



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN FUNCIONARIOS(AS) DE ATENCION
PRIMARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE
VALDIVIA. AÑO 2005**

Tesis presentada como parte de los
Requisitos para optar al grado de
Licenciado en Obstetricia y
Puericultura.

CLAUDIO ARTURO MENDEZ VALENZUELA

VALDIVIA – CHILE

2005

PROFESORA PATROCINANTE Regina Del Pilar Barra Arias_____

Nombre

Firma

PROFESORA INFORMANTE Claudia Jacqueline Pradines Jara_____

Nombre

Firma

María Cristina Torres Andrade_____

Nombre

Firma

FECHA DE APROBACIÓN: _____

INDICE DE MATERIAS

CAPITULO	PÁGINA
RESUMEN	
SUMMARY	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Objetivos Generales	2
1.2 Objetivos Específicos	
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	4
2.1 Concepto de Calidad de Vida y sus Limitaciones	
2.2 Promoción de la Salud	5
2.2.1 Definición de Promoción de la Salud	
2.2.2 Evolución de la Promoción de la Salud	
2.2.3 La Promoción de Salud en Chile	6
2.2.4 Los Nuevos Rumbos de la Promoción de la Salud	
2.3 Percepción de Calidad de Vida	7
2.3.1 Las Necesidades Humanas	
2.3.2 Las Necesidades y sus Satisfactores	
3. MATERIAL Y MÉTODO	9
3.1 Estudio Cuantitativo	
3.1.1 Tamaño y Selección Muestral	
3.2 Estudio Cualitativo	
3.2.1 Tamaño y Selección Muestral	10
3.3 Desarrollo de la Investigación	
3.4 Descripción de Variables	
4. RESULTADOS	12
4.1 Cuantitativos	
4.1.1 Variables Sociodemográficas	
4.1.2 Variables Laborales	
4.1.3 Aspectos Generales de Percepción de Bienestar y Salud	13
4.1.4 Asociación de Variables	17
4.1.4.1 Lugar de Trabajo y Aspectos Generales de Percepción de Bienestar y salud.	
4.1.4.2 Años de Trabajo y Aspectos Generales de Percepción de Bienestar y salud.	20
4.1.4.3 Nivel de Responsabilidad Administrativa y Aspectos generales de Percepción de Bienestar y Salud.	22
4.1.4.4 Jornada Laboral y Aspectos Generales de Percepción de Bienestar y salud.	24
4.1.4.5 Situación Contractual y Aspectos Generales de Percepción de Bienestar y salud.	26

4.2 Cualitativos	29
4.2.1 Percepción de Calidad de Vida	
4.2.1.1 Significancia	
4.2.1.2 Autopercepción	31
4.2.2 Calidad de Vida y Salud	
4.2.2.1 Salud	32
4.2.2.2 Promoción	33
4.2.3 Calidad de Vida y Entorno Laboral	34
4.2.3.1 Trabajo	
4.2.3.2 Recursos	35
4.2.4 Uso del Tiempo y Calidad de Vida	36
4.2.4.1 Tiempo	
4.2.4.2 Limitantes	
5. DISCUSIÓN	38
5.1 Variables Sociodemográficas y Laborales	
5.2 Aspectos Psicosociales	
5.2.1 Percepción de Salud, Bienestar y Estado de Salud	
5.2.2 Estrés	41
5.3 Estilos de Vida y Factores de Riesgo	
5.3.1 Actividad Física	
5.3.2 Tabaco	42
5.3.3 Alimentación y Conductas Asociadas	43
5.4 Percepción de Calidad de Vida	44
5.5 Calidad de Vida y Salud	45
5.6 Calidad de Vida y Entorno Laboral	46
5.7 Uso del Tiempo y Calidad de Vida	47
6. CONCLUSIONES	48
7. BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	52

INDICE DE TABLAS

TABLA	PÁGINA
Nº 1 Distribución porcentual según años de trabajo.	12
Nº 2 Distribución porcentual según horas de trabajo.	13
Nº 3 Distribución porcentual del estado de salud actual comparado con el de hace un año.	14
Nº 4 Distribución porcentual de reacciones frente al estrés.	15
Nº 5 Distribución porcentual de frecuencia con que come fuera de casa.	
Nº 6 Distribución porcentual de nivel de sedentarismo.	16
Nº 7 Distribución porcentual de frecuencia de actividad física.	
Nº 8 Distribución porcentual de razones por no haber practicado actividad física.	17
Nº 9 Distribución porcentual de actitud frente a fumar dentro del hogar.	
Nº 10 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según opinión respecto a su bienestar mental o emocional y el lugar de trabajo.	18
Nº 11 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según opinión respecto a la cantidad de diversión y el lugar de trabajo.	
Nº 12 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según lugar de trabajo y hábito de fumar en el último mes.	
Nº 13 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según lugar de trabajo y existencia de chequeos de salud por profesional de la salud en el último año.	19
Nº 14 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según opinión respecto a su peso corporal y lugar de trabajo.	
Nº 15 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según opinión respecto a la cantidad de dinero que entra al hogar y los años de trabajo.	20
Nº 16 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según años de trabajo y frecuencia de estrés.	
Nº 17 Distribución porcentual de funcionarios(as) de	21

atención primaria de salud según años de trabajo y nivel de sedentarismo.	
Nº 18 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según años de trabajo y hábito de fumar en el último mes.	22
Nº 19 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según responsabilidad administrativa y estado de salud actual comparado con el de hace un año.	23
Nº 20 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según responsabilidad administrativa y frecuencia de estrés.	24
Nº 21 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según responsabilidad administrativa y hábito de fumar en el último mes.	25
Nº 22 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según opinión respecto a la cantidad de dinero que entra al hogar y las horas trabajadas.	26
Nº 23 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según las horas trabajadas y frecuencia de estrés.	27
Nº 24 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según las horas trabajadas y nivel de sedentarismo.	
Nº 25 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según las horas trabajadas y hábito de fumar en el último mes.	
Nº 26 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según estado de salud actual comparado con el de hace un año y la situación contractual.	28
Nº 27 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según situación contractual y hábito de fumar en el último mes.	
Nº 28 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según actitud frente a fumar dentro del hogar y situación contractual.	29
Nº 29 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según situación contractual y existencia de chequeo de salud por profesional de la salud en el último año.	
Nº 30 Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según presencia de dificultades de sueño y situación contractual.	30

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO

PÁGINA

Nº 1 Distribución porcentual de percepción de bienestar con distintos aspectos de la vida en funcionarios(as) de atención primaria de salud.

14

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	PÁGINA
Nº 1 Indicadores biodemográficos en Chile, 1995-1999.	53
Nº 2 Mortalidad por 10 primeras causas específicas de defunción, ambos sexos, 2001 Chile.	54
Nº 3 Satisfactores y sus atributos.	55
Nº 4 Cuestionario calidad de vida.	56
Nº 5 Entrevista en profundidad.	66
Nº 6 Consentimiento informado.	68
Nº 7 Consentimiento informado	69

RESUMEN

El personal de salud es el encargado de proyectar a la población las Políticas y desafíos de la salud pública de un Estado, por lo cual conocer su calidad de vida se hace imprescindible. El concepto de calidad de vida tiene un carácter subjetivo, especialmente a nivel individual (Forattini, 1991), lo cual implica diferentes construcciones de significados que pueden ser reflejados en la idiosincrasia de agrupaciones o comunidades. Por lo cual los objetivos de la presente investigación son, por una parte conocer la auto percepción sobre estilos y calidad de vida de las/los funcionarios(as) de atención primaria de salud, y su variación dependiendo de factores sociodemográficos y laborales, y por otro, revelar la significancia e importancia que le atribuyen a la calidad de vida las/los funcionarios de atención primaria de salud.

La investigación es un estudio cuali-cuantitativo transversal, descriptivo y correlacional, realizado en el equipo de salud perteneciente al Departamento de Salud Municipal de Valdivia, en el periodo Julio-Diciembre del año 2004. Se determinaron los aspectos generales de percepción de bienestar y salud a través del III ítem del módulo individual de la Encuesta de Calidad de Vida del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) del año 2000. La percepción de calidad de vida en funcionarios(as) de dicho Departamento se llevo a cabo mediante una entrevista en profundidad semi-estructurada.

En los resultados cuantitativos destacó que el 73,9% de los/las funcionarios(as) de atención primaria de salud se sienten satisfechos con su estilo de vida. El 47,8% refirió haber fumado en el último mes. El 44,4% de funcionarios(as) con contrato indefinido deja fumar dentro del hogar ($P=0,03$). El 86,9% de los/las encuestados(as) ha presentado uno o más episodios de estrés en su vida en general. Los resultados cualitativos revelaron que los/las funcionarios(as) de salud entienden calidad de vida como una sensación de bienestar y que en la construcción de este bienestar intervienen condicionantes laborales y familiares.

La calidad de vida de los funcionarios(as) de atención primaria de salud es superior a la población general en aspectos socioculturales ligados al ingreso y oportunidades, no obstante, las extensas jornadas laborales amenazan estos factores protectores. El trabajo incide en la percepción de calidad de vida de los/las funcionarios siendo esta asociación un conflicto de intereses permanente.

Se pudo concluir que la calidad de vida del equipo de salud no es cualitativamente mejor en cuanto a estilos de vida y aspectos generales de bienestar y salud que la de la población general. La percepción y significancia de calidad de vida en el equipo de salud se enfrenta a la dualidad impuesta por la institucionalización y tecnocratización de los servicios de salud que se traduce en un discurso público de líneas gubernamentales y uno privado basado en las construcciones sociales.

Palabras Claves: Calidad de vida, Promoción en Salud, Estilos de Vida.

SUMMARY

The health staff is in charge to project to the population the challenge and politics of the country's public health, because of which the knowledge about their quality of life become essential. The concept of quality of life is subjective, specially when we took about one person (Forattini, 1991), which imply different constructions of meanings that can be reflected in the community's idiosyncrasy. Because of which the objectives of this research are, for one way to know the self perception about style and quality of life of primary health attention staff, and the difference according to social-demographic and working factors, and for an other way reveal the meaning and the importance that they give to their own quality of life.

The research is a qualitative and quantitative cross study, descriptive and relative, realized in the health team belong to the Valdivia's Municipal health department, during the period of July – December 2004. It was established the general aspects of perception about the well-being and the health through III item individual module of the quality of life inquiry realized by the national institute of statistics (NIS) and the Chilean health ministry (MINSAL) in the 2000. The perception about the quality of life among the department staff by means of a semi-structured deep interview.

The quantitative results shows that the 73,9% of the primary health attention staff feels satisfied with their life style. The 47,8% tells have the smoke habit during the last month. The 44,4% of the staff with indefinite contract stop to smoke inside their own home ($p=0,03$). The 86,9% of the participating have one or more stress episodes in the general life. The qualitative result shows that the health staff understand quality of life as a felling of well-being and that in the construction of that well-being take part work and familiar situations.

The staff's quality of life is higher that the general people in social and cultural aspects join to the incoming and the opportunities, how ever, the long working hours put in jeopardy that protective factors. The perception of quality of life of the staff is influenced by work and this association becomes a continuos conflict of interests.

It is possible to conclude that the quality of life of the health team is not better qualitatively speaking in the life style, the general aspects of well-being and health in comparisons with the general population. The perception and meaning of quality of life in the health team confront the duplicity imposed by the institutionalization and the extreme technological face of de health services that can be translated in a government and private public speech based of the socials constructions.

Keywords: quality of life, health promotion and life style.

1-INTRODUCCION

El concepto de salud ha sufrido constante una evolución ideológica y semántica, con el consecuente desplazamiento de la base biomédica avanzando cada vez más a la consecución de una mirada más holística. Es así como inicialmente e incorporando a las ciencias biomédicas, la salud se lanzó a la búsqueda de estrategias para mejorar la calidad de vida de los individuos, evolucionando desde un modelo tradicional o ecológico, cuando las enfermedades infecciosas eran la principal causa de enfermedad y muerte en el mundo, a uno promocional, más apropiado para el nuevo patrón epidemiológico.

La transición epidemiológica, que consiste en la sustitución de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónicas no transmisibles como principal causa de morbimortalidad - como las cardiovasculares o el cáncer- incorpora a las ciencias sociales al nuevo escenario epidemiológico mundial. Este modelo busca la interacción de un conjunto de factores, entre los que se agrupan como categoría, los estilos de vida y el medio ambiente, por mencionar algunos, incorporando conceptos como capital social y cambio social en su lucha por lograr su objetivo que es mejorar la calidad de vida (Colomer y Alvarez-Dardet, 2001).

El concepto de calidad de vida tiene un carácter subjetivo, especialmente a nivel individual (Forattini, 1991), lo cual implica diferentes construcciones de significados que pueden ser reflejados en la idiosincrasia de agrupaciones o comunidades, por lo cual se hace imprescindible en salud identificar las variables biológicas, sociales y psicológicas determinantes de la percepción de calidad de vida tanto a nivel individual como colectivo. Según Avila y Velarde (2002), para poder evaluar la calidad de vida debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica, lo cual sitúa a la promoción de salud en un plano multidisciplinario e intersectorial. Iniciando con el reconocimiento de las limitaciones en el estudio de la calidad de vida, la tarea pendiente se aboca a reconocer grupos dentro de la vasta heterogeneidad de la sociedad actual, con el fin de trabajar la salud de acuerdo a los requerimientos de cada comunidad.

El personal de salud es el encargado de proyectar a la población las políticas y desafíos asumidos por una determinada administración en cuanto a Salud Pública, lo que implica -en cierta medida- la capacidad de éstos para promover la salud. El nuevo escenario para la promoción de la salud involucra una actitud menos pasiva por parte de los/las integrantes de los equipos de salud y a la vez cabe preguntarse si las personas encargadas de promover la salud con el fin de mejorar la calidad de vida de la población, cuenta con estándares de vida propios de la información de la cual son destinatarios privilegiados. Es así como la calidad de vida de los demandantes de salud es tan importante como la de los facilitadores, siendo imprescindible indagar en las variables que pueden comprometer la calidad de vida del equipo de salud.

Asumiendo el manejo conceptual y aplicabilidad de estilos de vida saludable, la calidad de vida de los/las integrantes del equipo de salud debería ser cualitativamente mejor que la del promedio de la población chilena y además debería existir una relación directa entre la situación laboral (años de trabajo, profesión, situación contractual. etc.) y hábitos de vida saludable de los/las integrantes del equipo de salud.

Los objetivos de la investigación son los siguientes:

1.1 GENERALES.

Conocer la auto percepción sobre estilos y calidad de vida de las/los funcionarios(as) de atención primaria de salud, y su variación dependiendo de factores sociodemográficos y laborales.

Conocer la significancia e importancia que le atribuyen a la calidad de vida las/los funcionarios de Atención Primaria de salud.

1.2 ESPECÍFICOS.

- Caracterizar según sexo, edad, estado civil, profesión u oficio, lugar de trabajo y situación contractual a los funcionarios del Departamento (Dpto) de Salud, de acuerdo a:

-Grado de satisfacción vital en términos generales y desagregados en algunos de sus componentes (privacidad, condición física y emocional, ingreso, diversión, vida familiar y laboral).

- Auto percepción sobre su salud

-Auto percepción sobre estilo de vida

-Uso de redes de apoyo social

-Presencia de factores estresores y conductas frente a situaciones estresantes

- Hábitos alimentarios y frecuencia de uso de algunos alimentos (fibras, sal, alimentos ricos en calcio, grasas)

- Prevalencia de sedentarismo y causas para no realizar actividad física (barreras de acceso, económicas, sociales, laborales, de motivación, etc.)

-Prevalencia de tabaquismo y actitud frente al consumo de tabaco

-Conductas de auto cuidado en relación a la alimentación y control de salud.

- Percepción respecto a su peso.

- Identificar condicionantes sociales y laborales que inciden en la calidad de vida.
- Definir calidad de vida en los/las funcionarios(as).

2-MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA Y SUS LIMITACIONES.

Según Ávila y Velarde (2002), la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien. Por otra parte Murphy y Williams (1999) citados por Stanford et al (2003), afirman que la calidad de vida es un concepto que describe la percepción de bienestar de una persona.

El grupo WHOQOL (1994), define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Tauta et al (1988) citado por Meeberg, tenía una idea más comprensiva respecto a la calidad de vida. Ellos la conceptualizan más como un constructo multifacético que incluye el comportamiento individual y capacidades cognitivas, sentirse bien emocionalmente, y habilidades requeridas para el desempeño doméstico y social.

El concepto de calidad de vida muchas veces es confundido incluyendo síntomas, estado funcional e incluso con estado de salud general de un individuo (Anderson y Burckhardt, 1999).

Según Meeberg (1993), la subjetividad del concepto en la evaluación de calidad de vida se transforma en un problema, ya que cada persona en su subconsciente cita en diferentes niveles de importancia la contribución de varios factores a su calidad de vida, lo que literalmente hace que aparezcan ciertas herramientas para su medición.

Berglund y Ericsson (2002), estudiaron los diferentes significados de calidad de vida entre pacientes geriátricos y el equipo que les proporcionaba los cuidados. Combinó la investigación cualitativa y cuantitativa. Los datos se obtuvieron a través de una entrevista y un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas. Se analizaron 12 ítems: salud, relación/contacto, empatía, respeto, amor, estima, seguridad, bienestar, filosofía de vida, independencia y paz y silencio. Basándose en los ítems, se desarrollaron 4 categorías: salud, redes sociales, como ser tratado y sentimientos. Los resultados destacaron que los ancianos definen la calidad de vida como sentimientos (57%), salud (36%), red social (29%) y como ser tratado (18%). El equipo lo manifestó como ser tratado (79%), sentimientos (58%), salud (35%) y red social (25%). En

relación a los temas individuales, para los ancianos lo más importante fue el bienestar (21%), en cambio para el equipo de salud lo fue el amor (46%).

Mckevitt et al (2003), investigaron el significado de calidad de vida en profesionales de la salud. Desarrollaron un cuestionario a partir de una entrevista abierta-cerrada a profesionales de salud (médicos, enfermeras, terapeutas), con respecto a qué es para ellos/ellas la calidad de vida. De 2793 cuestionarios distribuidos, retornaron 1572 (56%), los resultados destacaron la calidad de vida como felicidad (72%), bienestar social (28%) y capacidades físicas (28%).

Es necesario definir calidad de vida como percepciones individuales de satisfacción con la vida en varios aspectos, y aceptar la premisa de que la satisfacción con la salud es uno de muchos aspectos a considerar (Anderson y Burckhardt, 1994).

Haes y Van Knippenberg (1987), citados por Meeberg (1993) afirman que el concepto de calidad de vida ha entrado de lleno en los cuidados de salud con la creciente realización del estar bien en los pacientes, lo cual es importante a considerar cuando éstos se tratan.

2.2 PROMOCION DE LA SALUD

2.2.1 Definición de promoción de la salud

Es un proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud, y así poder mejorar su calidad de vida (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1986).

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (1999), define la promoción de la salud como una estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación y/o mantención de los condicionantes de la salud y calidad de vida.

2.2.2 Evolución de la promoción de la salud

Las alternativas que brinda la promoción de la salud se expresaron por primera vez en 1986 en la Conferencia Internacional de Ottawa sobre Promoción de la Salud, copatrocinada por la OMS. La Carta-compromiso adoptada por la Conferencia, caracteriza a la promoción de la salud como el proceso que permite que la gente tenga más control sobre su salud y por ende, la mejore. La Conferencia destaca la importancia que tienen los alimentos y la vivienda, el acceso a servicios básicos de agua potable y saneamiento, a la educación y a las oportunidades de empleo, así como a un ecosistema estable, además identifica cinco áreas de acción: la formulación de políticas públicas que promuevan la salud, creación de ambientes de apoyo tanto físicos como sociales, fortalecimiento de las acciones comunitarias, desarrollo de aptitudes personales para la toma de decisiones y la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción.

En los años venideros se desarrollaron conferencias y llamados a la acción para implementar diversas políticas y trabajar en las áreas identificadas en la Carta de Ottawa. (12)

Según Piedrala Gil et al (1991), citados por Colomer y Alvarez-Dardet (2001), este modelo conceptúa a la salud como algo más que la ausencia de enfermedad, y se considera que resulta de la interacción de un conjunto de factores que pueden agruparse en cuatro grandes categorías: los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la propia biología humana.

2.2.3 La promoción de la salud en Chile.

Chile ha experimentado cambios epidemiológicos muy rápidos en las últimas dos décadas como consecuencia de importantes transformaciones demográficas y socioeconómicas, y con ello han cambiado los estilos de vida. De acuerdo a la teoría de transición epidemiológica, Chile pasó en un breve periodo de tiempo de una situación de pre-transición, con alta mortalidad materna e infantil, alta prevalencia de enfermedades infecciosas, a una baja mortalidad materna e infantil y alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas (Anexo I, II) (Vio et al, 2000).

El MINSAL en 1999, crea el Consejo Nacional de la Salud, VIDA CHILE, el cual es el encargado de elaborar las Políticas de Promoción de la Salud en el país, que se fue organizando en casi todas las regiones del país. Las metas que se planteó el Consejo para el año 2010 están orientadas a disminuir las condicionantes de salud como la obesidad, el sedentarismo, tabaquismo, desprotección social y daños ambientales. (11).

Según Vio y Salinas (2002), el modelo de promoción de salud en Chile ha sido un modelo simple que ha permitido llegar fácilmente a las comunas para su implementación.

2.2.4 Los nuevos rumbos de la promoción de la salud.

Se observa, en particular, una creciente dicotomía entre el concepto de promoción de la salud como meta en sí misma y como medio de justicia social. De esta disyuntiva nacen varias preguntas: ¿Debe la promoción de la salud concentrarse en conductas y estilos de vida individuales o en la participación social y el desarrollo de programas comunitarios?, ¿Se trata de un campo profesional que compete al personal de salud o de un quehacer público que debe fomentarse como movimiento social popular? (Cerqueira, 1996).

Según Cerqueira (1996), son numerosos los retos que se avecinan en las próximas décadas en el campo de la promoción de la salud, y las posibilidades de éxito dependerán, por un lado, del apoyo brindado por la sociedad y las autoridades sanitarias a ciertas tareas críticas, y por otro lado, de la capacidad de aunar los esfuerzos de los profesionales, técnicos y trabajadores de todas las disciplinas sociales y de la salud, y particularmente los miembros de la comunidad.

Si la promoción de la salud ha de contribuir a la salud para todos con equidad, es necesario fortalecer las vías de negociación entre las diversas instancias de la sociedad. Simultáneamente, es imprescindible prestar atención prioritaria al análisis de los factores sociales, culturales y políticos, y especialmente a los entornos, valores, conocimientos,

actitudes y prácticas individuales y colectivas que influyen en la salud, las condiciones de vida y el bienestar (Cerqueira, 1996).

Otro punto de vista es el que aportan Espejo y Fuentes (1999) que afirman que el sector salud debe expandir su actual ámbito de acción en el mundo laboral y preocuparse no sólo de los riesgos y enfermedades profesionales, sino de la calidad de vida existente en el trabajo.

Independientemente de los medios aplicados, lo esencial es no perder de vista los fines fundamentales de la promoción de la salud: salud para todos, una mejor calidad de vida y mayor equidad (Cerqueira, 1996).

2.3 PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Según Anderson y Burckhardt (1999), la noción de calidad de vida es influenciada o está constituida por muchos dominios que han sido confirmados por las investigaciones de las ciencias de la salud. La calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales (Max-Neef et al, 1986).

2.3.1 Las necesidades humanas.

Según Max-Neef et al (1986), las necesidades humanas deben entenderse como un sistema, en que las mismas se interrelacionan e interactúan. Simultaneidades, complementariedad y compensaciones son características de la dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades. Las necesidades revelan de la manera más apremiante el ser de las personas, ya que aquel se hace palpable -a través de éstas- en su doble condición existencial: como carencia y como potencialidad. Comprendidas en un amplio sentido, y no limitadas a la mera subsistencia, las necesidades patentizan la tensión constante entre carencia y potencia tan propia de los seres humanos.

Concebir las necesidades tan sólo como carencia implica restringir el espectro a lo puramente fisiológico, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de "falta de algo". Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidad más aún, pueden llegar a ser recursos. La necesidad de participar es potencial de participación, tal como la necesidad de afecto es potencial de afecto (Max-Neef et al, 1986).

2.3.2 Las necesidades y sus satisfactores.

Los satisfactores son formas de ser, tener, hacer y estar, de carácter individual y colectivo, conducentes a la actualización de necesidades. Cada sistema económico, social y político adopta diferentes estilos para la satisfacción de las mismas necesidades humanas fundamentales. En cada sistema éstas se satisfacen (o no se satisfacen) a través de la generación (o no generación) de diferentes tipos de satisfactores (Anexo III). Por otra parte no existe correspondencia biunívoca entre necesidades y satisfactores. Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades o, a la inversa, una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha. Lo que está

culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades (Max-Neef et al, 1986).

3-MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de investigación cuali-cuantitativo transversal, descriptivo y correlacional, realizado en el equipo de salud perteneciente al Departamento de Salud Municipal de Valdivia, en el periodo Julio-Diciembre del año 2004.

3.1 ESTUDIO CUANTITATIVO.

Los aspectos generales de percepción de bienestar y salud se determinaron a través de la Encuesta de Calidad de Vida del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE) y el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), III ítem del módulo individual. (Anexo IV). El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa EPI-INFO 2002 versión 3.2.2. La significancia estadística, se determinó por T de Student y la comparación por la prueba de Chi-cuadrado, considerando una significancia $p < 0.05$.

3.1.1. Tamaño y selección muestral.

De una población total de 229 funcionarios(as) de salud pertenecientes al Departamento de Salud Municipal de Valdivia, de los cuales 60 pertenecen al Centro de Salud Familiar (CESFAM) Las Animas, 110 al CESFAM Gil de Castro, 39 al CESFAM Angachilla y 20 al CESFAM de Niebla, se tomó una muestra total de 23 funcionarios, correspondiente al 10% de total de funcionarios por Establecimiento, para la aplicación de la Encuesta de Calidad de Vida INE-MINSAL. Para definir a los/las funcionarios(as) que participaron en esta etapa del estudio, se procedió a realizar una selección con la técnica de números aleatorios. Del total de funcionarios/as seleccionados/as, tres se rehusaron a participar en la investigación y dos se encontraban en su periodo de vacaciones, por lo cual se procedió a seleccionar el número inmediato en la lista manteniendo el establecimiento de salud.

3.2 ESTUDIO CUALITATIVO.

Para conocer o aproximarse al conocimiento de la percepción de calidad de vida en funcionarios(as) de dicho Departamento, se aplicó una entrevista en profundidad semi-estructurada (Anexo V). El análisis de contenido se realizó con el programa AQUAD versión 5,8 (Análisis of cualitative data).

3.2.1 Tamaño y selección muestral.

La entrevista en profundidad se aplicó a diez funcionarios(as), los/las cuales fueron seleccionados por muestreo aleatorio intencionado. En este caso todos los/las seleccionados(as) aceptaron participar en la investigación.

3.3 DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.

A los/las participantes del estudio se les explicó los objetivos de la investigación, así como el carácter de confidencialidad de los datos obtenidos y el uso de estos últimos sólo con fines académicos y de investigación, solicitando su consentimiento, tanto para la encuesta como para la entrevista (Anexo VI y VII).

Al momento de acceder a participar en el estudio, se les hizo entrega de la Encuesta de Calidad de vida, la que fue de carácter autoaplicable, y se acordó la fecha para la entrevista en profundidad en el caso de los/las seleccionados(as) para tal efecto, que realizó el investigador en sesión privada entrevistador-entrevistado.

3.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.

Las variables sociodemográficas y laborales se obtuvieron mediante una encuesta estructurada anexada al ítem III de la Encuesta de Calidad de vida. En el caso de la variable calidad de vida, no se consideró dado que uno de los objetivos de la investigación es indagar la significancia de ésta en el equipo de salud.

En las variables sociodemográficas se consideraron:

- ❑ Sexo: identidad sexual del funcionario(a), determinada como masculino o femenino.
- ❑ Edad cronológica funcionario(a), determinada en años: 1. menor de 25 años, 2. 26-31, 3. 32-40, 4. 41-50, 5. 51-60 y 6. mayor de 60 años.
- ❑ Estado civil: condición marital del funcionario(a), según clasificación del INE:
 - Soltero(a): nunca se ha casado, o alguna vez lo hizo pero el matrimonio fue anulado por decisión judicial
 - Casado(a): quien ha contraído matrimonio legalmente válido y vive actualmente con su pareja
 - Conviviente: quien tiene una pareja estable, con la que cohabita, pero que no ha contraído matrimonio civil
 - Separado(a): quien habiendo contraído matrimonio legalmente válido, no vive actualmente con su pareja, por ruptura del vínculo afectivo o emocional
 - Viudo(a): quien ha contraído matrimonio legalmente válido y no vive actualmente con su pareja por fallecimiento de ésta y tampoco cohabita con una nueva pareja.

En las variables laborales se determinaron:

- Lugar de trabajo: Establecimiento de salud en el cual el (la) funcionario(a) desempeña funciones 50% o más del tiempo contratado. Se considerarán los CESFAM:
1. Las Ánimas, 2. Niebla, 3. Gil de Castro, 4. Angachilla.
- Profesión: Título profesional, título técnico u oficio reconocido:
1. Médico; 2. Odontólogo; 3. Enfermera; 4. Matrona; 5. Nutricionista; 6. Asistente Social; 7. Psicólogo; 8. Otros profesionales paramédicos como Kinesiólogo o
2. Educadora Diferencial; 9. Técnico Paramédico, 10. Oficial Administrativo, 11. Auxiliar de Servicio.
- Nivel de responsabilidad administrativa: Lugar que ocupa el o la funcionaria en la organización jerárquica o funcional del Establecimiento.
1. Directivo Superior: director o subdirector; 2. Directivo intermedio tipo I: coordinadores clínicos, administrativos, comunitarios, enfermera o matrona supervisor o sus homólogos; 3. Directivo intermedio tipo II: jefe de sector, encargados de programas o encargados de unidades; 4. Sin cargo directivo
- Estabilidad laboral: determinada por la condición Contractual Laboral:
1. Contrato Indefinido; 2. Contrato a plazo fijo; 3. Contrato a Honorarios
- Permanencia en el cargo: Años totales de servicio del funcionario en cualquiera de los Establecimientos del Departamento de Salud: 1. 0 a 1 año, 2. 2-5, 3. 6-10, 4. 11-15, 5. más de 15 años.
- Jornada laboral: Horas de trabajo semanales totales promedio contratadas en el Departamento de Salud, independiente del Establecimiento en que se desempeñen.
Rangos: 1. 11 horas o menos, 2. 12-22 horas, 3. 23-33 horas, 4. 34-44 horas, 5. 45 y más horas.

4.-RESULTADOS

4.1 CUANTITATIVOS:

En las siguientes tablas, se expresa la distribución porcentual del Cuestionario de Calidad de Vida en los/las funcionarios/as de Atención Primaria pertenecientes al Departamento de Salud Municipal de Valdivia, Agosto-Septiembre de 2004.

4.1.1 Variables Sociodemográficas:

Del total de funcionarios(as) que contestaron el cuestionario de calidad de vida, el 78,3% corresponden al sexo femenino. En relación a las edades, el 34,8% se concentra en el intervalo de veintiséis a treinta y un años de edad, seguido por el 30,4% en el intervalo de cuarenta y un a cincuenta años de edad.

En el caso del estado civil de los/las funcionarios(as), el 47,8% de los/las encuestados son casados(as), le siguen en forma decreciente la categoría de solteros(as) con un 26,1% y separado(a) con un 17,4%.

4.1.2 Variables Laborales:

El 47,8% de los/las participantes del estudio realizan sus labores en el Centro de Salud Familiar Gil de Castro; 26,1% en el Centro de Salud Familiar Las Animas; 17,4% en el Centro de Salud Angachilla y el 8,7% en el Centro de Salud de Niebla.

Con respecto a los años de trabajo en cada una de las instituciones anteriormente mencionadas, casi un tercio de los funcionarios lleva de dos a cinco en la institución, y un porcentaje similar más de quince años de trabajo, lo que refleja que la mayor proporción de participantes del estudio, mantienen un vínculo contractual duradero. (Tabla N° 1).

Tabla N° 1: Distribución porcentual según años de trabajo.

AÑOS DE TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
2 a 5 años	7	30,4
6 a 10 años	5	21,7
11 a 15 años	4	17,4
Más de 15 años	7	30,4
TOTAL	23	100,0

El 65,2% de los/las funcionarios(as) no tenían responsabilidad administrativa formal, un 17,4% era jefe(a) de sector y un 13% coordinador(a) clínico(a).

El 30,4% de los/las encuestados(as) se desempeñaban como Técnicos(as) Paramédicos(as), 17,4% Auxiliares de Servicios, 13% Matronas(ón) y, 13% Oficiales Administrativos.

Según las horas de trabajo realizadas en la institución, el 60,9% de los/las funcionarios(as) trabaja más de cuarenta y cuatro horas semanales (Tabla N° 2).

Tabla N° 2: Distribución porcentual según horas de trabajo.

HORAS DE TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
12 a 22 horas	1	4,3
23 a 33 horas	0	0
34 a 44 horas	8	34,8
Más de 44 horas	14	60,9
TOTAL	23	100,0

En relación al tipo de contrato, un 78,3% de los/las funcionarios(as) cuentan con contrato indefinido y 21,7% a plazo fijo, no se registraron contratos a honorarios, lo que viene a reforzar la solidez de los vínculos contractuales.

4.1.3 Aspectos generales de percepción de bienestar y salud (según Encuesta de Calidad de Vida):

Los integrantes del equipo de salud calificaron en escala de uno a siete diferentes aspectos de su vida, correspondiendo la nota uno a un estado calificado como “muy mal”, y la nota siete califica un estado como “muy bien”.

Según lo anterior, y como se observa en el gráfico N°1, el 95,6% de los/las funcionarios(as) califican satisfactoriamente la privacidad que tienen donde viven y un 4,3% la califican de muy mala. Este nivel de satisfacción es confirmado con la calificación cuya nota media fue de 6,4 (DE=1,3).

El 13% de los/las funcionarios(as) califican como deficitaria la cantidad de dinero que entra al hogar y el 65,2% expresó satisfacción al respecto; la media correspondió a una nota 5,1 (DE=1,3). Sin embargo, el 91,3% de los/las funcionarios(as) de atención primaria de salud se sienten satisfecho con su trabajo calificándolo con una media de 5,9 (DE=0,8).

En lo que respecta a la opinión de los/las funcionarios/as en relación a la condición física, el 65,2% se sienten satisfecho con su condición física, calificándola con 5,5 (DE=1,2). El 69,6% de los/las integrantes del equipo de salud se sienten satisfecho con su bienestar mental o emocional y lo califican con una media de 5,3 (DE=1,5).

La opinión de los/las encuestados/as respecto a la cantidad de diversión que tiene en su vida, revela niveles de satisfacción en un 65%, mientras que un 26% de los/las funcionarios(as) refirió categorías de insatisfacción, siendo ésta la variable más deficitariamente calificada con una media de 5,0 (DE=1,8).

En lo referente a la vida familiar, el 82,6% de los/las funcionarios(as) expresaron conformidad con calificación 5,9 (DE=1,4) e igualmente con su vida en general, a la cual ponderaron con un promedio de 5,8 (DE=1,0). En la opinión respecto a la salud en general, el 73,8% de los/las funcionarias refirió sentirse satisfecho con su salud siendo la media 5,7 (DE=1,2).

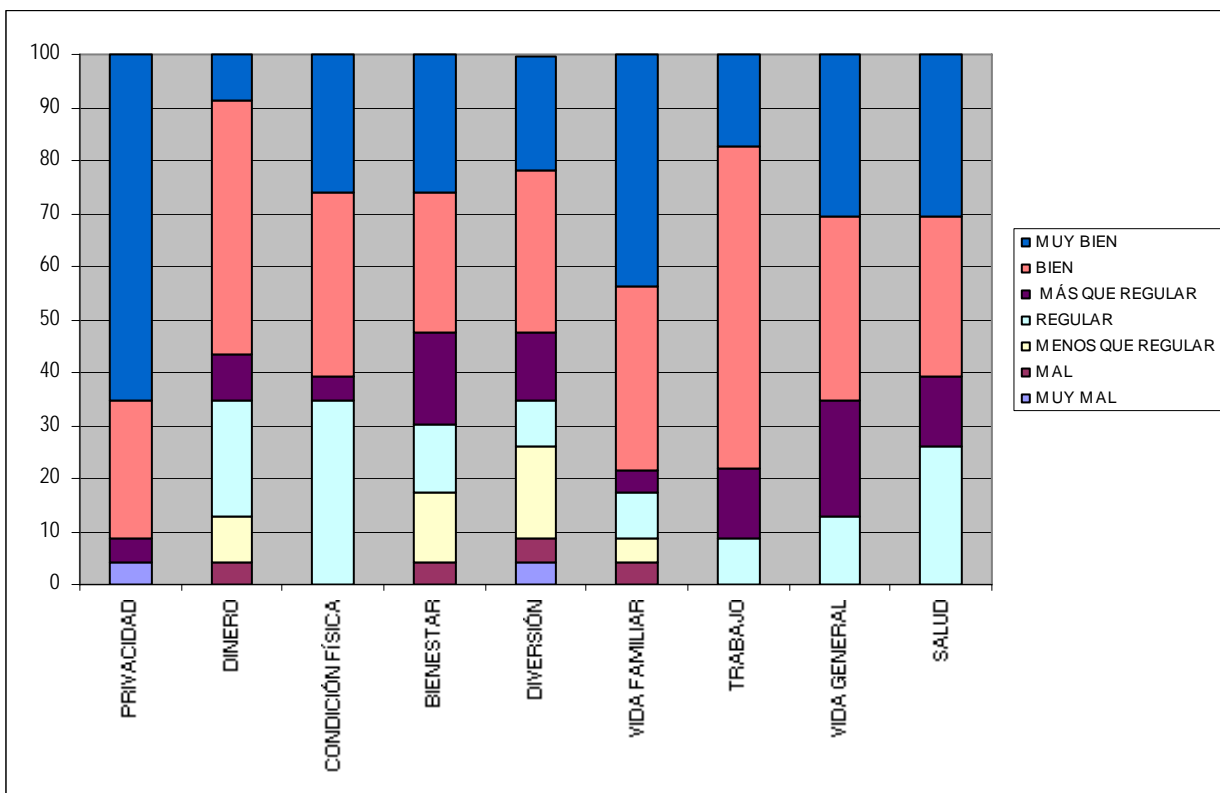


Gráfico N° 1: Distribución porcentual de percepción de bienestar con distintos aspectos de la vida en funcionarios(as) de atención primaria de salud.

Por otra parte, poco más de 30% de los/las encuestados/as califican su estado de salud actual más o menos igual ahora que hace un año, y casi el 22% la cataloga como algo peor ahora que hace un año (tabla N° 3)

Tabla N° 3: Distribución porcentual del estado de salud actual comparado con el de hace un año.

SALUD ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Mucho mejor que hace un año	6	26,1
Algo mejor ahora que hace un año	5	21,7
Más o menos igual ahora que hace un año	7	30,4
Algo peor ahora que hace un año	5	21,7
TOTAL	23	100,0

Respecto a sus redes de apoyo, el 95,7% de los/las participantes del estudio, afirman que cuentan con personas en quienes confiar o pedir consejos y un 4,3% afirma que no necesita de éstos. Mientras que, un 95,6% de la población estudiada afirma la existencia de personas que ayuden frente a gastos imprevistos.

Un 47,8% de la población estudiada afirma que rara vez o nunca existen quejas por mucha dedicación al trabajo por parte de su familia en relación al tiempo que le dedica al trabajo.

El 86,9% de los/las encuestados(as) ha presentado uno o más episodios de estrés en su vida en general. Un 52% de los/las funcionarios/as frente al estrés realiza actividades compensatorias beneficiosas para su salud (actividad física o gimnasia, salir, meditar, etc.), mientras que el 13% fuma y un 8,7% no hace nada frente a esto (Tabla N° 4).

Tabla N° 4: Distribución porcentual de reacciones frente al estrés.

REACCIÓN AL ESTRÉS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Fuma	3	13,0
Sale	1	4,3
Ve TV, escucha música, lee...etc.	2	8,7
Prefiere orar, meditar, contemplar	2	8,7
Duerme	4	17,4
Realiza algún tipo de actividad física, gimnasia.	5	21,7
Respira profundo, descansa	2	8,7
No hace nada	2	8,7
No se siente estresado	2	8,7
TOTAL	23	100,0

En lo que se refiere a la presencia de dificultades de sueño, el 56,5% de los encuestados refiere no presentar esta dificultad o solo tenerla rara vez.

Algo más del 50% de los/las funcionarios/as nunca come fuera de casa, el restante porcentaje come fuera de casa con cierta periodicidad (Tabla N° 5).

Tabla N° 5: Distribución porcentual de frecuencia con que come fuera de casa.

LUGAR DE COMIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Nunca come fuera de casa	12	52,2
1 a 3 veces a la semana	7	30,4
4 a 5 veces a la semana	1	4,3
6 a 7 veces a la semana	3	13,0
TOTAL	23	100,0

Respecto a los hábitos de alimentación, un 78,3% de los/las encuestados afirman que no le agregan nunca sal a las comidas. Un 44% de los/las funcionarios(as) consume frutas y verduras diariamente y sólo el 4% rara vez o nunca. El consumo de legumbres se distribuye

con un 47,8% una vez a la semana y 26,1% las consumen rara vez o nunca, no registrándose su consumo en forma diaria. El 4,3% afirma consumir carne de vacuno rara vez o nunca y 44% dos a tres veces por semana, no registrándose tampoco consumo diario de este tipo de carne. El 57% de los/las funcionarios(as) encuestados(as) consume carnes blancas dos a tres veces por semana. La población estudiada no consume frituras diariamente, el 35% las consume rara vez o nunca y el 13% dos a tres veces por semana. En cuanto a los lácteos el 8,7% refirió consumirlos rara vez o nunca y el 39% diariamente. El 95,7% de los/las funcionarios(as) consume desayuno.

El 21,7% de los/las funcionarios(as) refirió un alto grado de sedentarismo con la afirmación “Estoy básicamente sentado y camino poco” (Tabla N° 6). Lo que se refuerza con las respuestas dadas ante la interrogante de la frecuencia de práctica de actividad física, en que un 56,5% afirma no haber practicado deporte en el mes; de ellos, un 64,3% afirma que la razón para no haberlo hecho es que no tuvo tiempo.

Tabla N° 6: Distribución porcentual de nivel de sedentarismo.

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estoy básicamente sentado y camino poco	5	21,7
Camino bastante pero no realizo ningún esfuerzo vigoroso	10	43,5
Hago esfuerzos vigorosos frecuentemente	3	13,0
Mi actividad es básicamente vigorosa y de mucha actividad	5	21,7
TOTAL	23	100,0

El 56,5% de los/las encuestados deja fumar dentro de su casa bajo ciertas condiciones (Tabla N° 7). En cuanto al consumo personal, el 47,8% de los/las funcionarios(as) refirió haber fumado en el último mes.

Tabla N° 7: Distribución porcentual de actitud frente a fumar dentro del hogar.

TABACO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Nunca	10	43,5
Sí, en ocasiones (fiestas, visitas)	9	39,1
Sí, algunas personas pueden fumar	2	8,7
Sí, esta permitido para todas las personas	2	8,7
TOTAL	23	100,0

Un 30% de los funcionarios(as) no se ha realizado control de salud en el último año y una proporción similar ni siquiera se ha realizado control de peso corporal. No obstante, el 60,9% de los/las encuestados/as se considera con sobrepeso corporal y sólo el 39% opinó que su estado de peso es normal.

Con todo, el 73,9% de los/las funcionarios(as) de atención primaria de salud se siente satisfecho(a) con su estilo de vida.

4.1.4 Asociación de variables.

4.1.4.1 Lugar de trabajo y aspectos generales de percepción de bienestar y salud: La totalidad de los/las funcionarios(as) del Centro de salud familiar (CESFAM) Las Animas y el 78,2% del CESFAM Gil de Castro califican como adecuado su bienestar mental o emocional; mientras que el 25% de los/las funcionarios del CESFAM Angachilla califican de mal su bienestar mental o emocional (Tabla N° 8).

Tabla N° 8: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según opinión respecto a su bienestar emocional y lugar de trabajo.

BIENESTAR	LUGAR DE TRABAJO									
	Las Animas		Niebla		Gil de Castro		Angachilla		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	4,3
Menos que regular	0	0,0	0	0,0	3	27,3	0	0,0	3	13,0
Regular	2	33,3	1	50,0	0	0,0	0	0,0	3	13,0
Más que regular	2	33,3	0	0,0	1	9,1	1	25,0	4	17,4
Bien	0	0,0	1	50,0	5	45,5	0	0,0	6	26,1
Muy bien	2	33,3	0	0,0	2	18,2	2	50,0	6	26,1
TOTAL	6	100	2	100	11	100	4	100	23	100,0

Todos los/las funcionarios(as) del CESFAM Las Animas refieren niveles adecuados de diversión, en cambio en los otros centros de salud la situación es más heterogénea (Tabla N° 9).

Tabla N° 9: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según opinión respecto a la cantidad de diversión y el lugar de trabajo.

DIVERSIÓN	LUGAR DE TRABAJO									
	Las Animas		Niebla		Gil de Castro		Angachilla		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy mal	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3
Mal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	4,3
Menos que regular	0	0,0	0	0,0	4	36,4	0	0,0	4	17,4
Regular	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	25,0	2	8,7
Más que regular	2	33,3	0	0,0	1	9,1	0	0,0	3	13,0
Bien	2	33,3	1	50,0	3	27,3	1	25,0	7	30,4
Muy bien	2	33,3	0	0,0	2	18,2	1	25,0	5	21,7
TOTAL	6	100,0	2	100,0	11	100,0	4	100,0	23	100

El 27,3% de los/las funcionarios(as) del CESFAM Gil de Castro refirieron estar siempre estresados, correspondiendo al 13% del total de funcionarios(as) participantes de la investigación; en contraparte, el 83,3% de los/las funcionarios(as) del CESFAM Las Animas refirió sentirse estresado(a) sólo algunas veces (Tabla N° 10).

Tabla N° 10: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según lugar de trabajo y frecuencia de estrés.

LUGAR DE TRABAJO	FRECUENCIA DE ESTRÉS									
	Siempre		Frecuentemente		Algunas veces		Rara vez o nunca		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Las Animas	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0	6	100,0
Niebla	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Gil de Castro	3	27,3	0	0,0	6	54,5	2	18,2	11	100,0
Angachilla	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	100,0
TOTAL	3	13,0	2	8,7	15	65,2	3	13,0	23	100,0

La mayor proporción de funcionarios(as) sedentarios se observa en el CESFAM Gil de Castro (Tabla 11)

Tabla N° 11: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según lugar de trabajo y nivel de sedentarismo.

LUGAR DE TRABAJO	NIVEL DE SEDENTARISMO									
	Básicamente sentado		Camino bastante		Esfuerzos vigorosos		Básicamente vigorosa		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Las Animas	1	16,6	3	50,0	1	16,6	1	16,6	6	100,0
Niebla	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	100,0
Gil de Castro	3	27,0	5	45,0	1	9,0	2	18,0	11	100,0
Angachilla	1	25,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0	4	100,0
TOTAL	5	21,7	10	43,0	3	13,0	5	21,7	23	100,0

En relación al lugar de trabajo y el hábito de fumar en el último mes, el 75% de los/las funcionarios(as) del CESFAM Angachilla ha consumido tabaco en el último mes, mientras que ninguno(a) de los funcionarios del CESFAM Niebla lo ha hecho. (Tabla N° 12).

Tabla N° 12: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según lugar de trabajo y hábito de fumar en el último mes.

LUGAR DE TRABAJO	HABITO DE FUMAR					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Las Animas	2	33,0	4	66,6	6	100,0
Niebla	0	0,0	2	100,0	2	100,0
Gil de Castro	6	54,5	5	45,4	11	100,0
Angachilla	3	75,0	1	25,0	4	100,0
TOTAL	11	47,8	12	52,0	23	100,0

El 100% de los/las funcionarios(as) del CESFAM Las Animas refirió haberse realizado un control de salud por profesional en el último año en una institución pública o privada; en

contrapartida, un 36,4% de los/las funcionarios(as) del CESFAM Gil de Castro afirmó no haberse controlado en el último año (Tabla N° 13).

Tabla N° 13: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según lugar de trabajo y existencia de chequeos de salud por profesional de la salud en el último año.

LUGAR DE TRABAJO	CHEQUEO DE SALUD					
	Sí, en institución pública o privada		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Las Animas	6	100,0	0	0,0	6	100,0
Niebla	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Gil de Castro	7	63,6	4	36,4	11	100,0
Angachilla	2	50,0	2	50,0	4	100,0
TOTAL	16	69,6	7	30,4	23	100,0

El 18,2% de los/las funcionarios(as) del CESFAM Gil de Castro se considera obeso(a), estado que no es referido por ningún funcionario de los otros centros. Asimismo, no hay funcionarios(as) que se autoconsideren de bajo peso (Tabla N° 14).

Tabla N° 14: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según opinión respecto a su peso corporal y lugar de trabajo.

PESO	LUGAR DE TRABAJO									
	Las Animas		Niebla		Gil de Castro		Angachilla		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	3	50,0	2	100,0	3	27,3	1	25,0	9	39,1
Sobrepeso	3	50,0	0	0,0	6	54,5	3	75,0	12	52,2
Obeso(a)	0	0,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0	2	8,7
TOTAL	6	100,0	2	100,0	11	100,0	4	100,0	23	100,0

4.1.4.2 Años de trabajo y aspectos generales de percepción de bienestar y salud: En la categoría de dos a cinco años de trabajo, más del 70% calificó como bien la cantidad de dinero que entra al hogar, nivel de satisfacción que es ampliamente superior a la de los funcionarios con más años de trabajo (Tabla N° 15).

Tabla N° 15: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según opinión respecto a la cantidad de dinero que entra al hogar y los años de trabajo.

DINERO	AÑOS DE TRABAJO									
	2-5 años		6-10 años		11-15 años		Más de 15 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mal	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3
Menos que regular	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	14,3	2	8,7
Regular	1	14,3	1	20,0	2	50,0	1	14,3	5	21,7
Más que regular	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	14,3	2	8,7
Bien	5	71,4	2	40,0	0	0,0	4	57,1	11	47,8
Muy bien	1	14,3	1	20,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7
TOTAL	7	100,0	5	100,0	4	100,0	7	100,0	23	100,0

En cuanto a los años de trabajo y la frecuencia de estrés, el mayor porcentaje de estrés se observa en funcionarios(as) que se encuentran en la categoría de 11 a 15 años de trabajo en la institución. (Tabla N° 16).

Tabla N° 16: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según años de trabajo y frecuencia de estrés.

AÑOS DE TRABAJO	FRECUENCIA DE ESTRÉS									
	Siempre		Frecuentemente		Algunas veces		Rara vez o nunca		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2-5 años	0	0,0	2	28,5	3	42,8	2	28,5	7	100,0
6-10 años	1	20,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	5	100,0
11-15 años	1	25,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	4	100,0
> 15	1	14,2	0	0,0	6	85,7	0	0,0	7	100,0
TOTAL	3	13,0	2	8,6	15	65,2	3	13,0	23	100,0

Asimismo, los/las funcionarios(as) en el rango de 11 a 15 años de trabajo es el que presenta la mayor proporción de sedentarismo (tabla N° 17).

Tabla N° 17: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según años de trabajo y nivel de sedentarismo.

AÑOS DE TRABAJO	NIVEL DE SEDENTARISMO									
	Básicamente sentado		Camino bastante		Esfuerzos vigorosos frecuentes		Mucha actividad		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2-5 años	2	28,5	4	57,1	0	0,0	1	14,2	7	100,0
6-10 años	1	20,0	1	20,0	1	20,0	2	40,0	5	100,0
11-15 años	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0
>15 años	0	0,0	3	42,8	2	28,5	2	28,5	7	100,0
TOTAL	5	21,7	10	43,4	3	13,0	5	21,7	23	100,0

Por otro lado, los funcionarios(as) que consumieron tabaco el último mes están –también– mayoritariamente en el rango de 11 a 15 años de trabajo. La asociación de años de trabajo y el hábito de fumar en el último mes no es estadísticamente significativa (Tabla N° 18).

Tabla N° 18: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según años de trabajo y hábito de fumar en el último mes.

AÑOS DE TRABAJO	HABITO DE FUMAR					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
2-5 años	4	57,1	3	42,8	7	100,0
6-10 años	2	40,0	3	60,0	5	100,0
11-15 años	3	75,0	1	25,0	4	100,0
>15 años	2	28,5	5	71,4	7	100,0
TOTAL	11	47,8	12	52,1	23	100,0

P=0,8

4.1.4.3 Nivel de responsabilidad administrativa y aspectos generales de percepción de bienestar y salud: El 26,6% de los/las funcionarios(as) sin responsabilidad administrativa califica su estado de salud como algo peor ahora que hace un año. No existen de funcionarios(as) que consideren su estado de salud actual mucho peor ahora que hace un año (Tabla N° 19).

Tabla N° 19: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según responsabilidad administrativa y estado de salud actual comparado con el de hace un año.

CARGO	SALUD ACTUAL											
	Mucho mejor que hace 1 año		Algo mejor ahora que hace 1 año		Más o menos igual ahora que hace 1 año		Algo peor ahora que hace 1 año		Mucho peor ahora que hace 1 año		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Director o Subdirector	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Coordinador clínico	0	0,0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0	3	100,0
Jefe sector	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0
Sin responsabilidad	5	33,3	2	13,3	4	26,6	4	26,6	0	0,0	15	100,0
TOTAL	6	26,0	5	21,7	7	30,4	5	21,7	0	0,0	23	100,0

De los funcionarios(as) sin responsabilidad administrativa el 86,7% refirió frecuencias de estrés inadecuadas; en cambio, en el caso de los/las jefe(a) de sector el 100% refirió frecuencias inadecuadas de estrés. El 66,6% de los/las funcionarios(as) con cargos de responsabilidad administrativa y el 33,3% de los/las funcionarios(as) sin responsabilidad administrativa expresaron presentar siempre estrés (Tabla N° 20).

Tabla N° 20: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según responsabilidad administrativa y frecuencia de estrés.

CARGO	FRECUENCIA DE ESTRÉS									
	Siempre		Frecuentemente		Algunas veces		Rara vez o nunca		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Director o Subdirector	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Coordinador clínico	1	33,3	0	0,0	1	33,3	1	33,3	3	100,0
Enf. o matrona supervisora	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Jefe sector	1	25,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	4	100,0
Sin responsabilidad	1	6,7	2	13,3	10	66,7	2	13,3	15	100,0
TOTAL	3	13,0	2	8,7	15	65,2	3	13,0	23	100,0

La proporción más significativa de consumidores de tabaco en el último mes se observa en los/las funcionarios(as) sin responsabilidad administrativa (60%). Estas asociaciones no son estadísticamente significativas (tabla N° 21).

Tabla N° 21: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según responsabilidad administrativa y hábito de fumar en el último mes.

CARGO	HABITO DE FUMAR					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Director o Subdirector	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Coordinador clínico	1	33,3	2	66,6	3	100,0
Jefe sector	1	25,0	3	75,0	4	100,0
Sin responsabilidad	9	60,0	6	40,0	15	100,0
TOTAL	11	47,8	12	52,1	23	100,0

P=0,1

4.1.4.4 Jornada laboral y aspectos generales de percepción de bienestar y salud: En la categoría de más de cuarenta y cuatro horas de trabajo, el 64% de los/las funcionarios(as) calificaron como satisfactoria la cantidad de dinero que entra al hogar, situación ligeramente superior a la de los/las funcionarios(as) que trabajan de treinta y cuatro a cuarenta y cuatro horas (62,5%) (Tabla N° 22).

Tabla N° 22: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según opinión respecto a la cantidad de dinero que entra al hogar y las horas trabajadas.

DINERO	HORAS TRABAJADAS							
	12-22 horas		34-44 horas		Más de 44 horas		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mal	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	4,3
Menos que regular	0	0,0	0	0,0	2	14,3	2	8,7
Regular	0	0,0	2	25,0	3	21,4	5	21,7
Más que regular	0	0,0	1	12,5	1	7,1	2	8,7
Bien	1	100,0	3	37,5	7	50,0	11	47,8
Muy bien	0	0,0	1	12,5	1	7,1	2	8,7
TOTAL	1	100,0	8	100,0	14	100,0	23	100,0

En la categoría de treinta y cuatro a cuarenta y cuatro horas de trabajo, sólo el 50% de los/las funcionarios(as) califican con satisfacción el bienestar emocional o mental que poseen y, en el caso de la categoría de más de cuarenta y cuatro horas de trabajo el 78,6% expresan calificaciones adecuadas de su bienestar emocional o mental.

En cuanto a la relación entre la cantidad de horas trabajadas y el estado de salud actual comparado con el de hace un año en los/las funcionarios(as), el 57,1% de la categoría de más de cuarenta y cuatro horas de trabajo y el 37% de la categoría de treinta y cuatro a cuarenta y cuatro horas de trabajo expresó sentirse mucho mejor o algo mejor que hace un año.

Con respecto a la cantidad de horas trabajadas y la frecuencia de estrés en los/las funcionarios(as), en la categoría de más de cuarenta y cuatro horas de trabajo, el 64,3% refirió sentir episodios de estrés algunas veces (Tabla N° 23).

Tabla N° 23: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según horas trabajadas y frecuencia de estrés.

HORAS TRABAJADAS	FRECUENCIA DE ESTRÉS									
	Siempre		Frecuentemente		Algunas veces		Rara vez o nunca		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
12-22 horas	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
23-33 horas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
34-44 horas	1	12,5	1	12,5	5	62,5	1	12,5	8	100,0
Más de 44 horas	2	14,3	1	7,1	9	64,3	2	14,3	14	100,0
TOTAL	3	13,0	2	8,7	15	65,2	3	13,0	23	100,0

En la categoría de más de cuarenta y cuatro horas de trabajo, el 21% de los/las funcionarios(as) dice estar básicamente sentado(a). Casi el 38% de los/la funcionarios(as) que trabajan de treinta y cuatro a cuarenta y cuatro horas definió su nivel de sedentarismo como de “mucho actividad” (Tabla N° 24).

Tabla N° 24: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según horas trabajadas y nivel de sedentarismo.

HORAS TRABAJADAS	NIVEL DE SEDENTARISMO									
	Básicamente sentado		Camino bastante		Esfuerzos vigorosos frecuentes		Mucha actividad		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
12-22 horas	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
34-44 horas	1	12,5	3	37,5	1	12,5	3	37,5	8	100,0
Más de 44 horas	3	21,4	7	50,0	2	14,2	2	14,2	14	100,0
TOTAL	5	21,7	10	43,4	3	13,0	5	21,7	23	100,0

El 57% de los/las funcionarios(as) que trabajan más de cuarenta y cuatro horas y el 25% de los/las que trabajan entre treinta y cuatro y cuarenta y cuatro horas consumió tabaco en el último mes. Sin embargo estas asociaciones no son estadísticamente significativas (Tabla N° 25).

Tabla N° 25: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según horas trabajadas y hábito de fumar en el último mes.

HORAS TRABAJADAS	HABITO DE FUMAR					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
12-22 horas	1	100,0	0	0,0	1	100,0
34-44 horas	2	25,0	6	75,0	8	100,0
Más de 44 horas	8	57,1	6	42,8	14	100,0
TOTAL	11	47,8	12	52,1	23	100,0

P=0,2

4.1.4.5 Situación contractual y aspectos generales de percepción de bienestar y salud: El 27,8% de los/las funcionarios(as) con contrato indefinido calificó su salud actual como algo peor ahora que hace un año. En el caso de los/las funcionarios(as) con contrato a plazo fijo, el 40% consideró que su estado de salud es mucho mejor que hace un año (Tabla N° 26).

Tabla N° 26: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según estado de salud actual comparado con el de hace un año y la situación contractual.

SALUD ACTUAL	TIPO DE CONTRATO					
	Contrato indefinido		Contrato a plazo fijo		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mucho mejor que hace 1 año	4	22,2	2	40,0	6	26,1
Algo mejor ahora que hace 1 año	4	22,2	1	20,0	5	21,7
Más o menos igual ahora que hace 1 año	5	27,8	2	40,0	7	30,4
Algo peor ahora que hace 1 año	5	27,8	0	0,0	5	21,7
TOTAL	18	100,0	5	100,0	23	100,0

El 60% de los/las funcionarios(as) con contrato a plazo fijo consumió tabaco en el último mes. La asociación entre la situación contractual y el hábito de fumar en el último mes de los/las funcionarios(as) no es estadísticamente significativa (Tabla N° 27). En el caso de la actitud frente a fumar dentro del hogar asociada a la situación contractual, el 44,5% de los/las funcionarios(as) con contrato indefinido aseveró que sí permite fumar dentro del hogar, siendo estadísticamente significativo para los distintos tipos de contrato (Tabla N° 28).

Tabla N° 27: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según situación contractual y hábito de fumar en el último mes.

TIPO DE CONTRATO	HABITO DE FUMAR					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Contrato indefinido	8	44,4	10	55,6	18	100,0
Contrato a plazo fijo	3	60,0	2	40,0	5	100,0
TOTAL	11	47,8	12	52,2	23	100,0

P = 0,4

Tabla N° 28: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según actitud frente a fumar dentro del hogar y situación contractual.

ACTITUD FRENTE A FUMAR	TIPO DE CONTRATO *					
	Contrato indefinido		Contrato a plazo fijo		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Nunca	10	55,6	0	0,0	10	43,5
Sí, en ocasiones	5	27,8	4	80,0	9	39,1
Sí, algunas personas	2	11,1	0	0,0	2	8,7
Sí, esta permitido	1	5,6	1	20,0	2	8,7
TOTAL	18	100,0	5	100,0	23	100,0

***P = 0,03**

La asociación entre la situación contractual y el control de salud por profesional en el último año no es estadísticamente significativa, sólo cabe destacar que el 77,7% de funcionarios(as) con contrato indefinido sí se realizaron control de salud con profesional en el último año y un 40% de los con contrato a plazo fijo (Tabla N° 29).

Tabla N° 29: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según situación contractual y existencia de chequeo de salud por profesional de la salud en el último año.

TIPO DE CONTRATO	CHEQUEO DE SALUD					
	Sí, en institución publica o privada		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Contrato indefinido	14	77,7	4	22,2	18	100,0
Contrato a plazo fijo	2	40,0	3	60,0	5	100,0
TOTAL	16	69,5	7	30,4	23	100,0

P=0,1

El 55,6% de los/las funcionarios(as) con contrato indefinido afirmó presentar dificultades de sueño. En contraparte, el 100% de los/las funcionarios(as) con contrato a plazo fijo experimentó dificultades de sueño rara vez o nunca, siendo, estadísticamente significativos en ambos casos (Tabla N° 30).

Tabla N° 30: Distribución porcentual de funcionarios(as) de atención primaria de salud según presencia de dificultades de sueño y situación contractual.

DIFICULTAD DE SUEÑO	TIPO DE CONTRATO *					
	Contrato indefinido		Contrato a plazo fijo		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Siempre	1	5,6	0	0,0	1	4,3
Frecuentemente	1	5,6	0	0,0	1	4,3
Algunas veces	8	44,4	0	0,0	8	34,8
Rara vez o nunca	8	44,4	5	100,0	13	56,5
TOTAL	18	100,0	5	100,0	23	100,0

*P = 0,03

4.2 CUALITATIVOS:

Para realizar el análisis de las entrevistas en profundidad fue necesaria la formulación de códigos que fueron asignados a las distintas unidades de análisis, además de ser necesarios para el óptimo trabajo del programa AQUAD. Los resultados que se exponen a continuación están organizados por unidad de análisis y posteriormente categorías de análisis.

4.2.1 Percepción de Calidad de Vida:

Los/las funcionarios(as) de atención primaria de salud construyen una significancia de calidad de vida a partir del bienestar, del sentir, de lograr un estado de equilibrio entre los diferentes estados de bienestar que los gobiernan, como son el bienestar económico, social, físico y psicológico. Lo que comprenden como calidad de vida, los/las funcionarios(as) lo aplican a los factores que componen una buena calidad de vida, pero en este caso para la construcción onírica de un estado de satisfacción juegan un rol importante los afectos y redes de apoyo, siendo fundamental el tiempo para lograr una calidad de vida de acuerdo a los requerimientos que ellos/ellas expresan. Sin embargo, a pesar de la preponderancia del bienestar como sinónimo de satisfacción, una calidad de vida deficiente en los/las funcionarios(as) de atención primaria de salud involucra un estado de enfermedad cuya etiología más que fisiopatológica es una interrupción de las redes de apoyo, especialmente las relaciones familiares que conducen a una cascada de acontecimientos que culminan con el estado de enfermedad.

La autopercepción de calidad de vida de los/las funcionarios(as) es buena, y está condicionada por el tiempo que disponen para desarrollar sus actividades diarias y fortalecida por los lazos afectivos con sus respectivas familias. Las redes de apoyo, relaciones interpersonales y la familia cumplen un rol de agentes facilitadores y potenciadores para lograr una calidad de vida aceptable en los/las integrantes del equipo de salud y son estos mismos, que atenuados, actúan obstaculizando el proceso de construcción de una calidad de vida aceptable para estos(as) últimos(as). Mención aparte es lo referente al tiempo disponible entre la jornada laboral y el tiempo para el desarrollo con la familia, es un punto de conflicto para los intereses de los/las funcionarios(as), ya que el tiempo del trabajo les permite lograr el bienestar económico pero va en desmedro de lo social, físico y psicológico.

4.2.1.1 Significancia: La construcción de una definición de calidad de vida por parte de los/las funcionarios(as) de atención primaria de salud es a partir del concepto de bienestar con sus respectivas subcategorías como es el aspecto económico, físico, psicológico y social. La inclusión de la salud como parte primordial del concepto se orienta al mensaje de bienestar que implica. En el bienestar social participa la familia y el trabajo que son pilares fundamentales en el logro del bienestar por parte de los/las funcionarios(as). La interrupción del estado de bienestar lo traducen como los problemas cotidianos de distinta índole.

“...Bueno, la calidad de vida yo creo que es el completo bienestar social, económico y la salud principal, entonces si tenemos esas cosas tenemos una buena calidad de vida en cuanto a lo económico a nuestra salud, no tenemos ningún problema...”

Entrevista número dos.

“...El concepto de calidad de vida tiene que ver con bienestar, cuidado y vida con salud, entonces habría que ver el concepto de calidad de vida sería el bienestar completo de...”

Entrevista número siete.

La visión onírica de una **calidad de vida satisfactoria** en los/las funcionarios(as) es contar con los estados de bienestar antes mencionados en niveles de satisfacción adecuados para sus requerimientos, sin embargo el bienestar social tiene relevancia en la medida que la familia, las redes de apoyo tanto primarias como secundarias y las relaciones interpersonales son consideradas indispensables para el éxito en la consecución de una buena calidad de vida. Es el tiempo la principal condicionante para lograr todas las expectativas que se proponen los/las funcionarios(as), el cual se ve disminuido por las jornadas laborales principalmente.

“...Contar con los recursos necesarios para poder en este caso vivir a diario, vivienda, vestuario, cuenta económica, alimentación, cubrir las necesidades básicas...”

Entrevista número uno.

“...Para mi es vivir tranquilo, o sea poder, para los que tienen familia que es mi caso, poder estar con la familia, poder estar con los hijos, tener tiempo para tanto, para eso como para trabajo, para mi también vivir con calidad es realizar sueños también...”

Entrevista número tres.

Una **calidad de vida deficiente** es una relación inversamente proporcional entre el proceso de enfermedad y la insatisfacción del bienestar social, esta insatisfacción se traduce en conflictos laborales y familiares que, a la postre, serán las causas de enfermedad, o por el contrario la pérdida de la salud y la aparición del proceso de enfermedad conduce al desequilibrio del bienestar.

“...Mala calidad de vida es, bueno no gozar de salud, creo que el primer punto es ese o algún tipo de enfermedad que sea sistémica o mental, ver truncada alguna posibilidad de algún sueño que sea, las personas tienen distintos sueños algunos del más simple al más complejo, desde formar una familia o de tener un hijo...”

Entrevista número tres.

“...La mala calidad de vida para mi es sinónimo de enfermedad, de estrés, de angustia, de depresión y de falta de tiempo para todas las cosas que yo mencioné...”

Entrevista número seis.

4.2.1.2 Autopercepción: En general la calidad de vida en estos momentos es percibida como buena, mas condicionantes como el tiempo dedicado al trabajo que condiciona un desequilibrio en el núcleo familiar, son considerados como limitantes para que la calidad de vida se pueda considerar mejor.

“...Yo la encuentro buena, yo la encuentro buena, porque tengo ánimo para trabajar, porque tengo ánimos para hacer mis grupos y trabajar, porque trabajo con el adulto mayor ayudándoles en todo y personalmente yo también como te digo me doy el tiempo para todo y nunca me gusta estar sola...”

Entrevista número dos.

“...regular, actualmente regular, creo que dedico mucho tiempo a mi trabajo, lamentablemente hay que trabajar para vivir...e creo que en Chile la calidad de vida en general es pésima porque el aspecto laboral la absorbe mucho el tiempo que uno tiene de vida y para la familia se deja lo mínimo...”

Entrevista número seis.

Las condicionantes mencionadas con anterioridad toman dos corrientes, la primera son aquellas que **favorecen la calidad de vida de los/las funcionarios(as)**, en las cuales la familia y las redes de apoyo sociales son las principales constituyentes y condicionantes facilitadoras de su calidad de vida.

“...El aspecto familiar, familiar y de redes de apoyo con amistad, eso es el más potencial para mi en lo personal, en realidad me fortalece hartito eso...”

Entrevista número seis.

“...Mi familia, mi familia o sea la parte, porque si con mi familia en general estamos está todo bien, la salud familiar en general, pero en realidad todos los factores son importantes, pero el más importante es mi familia...”

En contraparte, las **condicionantes que dificultan la calidad de vida** de los/las integrantes del equipo de salud son las jornadas laborales extensas, la falta de tiempo para sus respectivas familias y que se relacionan directamente, ya que el tiempo dedicado al trabajo va en desmedro del tiempo de vida familiar.

“...Es el aspecto que más me dificulta como distribuyo mi tiempo sin sentirme culpable, cumpliendo, porque también tengo que cumplir aquí, yo también me gusta no puedo dejar de trabajar pero también me siento culpable de que también tengo que tener tiempo en mi casa...”

Entrevista número tres.

“...La sobrecarga de trabajo laboral que uno tiene...”

Entrevista número siete.

4.2.2 Calidad de Vida y Salud:

La salud como concepto es construida a partir del bienestar, siendo éste para los/las funcionarios(as) de atención primaria de salud un equilibrio entre las subcategorías que

comprenden el bienestar físico, psicológico, mental, social y espiritual. La concepción de la salud es regulada por agentes motivacionales siendo el sentirse bien, la cohesión del núcleo familiar y la estabilidad laboral fundamentales para lograr un estado de bienestar equilibrado. Los agentes desmotivadores se relacionan al estado de enfermedad física.

La educación, prevención y relaciones interpersonales que comprenden las redes de apoyo primaria y secundaria son las actividades que según los/las funcionarios(as) se hacen necesarias para promocionar su salud, todo esto bajo el contexto de los aspectos en que se debería poner énfasis para mantenerse saludable. En cuanto a las actividades de promoción de la salud en sus respectivos Centros de Salud Familiar, los/las funcionarios(as) perciben las educaciones como insuficientes y de limitado éxito dado la sobrecarga laboral y la percepción respecto a la falta de motivación de los/las usuarias de los Centros de Salud familiar.

4.2.2.1 Salud: La concepción de salud es, en el caso de los/las funcionarios(as) de atención primaria de salud, un estado de bienestar físico, psicológico, mental, social y espiritual. Es en la subcategoría de bienestar físico que la ausencia de enfermedad es considerada dentro de la construcción social de salud por parte de los/las funcionarios(as). Aunque la salud es percibida como un estado de bienestar por parte de los/las funcionarios(as), la satisfacción de este bienestar está en relación con el sentir, refiriéndose a este sentir no desde un punto de vista fisiopatológico per se, si no más bien proyectando el sentir como una actitud de la cual se tenga conciencia.

“...no tener enfermedades de ningún tipo, ni físicas ni mentales ya, y completo bienestar en el fondo de mi persona, la cual yo me sienta cómoda, me sienta bien...”

Entrevista número nueve.

“...No sufrir ninguna enfermedad física, mental, psicológica, nada por dentro y por fuera...”

Entrevista número ocho.

La autopercepción respecto a su estado de salud actual en los/las funcionarios(as) considerando los componentes con que ellos conceptualizan el estar sano(a) se dicotomizan, por una parte en una sensación satisfactoria de salud, pero en contraparte, es el ser consecuente con la percepción de estar sano, las problemáticas emergentes y la percepción de estrés u otros problemas de salud los principales tópicos que no permiten a los/las funcionarios(as) tener una percepción satisfactoria de su salud.

“...Del cuerpo si, en cuanto a lo demás por lo que a la edad siento uno tiene trancas, pequeñas trancas, que tiene de repente...bueno sano del cuerpo si, pero sano de lo sano sano de lo que entiendo por sano no...”

Entrevista número cuatro.

“...No porque estoy estresada en este momento, físicamente estoy excelente, sana, pero emocionalmente también estoy sana, pero psicológicamente no, yo me siento estresada...”

Entrevista número seis.

Los agentes motivacionales reconocidos por los/las funcionarios(as) de atención primaria de salud para mantenerse sanos(as) son el sentirse bien y lograr un estado de equilibrio en su bienestar familiar o laboral, siendo estas dos últimas las principales motivaciones que refieren tener los/las funcionarios(as).

“...Me motiva estar bien, estar bien, sentirme bien, realizar bien tu trabajo, estar bien con el resto de las personas que te rodean...”

Entrevista número cinco.

“...O sea es importante para mi estar sana porque puedo realizar todas las actividades que a uno le gustan, puedo trabajar, puedo estar con mi familia, puedo seguir creciendo como persona...”

Entrevista número nueve.

En lo que respecta a la situación de los agentes desmotivacionales a los que se ven sujetos(as) los/las funcionarios(as), es el estado de enfermedad en forma explícita ya sea desde un aspecto físico o psicológico lo que causa el desinterés por lograr un estado de sanidad en los/las funcionarios(as) proyectándose a la salud familiar y el desempeño laboral.

“...Me desmotivaría bueno un estado de ánimo muy malo, yo sienta que yo diga yo no tengo ganas de vivir que quiero morir...”

Entrevista número dos.

“...La pérdida de la salud principalmente, de la salud física e porque eso te limitaría pa hacer todo lo que debes hacer...bueno y obviamente si tuviera algún sigma en mi familia, no hay salud que resista eso”

Entrevista número cinco.

4.2.2.2 Promoción: Es la educación, prevención y relaciones interpersonales saludables, las acciones que consideran necesarias los/las funcionarios(as) de salud para proyectar una salud compatible con sus expectativas, así como disponer de los horarios para complementar dichas actividades, situación que desmedrase contrapone con la importancia que le atribuyen a su fuente laboral para su calidad de vida.

“...Respetar los tiempos, respetar los tiempos que tú te dejas para cada una de las cosas, o sea actividad de trabajo, actividad lúdica, actividad social, eso...”

Entrevista número cinco.

“...Yo creo que hacerle caso a los síntomas que nos va demostrando nuestro cuerpo...muchas veces hacemos vista gorda...”

Entrevista número siete.

La opinión respecto a las actividades que realizan los CESFAM para promocionar la salud se orientan principalmente a la falta de educaciones debido principalmente a la sobrecarga laboral. La educación se reconoce como un sinónimo de promoción de la salud, a

la vez que se reconoce que lograr el interés de los/las usuarios(as) por los temas es bastante complicado, ya que en primera instancia estos últimos buscan una solución netamente curativa y asistencial.

“...E yo creo que se están haciendo hartas cosas, yo creo que se esta haciendo hartas cosas, pero lo que me parece como un problema es la recepción, o sea esta gente es receptivo hasta cuando le conviene, cuando no le conviene no recibe no más, entonces uno puede bombardear de información...estamos hablando de un enfermo, un enfermo viene buscando recuperación ese es el objetivo y yo lo hablo como distinto, el paciente no viene acá a que le hablemos de como se lava los dientes...es muy difícil entrar a la población a ese nivel, él viene a recuperarse...”

Entrevista número tres.

“...Bueno en este por hacer menos para promoción no se esta haciendo mucho, falta mucho trabajo comunitario, se esta haciendo principalmente labor de sanación, si puede ser o sea decir, se está atacando la enfermedad una vez que ya está, pero para promover la salud, que la gente tenga una buena salud, para prevenir que las enfermedades ocurran, las que son prevenibles, se está haciendo poco...”

Entrevista número seis

4.2.3 Calidad de Vida y Entorno Laboral:

En general los/las funcionarios(as) se sienten satisfechos con la labor que desempeñan, a pesar de que en muchas de las ocasiones, la elección de su actual trabajo no fue mediada por una elección libre e informada, sino más bien por la necesidad imperiosa de trabajar. En la situación de la influencia de su trabajo en su calidad de vida, ésta es contradictoria, ya que por una parte es necesario para lograr un cierto bienestar, pero el efecto es la supresión de una subcategoría o más de bienestar.

En cuanto a la satisfacción de los/las funcionarios(as) con el entorno laboral, la aprobación inmediata se relaciona a los recursos humanos, siendo estos dimensionados más como una red de apoyo para los/las funcionarios(as) que como una fortaleza a nivel institucional, pero en algunos casos las relaciones se tornan conflictivas, mediadas por la envidia y la competitividad especialmente entre los distintos géneros y situaciones contractuales. Las relaciones con los/las pares se hacen indispensables, principalmente debido a la presión asistencial, en donde el trabajo en equipo puede ser la manera de reducir estrés y por consiguiente impedir que el tiempo para la familia u otras ocupaciones se entorpezca. Los recursos materiales son el blanco de la inconformidad de los/las funcionarios(as) principalmente debido a la escasez de insumos básicos y las inevitables comparaciones con otros CESFAM.

4.2.3.1 Trabajo: La influencia del trabajo en la calidad de vida de los/las funcionarios(as) es necesaria desde el punto de vista del bienestar económico, por lo cual el efecto que produce en la calidad de vida de los/las funcionarios(as) es mayor. Salvo esta ventaja, el trabajo afecta en el equilibrio perseguido por los/las funcionarios(as) ya que el tiempo dedicado al trabajo interfiere con la consolidación de la vida familiar y con los tiempos de recreación.

“...Si, algunas veces si, no siempre, pero algunas veces si...si, si indudablemente que si, o sea cuando uno tiene demasiada pega te sientes muy muy agotado, te sientes sobrepasado, te va a afectar...”

Entrevista número cinco.

“...El trabajo siempre va a afectar en la medida que tú lo tomas como, depende de cómo lo vivas...ahora este tipo de trabajo, el que yo ejerzo aquí es estresante porque hay variables que yo no tengo bajo control y son sobretodo con el exigen mucho y nosotros estamos en un sistema que exige mucho y provoca mucho estrés...”

Entrevista número diez.

4.2.3.2 Recursos: Los recursos humanos se dividen en dos corrientes de opinión dentro de los/las funcionarios(as) de atención primaria de salud, por una parte están los/las funcionarios(as) que ven los recursos humanos desde el punto de vista de la colaboración y participación de compañeros(as) de trabajo, en aspectos facilitadores de su calidad de vida, siendo de suma importancia mantener saludables estas redes. Otra tendencia es la que critica el recurso humano desde una arista funcional, en donde situaciones de envidia, lucha de egos, discriminación de género y desconocimiento de la autoridad son hechos que afectan el buen desempeño laboral y emergen como obstaculizadores de una buena calidad de vida.

“...En la parte humana estamos bien porque nos llevamos bien con todos, nos apoyamos, aunque estamos amontonados, nos vamos apoyando unos a otros...”

Entrevista número dos.

“...Dentro del consultorio no hay respeto entre nosotros mismos ya. Hay una falta de respeto enorme entre los profesionales. Con críticas destructivas, no constructivas, hay mucha competencia, hay mucha envidia, y a nivel de los no profesionales peor todavía, peor, peor, peor, entonces uno al final hace su trabajo y se mantiene un poco aislada del resto para no caer en eso...”

Entrevista número seis.

Los recursos físicos satisfacen las demandas de los/las funcionarios(as), a excepción de las comparaciones entre los diversos CESFAM. La situación de los recursos físicos no es considerada prioritaria al momento de definir el entorno laboral de los/las funcionarios(as) ya que las relaciones humanas resultan indispensables en este contexto.

“...Los recursos materiales yo creo que son suficientes, es un centro de salud relativamente nuevo, tiene un poco más de veinte años y se mantiene bien...”

Entrevista número nueve.

“...hay poco, muy poco es regular, hay otras partes peores, de repente uno tiene que mirar pal lado...”

Entrevista número ocho

4.2.4 Uso del Tiempo y Calidad de Vida:

La satisfacción en cuanto al tiempo libre por parte de los/las funcionarios(as) de salud, es mediada principalmente por el cómo distribuyen su tiempo, siendo esta consideración en pro de actividades recreativas, trabajos complementarios o simplemente la libre disposición de su tiempo. La calificación de los/las funcionarios que no se sienten satisfechos(as) con su tiempo libre es categórica y apunta principalmente a la falta de tiempo por lo cual no pueden tener satisfacción alguna. El tiempo disponible es principalmente destinado a la familia, algunos eventos de índole personal y, en algunos casos, a trabajos esporádicos con el fin de potenciar el ingreso familiar.

Los eventos limitantes del uso del tiempo en los/las funcionarios(as) se enfocan a la vida familiar y estrategias para obtener mayores ingresos económicos, lo que implica que la insatisfacción en lo que respecta a la falta de tiempo se ve condicionada por las prioridades de el/la funcionario(a).

4.2.4.1 Tiempo: La satisfacción de los/las funcionarios(as) de salud es dependiente de las actividades que estos últimos programan, ya que la disminución del tiempo se relaciona con acciones tendientes a lograr un cierto nivel de bienestar, por lo cual, a pesar de la inherente insatisfacción por la jornada laboral, hay un cierto sentimiento de conformidad con el tiempo, dado que se reconoce que la carencia de este último es una elección personal totalmente independiente de las obligaciones laborales contractuales.

“...Me siento satisfecho porque realmente la cantidad de trabajo, porque yo me la he asignado y tengo bien claro que si yo disminuyo la cantidad de trabajo voy a tener más tiempo libre...”
Entrevista número uno.

“...Yo creo que sí, porque como decía antes yo soy trabajólico, el tiempo libre no es que yo lo quiera tomar, si no que no me lo doy...”
Entrevista número cuatro.

El **tiempo libre** es destinado a la vida familiar, compartir con los/las hijos(as) y la pareja. Las actividades recreativas son principalmente de naturaleza sedentaria como ver televisión, dormir, entre otras. En algunos casos el tiempo es destinado al desarrollo de actividad física o actividades de intereses particulares.

“...En salir con mis niños, jugar con ellos, no me queda mucho tiempo, pero a mí me encanta...”
Entrevista número seis.

“...Realizo actividades físicas e actividades de relajación e trabajar con un grupo scout los fines de semana...”
Entrevista número cinco.

4.2.4.2 Limitantes: En esta situación se produce un fenómeno contradictorio ya que a pesar de tener conocimiento acerca de los eventos que limitan su libre disposición del tiempo libre,

los/las funcionarios(as) no vislumbran estos eventos como una situación adversa, sino que asimilan que la naturaleza de su expresión es su propia planificación.

“...Yo estoy haciendo unas horas de trabajo por mi propia voluntad, pero si eso impidiera que yo pudiera hacer otras cosas, o sea yo creo que dejaría...”

Entrevista número cuatro.

“...Sentimientos de culpa nada más, porque claro puedo tener tiempo libre que se yo ya, estoy yendo a la peluquería....no lo disfruto ¿porqué no lo disfruto? Porque estoy pensando en qué es lo que tengo que ir a hacer o en que podría estar haciendo...”

Entrevista número tres.

5.-DISCUSIÓN

5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LABORALES.

En la presente investigación, el 78% de los/las funcionarios(as) encuestados(as) correspondieron al sexo femenino y, el 34,8% se encuentra en el rango de edad de veintiséis a treinta años. En cuanto a las variables laborales, el 47,8% de los/las encuestados(as) realizan sus actividades laborales en el CESFAM Gil de Castro. Estas proporciones son similares a la observada en el universo de trabajadores de Atención Primaria de Salud.

El 30% trabaja hace más de 15 años en la misma institución (tabla N° 1) y el 60% trabaja más de cuarenta y cuatro horas semanales (tabla N° 2). La distribución proporcional en cuanto a los años de trabajo en la institución puede estar determinada por la estabilidad laboral del sistema de salud, lo que determina una menor probabilidad de migración laboral de sus integrantes. Las horas de trabajo se ajustan a lo que se indica en el “Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal”, por lo cual no son indicador válido de una sobrecarga laboral desde el punto de vista legal, pero sí desde la perspectiva social (19).

Debido al tamaño muestral de esta investigación, estos resultados no necesariamente describen la realidad de los/las funcionarios(as) del Departamento de Salud Municipal de Valdivia, pero permiten proyectar ciertas conductas del equipo de salud.

5.2 ASPECTOS PSICOSOCIALES.

5.2.1 Percepción de salud, bienestar y estado de salud:

En lo relacionado con aspectos generales de percepción de bienestar y salud (Grafico N° 1), los funcionarios(as), se sienten mayoritariamente satisfechos con su calidad de vida, sobretodo en lo que dice relación con la privacidad (95,6%), su trabajo (91,3%) y su vida en general (82,6%). Es así que, en términos de nota, califican su privacidad con un 6,4 (DE 1,3) versus una calificación de 5,4 de la población general en la Encuesta de Calidad de Vida (18), lo que podría estar relacionado con una distribución proporcional diferente en lo socioeconómico y cultural entre ambas poblaciones muestrales. La situación anterior se repite en los casos de percepción del trabajo y la vida en general, en las cuales los/las funcionarios de salud califican con nota 5,9 (DE 0,8) y 5,7 (DE 1,2) respectivamente, comparado al 5,3 y 5,5 con que la población general calificó su trabajo y vida en general (18).

Un resultado interesante fueron los altos niveles de satisfacción que refirieron los/las funcionarios(as) del CESFAM Las Animas en cuanto a bienestar mental o emocional y la cantidad de diversión que poseen (Tabla N° 10), teniendo en consideración que los

organigramas y funciones de los distintos CESFAM no deberían sufrir diferencias tan significativas, más aún perteneciendo al mismo Departamento de Salud. Esta situación puede estar condicionada por la existencia de políticas internas de personal destinadas al manejo de crisis en el equipo de salud, que en caso de existir sería una excelente iniciativa para mejorar la calidad de vida del personal. Otra situación que podría determinar los niveles de satisfacción referidos sería la armonía entre el equipo de salud y el alto nivel de organización y responsabilidad en la ejecución de sus tareas, lo cual se traduciría en un factor protector contra eventuales episodios de estrés.

El nivel del ingreso mensual en cualquier actividad cumple una importancia fundamental al momento de planificar a corto y largo plazo diferentes aspectos de la vida, más aún en el caso de la carrera funcionaria, en la cual los años de servicio junto a las capacitaciones se convierten en el salvoconducto necesario para lograr mejores remuneraciones. Teniendo en cuenta lo anterior, es novedoso que los/las funcionarios(as) en el rango de dos a cinco años de trabajo hayan referido altos niveles de satisfacción en cuanto a la cantidad de dinero que entra al hogar (Tabla N° 15). Esta asociación se puede sustentar en que probablemente los funcionarios con menos años de trabajo no cuentan con mayores responsabilidades sociales como familia o deudas contractuales inherentes a la administración de un núcleo familiar o, por otro lado, cuentan con mejores remuneraciones dado su nivel de preparación. La situación de los/las funcionarios(as) con más años de trabajo que no se sienten satisfechos con la cantidad de dinero que entra al hogar puede condecirse con que la mayoría de ellos pueden ser técnicos de enfermería o auxiliares de servicio.

El 78% de los/las funcionarios(as) con más de cuarenta y cuatro horas de trabajo calificó en forma satisfactoria su bienestar mental o emocional, lo cual puede estar condicionado por el concepto de horas extras que se traducen en un incremento de los ingresos y por ende una estabilidad en su núcleo familiar, situación que no dejaría de ser interesante teniendo en consideración que son menos las horas disponibles para compartir con la familia u otros. En cuanto a la cantidad de dinero que entra al hogar, el 64% de los/las funcionarios(as) con jornadas laborales mayores a cuarenta y cuatro horas expresaron su conformidad con la cantidad de dinero que entra al hogar (tabla N° 22), ya que igual que el caso de bienestar mental y emocional, los mayores ingresos le garantizarían episodios de estabilidad.

En lo que respecta a las horas trabajadas asociadas al estado de salud actual comparado con el de hace un año, el 57% de los/las funcionarios(as) con más de cuarenta y cuatro horas de trabajo afirmaron que su estado de salud actual es “Mucho mejor que hace un año”. Según el artículo 15 del párrafo 1 “dotación y jornada de trabajo” de la ley N° 19378 “Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal”, la jornada ordinaria de trabajo de los/las funcionarios(as) corresponderán a cuarenta y cuatro horas semanales (19) por lo cual es esperable que la mayoría de los/las funcionarios(as) de esta investigación cumplan dicha jornada laboral más aún considerando el aumento en el ingreso mensual por concepto de horas extras. Estos resultados se pueden asociar a que en el caso de la jornada laboral, los ingresos se ven fortalecidos dada la demanda laboral a la cual se someten los/las funcionarios(as) lo cual les puede augurar una mejor calidad de vida, definida por el aumento del ingreso mensual, determinada por el concepto de horas extras lo que les garantiza la capacidad para

adquirir determinados bienes, además como es en el caso de los/las funcionarios(as) sin responsabilidad administrativa cuya percepción en cuanto a su estado de salud actual es satisfactoria, debería apuntar a que se someten a una menor carga laboral basada en las menores responsabilidades a niveles gerenciales.

La percepción del estado de salud actual comparado con el de hace un año asociado al nivel de responsabilidad administrativa es más satisfactoria en los/las funcionarios(as) sin responsabilidad administrativa (Tabla N° 19). Esta situación puede estar condicionada a la menor carga de estrés que condiciona realizar una labor que no repercute en decisiones gerenciales en niveles superiores, como es en el caso de funcionarios(as) que ejercen un cargo de responsabilidad que conlleva metas y compromisos que deben ser cumplidos.

La satisfacción de las necesidades no sólo depende del esfuerzo personal de las personas, sino que involucran a toda la red inmediata a esta, siendo la familia y el entorno laboral fundamentales. En la encuesta de calidad de vida INE-MINSAL 2002, el 72,9% de la población aseguraba contar con personas en quien confiar o pedir consejos, en tanto que el 69% tiene a quien recurrir en caso de gastos imprevistos (18). En la situación de los/las funcionarios(as), la red de apoyo es significativamente mejor, ya que el 95,7% afirmó que cuenta con personas en quienes confiar o pedir consejo y el 95,6% cuentan con personas a las cuales acudir en caso de gastos imprevistos. Estos resultados corroboran la importancia de las redes sociales como factores potenciadores de la calidad de vida de los funcionarios(as) de salud lo cual puede significar que los/las funcionarios(as) de atención primaria de salud priorizan el fortalecimiento de sus redes sociales primarias y secundarias, siendo interesante este aspecto a considerar para una futura investigación.

Si bien es esperable que la conducta relacionada al autocuidado en salud por parte de funcionarios(as) del área sea más que óptima, la información obtenida en la presente investigación devela déficit en cuanto al hábito de controlar su salud en forma anual ya sea en una institución pública o privada. El caso excepcional del CESFAM Las Animas en cuyo caso la totalidad de sus funcionarios(as) se realizó un control de salud anual (Tabla N° 13), lo cual puede sugerir cierta conducta interna por parte del CESFAM referente al autocuidado de sus integrantes, situación que debería ser cotejada con variables biomédicas que supuestamente pueden ser modificadas teniendo como base estos controles de salud.

El 77,7% de los/las funcionarios(as) cuya situación contractual es de contrato indefinido afirman haberse realizado un control de salud por profesional del área en el último año, siendo de un 40,0% en el caso de los/las funcionarios(as) con contrato a plazo fijo (tabla N° 29 $p=0,1$). Posiblemente la valoración del control de salud preventivo se adquiere posterior a tener una situación contractual definida y estable, pero cabe destacar que la cantidad de funcionarios(as) contratados a plazo fijo debe ser dentro de un determinado rango por lo cual es esperable que cuantitativamente el porcentaje de funcionarios en la mencionada situación contractual sea menor (19).

5.2.2 Estrés:

El 86,9% de los/las encuestados(as) ha presentado uno o más episodios de estrés versus el 71% de la encuesta INE-MINSAL, lo que demuestra la importancia de éste como un problema emergente de salud pública. A su vez llama la atención que más del 10% de los funcionarios fuman como respuesta al estrés (casi igual proporción que la población general) (tabla N° 4). Sin embargo, por otra parte, casi el 22% de los funcionarios recurren a la actividad física como reacción frente al estrés, comparado al 5,2% de la población general, lo que pudiera estar reflejando una mayor valoración de la actividad física como protectora de la salud mental en los agentes de salud (18), acompañada posiblemente de un mayor acceso a actividades deportivas y recreativas sustentadas por el mayor ingreso laboral y los múltiples beneficios de pertenecer a un determinado sistema de salud, los cuales no son extensibles a la población general.

La dificultad para conciliar el sueño está altamente relacionada con un estado de estrés. Al respecto, el 44,5% de la población aseveró presentar esta dificultad. En la población estudiada, el 100% de los/las funcionarios(as) con contrato a plazo fijo no presentaron dificultades del sueño; en cambio, el 55,6% de los/las participantes con contrato indefinido sí experimentan dificultades de sueño (tabla N° 30 $p=0,03$), situación que por extraña que parezca, puede verse sustentada en diferentes etapas del ciclo vital individual y familiar que experimentan los/las funcionarios(as) a contrato a plazo fijo, asumiendo a la vez que estos presentan un menor rango de edad y diferencias en responsabilidades gerenciales al interior de sus Centros de Salud que probablemente está en manos de funcionarios(as) con contrato indefinido.

El lugar de trabajo relacionado a la frecuencia de estrés, reveló que el 27,3% de los/las funcionarios(as) del CESFAM Gil de Castro se considera en un estado casi permanente de estrés; en contraparte, el 83,3% de los/las funcionarios(as) del CESFAM las Animas reveló sentir estrés sólo “Algunas veces” (tabla N° 10). Esto puede ser atribuido a una mayor demanda asistencial por la mayor proporción de población asignada por funcionario al CESFAM Gil de Castro y a una probable falta de personal e instalaciones para la mayor demanda.

El bajo nivel de estrés de los/las funcionarios(as) con más de quince años de trabajo (Tabla N° 16), puede estar facilitado por su mayor nivel de experticia el cual se transforma en un factor protector ante el estrés (al menos el laboral). El factor además es acompañado por un mayor ingreso laboral, dado los años de trabajo en la institución.

5.3 ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO.

5.3.1 Actividad física:

La actitud frente a la actividad física de los/las funcionarios(as) pertenecientes al Departamento de Salud Municipal se refleja en el nivel de sedentarismo, ya que el 21,7% asegura estar básicamente sentado y caminar poco (tabla N° 6), el 56,5% afirmó no haber practicado deportes en el mes (tabla N° 7) y de este porcentaje el 64,3% afirmó que la razón para no

haberlo hecho es que no tuvo tiempo (tabla N° 8), lo cual es concordante con la tendencia nacional del 89,4% de sedentarismo en la población chilena (18). Comparado al 91% de personas que no practicaron deporte a nivel nacional (18), los/las funcionarios(as) cuentan con la formación y el énfasis en la actividad debido principalmente a la promoción de la salud, aunque cabe destacar las extensas jornadas laborales que no solo están marcadas por las cuarenta y cuatro horas semanales legales sino que por las múltiples tareas y responsabilidades posterior a la jornada laboral. Es sabido por lo demás que la accesibilidad a actividades deportivas y recreacionales está en etapa de expansión y que además están sujetas a la fuerte competencia de otras actividades recreacionales en el mercado que no necesariamente fortalecen estilos de vida saludables.

5.3.2 Tabaco:

El Ministerio de Salud de Chile y sus autoridades sanitarias en las diversas regiones han emprendido en forma sistemática la promoción frente al consumo de tabaco, ya sea fortaleciendo las educaciones o certificando lugares libres de humo de tabaco. Es paradójico que bajo el escenario antes descrito, el 56,5% de los/las funcionarios permite fumar dentro de la casa bajo ciertas circunstancias (tabla N° 9) y el 47,8% haya consumido tabaco en el último mes, actitud no muy diferente a la del resto de la población que en un 51,5% permite el consumo de tabaco dentro del hogar y el 40% refirió haber consumido tabaco en el último mes (18). El 75,0% de los/las funcionarios(as) del CESFAM Angachilla refirió haber consumido tabaco en el último mes, siendo proporcional pero no significativamente mayor el consumo de tabaco en funcionarios de este Centro en relación a los de los otros Establecimientos (tabla N° 12), situación atribuible al tamaño muestral, sin embargo esto podría relacionarse con la mayor proporción de estrés autopercebido por este equipo de salud y el hábito tabáquico asumido como reacción frente al estrés.

En cuanto al consumo según años de trabajo, los funcionarios que proporcionalmente fuman más son aquellos que se encuentran en el rango de 11 a 15 años (tabla N° 18 $p=0,8$). Este resultado es llamativo ya que se esperaría que mientras más años de trabajo en salud, más tiempo se ha estado expuesto a mensajes promocionales de hábitos de vida saludable en general y antitabáquicos en particular.

El 75,0% de funcionarios(as) que no consumieron tabaco en el último mes, tenían jornadas laborales de treinta y cuatro y más horas semanales, en tanto el 57,1% de los/las funcionarios(as) que sí consumieron tabaco en el último mes, estaban en posesión de jornadas laborales mayores a cuarenta y cuatro horas semanales (tabla N° 25 $p=0,2$). Esta conducta puede asociarse a un mecanismo frente al estrés, aunque es meritorio investigar respecto a los/las funcionarios(as) con largas jornadas de trabajo y ausencia del hábito tabáquico.

Los funcionarios sin responsabilidad administrativa fuman proporcionalmente más que los que la tienen (tabla N° 21 $p=0,1$). La proporción de fumadores de acuerdo a la responsabilidad administrativa se puede deber a un sesgo en la muestra ya que los/las funcionarios(as) con responsabilidad administrativa son numéricamente menos que los funcionarios(as) que no la tienen.

En el caso de la actitud frente a fumar dentro del hogar asociada a la situación contractual, el 55,6% de los/las funcionarios(as) con contrato indefinido aseveró que nunca deja de fumar dentro del hogar, en tanto que el 100% de los/las funcionarios(as) con contrato a plazo fijo sí lo hacen (tabla N° 28 $p=0,03$), situación que se puede deber a que los/las funcionarios(as) a plazo fijo tienen menos edad, además de no contar con mayores responsabilidades sociales como hijos(as). Si este no fuera el caso, implica que este grupo de funcionarios(as) no han asumido el riesgo de esta práctica, lo cual sería desconcertante ya que ellos son facilitadores de salud.

5.3.3 Alimentación y conducta asociada:

La promoción de la salud en nuestro país enfoca sus esfuerzos en los estilos de vida saludables, principalmente en los hábitos nutricionales, por lo cual no es desconocido la amplia difusión y esfuerzos intersectoriales por lograr tal objetivo. En el caso de la población general, el 37,8% se encuentra en un estado de sobrepeso y el 22% en estado de obesidad (18), realidad que comparten los/las funcionarios(as) de salud, ya que el 60,9% de los/las funcionarios(as) se considera en un estado de sobrepeso corporal, pero cabe recalcar que el 69,6% de ellos/ellas controlan su peso corporal, siendo quizás esta conducta lo que establece mayor diferencia con la población general.

Relacionando estos datos al lugar de trabajo, destacó que el 54,5% de los/las funcionarios(as) del CESFAM Gil de Castro se considera en un estado de sobrepeso y el 18,2% en estado de obesidad (tabla N° 14), lo cual pudiera estar relacionado con la frecuencia de estrés a la cual se someten los/las funcionarios(as) del CESFAM secundado por la tendencia a la vida sedentaria de los/las funcionarios(as) participantes de esta investigación.

La conducta de los/las funcionarios frente a la frecuencia en el consumo de algunos tipos de alimentos es bastante conservadora en relación a la población general, por ejemplo en el caso del consumo de frutas y verduras, en que el 44% de los/las funcionarios(as) las consumen todos los días y el 4% rara vez o nunca, versus el 53% y 6%, respectivamente de la población general. En cambio, en el caso de consumo de lácteos, el 39% de los funcionarios los consume diariamente (casi igual porcentaje que la población general: 42%), pero sólo el 9% de los funcionarios los consume rara vez o nunca, versus el 22% de la población general (18), diferencia que se puede sustentar en el costo comercial de los derivados lácteos o en la importancia atribuida por los (las) funcionarios(as) dado sus conocimientos en alimentación saludable, los cuales imparten en forma diaria a la población. Misma situación se observa en el no consumo diario de frituras en nuestra muestra, versus el 5% en la población general.

El 6% de la población general consume carne de vacuno en forma diaria y el 14% rara vez o nunca (18) situación que contrasta con el equipo de salud en el caso del consumo diario ya que no se registró información por parte de los/las funcionarios(as), aunque el 4% aseveró consumir este tipo de carne rara vez o nunca. La baja frecuencia de consumo de la carne de vacuno tiene su explicación en que el 57% de los/las funcionarios(as) son consumidores de carnes blancas en una frecuencia de dos a tres veces por semana concordante con la frecuencia de consumo del 53% de la población general (18).

Las conductas alimenticias de los/las funcionarios(as) de salud antes descritas deberían obedecer a la asimilación de las condicionantes de salud para la promoción de la salud, ya que su manejo conceptual se debería relacionar con las practicas alimenticias más que estas solo conformen una variable sociocultural por parte del equipo de salud.

El 78% de los/las funcionarios(as) no le agrega sal a las comidas siendo este un factor protector comparado a la población general, ya que en el caso de esta última el 48% le agrega sal a las comidas (18).

El 52% del equipo nunca come fuera de casa (tabla N° 5) y el 96% consume desayuno. El 60% de la población general nunca come fuera de casa y el 95% toma desayuno (18) lo que implica que tanto la población general como los/las funcionarios(as) de salud privilegian el contacto familiar o presentan facilidades para desplazarse a sus hogares.

5.4 PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien (Velarde y Ávila, 2002). La situación de los/las funcionarios(as) con el significado de calidad de vida, compromete el concepto de bienestar con sus respectivas subcategorías como es el aspecto económico, físico, psicológico y social, lo cual los sitúa en un contexto similar al resto de la población que no posee preparación biomédica.

En el estado de bienestar que describieron los/las funcionarios(as) de salud cumple un rol importante la familia y el trabajo cuya inestabilidad conduciría a que se susciten problemas de diversa índole, aseveración que conduce a la hipótesis de que en el caso de los/las funcionarios(as) de salud, lo que gobierna la interacción entre los distintos satisfactores que logran el bienestar es la inteligencia emocional apoyada por lo cognitivo en el individuo, idea sustentada por Tauta et al (1988) citado por Meeberg, el cual conceptualizaba más como un constructo multifacético que incluye el comportamiento individual y capacidades cognitivas, sentirse bien emocionalmente y habilidades requeridas para el desempeño doméstico y social. Es desde este punto de vista esperable que la calidad de vida de los/las funcionarios(as) de salud no puede ser definida sin evadir la cotidianidad.

La satisfacción en cuanto a la calidad de vida de los/las funcionarios(as) de salud, no dista de las expectativas de la población general, las expectativas e inconformidad con el sistema laboral imperante, junto a las ambiciones personales y familiares cobran vital relevancia al momento de evaluar el nivel de satisfacción de la calidad de vida en los/las funcionarios(as) de salud ya que la calidad de vida es una percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y precauciones (WHOQOL, 1994). Es en este contexto que la conducta anteriormente descrita no debe caber en la extrañeza ya que el equipo de salud es a la vez parte de la comunidad y de constructos sociales determinados. Según Max-Neef et al (1986), la

calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

Ahora, si bien la satisfacción en cuanto a la calidad de vida esta determinada por lograr cierto nivel de bienestar, siendo el ausentismo de la enfermedad algo curioso, cabe discutir el porqué de la aparición de la enfermedad en una calidad de vida insatisfactoria y no la ausencia de esta como un bienestar. La razón podría estar sustentada en la condición de trabajar en salud, lo cual condiciona a la persona a un cierto nivel de autocuidado que dista del de la población que no trabaja en salud, pero de forma inmediata queda descartada debido a las escasas diferencias con la población general cotejadas en el cuestionario de calidad de vida, por lo cual se podría afirmar que la construcción de un concepto de enfermedad por parte de los/las funcionarios(as) de salud está determinado por variables psicosociales y no por causas orgánicas ni fisiológicas. Al respecto, en la investigación realizada por Berglund y Ericsson (2002) se concluyó que la salud es la tercera prioridad al momento de definir calidad de vida en el equipo de salud de un hospital geriátrico, por lo cual es esperable que la díada salud-enfermedad no este explicita en el discurso. Estos resultados además corroboran que al momento de definir calidad de vida se hace necesario aceptar la premisa de que la satisfacción con la salud es uno de los muchos aspectos a considerar (Anderson y Buckhardt, 1994).

Las condiciones laborales, especialmente los tiempos de trabajo, imperan al momento de proyectar la autopercepción de calidad de vida, más aún cuando por ley deben ser cumplidos por los/las funcionarios(as). Esta situación conlleva al desequilibrio de los demás factores que interactúan al momento de proyectar una visión en cuanto a la calidad de vida, siendo más exacerbada en el caso de los/las funcionarios de salud debido a la naturaleza de sus funciones en donde las relaciones humanas sumados a un alto rendimiento dejan un terreno de labilidad emocional y física importante.

El contar con una percepción satisfactoria en cuanto a la calidad de vida individual no condiciona el desconocer las condicionantes que facilitan o dificultan esta última, situación que puede estar determinada por el constante cambio a que se somete la autoimagen de calidad de vida por parte del equipo de salud.

5.5 CALIDAD DE VIDA Y SALUD.

Los resultados de la presente investigación posicionan la concepción de salud, por parte del equipo de salud participante, como un sentimiento de bienestar independientemente de la definición formal, que dado la institucionalización del concepto de salud por parte de estamentos gubernamentales e internacionales y el nivel de instrucción teórica impartido para los integrantes del equipo de salud condiciona una percepción institucionalizada más allá de una concepción personal. La dualidad en la concepción de salud puede estar determinada en primer lugar por la tendencia tecnocrática de las instituciones de salud y, en segundo lugar, por la inherente percepción de salud desde una visión de usuario(a) más que de facilitador de salud.

La relación entre los agentes que motivan a los/las funcionarios(as) a mantenerse sanos y los que los desmotivan, denota una disociación entre los componentes físicos, emocionales y sociales del concepto de salud. Esta situación conlleva a una percepción y construcción social relacionada al proceso salud-enfermedad, visión quizás no empleada y explicitada por los/las funcionarios de salud en sus campos laborales.

La postura hacia la promoción de la salud, concuerda con la visión social de la salud en los/las funcionarios(as), escenario favorecido por la disconformidad laboral especialmente a la jornada laboral, dejando a un lado las variables biomédicas como objetivo de promoción, siendo más mediata las necesidades sociales y psicológicas para concretar un estado saludable y una buena calidad de vida, visión claramente antagonista a la definición de promoción de la salud como una estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación y/o mantención de las condicionantes de la salud y calidad de vida (MINSAL, 1999). Las perspectivas en cuanto a promocionar la salud en los usuarios (as), no se relaciona a la promoción en la salud de los/las funcionarios(as), siendo una concepción educativa de la promoción de la salud y un cierto nivel de prejuicio en relación a las necesidades de los/las usuarios(as), lo que orienta a los/las funcionarios(as) en este ítem, afirmaciones esperables debido a la gran difusión entre los prestadores de salud respecto a condicionantes de salud, actividades para la entrega de contenidos y compromisos de gestión. Según Cerqueira (1996), se observa, en particular, una creciente dicotomía entre el concepto de promoción de la salud como meta en si misma y como medio de justicia social. De esta disyuntiva nacen varias preguntas: ¿Debe la promoción de la salud concentrarse en conductas y estilos de vida individuales o en la participación social y el desarrollo de programas comunitarios?, ¿Se trata de un campo profesional que compete al personal de salud o de un quehacer público que debe fomentarse como movimiento social popular?.

La incapacidad de los/las funcionarios(as) para situarse desde la perspectiva proveedor-usuario, imposibilita la complicitad de sus demandas con las del resto de la población, esta tendencia conllevaría a un doble discurso al momento de proveer información en salud y ser demandantes de salud.

5.6 CALIDAD DE VIDA Y ENTORNO LABORAL.

Probablemente el entorno laboral es el escenario más definitivo en la regulación de la calidad de vida de los/las funcionarios(as) de salud. La relación con el trabajo conduce a un estado de estrés y labilidad emocional y paralelamente es el alivio a tales contrariedades mediado por el bienestar económico que se constituye como recompensa a la labor desarrollada, actitud que no es ajena al común de las personas. La importancia del recurso humano, no sólo es imprescindible para el éxito de la institución, sino que es la causa de armonía en el bienestar social y psicológico del equipo de salud, hecho que estaría determinado por el carácter comunitario del equipo de salud.

La desconfianza organizacional desarmoniza a los distintos actores en el equipo de salud, siendo un conducto a los resentimientos sociales, discriminaciones en cuanto al género y capacidades profesionales imposibilitando crear un capital social necesario para el rol social que desempeñan. Esta desconfianza organizacional se relaciona a un estado de competencia permanente, que no se puede desconocer debido a que el lograr ciertos estándares de bienestar implica un éxito relativo en el ambiente laboral con implicancias económicas y emocionales en juego. El efecto que puede tener la desconfianza organizacional en la autopercepción de calidad de vida del equipo de salud radica principalmente en los niveles de estrés que se puedan generar con el consecuente desequilibrio del bienestar o percepción de bienestar que puedan tener los/las funcionarios(as), asimismo esta desconfianza organizacional se traduciría en una inestabilidad institucional.

5.7 USO DEL TIEMPO Y CALIDAD DE VIDA.

El uso del tiempo libre en el equipo de salud tiene una connotación social, enfocada a la familia y a interactuar con la comunidad. Es en esta interacción que los/las funcionarios desarrollan potenciadores en su calidad de vida dirigidos a la mejora de su salud mental y la disminución de eventos estresantes. La insatisfacción en cuanto al tiempo libre se puede deber al desbalance organizacional en un determinado CESFAM, situación que se traduce en un estado de disconformidad por un sector del equipo cuya insatisfacción es la satisfacción del restante personal.

La incapacidad de evaluar y corregir actitudes que limitan su tiempo disponible, promueve un estancamiento en las condicionantes que favorecen una buena calidad de vida en los/las funcionarios(as) de salud. El mencionado estancamiento inherentemente afecta la concepción de calidad de vida por parte del equipo de salud y condiciona una promoción de la salud sesgada por directrices institucionales, por lo cual se desconoce que la promoción de la salud es un proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud, y así poder mejorar su calidad de vida (OMS, 1986).

6- CONCLUSIONES

Considerando las limitantes de la investigación y la escasa evidencia respecto al tema, así como el desafío impuesto al momento de determinar y establecer percepciones en cuanto a la calidad de vida de un individuo o grupo de estos, en la presente investigación se estableció que la calidad de vida de los/las funcionarios(as) de salud, no presenta una superioridad en cuanto a estilos de vida y aspectos generales de bienestar y salud comparada a la población general. Aunque sí hay un compromiso en cuanto a las condiciones laborales asociadas a la calidad de vida del equipo de salud, ya que estas constituyen variables moduladoras que inciden en la expresión de una calidad de vida satisfactoria así como deficitaria.

Las condiciones laborales del equipo de salud, principalmente la situación contractual y las jornadas laborales inciden en la expresión de factores de riesgo biomédicos en el equipo de salud. Esta situación está dentro del marco legal, por tanto escapa al control local e individual, estableciendo la necesidad de evaluar la carga laboral del equipo de salud.

La tendencia al consumo de tabaco por parte de los funcionarios(as) de salud es consecuente con la selección del hábito de fumar como respuesta a los episodios de estrés, lo que no desmerece que la conducta frente al tabaco está dentro de la tendencia nacional, por lo cual trabajar en salud no garantizaría estilos de vida saludables.

Según Espejo y Fuentes (1999), el sector salud debe expandir su actual ámbito de acción en el mundo laboral y preocuparse no sólo de los riesgos y enfermedades profesionales, sino de la calidad de vida existente en el trabajo, por lo cual los resultados indican que los/las funcionarios(as) no cuentan con mecanismos protectores, los cuales deberían estar implícitos por trabajar en salud y además develan la carencia de los CESFAM en el cuidado del bienestar de su personal, siendo éste un campo no trabajado, además en razón de las exigencias asistenciales se hace necesario establecer políticas de desarrollo humano en los diversos CESFAM.

La exigua diferencia de los/las integrantes del equipo de salud con la población estudiada en la encuesta de calidad de vida, plantea una falta de idoneidad de los instrumentos evaluadores de calidad de vida, así como los objetivos ministeriales imperantes en la política de promoción de la salud. La centralización de las políticas de salud, especialmente las tendientes a la promoción, condiciona la pérdida de variables en determinados grupos que se desenvuelven en la comunidad. Esta aseveración se sustenta en las condicionantes arrojadas en el estudio cualitativo, ya que estas condicionantes explicitan el carácter territorial de la percepción de calidad de vida.

La calidad de vida de los/las funcionarios de atención primaria de salud se construye desde la visión social determinada por eventos familiares y laborales cuya desestabilización incide en la díada salud-enfermedad.

La percepción y significancia de calidad de vida en el equipo de salud se enfrenta a la dualidad impuesta por la institucionalización y tecnocratización de los servicios de salud, que se traduce en un discurso público de líneas gubernamentales y uno privado basado en las construcciones sociales inherentes a su participación en la comunidad. Las diversas acepciones del significado de calidad de vida instauran la necesidad de trabajar la promoción de la salud en el equipo de salud, siendo necesaria la instauración o fortalecimiento y/o ampliación de las áreas de acción de los Comité de Bienestar de cada Centro de Salud Familiar (CESFAM).

Los resultados de la investigación, plantean la necesidad de validar la metodología empleada con un mayor universo, principalmente dado la necesidad de descubrir nuevas variables potencialmente dañinas para la calidad de vida de los funcionarios y que en el caso de esta investigación no se pudieron dilucidar del todo.

En la búsqueda de la idoneidad de los equipos de salud, se hace apropiado invertir en investigar las expectativas y visiones en cuanto a la salud del propio equipo y buscar soluciones para promover la salud y lograr una calidad de vida satisfactoria de los/las integrantes de los CESFAM.

La matrona o el matrócn deben estar capacitados para trabajar con el recurso humano, fomentar el desarrollo institucional y proponer alternativas de mejoramiento de este último, ya que en atención primaria de salud, están llamados a ser líderes proactivos comprometidos con su equipo y la comunidad.

7-BIBLIOGRAFÍA

- 1- ANDERSON, K.; C. BURCKHARDT. 1999. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing* 29(2): 298-306.
- 2- ALBALA, C.; M. CROVETTO; F. VÍO. 2000. Promoción de salud en la transición epidemiológica de Chile. *Revista Chilena de Nutrición* 27(1): 21-9.
- 3- AVILA-FIGUEROA, C.; E. VELARDE-JURADO. 2002. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México* 44(4): 349-361.
- 4- BERGLUND, L.; K. ERICSSON. 2003. Different meanings of quality of life: A comparison between what elderly persons and geriatric staff believe is of importance. *International Journal of Nursing Practice* 9: 112-119.
- 5- CERQUEIRA, M.T. 1996. Promoción de la salud: Evolución y nuevos rumbos. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 120(4): 342-347.
- 6- COLOMER, C.; C. ALVAREZ-DARDET. 2001. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona, España, Masson. 225p.
- 7- CORTÉZ, A. 2001. Calidad de Vida en Chile: Reflexiones críticas sobre las mediciones. *Revista Perspectivas* 5(1): 84-101.
- 8- ELIZALDE, A.; M. HOPENHAYN; M. MAX-NEFF. 1986. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Cepaur. Santiago de Chile. 94p.
- 9- ESPEJO, R.; R. FUENTES. 1999. Promoción de salud desde la perspectiva de la nueva salud pública. *Cuadernos Médicos Sociales* 40(1): 25-30.
- 10- FORATTINI, O.P. 1991. Qualidade de Vida e Meio Urbao. A cidades de Sao Paulo Brasil. *Revista de Saude Pública, Sao Paulo* 25(2): 75-86.
- 11- MCKEVITT, C.; J. REDFERN; V. LA-PLACA; C. WOLFE. 2003. Defining and using quality of life: A survey of health care professionals. *Clinical Rehabilitation* 17: 865-870.
- 12- MEEBERG, A. 1993. Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 18: 32-38.
- 13- SALINAS, J.; F. VÍO. 2002. Promoción de la Salud en Chile. *Revista Chilena de Nutrición* 29(1): 164-173.

- 14- RED PROMO UACH: Seminario-Taller, Valdivia Chile., noviembre 27. 1998.
- 15- STANFORD, R.; C. FONG; D. THOMAS. 2003. Assessing changes in life skills and quality of life resulting from rehabilitation services. *Journal of Rehabilitation* 69(3): 4-9.
- 16- DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN EN SALUD (MINSAL). 2001. Mortalidad por 10 primeras causas específicas de defunción, ambos sexos. Chile. 2001. (Disponible en: <http://deis.minsal.cl/causas/as.asp>. Consultada el: 18 mayo 2004).
- 17- INE. 2000. Indicadores Biodemográficos en Chile, 1995-1999. (Disponible en: http://www.ine.cl/20_compendio/75-110.pdf. Consultada el: 18 mayo 2004).
- 18- INE-MINSAL .2000. Encuesta de Calidad de Vida (Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/cdevid/finalnacional.pdf>. Consultado el: 20 junio 2005)
- 19- CONGRESO NACIONAL DE CHILE. 1995. Estatuto de Atención Primaria. 2000.(Disponible en: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/ley19378.pdf. Consultado el: 30 junio 2005)

ANEXOS

ANEXO I

CUADRO 1 INDICADORES BIODEMOGRÁFICOS EN CHILE, 1995-1999.

Indicador	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa de natalidad (por 1000 Hab.)	19,7	19,3	18,7	18,3	17,6
Tasa de mortalidad general (por 1000 Hab.)	5,5	5,5	5,4	5,4	5,5
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 Hab)	11,1	11,1	10,0	10,3	10,1
Tasa de mortalidad neonatal precoz (por 1000 R. Nacidos vivos)	4,6	4,8	4,5	4,5	4,5
Tasa de mortalidad perinatal (por 1000 R. Nacidos vivos)	9,2	9,3	9,1	8,8	8,6
Tasa de mortalidad materna (por 1000 R. Nacidos vivos)	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2

Fuente: Estadísticas demográficas 1995-1999, INE

ANEXO II

CUADRO 2 MORTALIDAD POR 10 PRIMERAS CAUSAS ESPECIFICAS DE DEFUNCION, AMBOS SEXOS, 2001 CHILE.

Causa de defunción	Número	Tasa	%
Enfermedades isquémicas del corazón	7812	50,7	9,5
Enfermedades cerebrovasculares	7485	48,6	9,1
Enfermedades del hígado	3954	25,7	4,8
Neumonía	3947	25,6	4,8
Otras enfermedades del corazón	3208	20,8	3,9
Diabetes mellitus	2951	19,2	3,6
Tumor maligno de estomago	2932	19,0	3,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias superiores	2787	18,1	3,4
Enfermedades hipertensivas	2743	17,8	3,4
Trastornos mentales y del comportamiento	2206	14,3	2,7
ACUMULADO	40025	259,9	48,9
RESTO	41846	271,7	51,1
TOTAL	81871	531,6	100,0

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL 2000

ANEXO III

CUADRO 3 SATISFACTORES Y SUS ATRIBUTOS

DESTRUCTORES	Al ser aplicados, aniquilan la posibilidad de satisfacción de la necesidad en un plazo mediato.
PSEUDO-SATISFACTORES	Estimulan una falsa sensación de satisfacción.
INHIBIDORES	Sobresatisfacen una determinada necesidad, por lo cual, dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras necesidades.
SATISFACTORES SINGULARES	Apuntan a la satisfacción de una sola necesidad.
SATISFACTORES SINERGICOS	Por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades.

Fuente: Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro, 1986

ANEXO IV

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA

PRESENTACIÓN

Este instrumento forma parte de una Tesis para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile, investigación patrocinada por el Departamento de Salud Municipal de Valdivia.

El objetivo de este cuestionario auto aplicado es conocer la Calidad de Vida de los profesionales y no profesionales de la Atención Primaria de Salud de Valdivia. Agradecemos desde ya su colaboración para responder a cada una de las interrogantes.

A continuación le presento algunos criterios que debe tener en consideración:

- Debe ser respondido **sólo** por usted que ha sido seleccionado/a estadísticamente. No puede ser reemplazado/a por ningún otro miembro del hogar o lugar de trabajo.
- Debe marcar con una **X** el casillero correspondiente a su respuesta.
- Lea cuidadosamente las preguntas y las alternativas correspondientes.
- En el caso del **Ítem III**, se recomienda ver las **definiciones** que se entregan en la **última página** de esta encuesta.
- Agradecemos contestar todas las preguntas.

GRACIAS

EL FORMULARIO SERÁ RETIRADO EL DÍA _____, _____, _____

I. ANTECEDENTES GENERALES. Marque con una X lo que corresponda

1. Su sexo es:

<input type="checkbox"/>	1	Masculino
<input type="checkbox"/>	2	Femenino

2. Su edad está en el rango:

<input type="checkbox"/>	1	Menor 25 años
<input type="checkbox"/>	2	26-31 años
<input type="checkbox"/>	3	32-40 años
<input type="checkbox"/>	4	41-50 años
<input type="checkbox"/>	5	51-60 años
<input type="checkbox"/>	6	Mayor 60 años

3. Su estado Civil:

<input type="checkbox"/>	1	Casado(a)
<input type="checkbox"/>	2	Separada(o)
<input type="checkbox"/>	3	Viudo(a)
<input type="checkbox"/>	4	Soltero(a)
<input type="checkbox"/>	5	Conviviente

II. ANTECEDENTES LABORALES

4. Lugar de trabajo: el establecimiento en que desempeña la mayor parte de su jornada laboral (más del 50% del total de jornada contratada).

<input type="checkbox"/>	1	Centro de Salud Familiar Las Animas
<input type="checkbox"/>	2	Centro de Salud Familiar Niebla
<input type="checkbox"/>	3	Centro de Salud Gil de Castro
<input type="checkbox"/>	4	Centro de Salud Angachilla

5. En total cuántos años ha trabajado en Establecimientos de Atención Primaria de Salud.

<input type="checkbox"/>	1	Menos de 1 año
<input type="checkbox"/>	2	2 a 5 años
<input type="checkbox"/>	3	6 a 10 años
<input type="checkbox"/>	4	11 a 15 años
<input type="checkbox"/>	5	Más de 15 años

6. Qué tipo de cargo desempeña en el Establecimiento:

<input type="checkbox"/>	1	Director o Subdirector
<input type="checkbox"/>	2	Coordinador Clínico, Administrativo, Comunitario,
<input type="checkbox"/>	3	Enf. o Matrona supervisora u homólogos
<input type="checkbox"/>	4	Jefe Sector, Encargado Programas, Encargado de Unidades
<input type="checkbox"/>	5	Sin responsabilidad Administrativa

7.Cuál es su Profesión:

<input type="checkbox"/>	1	Médico
<input type="checkbox"/>	2	Odontólogo
<input type="checkbox"/>	3	Enfermera
<input type="checkbox"/>	4	Matrona
<input type="checkbox"/>	5	Nutricionista
<input type="checkbox"/>	6	Asistente Social
<input type="checkbox"/>	7	Psicólogo
<input type="checkbox"/>	8	Otro profesional paramédico (Kinesiólogo, Educadora Diferencial u otros)
<input type="checkbox"/>	9	Técnico Paramédico
<input type="checkbox"/>	10	Oficial Administrativo
<input type="checkbox"/>	11	Auxiliar de Servicio

8. Sumando todas las horas contratadas por el Departamento de Salud, cuántas horas semanales trabaja:

<input type="checkbox"/>	1	11 horas ó menos
<input type="checkbox"/>	2	12 a 22 hrs
<input type="checkbox"/>	3	23 a 33 hrs
<input type="checkbox"/>	4	34 a 44 hrs
<input type="checkbox"/>	5	Más de 44 hrs

9. Actualmente trabaja para el Departamento de Salud con:

<input type="checkbox"/>	1	Contrato indefinido
<input type="checkbox"/>	2	Contrato a plazo fijo
<input type="checkbox"/>	3	Contrato a Honorarios

III. ASPECTOS GENERALES DE PERCEPCION DE BIENESTAR Y SALUD

10. A continuación hay una serie de preguntas que hacen referencia a cómo se siente en distintos aspectos de su vida y con su estado de salud. Ud. tiene que ponerse nota de 1 a 7.

¿Como se siente?	NOTA						
	1	2	3	4	5	6	7
	Muy mal	Mal	Menos que regular	Regular	Mas que regular	Bien	Muy bien
1 ¿Con la privacidad que tiene donde vive?							
2 ¿Con la cantidad de dinero que entra al hogar?							
3 ¿Con su condición física?							
4 ¿Con su bienestar mental o emocional?							
5 ¿Con la cantidad de diversión que tiene en su vida?							
6 ¿Con la vida familiar?							
7 ¿En su trabajo?							
8 ¿Con su vida en general?							
9 En general...Ud. diría que su salud es:							

11. ¿Cómo diría Ud. Que es su estado de salud actual comparado con el de hace un año?

<input type="checkbox"/>	1	Mucho mejor que hace un año
<input type="checkbox"/>	2	Algo mejor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/>	3	Más o menos igual ahora que hace un año
<input type="checkbox"/>	4	Algo peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/>	5	Mucho peor ahora que hace un año

12. Cuando tiene problemas ¿Tiene Ud. Alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejos?

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Sí, siempre |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Sí, a veces |
| <input type="checkbox"/> | 3 | No, nunca |
| <input type="checkbox"/> | 4 | No necesito, no le gusta hablar, ni pedir ayuda a nadie |

13. ¿Puede recurrir confiadamente a alguien cuando tiene un gasto imprevisto, emergencia económica u otra situación catastrófica?

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Sí, siempre |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Sí, a veces |
| <input type="checkbox"/> | 3 | No, nunca |
| <input type="checkbox"/> | 4 | No necesito, no le gusta pedir ayuda a nadie |

14. ¿Alguien en su hogar o persona cercana, se ha quejado porque Ud. le dedica mucho tiempo a su trabajo?

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Sí, a menudo |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Sí, ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Raramente o nunca |

15. ¿Ud. Se siente nervioso, ansioso, estresado en su vida en general?

- | | | |
|--------------------------|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Rara vez o nunca |

16. ¿Ud. Tiene dificultades para quedarse dormido o despierta y no puede volverse a dormir?

- | | | |
|--------------------------|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Rara vez o nunca |

17. ¿Qué hace Ud. preferentemente cuando está bajo mucho estrés o con mucha tensión? (marque solo una)

<input type="checkbox"/>	1	Fuma
<input type="checkbox"/>	2	Sale
<input type="checkbox"/>	3	Come
<input type="checkbox"/>	4	Se sirve un trago
<input type="checkbox"/>	5	Le grita a la primera persona que lo hace enojar (vendedor, en el estacionamiento, a sus hijos, a su pareja)
<input type="checkbox"/>	6	Busca estar solo
<input type="checkbox"/>	7	Ve TV, escucha música, lee, juega en el computador
<input type="checkbox"/>	8	Prefiere orar, meditar, contemplar
<input type="checkbox"/>	9	Duerme
<input type="checkbox"/>	10	Realiza algún tipo de actividad física, gimnasia, limpia la casa
<input type="checkbox"/>	11	Respira profundo, descansa
<input type="checkbox"/>	12	No hace nada
<input type="checkbox"/>	13	No se siente estresado

18. En general Ud. diría que su estilo de vida, es decir, la forma en que se relaciona, trabaja, se recrea y se alimenta es:

<input type="checkbox"/>	1	Muy mala
<input type="checkbox"/>	2	Mala
<input type="checkbox"/>	3	Menos que regular
<input type="checkbox"/>	4	Regular
<input type="checkbox"/>	5	Más que regular
<input type="checkbox"/>	6	Buena
<input type="checkbox"/>	7	Muy Buena

19- ¿Cuántas veces a la semana Ud. almuerza o come fuera de la casa, en casinos u otros, incluyendo los días de trabajo?

<input type="checkbox"/>	1	Nunca come fuera de la casa
<input type="checkbox"/>	2	1 a 3 veces a la semana
<input type="checkbox"/>	3	4 a 5 veces a la semana
<input type="checkbox"/>	4	6 a 7 veces a la semana
<input type="checkbox"/>	5	Más de 7 veces a la semana

20- ¿Ud. Le agrega sal a las comidas en la mesa?

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nunca |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Cuando la comida no tiene suficiente sal |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Siempre, antes de probar la comida |

21- ¿Con qué frecuencia en la semana Ud. consume los siguientes alimentos? (marque las que correspondan)

Alimentos	1. Todos los días	2. 2 ó 3 veces por semana	3. 1 vez a la semana	4. 1 ó 2 veces al mes	5. Rara vez o nunca
1- Frutas, verduras					
2- Legumbres					
3- Carne de vacuno					
4- Carne de chanco, cordero, cecinas, vísceras, pana, chunchules, riñones					
5- Mayonesa, queso, papas fritas, sopaipillas u otras frituras					
6- Carne de pollo, pavo, pescado					
7-Leche, quesillo, yoghurt					

22. ¿En relación con su actividad física ¿con qué frase se siente más representado? (marque solo una)

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Estoy básicamente sentado y camino poco |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Camino bastante pero no realizó ningún esfuerzo vigoroso |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Hago esfuerzos vigorosos frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Mi actividad es básicamente vigorosa y de mucha actividad |

23. ¿En el último mes practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo durante 30 minutos, o más, cada vez?

- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | 3 o más veces por semana |
| <input type="checkbox"/> | 2 | 1 a 2 veces por semana |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Menos de 4 veces en el mes |
| <input type="checkbox"/> | 4 | No practicó deporte en el mes |

24. Si Ud. no practicó deporte en el último mes o lo hizo menos de 4 veces en el mes, indique ¿Cuál es la principal razón para no haber practicado más actividad física? (marque sólo una)

- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Porque su salud no se lo permite |
| <input type="checkbox"/> | 2 | No le interesa o no le motiva |
| <input type="checkbox"/> | 3 | No tuvo tiempo |
| <input type="checkbox"/> | 4 | No tiene lugares donde hacerlo |
| <input type="checkbox"/> | 5 | No le alcanza la plata para hacerlo |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Otros |

25. ¿En su familia se permite fumar dentro de la casa? (marque sólo una)

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nunca |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Sí, en ocasiones (fiestas, visitas) |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Sí, algunas personas pueden fumar |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Sí, está permitido para todas las personas |

26. ¿Ha fumado Ud. en el último mes?

- | | | |
|--------------------------|---|----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | SÍ |
| <input type="checkbox"/> | 2 | NO |

27. ¿Toma desayuno?

- | | | |
|--------------------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Todos los días |
| <input type="checkbox"/> | 2 | A veces |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Nunca |

28. ¿Actualmente Ud. está haciendo algo para mantener controlado su peso, es decir, para no subir de peso?

- | | | |
|--------------------------|---|----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | SÍ |
| <input type="checkbox"/> | 2 | NO |

29. ¿Durante los últimos 12 meses se ha realizado algún chequeo de salud por algún profesional de la salud? (marque sólo una)

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Sí, en una institución pública o privada |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Sí, en farmacia, en la comunidad u otro lugar |
| <input type="checkbox"/> | 3 | NO |

30. ¿Cómo considera que es su peso?

- | | | |
|--------------------------|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Bajo peso |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Normal |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Obeso (a) |
| <input type="checkbox"/> | 5 | No sabe |

DEFINICIONES PARA RESPONDER ITEM III

Pregunta 1:

1-Privacidad que tiene donde vive: Es el espacio para desarrollar actividades de la vida diaria sin interferencia de otras personas.

3-Condición Física: Es la imagen corporal que la persona tiene de sí misma o de su aspecto físico.

4-Bienestar mental o emocional: Bienestar mental o emocional muy bueno es sentirse libre de problemas afectivos, sin preocupaciones emocionales, sin estrés, sin ansiedad, libre de enfermedades o trastornos mentales como falta de concentración, falta de memoria, depresión o angustia.

Pregunta 6:

Sentirse Estresado: Es estar sobrepasado en la capacidad para responder a presiones ejercidas desde el medio ambiente (trabajo, estudio, hogar, en su vida personal, etc.). Es sentirse exigido a responder y estar en estado de alerta permanente, preocupado, nervioso, ansioso.

Pregunta 17:

Tomar Desayuno: Es consumir alimento líquido (té, leche, jugo, café, yoghurt, etc.) y/o sólido (pan, galletas, cereales ,frutas, etc.) antes de las 11:00 horas, habitualmente.

ANEXO V

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

I) PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA

¿Que significa para usted Calidad de Vida?

¿Cómo debería ser, según usted, una buena Calidad de Vida?

¿Y una mala Calidad de Vida?

¿Cómo ve usted su Calidad de Vida?

¿Qué la facilita? De los aspectos que la facilitan ¿Cuál es el más importante? ¿Por qué?

¿Qué la dificulta? De los aspectos que la dificultan ¿Cuál es el más importante? ¿Por qué?

II) CALIDAD DE VIDA Y SALUD

¿Qué es para usted estar sano/a?

Basándose en su respuesta anterior ¿Se considera usted una persona sana?

A su parecer ¿En que se debería poner énfasis para mantenerse saludable?

Basándose en lo anterior ¿Cual es su opinión respecto a las actividades que se realizan en los consultorios para promocionar la salud?

¿Establece alguna relación entre salud y Calidad de Vida?

¿Qué lo/la motiva o motivaría a mantenerse sano/a? ¿Por qué?

¿Qué lo/la desmotivaría? ¿Por qué?

III) CALIDAD DE VIDA Y ENTORNO LABORAL

¿Le agrada la labor a la cual se dedica?

¿Se siente satisfecho/a con su desempeño?

¿Qué la/lo motivó a trabajar en salud?

Actualmente ¿Se siente igual de motivado/a? ¿Qué ha cambiado? ¿A que cree usted que se deban los cambios?

¿Cómo considera la calidad de su entorno laboral? (Recurso material y humano)

¿Afecta su trabajo a su Calidad de Vida?

IV) USO DEL TIEMPO Y CALIDAD DE VIDA

¿En que utiliza su tiempo libre?

¿Hay elementos que le impidan disfrutar su tiempo libre?

¿Realiza tareas propias de su trabajo en su tiempo libre? ¿Eso le satisface? ¿Y a su familia?

¿Se siente satisfecho/a con la cantidad de tiempo libre que posee?

¿Se siente satisfecho/a con las actividades que desarrolla en su tiempo libre?

¿Cuánto de ese tiempo libre lo dedica exclusivamente a usted? ¿Cómo se siente con esto?

ANEXO VI
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha solicitado participar en el estudio de investigación titulado: Estudio de la calidad de vida en funcionarios(as) de atención primaria de salud, y se me han explicado los objetivos.

Asimismo, se me ha dado a conocer que:

- 1- No se me aplicará ningún procedimiento o intervención que ocasione riesgos para mi salud.
- 2- Responderé a una Encuesta, cuyas preguntas he leído y he comprendido.
- 3- Accederé a que se me entreviste sobre el tema si fuera necesario.
- 4- Los datos y resultados obtenidos son de carácter estrictamente confidencial y su uso sólo comprenderá fines académicos y de investigación.
- 5- Al participar del estudio, yo estoy de acuerdo en que se disponga de los datos recolectados mediante la encuesta y/o entrevista que se me solicite contestar para los fines citados
- 6- Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin mediar explicación alguna.

Este consentimiento está dado voluntariamente, sin que se haya ejercido ningún tipo de presión para su aceptación.

Investigador Responsable

Funcionario(a) participante

Valdivia,.....del 2004

ANEXO VII

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha solicitado participar en el estudio de investigación titulado: Estudio de la calidad de vida en funcionarios(as) de atención primaria de salud, y se me han explicado los objetivos.

Asimismo, se me ha dado a conocer que:

- 1- No se me aplicará ningún procedimiento o intervención que ocasione riesgos para mi salud.
- 2- Responderé una entrevista la cual será de carácter individual y anónima.
- 3- Accederé a que la entrevista sea grabada para fines de transcripción de la información.
- 4- Los datos y resultados obtenidos son de carácter estrictamente confidencial y su uso sólo comprenderá fines académicos y de investigación.
- 5- Al participar del estudio, yo estoy de acuerdo en que se disponga de los datos recolectados mediante la entrevista que se me solicite contestar para los fines citados.
- 6- Yo podré retirarme del estudio en cualquier momento sin mediar explicación alguna.

Este consentimiento está dado voluntariamente, sin que se haya ejercido ningún tipo de presión para su aceptación.

Investigador Responsable

Funcionario(a) participante

Valdivia,.....del 2004