de farmacia agradable y amable.

El test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” sí difieren significativamente ( $p=0,0365$ ) con respecto a la “Razón de elección de la farmacia”. Se ve una tendencia que a mayor frecuencia de visitas a la farmacia, menor es la incidencia de “No es muy grave” y mayor es la incidencia de “Por el QF”. Según muestra la tabla 89, en el caso de las medias las diferencias se ven en los promedios, ya que en el caso de “Por el QF” y “Nunca acudo a la farmacia” es tres veces al mes, mientras que en resto de la razones para elegir la farmacia es dos veces al mes. Estos resultados se pueden deber a que un mayor grado de frecuencia de visitas a la farmacia, saben el cuidado que deben tener con su salud y lo responsables que deben ser frente a los medicamentos, debido a una mayor exposición a la farmacia por ende a la información de salud y a los medicamentos mismos. En el caso del QF, al visitar con mayor frecuencia una farmacia, es mayor su valor como una opción antes que el médico y esto se puede deber porque al tener un mayor contacto con la farmacia, se siente más familiarizado el profesional a cargo de éste lugar.

Según el test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” sí difieren significativamente ( $p=0,0016$ ) con respecto al “Rol del QF en la farmacia”. Tomando en cuenta los rangos de frecuencia de visita a la farmacia se ven algunas tendencias, por ejemplo “Responde consultas” en la mayoría de los casos bordea el 60%. Este rol por lo tanto es el más importante y su incidencia se ve aumentada a medida que el CP visita la farmacia con mayor frecuencia. Según muestra la tabla 90, en el caso de las medias las diferencias mas

importantes se ven en los promedios, ya que en el caso de “Responde consultas” es tres veces al mes superando al resto de las alternativas de las frecuencias de visitas a la farmacia. Tales resultados reflejan que con una mayor frecuencia de visitas a la farmacia, posee una percepción más correcta con respecto a la labor del QF en la farmacia, debido a un mayor contacto con el rubro de farmacia y con el QF.

Según el test de ANOVA indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” sí difieren significativamente con respecto a “Si acertó al QF” ( $p= 0,0064$ ). Según muestra la tabla 91, en los rangos de frecuencia de visita a la farmacia, los peaks de “Una vez entre 6 meses y 3 años” y “Una vez entre 2 a 5 meses” se encuentran en “No acertó” (83%) y “No sabe quien es el QF” (57%) respectivamente. El peak de “Cuatro veces al mes” (56%) se encuentran en “No esta visible”, mientras que las proporciones más altas de “Sí acertó al QF” se encontraron en frecuencias altas de visitas a la farmacia, con un peak de 9% en “Tres veces al mes”. En el caso de las medias, sólo se ven diferencias en los promedios, ya que en el caso de “No visible” y “Sí acertó” es de tres veces al mes, mientras que “No acertó” y “No sabe” es de dos veces al mes. Tales resultados indican que al visitar con más frecuencia una farmacia, logran identificar mejor al QF o por lo menos indicar que no está visible en el mesón de atención.

El test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” sí difieren significativamente ( $p=0,0000$ ) según “Como reconoce al QF”. Según muestra la tabla 92, hay una tendencia que a mayor frecuencia de visitas a la farmacia, más alta es la proporción de identificación por la “Piocha”, “Conoce al QF del local” y “Dice QF”. Incluso en el caso de “Por la piocha QF” y “Conoce al QF del local”, poseen las medias más altas en comparación los otros dos alternativas. Lo cual indica que a mayor frecuencia de visitas a la farmacia, más saben identificar al QF en la farmacia por algunos de los motivos posibles. Además a medida que

disminuye la frecuencia de visitas a la farmacia se ve que aumenta la proporción de “No sabe como identificar al QF”. Esto indica que el QF como imagen profesional, es mas fácil ser reconocida por los que visitan más frecuentemente la farmacia comunitaria.

El test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” sí difieren significativamente ( $p=0,0000$ ) según si “Ha solicitado asesoría al QF”. Según muestra la tabla 93, los rangos de “Frecuencia de visita a la farmacia” se puede ver que a medida que aumenta la frecuencia de visita a la farmacia disminuye la incidencia de “No ha solicitado asesoría al QF”. En cuanto a las medias, la única diferencia se ve en los promedios, ya que “Sí ha solicitado asesoría” es 3 veces al mes mientras que “No ha solicitado asesoría” es 2 veces. Por lo que se puede inferir que las personas que tienen una mayor frecuencia de visita a la farmacia, están más familiarizados con la farmacia comunitaria lo que permite que hayan consultado al QF en un mayor grado.

El test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” sí difieren significativamente ( $p=0,0000$ ) según “Como considera los consejos otorgados por los QF”. Según muestra la tabla 94, se puede ver que a medida que aumenta la frecuencia de visita a la farmacia aumenta la incidencia de “Buenos”. En el caso de las medias, la diferencia se ve en los promedios ya que en el caso de “Muy buenos” y “Buenos” es 3 veces al mes, en comparación al resto de las percepciones con respecto a como considera los consejos otorgados por los QF que son dos veces al mes. Esto indica que a mayor frecuencia de visitas a la farmacia, mejor es la percepción de la calidad de los consejos de los QFs.

El test de ANOVA indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” no difieren significativamente según “Si es lo mismo el QF con el Farmacéutico”.



El test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” no difieren significativamente según “Si es lo mismo el QF con el Químico”.

El test de ANOVA indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” no difieren significativamente según “Como considera la calidad del servicio”.

El test de Kruskal-Wallis indica que las medias de la “Frecuencia de visita a la farmacia” no difieren significativamente según “Como considera su estado de salud”.

La regresión lineal entre “Frecuencia de visitas a la farmacia” según la “Edad” y su coeficiente de correlación de Pearson, indica que no es estadísticamente significativa la asociación. Y en general no se ven diferencias importantes.

## **4.- CONCLUSIONES**

1. Las farmacias comunitarias incluidas en este estudio, principalmente son utilizadas para la adquisición de medicamentos, ya que del total de los CP que buscaron alguno (s) de los seis servicios, en la mitad de los casos compraron algún medicamento con o sin receta. Sin embargo, un alto porcentaje de CP utilizan la farmacia para la adquisición de medicamentos sin receta médica y sin solicitar una recomendación para un síntoma o patología.
2. Los hombres utilizan la farmacia en mayor grado que las mujeres para la adquisición de medicamentos con o sin receta. Las mujeres la utilizan para la compra de otros productos en mayor grado que los hombres. Esto se puede deber a que por lo general las mujeres son quienes compran los útiles de aseo de la familia, aumentando la proporción de “Comprar otros productos”.
3. Al disminuir la calidad del estado de salud percibida por los propios CP, aumenta la proporción de “Comprar medicamento con receta”. Esto indica que al tener un estado de salud más deteriorado, visitan al médico en mayor grado para una posterior compra de un medicamento con receta.
4. Existe un mayor grado de compra de medicamentos con receta en pacientes con patologías crónicas, comparado con aquellos que no padecen tales enfermedades; excluyendo los que sufren HTA. Esto debido a que con una adecuada terapia farmacológica, se podría considerar que es una enfermedad crónica estable. Además no requiere de visitas al médico tan seguido para obtener una receta, dado que los medicamentos y las dosis por lo general son iguales, mientras no se presente algún Problema Relacionado con Medicamentos (PRM).

5. La edad influye en la compra de medicamentos con o sin receta. Mientras que en los grupos de menor edad, la incidencia es mayor en “Comprar medicamentos con receta”, en los de mayor edad, es mayor en la “Compra de medicamentos sin receta”.
6. En el caso de locales autoservicio, el tiempo ocupado en las góndolas es mínimo, según la clasificación de este parámetro; infiriendo que no es utilizada en gran medida como suministro de “Otros productos”, tomando en cuenta que en este tipo de locales la mayoría de estos productos se encuentran en las góndolas.
7. Muy pocas personas solicitan hablar con el QF, lo que puede ser explicado por la falta de imagen pública que posee este profesional en nuestro país, debido a la actitud de los QF frente su presencia en el mesón de atención y/o poca motivación de involucrarse con los CP.
8. El QF dedica poco tiempo en el mesón de atención, despreocupando una tarea importante que es la supervisión de la dispensación de medicamentos. De las diferencias entre las ciudades, se puede concluir que depende de la actitud de los QFs, estar más presente en el mesón de atención.
9. Cuando hay 2 QFs en la farmacia, hay más posibilidades que esté uno de los QFs en el mesón. Esto indica que cuando hay 2 QFs en la farmacia, se reparten mejor las tareas administrativas y farmacéuticas, aumentando la presencia de uno de ellos en el mesón de atención.
10. La presencia del QF en el mesón de atención, no influye en la percepción de los CP con respecto a la calidad del servicio entregado por algún integrante del equipo de farmacia.
11. La calidad del servicio es bastante buena según la percepción de los CP, ya que la suma de “Muy buena” y “Buena” es un 98%, lo que indica que es un buen servicio el brindado por la cadena de farmacia. Comparando con los resultados de los análisis del Tiempo de espera y

Tiempo de atención, se concluye que la percepción de la calidad del servicio puede estar más relacionada con la amabilidad y conocimiento de medicamentos del equipo de farmacia, que con estos tiempos.

**12.** Se puede concluir que el “Tiempo de espera” influye en mucho mayor grado que el “Tiempo de atención”, con respecto a la percepción de “Si demoró la atención”.

**13.** A pesar de que en las tres ciudades, las diferentes cadenas tienen sus locales en lugares estratégicos y muy cerca de las otras cadenas, la ubicación es un factor importante en la elección de una cadena de farmacia. Mientras que para elegir un local de esta misma cadena la ubicación es lejos el motivo mas importante. Sin embargo, en Pto Montt y Osorno toman mucho más en cuenta la “Amabilidad” del equipo de farmacia que en Valdivia para elegir un local de la cadena, infiriéndose que al estar más cerca un local de otro, se toma en cuenta otros factores como la “Amabilidad”.

**14.** Las mujeres valoran más la amabilidad del equipo de farmacia para elegir una cadena o un local en específico que los hombres, mientras que estos valoran más la ubicación.

**15.** En el caso de elegir esta cadena de farmacia y un local en específico, la comodidad de la ubicación es lo más importante para los CP que visitan con menos frecuencia la farmacia. Mientras que a una mayor frecuencia de visitas a la farmacia, más importancia le dan a la “Amabilidad” y “Rapidez”.

**16.** La razón más importante en la elección de la farmacia para solucionar un problema de salud es “No es muy grave”, lo que tiende a preocupar ya que los CP generalmente no tienen los conocimientos para discriminar sobre la gravedad de un síntoma o patología. Sin embargo, una alta proporción de CP indican que “Nunca acude a la farmacia” en primera instancia frente a un problema de salud, lo cual es bueno puesto que refleja cierto grado de respeto hacia su salud y a

los medicamentos. Además llama la atención la baja incidencia de “Es más barato” porque debería ser un factor importante para elegir la farmacia ya que se ahorra el dinero de la consulta del médico, pero la gente coloca su salud por sobre lo económico siendo un hallazgo muy importante.

**17.** Al tener un estado de salud muy bueno o bueno, los CP prefieren a la farmacia antes que otra alternativa, porque tienen un problema de salud percibido por ellos como de baja gravedad. Sin embargo al tener una percepción mala de su estado de salud, prefieren otras alternativas donde pueden ser atendidos directamente por un médico.

**18.** Los CP más jóvenes han solicitado asesoría a un QF en mayor grado que los de edades superiores, probablemente debido a que conocen más la profesión farmacéutica.

**19.** Los hombres han solicitado asesoría de un QF en mucho menor grado que las mujeres. Esto se puede deber a que la mujer es la que se preocupa de la familia (hijos, marido, etc) en un mayor grado, siendo ella la que va a la farmacia en busca de alguna solución para los problemas de salud de la familia, conllevando a un mayor grado de haber consultado a algún QF.

**20.** Las mujeres creen que el QF responde consultas de medicamentos y enfermedades en una mayor proporción que los hombres. El motivo de tal resultado se puede deber a que las mujeres han consultado al QF en un mayor grado, lo que puede llevar a un aumento de una percepción adecuada con respecto al rol del QF en la farmacia.

**21.** La mitad de los CP no saben como identificar al QF en la farmacia, lo que puede ser explicado por varias razones: la poca preocupación de los QFs en tomar un rol importante en el cuidado de la salud de la población, el bajo perfil que le dan las cadenas de farmacias a los profesionales que están a cargo de sus locales y la falta de educación a la población con respecto a un profesional de la salud de fácil acceso, económico y de rápida atención.

- 22.** Con respecto a “Como reconoce al QF en la farmacia”, hay una tendencia que a niveles superiores de estudio aumenta la proporción de “Dice QF” y “Piocha QF”. En el caso de “Piocha QF” los “Universitarios” son lejos la proporción mas alta, pero en general sólo un 8% de los CP saben identificarlo por este distintivo.
- 23.** A mayor frecuencia de visitas a la farmacia, saben identificar mejor al QF en la farmacia por algunos de los motivos posibles.
- 24.** Se puede concluir que los CP no identifican al QF con el Farmacéutico, como una misma persona o profesional, incluso se ve que con mayores estudios el problema es mayor. Este gran problema se podría explicar porque algunos CP indicaban que el QF es el profesional, mientras que el Farmacéutico es quien atiende la farmacia. Otros CP indicaban que el QF tenía mayores estudios o conocimiento de medicamentos y enfermedades que el Farmacéutico.
- 25.** Los CP identifican al QF con el Químico, como una persona diferente y a mayores estudios aumenta la proporción de que son personas o profesiones diferentes. Sin embargo, se debe destacar que 1/3 de los encuestados no tienen claro esta diferencia.
- 26.** Sólo 35 casos (4%) de todos los CP encuestados indican que el QF es lo mismo que el Farmacéutico y que es distinto del Químico. Por lo tanto, solo ésta parte de la población encuestada, tiene totalmente claro la diferencia y semejanza de los términos en cuestión. Preocupa el hecho que en nuestro país, al igual que en otros, el título profesional tenga tal connotación, ya que tiende a confundir profesiones debido a la similitud de sus nombres, pero muy diferentes en sus prácticas.
- 27.** Las mujeres presentan una visita más cercana al médico que los hombres. Esto es esperado ya que las mujeres visitan más frecuente al médico por controles rutinarios, en cambio los hombres tienden a visitar al médico sólo ante una dolencia o patología.

## **5.- PROYECCIÓN O PERTINENCIA DEL TRABAJO**

Debido a que hay muy pocos estudios en Chile con respecto a la utilización de la farmacia comunitaria y la percepción de los pacientes con respecto a la calidad de los servicios, esta información será valiosa para mejorar las prestaciones dadas por las farmacias de cadena, al caracterizar a la población sobre sus preferencias al elegir una cadena y un local en específico.

Considerando los resultados de todos los parámetros estudiados del Químico Farmacéutico, se debe comenzar una educación a la población para lograr en un futuro el reconocimiento y dignificación del Químico Farmacéutico, como profesional de la salud.

## **6.- LITERATURA CITADA**

1. Abu-Omar, S., Weiss, M., Hassell, W. (2000) Pharmacists and their customers: A personal or anonymous service?. *Int J Pharm Pract*, 8, 135-43.
2. Acuña, P (1999) Educación farmacéutica para el siglo XXI oportunidades para el cambio. *Pharmakon, Dic*, 41-49.
3. Bawazir, S. (2004) Consumer attitudes towards community pharmacy services in Saudi Arabia. *Int J Pharm Pract*, 12, 83-9.
4. Consejo de Europa (2000) Report of the Seminar on the role and training of community pharmacists. *Pharm Care Esp*, 2, 285-299.
5. Díaz, F (1996). Bases para una estrategia de jerarquización del rol farmacéutico en la oficina de farmacia. Tesis para optar al título de Químico Farmacéutico, Escuela de Química y Farmacia, Universidad de Chile, 38 pp.
6. Elorza, H (2000) Estadística para las ciencias sociales y del comportamiento. 2 da. Ed. Oxford University, México. 778 pp.
7. Emmerton, L., Shaw, J., (2002) The influence of pharmacy staff in non-prescription medicine sales. *Int J Pharm Pract*, 10, 101-6.
8. Grinalt, M (2000) Reflexiones ante un quehacer no enfrentado. *Pharmakon*, Nov, 34-38.
9. Hassell, K., Noyce, P., Rogers, A. (1999) A review of factors that influence the use of community pharmacies as a primary health care resource. *Int J Pharm Pract*, 7, 51-59.
10. Historia de una profesión, Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G. (2002) El futuro del Químico Farmacéutico. 101 pp
11. Machuca, M (2000) Sobre la necesidad de la investigación en farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*, 2, 307-309.



12. Ministerio de Salud (2004) Política Nacional de medicamento en la reforma de salud.
13. Pagano, M., Gauvreau, K. (2001). Fundamentos de bioestadística. 2da. ED. Thomson Learning, Mexico. 525 pag.
14. Política Nacional de medicamentos (2004) Posición del Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G.
15. Pronk, M.,C.,M., Blom, A, Th., G., Jonkers, R., Bakker, A., (2003) Evaluation of patient opinions in a pharmacy-level intervention study. *Int J Pharm Pract*, 11:143-51.
16. Salazar, C. Caracterización de las consultas por problemas menores de salud en farmacia comunitaria de la X región de Chile. Tesis para optar al título de Químico Farmacéutico, Escuela de Química y Farmacia, Universidad Austral de Chile, 71 pp.
17. Seston, L., Nicolson, M., Hassell, K., Cantrill, J., Noyce, P., (2001) Variation in the incidence, presentation and management of nine minor ailments in community pharmacy. *Pharm J*, vol 266: 429-432.
18. Taucher, E (1997). Bioestadística. Editorial Universitaria. 310 pag.
19. Teh, R., Chen, T., Krass, I., (2001) Consumer perspectives of pharmacist-delivered health information and screening services. *Int J Pharm Pract*, 9; 261-7.
20. Varnish, J., (1998) Drugs pushers o health care professionals: the public's perceptions of pharmacy as a profession. *Int J Pharm Pract* 6: 13-21.
21. Vergara, H (1999) Bases para una estrategia de jerarquización del rol farmacéutico en la oficina de farmacia. *Pharmakon*, Dic, 50-53.

**ANEXOS 1 – 4**

**ANEXO 1.- UTILIZACIÓN DE LA FARMACIA COMUNITARIA Y PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES CON RESPECTO A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y ROL DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO.**

Local:

Entrevista n°:

Una de cada tres personas que entran, seguirlo:

HORA

FECHA

01.- Hora y Fecha en que entran a la farmacia

02.- Determinar el servicio que buscan (puede ser más de una alternativa)

1.- Comprar medicamento con receta

2.- Comprar medicamento por su nombre (sin receta)

3.- Solicitar recomendación de un medicamento para patología o síntoma

4.- Comprar otro producto (no medicamento)

5.- Realizar pagos.

6.- Servicio de enfermería (Toma de presión, Test de triglicéridos y/o Test Glicemia).

03.- Tiempo en Góndolas (solo en locales autoservicios):

04.- Cuanto tiempo espera para ser atendido:

Menos de 1 min.    Entre 1 y 2 min.    Entre 2 y 3 min.    Más de 3 minutos.

05.- Quien atiende:    QF    Auxiliar de farmacia.    Estudiante QF

06.- Si no es QF, está visible para el paciente (Mesón):    SI    NO

07.- Cantidad QF presentes:    1    2

08.- Pide hablar con el QF:    SI    NO

09.- Deriva al QF:    SI    NO

10.- Cuanto tiempo dura la atención

Menos de 1 min.    Entre 1 y 2 min.    Entre 2 y 3 min.    Más de tres minutos

**Cuando terminan de ser atendidos pedir entrevista:**

**Datos demográficos y de salud:**

01.- Sexo: M    F

02.- Nivel de estudios (Enseñanza):

Básica    Media    Universitaria    Instituto profesional    Ninguno.

03.- Actividad:

Profesional    Técnico    Estudiante    Jubilado    Dueña de casa    Otros

**04.-** Sufre alguna de las patologías crónicas:

HTA                  Diabetes                  Asma                  Alergia                  Otra                  Ninguna

**05.-** Que previsión tiene usted:    Fonasa                  Isapre                  FFAA                  Ninguno

**06.-** Año de nacimiento:

**07.-** Cuando vio al médico la última vez:

**08.-** Como definiría su estado de salud:    Muy Bueno                  Bueno                  Regular                  Malo

### **Relacionado con los servicios de la farmacia y el QF**

**01.-** Encontró que demora mucho la atención:    Si                  No                  Regular

**02.-** En esta oportunidad la atención la encontró:    Muy buena    Buena    Regular    Mala

**03.-** Con que frecuencia visita una farmacia:

**04.-** Cuando eligió venir a Farmacias Cruz Verde y no a otra cadena, indique 1 ó 2 razones de importancia:

- 1.- La ubicación.
- 2.- Las personas que me atienden son amables
- 3.- La atención es rápida
- 4.- El Químico Farmacéutico es amable y hace buenas recomendaciones.
- 5.- Los precios son convenientes.
- 6.- Por los convenios (Almacenes Paris y/o Isapre Fundación)
- 7.- Por los Beneficios (Puntos y/o tarjeta crédito Cruz Verde)

**05.-** Cuando eligió venir a este local de Farmacias Cruz Verde y no a otro, indique 1 ó 2 razones de importancia:

- 1.- La ubicación.
- 2.- Las personas que me atienden son amables
- 3.- La atención es rápida
- 4.- El Químico Farmacéutico es amable y hace buenas recomendaciones
- 5.- Variedad de productos
- 6.- Características físicas (espacio, iluminación, orden, etc. de la farmacia)

**06.-** Ante cualquier problema de salud, indique la razón más importante por la que elige la farmacia, y no otra alternativa como Médico particular, consultorio, Atención de urgencia.

- 1.- Es mas rápido que otras alternativas y no tengo mucho tiempo
- 2.- El Químico Farmacéutico me puede recomendar un medicamento o decirme que debo hacer.
- 3.- No es muy grave y no necesito ver a un médico
- 4.- Nunca acudo a la Farmacia en primera instancia, cuando tengo un problema de salud
- 5.- Es mas barato

**07.-** Sabe lo que hace el Químico Farmacéutico en la farmacia:

- 1.- Persona que atiende en la farmacia
- 2.- Persona que responde consultas de medicamentos y enfermedades
- 3.- Persona que prepara los medicamentos.
- 4.- Dueño de la farmacia
- 5.- Administrador o jefe de la Farmacia
- 6.- No sabe.

**08.-** Me podría indicar quien es el QF, acertó:    SI        NO        No está visible.        No sabe

**09.-** Y como reconoce al QF usted (Pregunta abierta)

Piocha QF        Conoce al QF del local        Dice QF en el delantal        No sabe

**10.-** Ha solicitado alguna vez asesoría del QF:        SI        NO

**11.-** En general, sus dudas con respecto a enfermedades o medicamentos son recibido de buena manera de parte del QF.

SI        NO        En algunas oportunidades        No ha solicitado asesoría del QF

**12.-** En general, como considera los consejos otorgados por el QF:

Muy Buenos        Buenos        Regulares        Malos        No ha solicitado QF

**13.-** Solicitaría nuevamente los consejos del QF:

SI        NO        No ha solicitado asesoría del QF

**14.-** Para usted el Químico Farmacéutico es lo mismo que el Farmacéutico:

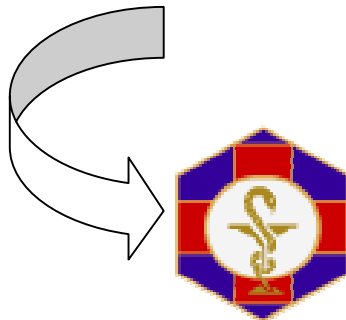
SI        NO        No esta seguro        No sabe

**15.-** Para usted el Químico Farmacéutico es lo mismo que el Químico:

SI        NO        No esta seguro        No sabe

**ANEXO 2.-****¿QUIEN ES EL QUÍMICO FARMACÉUTICO?**

- ☞ Es un “Profesional de la salud”, capacitado para orientar a los pacientes en relación a sus enfermedades, además otorga una adecuada información sobre medicamentos, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- ☞ ¿Es lo mismo el Químico Farmacéutico que el Farmacéutico? Sí, es lo mismo. Pero NUNCA debe ser considerado un Químico solamente.
- ☞ ¿Dónde lo puedo encontrar? En Hospitales Clínicas e industria farmacéutica entre otros, pero principalmente en la FARMACIA.
- ☞ ¿Cómo puedo solicitar su consejo? Muy fácil, preguntando por el Químico Farmacéutico en la farmacia.
- ☞ ¿Cómo lo puedo identificar en la farmacia? Buscando en el delantal un distintivo utilizado SOLO por los Químicos Farmacéuticos.





### **ANEXO 4 .- TABLAS DE RELACIONES ENTRE VARIABLES**

#### **1. RELACIÓN ENTRE EL SERVICIO BUSCADO POR LOS CP Y LAS CIUDADES**

SERV. BUSCADO	CIUDADES							
	OSORNO		PTO. MONTT		VALDIVIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>1</b>	35	13,4	53	16,8	36	14,3	124	15,0
<b>2</b>	94	36,0	95	30,1	101	40,1	290	35,0
<b>3</b>	5	1,9	9	2,8	6	2,4	20	2,4
<b>4</b>	39	14,9	61	19,3	40	15,9	140	16,9
<b>5</b>	25	9,6	25	7,9	24	9,5	74	8,9
<b>6</b>	4	1,5	2	0,6	3	1,2	9	1,1
<b>OTROS</b>	59	22,6	71	22,5	42	16,7	172	20,7
<b>TOTAL</b>	261	100	316	100	252	100	829	100

No es aplicable la décima

#### **2. RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDOS Y LAS CIUDADES**

TIEMPO ESPERA	CIUDADES							
	OSORNO		PTO. MONTT		VALDIVIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>MENOS 1 MIN</b>	184	70,5	202	63,9	194	77,0	580	70,0
<b>ENTRE 1 Y 2 MIN</b>	43	16,5	67	21,2	32	12,7	142	17,1
<b>ENTRE 2 Y 3 MIN</b>	16	6,1	19	6,0	15	6,0	50	6,0
<b>MAS DE 3 MIN</b>	18	6,9	28	8,9	11	4,4	57	6,9
<b>TOTAL</b>	261	100	316	100	252	100	829	100

P= 0,0347



### 3. RELACIÓN ENTRE QUIEN ATIENDE Y LAS CIUDADES

QUIEN ATIENDE	CIUDADES							
	OSORNO		PTO. MONTT		VALDIVIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
AUXILIAR FARMACIA	257	98,5	309	97,8	241	95,6	807	97,3
ESTUDIANTE QF	0	0	0	0	9	3,6	9	1,1
QF	4	1,5	7	2,2	2	0,8	13	1,6
<b>TOTAL</b>	261	100	316	100	252	100	829	100

No es aplicable la décima

### 4. RELACIÓN ENTRE SI EL QF ESTA VISIBLE Y LAS CIUDADES.

QF ESTA VISIBLE	CIUDADES							
	OSORNO		PTO. MONTT		VALDIVIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
NO	207	79,3	237	75,0	234	92,9	678	81,8
SI	54	20,7	79	25,0	18	7,1	151	18,2
<b>TOTAL</b>	261	100,0	316	100,0	252	100,0	829	100,0

P= 0,0000

### 5. RELACION ENTRE CANTIDAD DE QFS PRESENTES EN LA FARMACIA Y LAS CIUDADES

CANTIDAD DE QFs	CIUDADES							
	OSORNO		PTO. MONTT		VALDIVIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	233	89,3	273	86,4	181	71,8	687	82,9
2	28	10,7	43	13,6	71	28,2	142	17,1
<b>TOTAL</b>	261	100	316	100	252	100	829	100,0

P= 0,0000

### 6. RELACION ENTRE SI EL CP ES DERIVADO AL QF Y LAS CIUDADES

DERIVADO AL QF	CIUDADES							
	OSORNO		PTO. MONTT		VALDIVIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ATENDIDO QF	4	1,5	7	2,2	2	0,8	13	1,6
NO	250	95,8	296	93,7	248	98,4	794	95,8
SI	7	2,7	13	4,1	2	0,8	22	2,7
TOTAL	261	100	316	100	252	100	829	100

No es aplicable la décima

### 7. RELACION DEL TIEMPO DE DURACION DE LA ATENCION Y LAS CIUDADES

TIEMPO DE ATENCION	CIUDADES							
	OSORNO		PTO. MONTT		VALDIVIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MENOS 1 MIN	3	1,1	5	1,6	12	4,8	20	2,4
ENTRE 1 Y 2 MIN	81	31,0	130	41,1	125	49,6	336	40,5
ENTRE 2 Y 3 MIN	116	44,4	105	33,2	78	31,0	299	36,1
MAS DE 3 MIN	61	23,4	76	24,1	37	14,7	174	21,0
TOTAL	261	100	316	100	252	100	829	100,0

P= 0,0000

**8. RELACION ENTRE EL MOTIVO DE ELECCION DE ESTA CADENA Y LAS CIUDADES**

MOTIVO DE ELECCIÓN ESTA CADENA	CIUDADES							
	OSORNO		PTO. MONTT		VALDIVIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>UBICACIÓN</b>	98	37,5	77	24,4	137	54,4	312	37,6
<b>AMABILIDAD</b>	54	20,7	44	13,9	25	9,9	123	14,8
<b>BENEFICIOS</b>	40	15,3	70	22,2	25	9,9	135	16,3
<b>CONVENIOS</b>	7	2,7	16	5,1	18	7,1	41	4,9
<b>PRECIOS</b>	58	22,2	83	26,3	41	16,3	182	22,0
<b>QF</b>	1	0,4	1	0,3	0	0,0	2	0,2
<b>RAPIDEZ</b>	3	1,1	25	7,9	6	2,4	34	4,1
<b>TOTAL</b>	261	100	316	100	252	100	829	100

No es aplicable la décima

**9. RELACION DEL MOTIVO DE ELECCION DE UN LOCAL Y  
LAS CIUDADES**

MOTIVO DE ELECCIÓN DE ESTE LOCAL	CIUDADES							
	OSORNO		PTO. MONTT		VALDIVIA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>UBICACIÓN</b>	191	73,2	213	67,4	235	93,3	639	77,1
<b>AMABILIDAD</b>	63	24,1	57	18,0	10	4,0	130	15,7
<b>CARACTERISTICA</b>	1	0,4	10	3,2	1	0,4	12	1,4
<b>QF</b>	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,1
<b>RAPIDEZ</b>	4	1,5	24	7,6	1	0,4	29	3,5
<b>VARIEDAD</b>	2	0,8	11	3,5	5	2,0	18	2,2
<b>TOTAL</b>	261	100	316	100	252	100	829	100

No es aplicable la décima

**10. RELACION ENTRE EL SERVICIO BUSCADO EN LA FARMACIA Y EL TIPO DE FARMACIA**

SERV. BUSCADO	TIPO DE FARMACIA					
	CON GÓNDOLAS		SIN GÓNDOLAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>1</b>	42	14,6	82	15,1	124	15,0
<b>2</b>	80	27,9	210	38,7	290	35,0
<b>3</b>	3	1,0	17	3,1	20	2,4
<b>4</b>	55	19,2	85	15,7	140	16,9
<b>5</b>	38	13,2	36	6,6	74	8,9
<b>6</b>	5	1,7	4	0,7	9	1,1
<b>OTROS</b>	64	22,3	108	19,9	172	20,7
<b>TOTAL</b>	287	100	542	100	829	100

No es aplicable la décima

**11. RELACIÓN ENTRE QUIEN ATIENDE LA FARMACIA Y EL TIPO DE FARMACIA.**

QUIEN ATIENDE	TIPO DE FARMACIA					
	CON GÓNDOLAS		SIN GÓNDOLAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>AUXILIAR FARMACIA</b>	281	97,9	526	97,0	807	97,3
<b>ESTUDIANTE QF</b>	0	0,0	9	1,7	9	1,1
<b>QF</b>	6	2,1	7	1,3	13	1,6
<b>TOTAL</b>	287	100	542	100	829	100

No es aplicable la décima

**12. RELACION ENTRE LA CANTIDAD DE QFs PRESENTES EN LA FARMACIA Y EL TIPO DE FARMACIA.**

CANTIDAD DE QFs	TIPO DE LOCAL					
	CON GÓNDOLAS		SIN GÓNDOLAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>1</b>	201	70,0	486	89,7	687	82,9
<b>2</b>	86	30,0	56	10,3	142	17,1
<b>TOTAL</b>	287	100	542	100	829	100,0

P= 0,0000

**13. RELACION ENTRE SI SOLICITA HABLAR CON EL QF Y EL TIPO DE FARMACIA.**

PIDE HABLAR CON EL QF	TIPO DE LOCAL					
	CON GÓNDOLAS		SIN GÓNDOLAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>NO</b>	286	99,7	534	98,5	820	98,9
<b>SI</b>	1	0,3	8	1,5	9	1,1
<b>TOTAL</b>	287	100	542	100	829	100

No es aplicable la décima

**14. RELACION ENTRE EL TIEMPO DE ATENCIÓN Y EL TIPO DE FARMACIA.**

TIEMPO DE ATENCION	TIPO DE FARMACIA					
	CON GÓNDOLAS		SIN GÓNDOLAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>MENOS 1 MIN</b>	6	2,1	14	2,6	20	2,4
<b>ENTRE 1 Y 2 MIN</b>	111	38,7	225	41,5	336	40,5
<b>ENTRE 2 Y 3 MIN</b>	123	42,9	176	32,5	299	36,1
<b>MAS DE 3 MIN</b>	47	16,4	127	23,4	174	21,0
<b>TOTAL</b>	287	100	542	100	829	100

P= 0,0140

**15. RELACION ENTRE EL MOTIVO DE ELECCION DE ESTA CADENA Y EL TIPO DE FARMACIA.**

MOTIVO DE ELECCIÓN DE ESTA CADENA	TIPO DE LOCAL					
	CON GÓNDOLAS		SIN GÓNDOLAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>AMABILIDAD</b>	39	13,6	84	15,5	123	14,8
<b>BENEFICIOS</b>	50	17,4	85	15,7	135	16,3
<b>CONVENIOS</b>	24	8,4	17	3,1	41	4,9
<b>PRECIOS</b>	71	24,7	111	20,5	182	22,0
<b>QF</b>	0	0,0	2	0,4	2	0,2
<b>RAPIDEZ</b>	7	2,4	27	5,0	34	4,1
<b>UBICACIÓN</b>	96	33,4	216	39,9	312	37,6
<b>TOTAL</b>	287	100	542	100	829	100

No es aplicable la décima

**16. RELACION ENTRE EL MOTIVO DE ELECCION UN LOCAL Y EL TIPO DE FARMACIA.**

ELECCION LOCAL	TIPO DE FARMACIA					
	CON GÓNDOLAS		SIN GÓNDOLAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>AMABILIDAD</b>	32	11,1	98	18,1	130	15,7
<b>CARACTERISTICA</b>	10	3,5	2	0,4	12	1,4
<b>QF</b>	0	0,0	1	0,2	1	0,1
<b>RAPIDEZ</b>	4	1,4	25	4,6	29	3,5
<b>UBICACIÓN</b>	230	80,1	409	75,5	639	77,1
<b>VARIEDAD</b>	11	3,8	7	1,3	18	2,2
<b>TOTAL</b>	287	100	542	100	829	100

No es aplicable la décima



**17. RELACIÓN ENTRE EL SERVICIO BUSCADO POR EL CLIENTE PACIENTE Y QUIEN ATIENDE**

SERV. BUSCADO	QUIEN ATIENDE							
	AUX. FARMACIA		ESTUD. QF		QF		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>1</b>	122	15,1	1	11,1	1	7,7	124	15,0
<b>2</b>	279	34,6	5	55,6	6	46,2	290	35,0
<b>3</b>	20	2,5	0	0,0	0	0,0	20	2,4
<b>4</b>	138	17,1	1	11,1	1	7,7	140	16,9
<b>5</b>	72	8,9	1	11,1	1	7,7	74	8,9
<b>6</b>	9	1,1	0	0,0	0	0,0	9	1,1
<b>OTROS</b>	167	20,7	1	11,1	4	30,8	172	20,7
<b>TOTAL</b>	807	100,0	9	100,0	13	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

**18. RELACION ENTRE EL SERVICIO BUSCADO Y SI SOLICITA HABLAR CON EL QF.**

SERV. BUSCADO	SOLICITA HABLAR CON EL QF					
	NO		SI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>1</b>	124	15,1	0	0,0	124	15,0
<b>2</b>	289	35,2	1	11,1	290	35,0
<b>3</b>	15	1,8	5	55,6	20	2,4
<b>4</b>	140	17,1	0	0,0	140	16,9
<b>5</b>	74	9,0	0	0,0	74	8,9
<b>6</b>	9	1,1	0	0,0	9	1,1
<b>OTROS</b>	169	20,6	3	33,3	172	20,7
<b>TOTAL</b>	820	100,0	9	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

**19. RELACIÓN ENTRE EL SERVICIO BUSCADO Y SI ES DERIVADO AL QF.**

SERV. BUSCADO	ES DERIVADO AL QF							
	ATENDIDO QF		NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>1</b>	1	7,7	119	15,0	4	18,2	124	15,0
<b>2</b>	6	46,2	282	35,5	2	9,1	290	35,0
<b>3</b>	0	0,0	10	1,3	10	45,5	20	2,4
<b>4</b>	1	7,7	139	17,5	0	0,0	140	16,9
<b>5</b>	1	7,7	73	9,2	0	0,0	74	8,9
<b>6</b>	0	0,0	9	1,1	0	0,0	9	1,1
<b>OTROS</b>	4	30,8	162	20,4	6	27,3	172	20,7
<b>TOTAL</b>	13	100,0	794	100,0	22	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

**20. RELACION ENTRE EL SERVICIO BUSCADO V/S EL SEXO**

SERV. BUSCADO	SEXO					
	F		M		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>1</b>	74	13,2	50	18,6	124	15,0
<b>2</b>	184	32,9	106	39,4	290	35,0
<b>3</b>	13	2,3	7	2,6	20	2,4
<b>4</b>	102	18,2	38	14,1	140	16,9
<b>5</b>	54	9,6	20	7,4	74	8,9
<b>6</b>	6	1,1	3	1,1	9	1,1
<b>OTROS</b>	127	22,7	45	16,7	172	20,7
<b>TOTAL</b>	560	100,0	269	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

**21. RELACION ENTRE EL SERVICIO BUSCADO Y LA ACTIVIDAD DEL CP.**

SERV. BUSCADO	ACTIVIDAD DEL CP													
	D. CASA		ESTUD.		JUBILA.		OTROS		PROFES.		TECNICO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>1</b>	37	17,2	5	9,1	4	5,9	43	15,6	27	16,2	8	16,7	124	15,0
<b>2</b>	76	35,3	26	47,3	34	50,0	90	32,6	51	30,5	13	27,1	290	35,0
<b>3</b>	4	1,9	2	3,6	1	1,5	10	3,6	3	1,8	0	0,0	20	2,4
<b>4</b>	33	15,3	10	18,2	8	11,8	56	20,3	25	15,0	8	16,7	140	16,9
<b>5</b>	14	6,5	3	5,5	3	4,4	24	8,7	21	12,6	9	18,8	74	8,9
<b>6</b>	2	0,9	2	3,6	1	1,5	3	1,1	0	0,0	1	2,1	9	1,1
<b>OTROS</b>	49	22,8	7	12,7	17	25,0	50	18,1	40	24,0	9	18,8	172	20,7
<b>TOTAL</b>	215	100,0	55	100,0	68	100,0	276	100,0	167	100,0	48	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

## 22. RELACION ENTRE EL SERVICIO BUSCADO Y PATOLOGÍA CRÓNICA

SERV. BUSCADO	PATOLOGÍA CRÓNICA													
	ALERGIA		ASMA		DIABE.		HTA		OTRA		NINGUNA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>1</b>	11	16,9	6	24,0	7	24,1	15	9,4	18	25,7	67	14,0	124	15,0
<b>2</b>	24	36,9	10	40,0	6	20,7	66	41,2	25	35,7	159	33,1	290	35,0
<b>3</b>	1	1,5	0	0,0	2	6,9	5	3,1	0	0,0	12	2,5	20	2,4
<b>4</b>	14	21,5	3	12,0	5	17,2	22	13,8	4	5,7	92	19,2	140	16,9
<b>5</b>	2	3,1	0	0,0	1	3,4	5	3,1	7	10,0	59	12,3	74	8,9
<b>6</b>	1	1,5	0	0,0	2	6,9	3	1,9	0	0,0	3	0,6	9	1,1
<b>OTROS</b>	12	18,5	6	24,0	6	20,7	44	27,5	16	22,9	88	18,3	172	20,7
<b>TOTAL</b>	65	100	25	100	29	100	160	100	70	100	480	100	829	100

No es aplicable la décima

**23. RELACION ENTRE EL SERVICIO BUSCADO Y LA PREVISION**

SERV. BUSCADO	PREVISIÓN									
	FFAA		FONASA		ISAPRE		NINGUNA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>1</b>	4	12,5	61	13,1	47	19,1	12	14,0	124	15,0
<b>2</b>	10	31,2	166	35,7	84	34,1	30	34,9	290	35,0
<b>3</b>	1	3,1	14	3,0	4	1,6	1	1,2	20	2,4
<b>4</b>	6	18,8	84	18,1	34	13,8	16	18,6	140	16,9
<b>5</b>	2	6,2	40	8,6	30	12,2	2	2,3	74	8,9
<b>6</b>	0	0,0	7	1,5	1	0,4	1	1,2	9	1,1
<b>OTROS</b>	9	28,1	93	20,0	46	18,7	24	27,9	172	20,7
<b>TOTAL</b>	32	100,0	465	100,0	246	100,0	86	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima.

**24. RELACION ENTRE EL SERVICIO BUSCADO Y EL ESTADO DE SALUD**

SERV. BUSCADO	ESTADO DE SALUD									
	M BUENO		BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>1</b>	9	11,0	65	12,8	44	19,8	6	35,3	124	15,0
<b>2</b>	25	30,5	183	36,0	76	34,2	6	35,3	290	35,0
<b>3</b>	0	0,0	12	2,4	6	2,7	2	11,8	20	2,4
<b>4</b>	22	26,8	90	17,7	28	12,6	0	0,0	140	16,9
<b>5</b>	5	6,1	54	10,6	15	6,8	0	0,0	74	8,9
<b>6</b>	0	0,0	6	1,2	3	1,4	0	0,0	9	1,1
<b>OTROS</b>	21	25,6	98	19,3	50	22,5	3	17,6	172	20,7
<b>TOTAL</b>	82	100,0	508	100,0	222	100,0	17	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima



**25. RELACIÓN ENTRE EL SERVICIO BUSCADO Y LA RAZÓN POR LA QUE ELIGE LA FARMACIA EN PRIMERA INSTANCIA.**

SERV. BUSCADO	RAZÓN DE ELECCIÓN DE LA FARMACIA											
	BARATO		GRAVE		NUNCA		QF		RAPIDO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>1</b>	6	14,3	39	13,0	43	20,6	24	18,2	12	8,2	124	15,0
<b>2</b>	15	35,7	101	33,7	72	34,4	42	31,8	60	41,1	290	35,0
<b>3</b>	0	0,0	10	3,3	1	0,5	6	4,5	3	2,1	20	2,4
<b>4</b>	6	14,3	61	20,3	31	14,8	18	13,6	24	16,4	140	16,9
<b>5</b>	1	2,4	29	9,7	21	10,0	11	8,3	12	8,2	74	8,9
<b>6</b>	0	0,0	5	1,7	2	1,0	1	0,8	1	0,7	9	1,1
<b>OTROS</b>	14	33,3	55	18,3	39	18,7	30	22,7	34	23,3	172	20,7
<b>TOTAL</b>	42	100,0	300	100,0	209	100,0	132	100,0	146	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

**26. RELACIÓN ENTRE EL SERVICIO BUSCADO Y EL ROL DEL QF EN LA FARMACIA.**

SERV. BUSCADO	ROL DEL QF EN LA FARMACIA													
	ADM		ATIEN.		DUEÑO		NO SABE		PREP.		RESP.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>1</b>	4	17,4	4	19,0	0	0,0	19	14,6	26	19,0	71	13,7	124	15,0
<b>2</b>	9	39,1	6	28,6	1	100,0	49	37,7	55	40,1	170	32,9	290	35,0
<b>3</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5	18	3,5	20	2,4
<b>4</b>	6	26,1	3	14,3	0	0,0	21	16,2	16	11,7	94	18,2	140	16,9
<b>5</b>	0	0,0	5	23,8	0	0,0	6	4,6	10	7,3	53	10,3	74	8,9
<b>6</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,3	2	1,5	4	0,8	9	1,1
<b>OTROS</b>	4	17,4	3	14,3	0	0,0	32	24,6	26	19,0	107	20,7	172	20,7
<b>TOTAL</b>	23	100,0	21	100,0	1	100,0	130	100,0	137	100,0	517	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

**27. RELACION ENTRE EL SERVICIO BUSCADO Y SI HA SOLICITADO ASESORIA DEL QF.**

SERV. BUSCADO	HA SOLICITADO ASESORIA					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>1</b>	65	15,4	59	14,5	124	15,0
<b>2</b>	162	38,5	128	31,4	290	35,0
<b>3</b>	5	1,2	15	3,7	20	2,4
<b>4</b>	68	16,2	72	17,6	140	16,9
<b>5</b>	39	9,3	35	8,6	74	8,9
<b>6</b>	6	1,4	3	0,7	9	1,1
<b>OTROS</b>	76	18,1	96	23,5	172	20,7
<b>TOTAL</b>	421	100,0	408	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

**28. RELACION ENTRE EL SERVICIO BUSCADO Y SI HAN RECIBIDO DE BUENA MANERA LAS CONSULTAS LOS QFS.**

SERV. BUSCADO	HAN RECIBIDO DE BUENA MANERA									
	SI		OPORTUN.		NO		NO SOL.		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>1</b>	58	14,8	1	6,2	0	0,0	65	15,4	124	15,0
<b>2</b>	121	30,9	7	43,8	0	0,0	162	38,5	290	35,0
<b>3</b>	15	3,8	0	0,0	0	0,0	5	1,2	20	2,4
<b>4</b>	66	16,9	5	31,2	1	100,0	68	16,2	140	16,9
<b>5</b>	35	9,0	0	0,0	0	0,0	39	9,3	74	8,9
<b>6</b>	3	0,8	0	0,0	0	0,0	6	1,4	9	1,1
<b>OTROS</b>	93	23,8	3	18,8	0	0,0	76	18,1	172	20,7
<b>TOTAL</b>	391	100,0	16	100,0	1	100,0	421	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima.

**29. RELACION ENTRE EL SERVICIO BUSCADO Y COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS OTORGADOS POR LOS QFs.**

SERV. BUSCADO	COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS											
	M. BUENO		BUENO		REGULAR		MALOS		NO SOL.		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>1</b>	18	15,8	38	13,7	2	14,3	1	33,3	65	15,4	124	15,0
<b>2</b>	31	27,2	92	33,2	4	28,6	1	33,3	162	38,5	290	35,0
<b>3</b>	4	3,5	11	4,0	0	0,0	0	0,0	5	1,2	20	2,4
<b>4</b>	18	15,8	49	17,7	4	28,6	1	33,3	68	16,2	140	16,9
<b>5</b>	9	7,9	26	9,4	0	0,0	0	0,0	39	9,3	74	8,9
<b>6</b>	2	1,8	1	0,4	0	0,0	0	0,0	6	1,4	9	1,1
<b>OTROS</b>	32	28,1	60	21,7	4	28,6	0	0,0	76	18,1	172	20,7
<b>TOTAL</b>	114	100,0	277	100,0	14	100,0	3	100,0	421	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

**30. RELACION ENTRE QUIEN ATIENDE Y SI EL QF ESTA VISIBLE**

QUIEN ATIENDE	ESTA VISIBLE					
	NO		SI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>AUXILIAR FARMACIA</b>	669	98,7	138	91,4	807	97,3
<b>ESTUDIANTE QF</b>	9	1,3	0	0,0	9	1,1
<b>QF</b>	0	0,0	13	8,6	13	1,6
<b>TOTAL</b>	678	100,0	151	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

**31. RELACION ENTRE QUIEN ATIENDE Y CANTIDAD DE QFs PRESENTES.**

QUIEN ATIENDE	CANTIDAD DE QFs					
	1		2		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
AUXILIAR FARMACIA	670	97,5	137	96,5	807	97,3
ESTUDIANTE QF	8	1,2	1	0,7	9	1,1
QF	9	1,3	4	2,8	13	1,6
<b>TOTAL</b>	687	100,0	142	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima.

**32. RELACION ENTRE QUIEN ATIENDE Y LA CALIDAD DE LA ATENCION.**

QUIEN ATIENDE	CALIDAD							
	MUY BUENA		BUENA		REGULAR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
AUXILIAR FARMACIA	351	97,5	439	97,1	17	100,0	807	97,3
ESTUDIANTE QF	1	0,3	8	1,8	0	0,0	9	1,1
QF	8	2,2	5	1,1	0	0,0	13	1,6
<b>TOTAL</b>	360	100,0	452	100,0	17	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima.

**33. RELACIONE ENTRE SI EL QF ESTA VISIBLE Y SI PIDE HABLAR CON EL QF**

QF ESTA VISIBLE	PIDE HABLAR CON EL QF					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>NO</b>	672	99,1	6	0,9	678	100,0
<b>SI</b>	148	98,0	3	2,0	151	100,0
<b>TOTAL</b>	820	98,9	9	1,1	829	100,0

No es aplicable la décima

**34. RELACION ENTRE SI EL QF ESTA VISIBLE Y LA PERCEPCIÓN CON RESPECTO A CALIDAD DE LA ATENCIÓN.**

QF ESTA VISIBLE	CALIDAD DE LA ATENCIÓN							
	MUY BUENA		BUENA		REGULAR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>NO</b>	293	43,2	370	54,6	15	2,2	678	100,0
<b>SI</b>	67	44,4	82	54,3	2	1,3	151	100,0
<b>TOTAL</b>	360	43,4	452	54,5	17	2,1	829	100,0

No es aplicable la décima

**35. RELACION ENTRE EL SEXO Y SI PIDE HABLAR CON EL QF**

SEXO	PIDE HABLAR CON EL QF					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>F</b>	555	99,1	5	0,9	560	100,0
<b>M</b>	265	98,5	4	1,5	269	100,0
<b>TOTAL</b>	820	98,9	9	1,1	829	100,0

No es aplicable la décima

### 36. RELACION ENTRE EL MOTIVO DE ELECCIÓN DE ESTA CADENA Y EL SEXO

MOTIVO DE ELECCION CADENA	SEXO					
	F		M		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AMABILIDAD	92	16,4	31	11,5	123	14,8
BENEFICIOS	87	15,5	48	17,8	135	16,3
CONVENIOS	27	4,8	14	5,2	41	4,9
PRECIOS	125	22,3	57	21,2	182	22,0
QF	1	0,2	1	0,4	2	0,2
RAPIDEZ	25	4,5	9	3,3	34	4,1
UBICACIÓN	203	36,2	109	40,5	312	37,6
TOTAL	560	100,0	269	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

### 37. RELACION ENTRE EL MOTIVO DE ELECCION DE ESTE LOCAL Y EL SEXO.

MOTIVO DE ELECCION LOCAL	SEXO					
	F		M		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UBICACIÓN	423	75,5	216	80,3	639	77,1
AMABILIDAD	96	17,1	34	12,6	130	15,7
CARACTERISTICA	9	1,6	3	1,1	12	1,4
QF	0	0,0	1	0,4	1	0,1
RAPIDEZ	21	3,8	8	3,0	29	3,5
VARIEDAD	11	2,0	7	2,6	18	2,2
TOTAL	560	100,0	269	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima



### 38. RELACION ENTRE EL ROL DEL QF Y EL SEXO

ROL DEL QF	SEXO					
	F		M		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADMINISTRADOR	14	2,5	9	3,3	23	2,8
ATIENDE	11	2,0	10	3,7	21	2,5
DUEÑO	0	0,0	1	0,4	1	0,1
NO SABE	77	13,8	53	19,7	130	15,7
PREPARA	82	14,6	55	20,4	137	16,5
RESPONDE	376	67,1	141	52,4	517	62,4
<b>TOTAL</b>	560	100,0	269	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

### 39. RELACION ENTRE SI ACERTO AL QF Y EL SEXO

ACERTO	SEXO					
	F		M		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	36	6,4	17	6,3	53	6,4
NO	98	17,5	53	19,7	151	18,2
NO SABE	195	34,8	93	34,6	288	34,7
NO VISIBLE	231	41,2	106	39,4	337	40,7
<b>TOTAL</b>	560	100,0	269	100,0	829	100,0

No es estadísticamente significativo

**40. RELACION ENTRE SI HA SOLICITADO ASESORIA ALGUNAVEZ Y EL SEXO**

ASESORIA	SEXO					
	F		M		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>NO</b>	250	44,6	171	63,6	421	50,8
<b>SI</b>	310	55,4	98	36,4	408	49,2
<b>TOTAL</b>	560	100,0	269	100,0	829	100,0

P= 0,0000

**41. RELACION ENTRE COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS OTORGADOS POR LOS QFS Y EL SEXO.**

CONSIDERA LOS CONSEJOS	SEXO					
	F		M		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>MUY BUENOS</b>	94	16,8	20	7,4	114	13,8
<b>BUENOS</b>	204	36,4	73	27,1	277	33,4
<b>REGULARES</b>	11	2,0	3	1,1	14	1,7
<b>MALOS</b>	1	0,2	2	0,7	3	0,4
<b>NO SOLICITADO</b>	250	44,6	171	63,6	421	50,8
<b>TOTAL</b>	560	100,0	269	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

**42. RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y SI PIDE HABLAR CON EL QF**

NIVEL DE ESTUDIO	PIDE HABLAR					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>BASICO</b>	161	97,0	5	3,0	166	100,0
<b>MEDIO</b>	335	99,1	3	0,9	338	100,0
<b>INST. PROF</b>	118	100,0	0	0,0	118	100,0
<b>UNIVERSITARIO</b>	203	99,5	1	0,5	204	100,0
<b>NINGUNO</b>	3	100,0	0	0,0	3	100,0
<b>TOTAL</b>	820	98,9	9	1,1	829	100,0

No es aplicable la décima

**43. RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y MOTIVO DE ELECCIÓN DE ESTA CADENA.**

NIVEL DE ESTUDIO	MOTIVO DE ELECCIÓN DE ESTA CADENA.															
	AMABI.		BENEF.		CONV.		PRECIO		QF		RAPID		UBICA.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>BASICO</b>	22	13,3	31	18,7	2	1,2	45	27,1	1	0,6	9	5,4	56	33,7	166	100,0
<b>MEDIO</b>	56	16,6	58	17,2	17	5,0	72	21,3	1	0,3	10	3,0	124	36,7	338	100,0
<b>I. PROF</b>	18	15,3	25	21,2	6	5,1	21	17,8	0	0,0	4	3,4	44	37,3	118	100,0
<b>UNIVER.</b>	27	13,2	20	9,8	15	7,4	43	21,1	0	0,0	11	5,4	88	43,1	204	100,0
<b>NINGUNO</b>	0	0,0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
<b>TOTAL</b>	123	14,8	135	16,3	41	4,9	182	22,0	2	0,2	34	4,1	312	37,6	829	100,0

No es aplicable la décima

**44. RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y MOTIVO DE ELECCIÓN DE ESTE LOCAL.**

NIVEL DE ESTUDIO	MOTIVO DE ELECCIÓN DE ESTE LOCAL													
	AMABI.		CARAC.		QF		RAPID.		UBICA.		VARIE.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>BASICO</b>	29	17,5	2	1,2	1	0,6	6	3,6	126	75,9	2	1,2	166	100,0
<b>MEDIO</b>	62	18,3	1	0,3	0	0,0	11	3,3	258	76,3	6	1,8	338	100,0
<b>I. PROF.</b>	17	14,4	7	5,9	0	0,0	3	2,5	88	74,6	3	2,5	118	100,0
<b>UNIVER.</b>	21	10,3	2	1,0	0	0,0	9	4,4	165	80,9	7	3,4	204	100,0
<b>NINGUNO</b>	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	3	100,0
<b>TOTAL</b>	130	15,7	12	1,4	1	0,1	29	3,5	639	77,1	18	2,2	829	100,0

No es aplicable la décima

**45. RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y LA RAZON POR LA QUE ELIGE LA FARMACIA ANTE UN PROBLEMA DE SALUD.**

NIVEL DE ESTUDIO	RAZON DE ELECCION DE LA FARMACIA											
	BARATO		GRAVE		NUNCA		QF		RAPIDO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>BASICO</b>	15	9,0	43	25,9	45	27,1	21	12,7	42	25,3	166	100,0
<b>MEDIO</b>	14	4,1	135	39,9	7	22,2	55	16,3	59	17,5	338	100,0
<b>I. PROF.</b>	6	5,1	42	35,6	2	20,3	26	22,0	20	16,9	118	100,0
<b>UNIVER.</b>	7	3,4	80	39,2	64	31,4	30	14,7	23	11,3	204	100,0
<b>NINGUNO</b>	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	2	66,7	3	100,0
<b>TOTAL</b>	42	5,1	300	36,2	209	25,2	132	15,9	146	17,6	829	100,0

No es aplicable la décima

**46. RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y SI ACERTO AL QF**

NIVEL DE ESTUDIO	ACERTO AL QF									
	SI		NO		NO SABE		NO VISIBLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>BASICO</b>	5	3,0	32	19,3	102	61,4	27	16,3	166	100,0
<b>MEDIO</b>	22	6,5	78	23,1	119	35,2	119	35,2	338	100,0
<b>I. PROFE</b>	11	9,3	15	12,7	26	22,0	66	55,9	118	100,0
<b>UNIVER</b>	15	7,4	26	12,7	39	19,1	124	60,8	204	100,0
<b>NINGUNO</b>	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0
<b>TOTAL</b>	53	6,4	151	18,2	288	34,7	337	40,7	829	100,0

No es aplicable la décima

**47. RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y COMO RECONOCE AL QF EN LA FARMACIA**

NIVEL DE ESTUDIOS	COMO RECONOCE AL QF EN LA FARMACIA									
	DICE QF		LOCAL		PIOCHA		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>BASICO</b>	12	7,2	9	5,4	1	0,6	144	86,7	166	100,0
<b>MEDIO</b>	78	23,1	17	5,0	17	5,0	226	66,9	338	100,0
<b>INST. PROFESIONAL</b>	50	42,4	7	5,9	13	11,0	48	40,7	118	100,0
<b>UNIVERSITARIO</b>	85	41,7	11	5,4	36	17,6	72	35,3	204	100,0
<b>NINGUNO</b>	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	3	100,0
<b>TOTAL</b>	226	27,3	44	5,3	67	8,1	492	59,3	829	100,0

No es aplicable la décima

**48. RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y SI HA SOLICITADO ASESORIA AL QF EN ALGUNA OPORTUNIDAD**

NIVEL DE ESTUDIO	HA SOLICITADO ASESORIA					
	NO		SI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>BASICO</b>	117	70,5	49	29,5	166	100,0
<b>MEDIO</b>	173	51,2	165	48,8	338	100,0
<b>INST. PROFESIONAL</b>	45	38,1	73	61,9	118	100,0
<b>UNIVERSITARIO</b>	84	41,2	120	58,8	204	100,0
<b>NINGUNO</b>	2	66,7	1	33,3	3	100,0
<b>TOTAL</b>	421	50,8	408	49,2	829	100,0

No es aplicable la décima

**49. RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS OTORGADOS POR EL QF**

NIVEL DE ESTUDIO	COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS DEL QF											
	M. BUENO		BUENOS		REGULAR		MALOS		NO SOLI.		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>BASICO</b>	10	6,0	39	23,5	0	0,0	0	0,0	117	70,5	166	100,0
<b>I. PROFE.</b>	20	16,9	49	41,5	4	3,4	0	0,0	45	38,1	118	100,0
<b>MEDIO</b>	44	13,0	112	33,1	8	2,4	1	0,3	173	51,2	338	100,0
<b>NINGUNO</b>	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	3	100,0
<b>UNIVER.</b>	40	19,6	76	37,3	2	1,0	2	1,0	84	41,2	204	100,0
<b>TOTAL</b>	114	13,8	277	33,4	14	1,7	3	0,4	421	50,8	829	100,0

No es aplicable la décima

**50. RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y SI ES LO MISMO EL QF CON EL FARMACÉUTICO.**

NIVEL DE ESTUDIOS	ES LO MISMO QF - F							
	SI		NO		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>BASICO</b>	21	12,7	94	56,6	51	30,7	166	100,0
<b>INST. PROFESIONAL</b>	9	7,6	97	82,2	12	10,2	118	100,0
<b>MEDIO</b>	25	7,4	235	69,5	78	23,1	338	100,0
<b>NINGUNO</b>	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	100,0
<b>UNIVERSITARIO</b>	16	7,8	170	83,3	18	8,8	204	100,0
<b>TOTAL</b>	71	8,6	596	71,9	162	19,5	829	100,0

No es aplicable la décima

**51. RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y SI ES LO MISMO EL QF CON EL QUÍMICO.**

NIVEL DE ESTUDIOS	ES LO MISMO QF - Q							
	SI		NO		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>BASICO</b>	20	12,0	80	48,2	66	39,8	166	100,0
<b>INST. PROFESIONAL</b>	10	8,5	83	70,3	25	21,2	118	100,0
<b>MEDIO</b>	37	10,9	202	59,8	99	29,3	338	100,0
<b>NINGUNO</b>	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	100,0
<b>UNIVERSITARIO</b>	13	6,4	168	82,4	23	11,3	204	100,0
<b>TOTAL</b>	80	9,7	533	64,3	216	26,1	829	100,0

No es aplicable la décima

**52. RELACIÓN ENTRE ES LO MISMO EL QF CON FARMACÉUTICO Y ES LO MISMO EL QF CON EL QUÍMICO.**

ES LO MISMO QF - F	ES LO MISMO QF - Q							
	NO		SI		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>NO</b>	470	78,9	49	8,2	77	12,9	596	100,0
<b>SI</b>	35	49,3	28	39,4	8	11,3	71	100,0
<b>NO SABE</b>	28	17,3	3	1,9	131	80,9	162	100,0
<b>TOTAL</b>	533	64,3	80	9,7	216	26,1	829	100,0

P= 0,0000

**53. RELACION ENTRE LA ACTIVIDAD DEL PACIENTE CLIENTE Y SI PIDE HABLAR CON EL QF**

ACTIVIDAD	PIDE HABLAR CON EL QF					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>DUEÑA CASA</b>	212	98,6	3	1,4	215	100,0
<b>ESTUDIANTE</b>	55	100,0	0	0,0	55	100,0
<b>JUBILADO</b>	68	100,0	0	0,0	68	100,0
<b>OTROS</b>	271	98,2	5	1,8	276	100,0
<b>PROFESIONAL</b>	166	99,4	1	0,6	167	100,0
<b>TECNICO</b>	48	100,0	0	0,0	48	100,0
<b>TOTAL</b>	820	98,9	9	1,1	829	100,0

No es aplicable la décima



**54. RELACION ENTRE LA ACTIVIDAD DEL PACIENTE CLIENTE Y LA RAZON POR LA QUE ELIGE LA FARMACIA ANTE UN PROBLEMA DE SALUD.**

ACTIV.	RAZON DE ELECCION DE LA FARMACIA											
	BARATO		GRAVE		NUNCA		QF		RAPIDO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>D. CASA</b>	15	7,0	56	26,0	69	32,1	32	14,9	43	20,0	215	100,0
<b>ESTUD.</b>	1	1,8	25	45,5	12	21,8	7	12,7	10	18,2	55	100,0
<b>JUBILA.</b>	6	8,8	23	33,8	19	27,9	9	13,2	11	16,2	68	100,0
<b>PROFES</b>	7	4,2	60	35,9	51	30,5	30	18,0	19	11,4	167	100,0
<b>TECNI.</b>	1	2,1	15	31,2	12	25,0	13	27,1	7	14,6	48	100,0
<b>OTROS</b>	12	4,3	121	43,8	46	16,7	41	14,9	56	20,3	276	100,0
<b>TOTAL</b>	42	5,1	300	36,2	209	25,2	132	15,9	146	17,6	829	100,0

No es aplicable la décima

**55. RELACION ENTRE ACTIVIDAD DEL PACIENTE CLIENTE Y SI ACERTO AL QF**

ACTIVIDAD	ACERTO AL QF									
	SI		NO		NO SABE		NO VISIBLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>DUEÑA CASA</b>	12	5,6	45	20,9	96	44,7	62	28,8	215	100,0
<b>ESTUDIANTE</b>	2	3,6	7	12,7	17	30,9	29	52,7	55	100,0
<b>JUBILADO</b>	2	2,9	12	17,6	26	38,2	28	41,2	68	100,0
<b>OTROS</b>	16	5,8	60	21,7	113	40,9	87	31,5	276	100,0
<b>PROFESIONAL</b>	15	9,0	23	13,8	28	16,8	101	60,5	167	100,0
<b>TECNICO</b>	6	12,5	4	8,3	8	16,7	30	62,5	48	100,0
<b>TOTAL</b>	53	6,4	151	18,2	288	34,7	337	40,7	829	100,0

No es aplicable la décima

**56. RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD Y COMO RECONOCE AL QF.**

ACTIVIDAD	COMO RECONOCE AL QF									
	DICE QF		LOCAL		PIOCHA		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>DUEÑA CASA</b>	42	19,5	11	5,1	13	6,0	149	69,3	215	100,0
<b>JUBILADO</b>	15	22,1	4	5,9	4	5,9	45	66,2	68	100,0
<b>OTROS</b>	56	20,3	12	4,3	10	3,6	198	71,7	276	100,0
<b>ESTUDIANTE</b>	20	36,4	4	7,3	4	7,3	27	49,1	55	100,0
<b>TECNICO</b>	22	45,8	3	6,2	6	12,5	17	35,4	48	100,0
<b>PROFESIONAL</b>	71	42,5	10	6,0	30	18,0	56	33,5	167	100,0
<b>TOTAL</b>	226	27,3	44	5,3	67	8,1	492	59,3	829	100,0

No es aplicable la décima

**57. RELACION ENTRE LA ACTIVIDAD Y SI HA SOLICITADO ASESORIA DEL QF**

ACTIVIDAD	HA SOLICITADO ASESORIA					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>DUEÑA CASA</b>	115	53,5	100	46,5	215	100,0
<b>ESTUDIANTE</b>	28	50,9	27	49,1	55	100,0
<b>JUBILADO</b>	36	52,9	32	47,1	68	100,0
<b>OTROS</b>	154	55,8	122	44,2	276	100,0
<b>PROFESIONAL</b>	65	38,9	102	61,1	167	100,0
<b>TECNICO</b>	23	47,9	25	52,1	48	100,0
<b>TOTAL</b>	421	50,8	408	49,2	829	100,0

P= 0,0225

**58. RELACION ENTRE LA ACTIVIDAD DE LOS CP Y COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS DE LOS QFs**

ACTIVIDAD	COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS DEL QF											
	M. BUENO		BUENO		REGULAR		MALOS		NO SOLI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>DUEÑA CASA</b>	33	15,3	65	30,2	2	0,9	0	0,0	115	53,5	215	100,0
<b>ESTUDIANTE</b>	9	16,4	17	30,9	0	0,0	1	1,8	28	50,9	55	100,0
<b>JUBILADO</b>	11	16,2	20	29,4	0	0,0	1	1,5	36	52,9	68	100,0
<b>OTROS</b>	24	8,7	91	33,0	7	2,5	0	0,0	154	55,8	276	100,0
<b>PROFESIONAL</b>	32	19,2	64	38,3	5	3,0	1	0,6	65	38,9	167	100,0
<b>TECNICO</b>	5	10,4	20	41,7	0	0,0	0	0,0	23	47,9	48	100,0
<b>TOTAL</b>	114	13,8	277	33,4	14	1,7	3	0,4	421	50,8	829	100,0

No es aplicable la décima

**59. RELACION ENTRE LA ACTIVIDAD Y SI ES LO MISMO EL QF CON EL FARMACEUTICO.**

ACTIVIDAD	ES LO MISMO EL QF - F							
	SI		NO		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>DUEÑA CASA</b>	25	11,6	136	63,3	54	25,1	215	100,0
<b>ESTUDIANTE</b>	2	3,6	46	83,6	7	12,7	55	100,0
<b>JUBILADO</b>	6	8,8	40	58,8	22	32,4	68	100,0
<b>OTROS</b>	23	8,3	197	71,4	56	20,3	276	100,0
<b>PROFESIONAL</b>	12	7,2	139	83,2	16	9,6	167	100,0
<b>TECNICO</b>	3	6,2	38	79,2	7	14,6	48	100,0
<b>TOTAL</b>	71	8,6	596	71,9	162	19,5	829	100,0

No es aplicable la décima

**60. RELACION ENTRE LA ACTIVIDAD DEL PACIENTE CLIENTE Y ES LO MISMO EL QF QUE EL QUIMICO.**

ACTIVIDAD	ES LO MISMO EL QF - Q							
	SI		NO		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>DUEÑA CASA</b>	25	11,6	124	57,7	66	30,7	215	100,0
<b>ESTUDIANTE</b>	1	1,8	43	78,2	11	20,0	55	100,0
<b>JUBILADO</b>	8	11,8	38	55,9	22	32,4	68	100,0
<b>OTROS</b>	28	10,1	167	60,5	81	29,3	276	100,0
<b>PROFESIONAL</b>	14	8,4	129	77,2	24	14,4	167	100,0
<b>TECNICO</b>	4	8,3	32	66,7	12	25,0	48	100,0
<b>TOTAL</b>	80	9,7	533	64,3	216	26,1	829	100,0

No es aplicable la décima

**61. RELACION ENTRE PATOLOGÍA CRÓNICA Y SI PIDE HABLAR CON EL QF.**

PATOLOGÍA CRONICA	PIDE HABLAR CON EL QF					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>ALERGIA</b>	65	100,0	0	0,0	65	100,0
<b>ASMA</b>	25	100,0	0	0,0	25	100,0
<b>DIABETES</b>	28	96,6	1	3,4	29	100,0
<b>HTA</b>	158	98,8	2	1,2	160	100,0
<b>OTRA</b>	69	98,6	1	1,4	70	100,0
<b>NINGUNA</b>	475	99,0	5	1,0	480	100,0
<b>TOTAL</b>	820	98,9	9	1,1	829	100,0

No es aplicable la décima

**62. RELACION ENTRE PATOLOGÍA CRÓNICA Y SI ES DERIVADO AL QF.**

PATOLOGIA CRONICA	ES DERIVADO AL QF							
	SI		NO		ATENDIDO QF		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>ALERGIA</b>	2	3,1	62	95,4	1	1,5	65	100,0
<b>ASMA</b>	1	4,0	24	96,0	0	0,0	25	100,0
<b>DIABETES</b>	2	6,9	27	93,1	0	0,0	29	100,0
<b>HTA</b>	3	1,9	154	96,2	3	1,9	160	100,0
<b>OTRA</b>	1	1,4	68	97,1	1	1,4	70	100,0
<b>NINGUNA</b>	13	2,7	459	95,6	8	1,7	480	100,0
<b>TOTAL</b>	22	2,7	794	95,8	13	1,6	829	100,0

No es aplicable la décima

**63. RELACION ENTRE PATOLOGÍA CRÓNICA Y LA RAZON POR LA QUE ELIGE LA FARMACIA ANTE UNA PATOLOGÍA.**

PATOLOGIA CRONICA	RAZON DE ELECCION DE LA FARMACIA											
	BARATO		GRAVE		NUNCA		QF		RAPIDO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>ALERGIA</b>	2	3,1	29	44,6	17	26,2	9	13,8	8	12,3	65	100,0
<b>ASMA</b>	1	4,0	7	28,0	8	32,0	3	12,0	6	24,0	25	100,0
<b>DIABETES</b>	1	3,4	7	24,1	11	37,9	2	6,9	8	27,6	29	100,0
<b>HTA</b>	10	6,2	38	23,8	62	38,8	23	14,4	27	16,9	160	100,0
<b>OTRA</b>	5	7,1	24	34,3	25	35,7	9	12,9	7	10,0	70	100,0
<b>NINGUNA</b>	23	4,8	195	40,6	86	17,9	86	17,9	90	18,8	480	100,0
<b>TOTAL</b>	42	5,1	300	36,2	209	25,2	132	15,9	146	17,6	829	100,0

No es aplicable la décima

**64. RELACION ENTRE PATOLOGÍA CRÓNICA Y SI HA SOLICITADO ASESORIA DE UN QF**

PATOLOGIA CRONICA	HA SOLICITADO ASESORIA					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>ALERGIA</b>	28	43,1	37	56,9	65	100,0
<b>ASMA</b>	16	64,0	9	36,0	25	100,0
<b>DIABETES</b>	14	48,3	15	51,7	29	100,0
<b>HTA</b>	93	58,1	67	41,9	160	100,0
<b>OTRA</b>	34	48,6	36	51,4	70	100,0
<b>NINGUNA</b>	236	49,2	244	50,8	480	100,0
<b>TOTAL</b>	421	50,8	408	49,2	829	100,0

No es estadísticamente significativo.

**65. RELACION ENTRE PREVISIÓN Y SI PIDE HABLAR CON EL QF.**

PREVISION	PIDE HABLAR CON EL QF					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>FFAA</b>	32	100,0	0	0,0	32	100,0
<b>FONASA</b>	460	98,9	5	1,1	465	100,0
<b>ISAPRE</b>	244	99,2	2	0,8	246	100,0
<b>NINGUNA</b>	84	97,7	2	2,3	86	100,0
<b>TOTAL</b>	820	98,9	9	1,1	829	100,0

No es aplicable la décima.

**66. RELACION ENTRE PREVISIÓN Y LA RAZON POR LA QUE ELIGE LA FARMACIA ANTE UNA PATOLIGÍA.**

PREVISION	RAZON DE ELECCION DE LA FARMACIA											
	BARATO		GRAVE		NUNCA		QF		RAPIDO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>FFAA</b>	2	6,2	8	25,0	10	31,2	7	21,9	5	15,6	32	100,0
<b>FONASA</b>	24	5,2	163	35,1	107	23,0	74	15,9	97	20,9	465	100,0
<b>ISAPRE</b>	7	2,8	105	42,7	72	29,3	37	15,0	25	10,2	246	100,0
<b>NINGUNA</b>	9	10,5	24	27,9	20	23,3	14	16,3	19	22,1	86	100,0
<b>TOTAL</b>	42	5,1	300	36,2	209	25,2	132	15,9	146	17,6	829	100,0

No es aplicable la décima.

**67. RELACION ENTRE PREVISIÓN Y SI ACERTO AL QF.**

PREVISION	ACERTO AL QF									
	SI		NO		NO SABE		NO VISIBLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>FFAA</b>	3	9,4	8	25,0	7	21,9	14	43,8	32	100,0
<b>FONASA</b>	27	5,8	103	22,2	184	39,6	151	32,5	465	100,0
<b>ISAPRE</b>	20	8,1	25	10,2	53	21,5	148	60,2	246	100,0
<b>NINGUNA</b>	3	3,5	15	17,4	44	51,2	24	27,9	86	100,0
<b>TOTAL</b>	53	6,4	151	18,2	288	34,7	337	40,7	829	100,0

No es aplicable la décima.

**68. RELACION ENTRE PREVISION Y SI HA SOLICITADO HABLAR CON UN QF EN ALGUNA OPORTUNIDAD.**

PREVISION	HA SOLICITADO ASESORIA					
	NO		SI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>FFAA</b>	14	43,8	18	56,2	32	100,0
<b>FONASA</b>	255	54,8	210	45,2	465	100,0
<b>ISAPRE</b>	102	41,5	144	58,5	246	100,0
<b>NINGUNA</b>	50	58,1	36	41,9	86	100,0
<b>TOTAL</b>	421	50,8	408	49,2	829	100,0

p= 0.0028

**69. RELACION ENTRE PREVISION Y COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS OTORGADO POR LOS QFs.**

PREVISION	COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS DEL QF											
	M. BUENO		BUENO		REGUL.		MALOS		NO SOLI.		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>FFAA</b>	8	25,0	9	28,1	0	0,0	1	3,1	14	43,8	32	100,0
<b>FONASA</b>	53	11,4	147	31,6	9	1,9	1	0,2	255	54,8	465	100,0
<b>ISAPRE</b>	44	17,9	96	39,0	4	1,6	0	0,0	102	41,5	246	100,0
<b>NINGUNA</b>	9	10,5	25	29,1	1	1,2	1	1,2	50	58,1	86	100,0
<b>TOTAL</b>	114	13,8	277	33,4	14	1,7	3	0,4	421	50,8	829	100,0

No es aplicable la décima



**70. RELACION ENTRE EL ESTADO DE SALUD Y SI PIDE HABLAR CON EL QF.**

ESTADO DE SALUD	PIDE HABLAR CON EL QF					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>MUY BUENO</b>	82	100,0	0	0,0	82	100,0
<b>BUENO</b>	503	99,0	5	1,0	508	100,0
<b>REGULAR</b>	218	98,2	4	1,8	222	100,0
<b>MALO</b>	17	100,0	0	0,0	17	100,0
<b>TOTAL</b>	820	98,9	9	1,1	829	100,0

No es aplicable la décima

**71. RELACION ENTRE EL ESTADO DE SALUD Y LA RAZON POR LA QUE ELIGE LA FARMACIA ANTE UNA PATOLOGÍA.**

ESTADO DE SALUD	RAZON DE ELECCION DE LA FARMACIA											
	BARATO		GRAVE		NUNCA		QF		RAPIDO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>M. BUENO</b>	3	3,7	34	41,5	20	24,4	14	17,1	11	13,4	82	100,0
<b>BUENO</b>	24	4,7	200	39,4	116	22,8	82	16,1	86	16,9	508	100,0
<b>REGULAR</b>	13	5,9	64	28,8	65	29,3	34	15,3	46	20,7	222	100,0
<b>MALO</b>	2	11,8	2	11,8	8	47,1	2	11,8	3	17,6	17	100,0
<b>TOTAL</b>	42	5,1	300	36,2	209	25,2	132	15,9	146	17,6	829	100,0

No es aplicable la décima

**72. RELACION ENTRE SI DEMORÓ LA ATENCIÓN Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.**

DEMORÓ	CALIDAD DE LA ATENCIÓN							
	M. BUENA		BUENA		REGULAR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>NO</b>	352	97,8	417	92,3	6	35,3	775	93,5
<b>REGULAR</b>	6	1,7	26	5,8	2	11,8	34	4,1
<b>SI</b>	2	0,6	9	2,0	9	52,9	20	2,4
<b>TOTAL</b>	360	100,0	452	100,0	17	100,0	829	100,0

No es aplicable la décima

**73. RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ESPERA Y ENCUENTRA QUE DEMORA ATENCIÓN.**

TIEMPO ESPERA	DEMORÓ LA ATENCIÓN							
	NO		REGULAR		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>MENOS 1 MIN</b>	563	97,1	12	2,1	5	0,9	580	100,0
<b>ENTRE 1 Y 2 MIN</b>	136	95,8	4	2,8	2	1,4	142	100,0
<b>ENTRE 2 Y 3 MIN</b>	37	74,0	9	18,0	4	8,0	50	100,0
<b>MAS DE 3 MIN</b>	39	68,4	9	15,8	9	15,8	57	100,0
<b>TOTAL</b>	775	93,5	34	4,1	20	2,4	829	100,0

No es aplicable la décima

**74. RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y SI DEMORÓ LA ATENCIÓN**

TIEMPO DE ATENCIÓN	DEMORÓ LA ATENCIÓN							
	NO		REGULAR		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>MENOS 1 MIN</b>	19	95,0	0	0,0	1	5,0	20	100,0
<b>ENTRE 1 Y 2 MIN</b>	320	95,2	13	3,9	3	0,9	336	100,0
<b>ENTRE 2 Y 3 MIN</b>	280	93,6	12	4,0	7	2,3	299	100,0
<b>MAS DE 3 MIN</b>	156	89,7	9	5,2	9	5,2	174	100,0
<b>TOTAL</b>	775	93,5	34	4,1	20	2,4	829	100,0

No es aplicable la décima

**75. DISTRIBUCION DEL TIEMPO DE ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO.**

TIEMPO ULTIMA VISITA MEDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>HOY Y AYER</b>	63	7,6
<b>ENTRE 3 - 7 DÍAS</b>	78	9,4
<b>ENTRE 8 - 30 DÍAS</b>	166	20,0
<b>ENTRE 1.1 - 3 MESES</b>	139	16,8
<b>ENTRE 3.1 - 6 MESES</b>	88	10,6
<b>ENTRE 6.1 - 12 MESES</b>	167	20,1
<b>ENTRE 1.1 - 3 AÑOS</b>	77	9,3
<b>ENTRE 3.1 - 10 AÑOS</b>	42	5,1
<b>ENTRE 10.1 Y MAS</b>	9	1,1
<b>TOTAL</b>	829	100,0

**76. DISTRIBUCION DEL TIEMPO DE ULTIMA VISITA AL MÉDICO CON RESPECTO AL SERVICIO BUSCADO**

<b>SERV. BUSCADO</b>	<b>MEDIAS (DIAS)</b>		
	<b>MEDIA</b>	<b>MEDIANA</b>	<b>MODA</b>
<b>1</b>	174,2	30,0	1,0
<b>2</b>	371,3	120,0	365,0
<b>3</b>	431,3	90,0	365,0
<b>4</b>	526,7	120,0	365,0
<b>5</b>	276,9	75,0	30,0
<b>6</b>	49,1	60,0	60,0
<b>OTROS</b>	423,9	90,0	365,0

p=0.0000

**77. DISTRIBUCION DEL TIEMPO DE ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO SEGÚN EL SEXO.**

TIEMPO ULTIMA VISITA MEDICO	SEXO					
	F		M		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOY Y AYER	45	8,0	18	6,7	63	7,6
ENTRE 3 - 7 DÍAS	68	12,1	10	3,7	78	9,4
ENTRE 8 - 30 DÍAS	128	22,9	38	14,1	166	20,0
ENTRE 1.1 - 3 MESES	94	16,8	45	16,7	139	16,8
ENTRE 3.1 - 6 MESES	54	9,6	34	12,6	88	10,6
ENTRE 6.1 - 12 MESES	108	19,3	59	21,9	167	20,1
ENTRE 1.1 - 3 AÑOS	39	7,0	38	14,1	77	9,3
ENTRE 3.1 - 10 AÑOS	20	3,6	22	8,2	42	5,1
10 AÑOS Y MAS	4	0,7	5	1,9	9	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>560</b>	<b>100,0</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>829</b>	<b>100,0</b>

SEXO	MEDIAS (DIAS)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
F	273,8	60,0	365,0
M	565,6	180,0	365,0

P= 0,0000

**78. DISTRIBUCION DEL TIEMPO DE ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO CON RESPECTO A LA RAZON POR LA QUE ELIGE LA FARMACIA ANTE UNA PATOLOGÍA.**

RAZON DE ELECCION FARMACIA	MEDIAS (DIAS)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
<b>BARATO</b>	339,5	90,0	365,0
<b>GRAVE</b>	446,4	120,0	365,0
<b>NUNCA</b>	125,1	30,0	30,0
<b>QF</b>	370,2	90,0	365,0
<b>RAPIDO</b>	563,8	150,0	365,0

P= 0.0000

**79. DISTRIBUCION DE LAS EDADES DE LOS CP**

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>10 – 19</b>	14	1,7
<b>20 – 29</b>	157	18,9
<b>30 – 39</b>	181	21,8
<b>40 – 49</b>	168	20,3
<b>50 – 59</b>	134	16,2
<b>60 – 69</b>	108	13,0
<b>70 – 79</b>	61	7,4
<b>80 – 89</b>	6	0,7
<b>TOTAL</b>	829	100,0

**80. DISTRIBUCION DE LA EDAD CON RESPECTO EL SERVICIO BUSCADO.**

<b>SERV. BUSCADO</b>	<b>MEDIAS (AÑOS)</b>		
	<b>MEDIA</b>	<b>MEDIANA</b>	<b>MODA</b>
<b>1</b>	42,7	41,0	49,0
<b>2</b>	47,9	48,0	26,0
<b>3</b>	42,0	43,5	30,0
<b>4</b>	41,2	37,5	28,0
<b>5</b>	41,3	38,5	30,0
<b>6</b>	47,9	53,0	25,0
<b>OTROS</b>	45,2	44,0	34,0

P= 0,0003

**81. DISTRIBUCION DE LA EDAD SEGÚN EL MOTIVO DE ELECCION DE ESTA CADENA.**

<b>MOTIVO ELECCION CADENA</b>	<b>MEDIAS (AÑOS)</b>		
	<b>MEDIA</b>	<b>MEDIANA</b>	<b>MODA</b>
<b>AMABILIDAD</b>	47,6	48,0	28,0
<b>BENEFICIOS</b>	45,7	43,0	38,0
<b>CONVENIOS</b>	39,0	36,0	33,0
<b>PRECIOS</b>	47,1	47,0	38,0
<b>QF</b>	36,5	36,5	30,0
<b>RAPIDEZ</b>	40,9	41,0	45,0
<b>UBICACION</b>	42,9	41,0	26,0

P= 0,0015

**82. DISTRIBUCION DE LA EDAD EN LA RAZON POR LA QUE ELIGE LA FARMACIA**

EDAD	RAZON DE ELECCION DE LA FARMACIA											
	BARATO		GRAVE		NUNCA		QF		RAPIDO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>10 – 19</b>	0	0,0	7	50,0	1	7,1	3	21,4	3	21,4	14	100,0
<b>20 – 29</b>	5	3,2	56	35,7	31	19,7	34	21,7	31	19,7	157	100,0
<b>30 – 39</b>	5	2,8	72	39,8	41	22,7	34	18,8	29	16,0	181	100,0
<b>40 – 49</b>	11	6,5	66	39,3	36	21,4	27	16,1	28	16,7	168	100,0
<b>50 – 59</b>	6	4,5	45	33,6	43	32,1	15	11,2	25	18,7	134	100,0
<b>60 – 69</b>	10	9,3	37	34,3	30	27,8	11	10,2	20	18,5	108	100,0
<b>70 - 79</b>	4	6,6	15	24,6	24	39,3	8	13,1	10	16,4	61	100,0
<b>80 – 89</b>	1	16,7	2	33,3	3	50,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0
<b>TOTAL</b>	42	5,1	300	36,2	209	25,2	132	15,9	146	17,6	829	100,0

RAZON DE ELECCION FARMACIA	MEDIAS (AÑOS)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
<b>BARATO</b>	50,5	49,5	44,0
<b>GRAVE</b>	43,4	42,0	34,0
<b>NUNCA</b>	48,2	49,0	27,0
<b>QF</b>	40,9	38,0	28,0
<b>RAPIDO</b>	44,1	43,0	26,0

P= 0,0000



**83. DISTRIBUCION DE LA EDAD SEGÚN EL ROL DEL QF EN LA FARMACIA.**

EDAD	ROL DEL QF													
	ADMINI.		ATIENDE		DUEÑO		NO SABE		PREPARA		RESPONDE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>10 – 19</b>	0	0,0	1	7,1	0	0,0	4	28,6	0	0,0	9	64,3	14	100,0
<b>20 – 29</b>	4	2,5	2	1,3	0	0,0	16	10,2	21	13,4	114	72,6	157	100,0
<b>30 – 39</b>	6	3,3	5	2,8	0	0,0	21	11,6	19	10,5	130	71,8	181	100,0
<b>40 – 49</b>	5	3,0	3	1,8	0	0,0	23	13,7	24	14,3	113	67,3	168	100,0
<b>50 – 59</b>	4	3,0	2	1,5	0	0,0	21	15,7	28	20,9	79	59,0	134	100,0
<b>60 – 69</b>	3	2,8	5	4,6	0	0,0	29	26,9	24	22,2	47	43,5	108	100,0
<b>70 - 79</b>	1	1,6	3	4,9	0	0,0	12	19,7	20	32,8	25	41,0	61	100,0
<b>80 – 89</b>	0	0,0	0	0,0	1	16,7	4	66,7	1	16,7	0	0,0	6	100,0
<b>TOTAL</b>	23	2,8	21	2,5	1	0,1	130	15,7	137	16,5	517	62,4	829	100,0

ROL DEL QF	MEDIAS (AÑOS)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
<b>ADMINIS.</b>	45,5	42,0	57,0
<b>ATIENDE</b>	48,0	40,0	40,0
<b>DUEÑO</b>	85,0	85,0	85,0
<b>NO SABE</b>	49,4	50,0	61,0
<b>PREPARA</b>	50,0	51,0	74,0
<b>RESPONDE</b>	41,9	40,0	28,0

P= 0,0000

**84. DISTRIBUCION DE LA EDAD CON RESPECTO A SI HA SOLICITADO ASESORIA AL QF.**

EDAD	HA SOLICITADO ASESORIA					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>10 – 19</b>	10	71,4	4	28,6	14	100,0
<b>20 – 29</b>	75	47,8	82	52,2	157	100,0
<b>30 – 39</b>	83	45,9	98	54,1	181	100,0
<b>40 – 49</b>	80	47,6	88	52,4	168	100,0
<b>50 – 59</b>	68	50,7	66	49,3	134	100,0
<b>60 – 69</b>	64	59,3	44	40,7	108	100,0
<b>70 - 79</b>	36	59,0	25	41,0	61	100,0
<b>80 – 89</b>	5	83,3	1	16,7	6	100,0
<b>TOTAL</b>	421	50,8	408	49,2	829	100,0

HA SOLICITADO ASESORIA	MEDIAS (AÑOS)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
<b>NO</b>	45,9	44,0	28,0
<b>SI</b>	43,4	42,0	38,0

P= 0,0416

**85. DISTRIBUCION DE LA EDAD CON RESPECTO A SI ES LO MISMO EL QF CON EL FARMACÉUTICO**

EDAD	ES LO MISMO EL QF - F							
	SI		NO		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>10 – 19</b>	0	0,0	10	71,4	4	28,6	14	100,0
<b>20 – 29</b>	10	6,4	115	73,2	32	20,4	157	100,0
<b>30 – 39</b>	8	4,4	146	80,7	27	14,9	181	100,0
<b>40 – 49</b>	12	7,1	132	78,6	24	14,3	168	100,0
<b>50 – 59</b>	13	9,7	90	67,2	31	23,1	134	100,0
<b>60 – 69</b>	19	17,6	62	57,4	27	25,0	108	100,0
<b>70 - 79</b>	8	13,1	38	62,3	15	24,6	61	100,0
<b>80 – 89</b>	1	16,7	3	50,0	2	33,3	6	100,0
<b>TOTAL</b>	71	8,6	596	71,9	162	19,5	829	100,0

ES LO MISMO EL QF - F	MEDIAS (AÑOS)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
<b>NO</b>	43,4	42,0	38,0
<b>NO SABE</b>	46,8	48,0	28,0
<b>SI</b>	50,8	54,0	24,0

P= 0,0001

### 86. FRECUENCIA DE VISITAS A UNA FARMACIA

FRECUENCIA DE VISITAS A UNA FARMACIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNA VEZ ENTRE 6 MESES Y 3 AÑOS	6	0,7
UNA VEZ ENTRE 2 Y 5 MESES	37	4,5
UNA VEZ AL MES	275	33,2
DOS VECES AL MES	184	22,0
TRES VECES AL MES	106	12,8
CUATRO VECES AL MES	161	19,4
ENTRE 5 Y 8 VECES AL MES	44	5,3
ENTRE 10 Y 15 VECES AL MES	16	1,9
<b>TOTAL</b>	<b>829</b>	<b>100,0</b>

### 87. DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE VISITAS A UNA FARMACIA SEGÚN EL MOTIVO DE ELECCION DE ESTA CADENA.

MOTIVO DE ELECCION DE ESTA CADENA.	MEDIAS (VECES AL MES)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
AMABILIDAD	2,9	2,0	4,0
BENEFICIOS	2,5	2,0	1,0
CONVENIOS	2,4	2,0	1,0
PRECIOS	2,5	2,0	1,0
QF	1,0	1,0	1,0
RAPIDEZ	2,6	2,0	1,0
UBICACION	2,5	2,0	1,0

P= 0,0282

**88. DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE VISITAS A UNA FARMACIA CON RESPECTO AL MOTIVO DE ELECCION DE ESTE LOCAL.**

MOTIVO DE ELECCION DE ESTE LOCAL	MEDIAS (VECES AL MES)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
AMABILIDAD	3,1	3,0	4,0
CARACTERISTICA	2,5	2,5	1,0
QF	1,0	1,0	1,0
RAPIDEZ	2,2	2,0	2,0
UBICACION	2,4	2,0	1,0
VARIEDAD	2,6	2,0	1,0

P= 0,0007

**89. DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE VISITAS A UNA FARMACIA SEGÚN LA RAZON POR LA QUE ELIGE LA FARMACIA**

RAZON DE ELECCION DE LA FARMACIA	MEDIAS (VECES AL MES)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
BARATO	2,2	2,0	1,0
GRAVE	2,4	2,0	1,0
NUNCA	2,6	2,0	1,0
QF	2,9	2,0	4,0
RAPIDO	2,5	2,0	1,0

P=0.0365

**90. DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE VISITAS A UNA FARMACIA CON RESPECTO AL ROL DEL QF EN LA FARMACIA**

ROL DEL QF	MEDIAS (VECES AL MES)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
ADMINISTRADOR	2,2	1,0	1,0
ATIENDE	1,7	1,0	1,0
DUEÑO	0,5	0,5	0,5
NO SABE	2,1	2,0	1,0
PREPARA	2,3	2,0	1,0
RESPONDE	2,7	2,0	1,0

P= 0,0016

**91. DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE VISITAS A UNA FARMACIA SEGÚN SI ACERTÓ AL QF.**

FRECUENCIA DE VISITAS	ACERTÓ AL QF									
	SI		NO		NO VISL.		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>ENTRE 10 A 15 VECES AL MES</b>	1	6,2	3	18,8	6	37,5	6	37,5	16	100,0
<b>ENTRE 5 A 8 VECES AL MES</b>	2	4,5	5	11,4	23	52,3	14	31,8	44	100,0
<b>CUATRO VECES AL MES</b>	12	7,5	27	16,8	90	55,9	32	19,9	161	100,0
<b>TRES VECES AL MES</b>	10	9,4	14	13,2	40	37,7	42	39,6	106	100,0
<b>DOS VECES AL MES</b>	10	5,4	35	19,0	72	39,1	67	36,4	184	100,0
<b>UNA VEZ AL MES</b>	17	6,2	56	20,4	96	34,9	106	38,5	275	100,0
<b>UNA VEZ ENTRE 2 A 5 MESES</b>	1	2,7	6	16,2	9	24,3	21	56,8	37	100,0
<b>UNA VEZ ENTRE 6 MESES Y 3 AÑOS</b>	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	6	100,0
<b>TOTAL</b>	53	6,4	151	18,2	337	40,7	288	34,7	829	100,0

ACERTO AL QF	MEDIAS (VECES AL MES)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
<b>NO</b>	2,3	2,0000	1,0000
<b>NO SABE</b>	2,3	2,0000	1,0000
<b>NO VISIBLE</b>	2,8	2,0000	1,0000
<b>SI</b>	2,7	2,0000	1,0000

P= 0,0064

**92. DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE VISITAS A UNA FARMACIA SEGÚN  
COMO RECONOCE AL QF EN LA FARMACIA**

FRECUENCIA DE VISITAS	COMO RECONOCE AL QF									
	DICE QF		LOCAL		PIOCHA		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>ENTRE 10 A 15 VECES AL MES</b>	6	37,5	0	0,0	2	12,5	8	50,0	16	100,0
<b>ENTRE 5 A 8 VECES AL MES</b>	12	27,3	6	13,6	6	13,6	20	45,5	44	100,0
<b>CUATRO VECES AL MES</b>	50	31,1	12	7,5	25	15,5	74	46,0	161	100,0
<b>TRES VECES AL MES</b>	29	27,4	8	7,5	7	6,6	62	58,5	106	100,0
<b>DOS VECES AL MES</b>	47	25,5	10	5,4	10	5,4	117	63,6	184	100,0
<b>UNA VEZ AL MES</b>	75	27,3	8	2,9	15	5,5	177	64,4	275	100,0
<b>UNA VEZ ENTRE 2 A 5 MESES</b>	5	13,5	0	0,0	2	5,4	30	81,1	37	100,0
<b>UNA VEZ ENTRE 6 MESES Y 3 AÑOS</b>	2	33,3	0	0,0	0	0,0	4	66,7	6	100,0
<b>TOTAL</b>	226	27,3	44	5,3	67	8,1	492	59,3	829	100,0

COMO RECONOCE AL QF	MEDIAS (VECES AL MES)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
<b>DICE QF</b>	2,7	2,0000	1,0000
<b>LOCAL</b>	3,2	3,0000	4,0000
<b>NO SABE</b>	2,3	2,0000	1,0000
<b>PIOCHA</b>	3,3	3,0000	4,0000

P= 0,0000



**93. DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE VISITAS A UNA FARMACIA CON RESPECTO A SI HA SOLICITADO ASESORIA DEL QF.**

FRECUENCIA DE VISITAS	HA SOLICITADO ASESORIA					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ENTRE 10 A 15 VECES AL MES	5	31,2	11	68,8	16	100,0
ENTRE 5 A 8 VECES AL MES	15	34,1	29	65,9	44	100,0
CUATRO VECES AL MES	62	38,5	99	61,5	161	100,0
TRES VECES AL MES	56	52,8	50	47,2	106	100,0
DOS VECES AL MES	91	49,5	93	50,5	184	100,0
UNA VEZ AL MES	166	60,4	109	39,6	275	100,0
UNA VEZ ENTRE 2 A 5 MESES	22	59,5	15	40,5	37	100,0
UNA VEZ ENTRE 6 MESES Y 3 AÑOS	4	66,7	2	33,3	6	100,0
<b>TOTAL</b>	421	50,8	408	49,2	829	100,0

HA SOLICITADO ASESORIA	MEDIAS (VECES AL MES)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
<b>NO</b>	2,2	2,0	1,0
<b>SI</b>	2,9	2,0	1,0

P= 0,0000

**94. DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE VISITAS A UNA FARMACIA SEGÚN  
COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS DE LOS QFs.**

FRECUENCIA DE VISITAS	COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS											
	M. BUENO		BUENO		REG.		MALO		NO SOL.		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>ENTRE 10 A 15 VECES AL MES</b>	2	12,5	9	56,2	0	0,0	0	0,0	5	31,2	16	100,0
<b>ENTRE 5 A 8 VECES AL MES</b>	7	15,9	21	47,7	1	2,3	0	0,0	15	34,1	44	100,0
<b>CUATRO VECES AL MES</b>	26	16,1	71	44,1	2	1,2	0	0,0	62	38,5	161	100,0
<b>TRES VECES AL MES</b>	16	15,1	33	31,1	1	0,9	0	0,0	56	52,8	106	100,0
<b>DOS VECES AL MES</b>	30	16,3	57	31,0	4	2,2	2	1,1	91	49,5	184	100,0
<b>UNA VEZ AL MES</b>	30	10,9	72	26,2	6	2,2	1	0,4	166	60,4	275	100,0
<b>UNA VEZ ENTRE 2 A 5 MESES</b>	2	5,4	13	35,1	0	0,0	0	0,0	22	59,5	37	100,0
<b>UNA VEZ ENTRE 6 MESES Y 3 AÑOS</b>	1	16,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	4	66,7	6	100,0
<b>TOTAL</b>	114	13,8	277	33,4	14	1,7	3	0,4	421	50,8	829	100,0

COMO CONSIDERA LOS CONSEJOS	MEDIAS (VECES AL MES)		
	MEDIA	MEDIANA	MODA
<b>BUENO</b>	2,9	2,0	1,0
<b>MALOS</b>	1,7	2,0	2,0
<b>MUY BUENO</b>	2,7	2,0	1,0
<b>NO SOLICITADO</b>	2,2	2,0	1,0
<b>REGULARES</b>	2,4	2,0	1,0

P= 0,0000