

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PERCEPCIÓN DEL USUARIO EXTERNO URBANO DEL CENTRO DE SALUD
FAMILIAR DE CASTRO

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al
Licenciado en Enfermería.

CECILIA JESSICA CHEUQUEPIL OJEDA
VALDIVIA-CHILE
2007

Profesor patrocinante:

Nombre : Sra. Gema Santander
Profesión : Enfermera
Grado : Magíster en Salud Pública

Instituto de Enfermería
Facultad de Medicina
Firma:

Profesores informantes:

- 1) Nombre : Sra. Yannet González Castro
Profesión : Enfermera
Grado : Especialista en Salud Familiar y Comunitaria

Instituto de Enfermería
Facultad de medicina
Firma

- 2) Nombre : Sra. Marta Lobos
Profesión : Enfermera
Grado : Magíster en Comunicación

Instituto de Enfermería
Facultad de Medicina
Firma

Fecha de examen de Grado: 18 de enero de 2007.-

INDICE

1. RESUMEN	5
2. SUMMARY	6
3. INTRODUCCIÓN	7
4. MARCO TEORICO	8
5. OBJETIVOS	22
6. MATERIAL Y MÉTODO	24
7. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES	26
8. ANALISIS DE RESULTADOS	32
7. DISCUSIÓN	70
8. CONCLUSIÓN	75
9. BIBLIOGRAFÍA	78
10. ANEXOS	80

1. RESUMEN

La tesis desarrollada es el primer estudio que indaga las percepciones de los usuarios externos urbanos en el Centro de Salud Familiar de Castro, este tema surge por el interés conjunto de la dirección del establecimiento y la estudiante tesista de enfermería.

Para recoger la información se aplicó una encuesta de satisfacción usuaria y la observación a una muestra no probabilística por cuotas de 56 usuarios/as de la atención primaria. Los resultados fueron analizados a través por los programas Epi info versión 3.3.2 y Microsoft® Excel 2002.

Con los resultados se realizó una caracterización de la población a través de un perfil sociodemográfico y de accesibilidad. Se valoró la calidad del trato otorgado por los funcionarios, características de la atención profesional e importancia asignada al tiempo, trato, explicaciones, disponibilidad de medicamentos y se clasificó las condiciones de los elementos básicos de la infraestructura.

Este estudio buscó, también cuantificar el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, farmacológicas y las prácticas complementarias utilizadas por la población urbana de la comuna. Se recogió la opinión de los usuarios/as en relación a los aspectos positivos y negativos de la atención y además propusieron sugerencias para mejorar la calidad de la atención en el Centro de Salud Familiar de Castro.

Enfermería es agente de cambio y como tal comparte la responsabilidad junto con el equipo de salud de iniciar un ciclo continuo de consulta a la comunidad, para conocer sus percepciones y expectativas de la atención que reciben en el ámbito sanitario, para que consideren las sugerencias sobre cuales serían los mecanismos de satisfacción a sus requerimientos de buena atención.

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran satisfacción en la mayoría de los aspectos estudiados, sin embargo la población está disconforme con los prolongados tiempos de espera, la disponibilidad de horas médicas y odontológicas, así como también con los servicios higiénicos.

2. SUMMARY

The developed thesis is the first study which investigates the perceptions of urban external users in Health Center of Family in Castro; this topic born for the joint interest of the direction of the establishment and the nurcery thesist student.

To get this information we applied a survey satisfaction user's we and the observation of a sample not probability for share of 56 users of the primary care. The results were analyzed ahrought the programs Epi info version 3.3.2 and Microsoft® Excel 2002.

With the results a characterization of the population was realized across a profile social demographic and of accessibility. There were valued the quality of the dealing granted by the civil servants, characteristics of the professional attention and importance assigned to the time, dealing, explanations, availability of medicines and classified the conditions of the basic elements of the infrastructure.

This study search, also to quantify the fulfillment of the therapeutic indications, pharmacological and the complementary practices used by the urban population of the commune. The opinion of the users was gathered in relation to the positive and negative aspects of the attention and they proposed suggestions to improve the quality of the attention in the Center of Family Health of Castro.

Nurce is an agent of change and as such shares the responsibility together with the equipment of health of initiating a constant cycle of consultation to the community, to know her perceptions and expectations of the attention that receive in the sanitary area, in order that it contributes the answers on which they would be the mechanisms of satisfaction to his requirements of good attention.

The results obtained in investigation is they demonstrate satisfaction in the majority of the studied aspects, nevertheless the population is differing with the long times of wait, the availability of medical hours and dentist, as well as also with the hygienic services.

3. INTRODUCCIÓN

La manera de otorgar los servicios de salud en los últimos años ha cobrado importancia, ya que al sistema han ingresado premisas que le eran propias a las empresas, primero fue el sector privado y actualmente se ha sumado el sistema público.

Existe una creciente necesidad de conocer el nivel de satisfacción que los usuarios obtienen de sus sistemas de atención en salud y es la definición de calidad percibida por ellos la más aceptada. Esta faculta al usuario como único juez de la calidad. Esta dimensión es cada vez más relevante para la formulación y evaluación de las políticas sociales en el ámbito sanitario.

Desde hace un tiempo existe la inquietud por parte de la Dirección del Centro de Salud Familiar de la comuna de Castro, por determinar desde la óptica del usuario externo su situación respecto a la Satisfacción y Calidad que experimentan con el servicio existente. Durante el internado de Enfermería me he interiorizado con el tema, lo que ha llevado a diseñar esta investigación. Los Servicios de Enfermería tienen el potencial para entregar atención de calidad (humana y técnica) a los usuarios.

La tesis a desarrollar tiene por objeto medir el grado de Satisfacción percibida por los usuarios externos urbanos en los siguientes Programas:

- Salud de la mujer
- Infantil y Adolescente
- Adulto
- Adulto mayor y
- Extensión horaria.

Se evaluarán aspectos como: accesibilidad, tiempo de espera, información sobre el estado de salud, indicaciones y tratamientos, disponibilidad de medicamentos en farmacia, calidad del trato en el proceso de atención, utilización de medicinas complementarias por parte de los usuarios, durante los meses de octubre – diciembre de 2005.

4. MARCO TEORICO

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las expectativas legítimas¹ de la población respecto de los servicios de salud que recibe se relacionan con tres aspectos fundamentales: el respeto a los derechos de las personas (dignidad, autonomía y confidencialidad); la satisfacción de sus requerimientos como consumidores u orientación al usuario (comodidad, oportunidad, libertad de elección) y la aspiración por tener un sistema justo (justicia financiera). (1)

El respeto a las personas se refiere a la interacción de los individuos con el sistema, incluye aspectos como: respeto por la dignidad de las personas y a sus derechos humanos; respeto por la autonomía de los individuos, es decir la capacidad de decidir sobre su propia salud y el respeto por la confidencialidad. La orientación al usuario en cambio, alude a aspectos como: la pronta atención de las necesidades de salud, que incluye la atención inmediata de urgencias y esperas razonables, las comodidades básicas de los servicios de salud, tales como la limpieza y amplitud de los recintos. (1)

Esta propuesta de orientar los servicios hacia las demandas de quienes los utilizan está cada día más presente en los profesionales, gestores y planificadores del ámbito sanitario. Siendo la mejora en la satisfacción de los ciudadanos una de las metas centrales dentro del desarrollo del sistema de salud chileno. Entre las razones que fundamentan la importancia de incorporar estas metas están las siguientes:

- Las quejas más relevantes de la población son referentes al maltrato y la insatisfacción con la atención.
- La respuesta a las necesidades de las personas representa la concreción de muchos de sus derechos en salud.
- Una buena orientación al usuario contribuye a mejor adhesión con el tratamiento y mayor entrega de información para el diagnóstico.
- En principio el sistema puede superar estos problemas sin grandes inversiones.
- Los efectos de una mayor satisfacción a las expectativas del usuario son rápidamente perceptibles a diferencia de los logros en la salud de la población que pueden ser más lentos y difíciles de identificar por las personas.(1)

¹ OMS usa el término expectativas “legítimas” por considerar que pueden existir expectativas frívolas, es decir no toda expectativa sobre el sistema es necesariamente válida.

En el siglo que comienza, nuestro país enfrenta cuatro desafíos sanitarios, uno de ellos, hace referencia a “*Prestar servicios acordes a las expectativas de la población*” su objetivo de impacto apunta a *Aumentar el grado de satisfacción con su sistema de salud* y para ello la autoridad sanitaria se ha propuesto:

- Incorporar la medición de la satisfacción de las expectativas poblacionales en la gestión de los establecimientos asistenciales públicos y privados del país.
- Generar un mecanismo de incentivos que favorezca la realización de acciones orientadas a resolver de mejor forma las expectativas de los usuarios.
- Establecer mecanismos de recepción y respuesta a los reclamos de los pacientes.
- Implementar la ley de derechos de los pacientes.
- Promover la participación del voluntariado, de los grupos de ayuda mutua y de los familiares y cuidadores de enfermos como elementos de soporte al proceso asistencial.
- Existencia de mecanismos de medición rutinaria de satisfacción de usuarios en todos los establecimientos de salud e intervenciones pertinentes para mejorarla. (www.MINSAL.cl/ objetivos_ sanitarios para la década 2000-2010.)

Diferentes estudios han indagado respecto de las percepciones y expectativas de los chilenos sobre el sistema de salud, entre estos destacan:

- a) Encuesta Feedback⁴ de alcance nacional, encargada por la Comisión Interministerial para la Reforma de salud. La muestra estuvo integrada por hombres y mujeres, de diferentes edades, nivel socioeconómico y adscripción a Isapres o Fonasa. Según este estudio, una prestación es de calidad cuando cumple con las siguientes características:
 - Eficaz: entendida como solución al motivo que orienta la consulta.
 - Informada: basada en la explicación del síntoma, diagnóstico, de las posibilidades de evolución futura y de las medidas a implementar por parte del paciente.
 - Dedicada, deferente y amable.
 - Profesional: en el sentido de estar guiada por conocimientos técnicos.
 - Completa: involucrar especialistas, fármacos, exámenes y derivaciones en general, cuando el paciente perciba que es necesario.
 - Oportuna: a tiempo y cuando es necesaria.

De la revisión de estas características se desprende que los aspectos no médicos de la atención que son valorados por los chilenos son: *El derecho a la información, el trato digno y la oportunidad de la atención.* (1)

⁴ Feedback consultores. Estudio inicial de percepción del usuario. Estudio encargado por el MINSAL, comisión reforma 2000.

- b) El Informe Mundial de la Salud (OMS 2000) colocó a Chile en el lugar 45 dentro de 191 países analizados respecto de la capacidad de respuesta a las expectativas de la población. En América, Chile aparece por sobre México, Cuba y Costa Rica entre otros, y bajo Estados Unidos, Canadá, Argentina y Uruguay.

Chile muestra un desempeño sobre el promedio de los países en capacidad de respuesta para los elementos (en orden decreciente): confidencialidad, acceso a redes sociales, calidad de comodidades básicas y prontitud de acceso. En cambio, muestra un desempeño bajo el promedio para dignidad, capacidad de elección del proveedor y autonomía. (1)

Otros estudios muestran además una alta valoración de las comodidades básicas, la existencia de los nuevos establecimientos público que cuenten con instalaciones modernas y acceso a recursos tecnológicos.

El sistema de salud chileno no cumple satisfactoriamente con las expectativas de la población. Los chilenos están disconformes con los servicios que reciben y que se sienten desprotegidos frente a eventuales necesidades de salud. Hay malestar por el mal trato que se recibe en los establecimientos públicos de salud. (1)

La Reforma de Salud partió impulsando el Proyecto de Ley sobre Derechos y Deberes del Paciente. La Ministra de Salud de la época (2001), declaró “Partimos por éste, porque las personas no sólo necesitan una salud, que sea oportuna, de mejor calidad técnica y con protección financiera, sino que también una con calidad humana y trato digno...” ésta es la principal demanda de la ciudadanía expresada en los más de 300 encuentros comunales realizados a nivel nacional entre marzo y abril de 2001. (2)

Actualmente la Carta de Derechos del Paciente elaborada por el Ministerio de Salud es Ley de la República, y expresa lo siguiente (3):

1. Recibir atención de salud sin discriminación.
2. Conocer al personal que lo atiende; el que deberá portar una identificación para facilitar su relación con él.
3. Recibir información y orientación sobre el funcionamiento y servicios del establecimiento donde se atiende (horarios de atención, régimen de visitas, administrativos y relacionados con la atención requerida por el paciente, etc.)
4. Formular felicitaciones, sugerencias o reclamos, en forma responsable y recibir respuesta escrita cuando corresponda.
5. Recibir atención de emergencia las 24 horas del día, en cualquier Servicio de Urgencia Público.
6. Acceso a la información y resguardo de la confidencialidad de su ficha clínica.

7. Decidir libremente si acepta someterse como paciente a actividades de docencia e investigación médica: En aquellos establecimientos que desarrollan esta actividad, su colaboración es necesaria para la formación práctica de profesionales de la salud. Pero debe ser informado previamente.
8. Informarse sobre riesgos y beneficios de procedimientos, diagnósticos y tratamientos que se le indiquen, para decidir respecto de la alternativa propuesta: Sólo una vez que haya sido debidamente informado, usted podrá otorgar su consentimiento para dar inicio al tratamiento.
9. Recibir indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le receten. (3)

La Percepción

Al indagar en el ser humano como se percibe la satisfacción/insatisfacción, se encuentra que es captada a través de un proceso cognoscitivo, “el punto donde la cognición y la realidad se encuentran”. Nos referimos a la percepción, proceso complejo de organización e interpretación de datos sensoriales (sensación) que entran para desarrollar la conciencia del entorno y de uno mismo. (4)

“Las percepciones están determinadas por motivos cambiantes, las emociones, los valores, las metas, los intereses y las expectativas”(4). Si es así, entonces ¿Cómo se podrá realmente dar satisfacción a las expectativas de los usuarios de la Atención Primaria?. Si son tan individuales cómo quién lo experimenta.

Existen puntos comunes en los procesos vitales mínimos e indispensables que ocurren en las personas (biológicos, psicológicos y sociales) para subsistir como los descritos por Inés Astorquiza M. en el Modelo de Necesidades Humanas.

La demanda de atención se origina principalmente por una ruptura de la homeostasis de la dimensión biológica, el instinto de conservación que la rige condicionada por la edad, el aprendizaje y los patrones de comportamiento social llevan a consultar en las instituciones de salud (5).

En la percepción de la calidad de la atención se encuentra involucrada las esferas psicológicas y sociales, en los procesos de conocimiento, comunicación, status-poder y prestigio se encuentra la génesis de la satisfacción/insatisfacción que los usuarios vivencian al interactuar con sus sistemas de salud (5).

Enfermería cumplirá su acción participando en la identificación del mecanismo de expresión, determinando la calidad de los requerimientos en salud y orientando y educando a la comunidad para que logre el cumplimiento por sí sola con el mecanismo de satisfacción (5).

La satisfacción se da en la medida que los requerimientos identificados sean en cantidad, calidad y culturalmente acorde a las necesidades humanas de los usuarios (5).

La reforma de la atención sanitaria no tendrá éxito si no se conocen y utilizan de forma explícita los valores, las creencias y las prácticas de tipo cultural. El reconocimiento y descubrimiento creativo de los individuos, las familias y los grupos, con sus prácticas asistenciales, valores, expresiones, creencias y acciones basadas en sus estilos de vida y su cultura, para procurar una asistencia eficaz, satisfactoria y coherente desde el punto de vista cultural. Si la práctica de enfermería no consigue reconocer los aspectos culturales de las necesidades humanas, aparecerán signos de prácticas de atención de enfermería menos beneficiosas o eficaces, e incluso evidencias de insatisfacción con los servicios prestados, lo que constituye un límite para la curación y el bienestar. (6)

Respecto a la calidad, las actuales corrientes de marketing de los servicios poseen al usuario/cliente como único juez de la calidad, siendo la calidad percibida la definición más aceptada y utilizada como medida de la satisfacción, aunque hemos visto que tiene inconvenientes al estar influenciada por las circunstancias que rodean a la medición, la experiencia personal, el conocimiento, el ambiente psicológico y externo de las personas.

Sin embargo, la calidad de la atención es primordial medirla para cualquier organización productora de bienes o servicios. En lo que respecta a organizaciones de salud a nivel nacional, las prioridades son:

- Dar una atención centrada en el respeto a los usuarios, sus necesidades y derechos.
- Cautelar que las decisiones clínicas sean las adecuadas de acuerdo a la mejor ciencia y recursos disponibles (eficiencia, eficacia).
- Garantizar ambientes y equipos seguros y cómodos.

La función del estado en estas materias es garantizar la mejoría de la calidad, asegurando un determinado nivel base a la población. (1)

Centro de Salud Familiar de Castro

La ciudad de Castro fue fundada en el siglo XVI (1567) por Martín Ruiz de Gamboa, se encuentra en el centro de la isla de Chiloé, ubicada entre los 42°29'10" de latitud sur y los 73°48'15" latitud oeste, emplazada en una terraza entre los 35 - 50 metros sobre el nivel del mar, al borde de una ensenada (ver mapa). (7)

Figura 1. Mapa de la comuna de Castro.



Su población está formada por 39.366 habitantes, viven en el área urbana 29.148 personas, siendo 14.937 mujeres y 14.211 hombres. El nivel educacional de los mayores de 10 años urbanos es de 4.029 personas con enseñanza básica incompleta, 1.395 con educación básica completa; 2156 con estudios medios incompletos y 2551 terminaron la educación media. (INE, censo 2002,8).

En su evolución histórica este sector fue habitado por indígenas chonos y huilliches. Actualmente la población urbana con ascendencia indígena es de 2.684 personas que pertenecen a diversos grupos étnicos como muestra la tabla 1.

GRUPO ÉTNICO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Alacalufe	27	20	47
Atacameño	4	2	6
Aimara	8	8	16
Colla	0	0	0
Mapuche	1295	1295	2590
Quechua	3	5	8
RapaNui	2	4	6
Yámana	4	7	11
TOTAL	1343	1341	2684

Atención Primaria (9)

El modelo de atención primaria en salud surge al aumentar la complejidad de los problemas de salud que afectan a la sociedad derivados del estilo de vida moderna que necesitan de una propuesta integral, con una visión de las distintas disciplinas que interactúan en el bienestar de las personas.

Sus objetivos:

- Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentando la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de otros.
- Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la solución oportuna y eficiente de la demanda por las enfermedades.
- Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

A este modelo de atención primaria accede casi el 50% de la población chilena, 7.490.508 personas, beneficiarias del sistema público de salud (Fonasa A, B, C y D).

En la comuna de Castro acceden desde enero de 1998, primero como consultorio general urbano; dependiente de la Corporación municipal por la salud, educación y atención del menor. Sus beneficiarios ascienden a 19.523 familias inscritas, en promedio son 1,83 inscritos por familias. Son 18.873 beneficiarias (categoría femenina) y 16.891 beneficiarios (categoría masculino) ver tabla 2.

SEXO	POBLACIÓN
Femenino	18873
Masculino	16891
sin/información	17
Total	35781

Fuente: Información proporcionada por Cefsam oficina de Percápita 2005 (10).

El Centro de Salud Familiar de Castro tiene como misión:

Elevar el nivel de vida de la comunidad de Castro, a través de acciones sanitarias de calidad, en el marco del modelo de salud familiar.

Su visión

Una comuna saludable, con un sistema de atención primaria integrado a la red, altamente resolutivo, con personal de excelencia, respetuoso de las capacidades de las personas, que interacciona con una comunidad comprometida participativa y autogestora de su salud.

La organización es a través de cuatro sectores, los cuales son identificados a través de colores.

- Amarillo, contempla la siguiente población:

Urbano: Villa Guarello, Villa San Francisco, Plaza Prat, Castro Residencial, Centro Bahía de Castro y Matadero. Los que se encuentran agrupados en las juntas de vecinos N° 34, 35, 6, 7, 8.

Rural: Curahue, Rilán y Nercón.

- Azul, contempla la siguiente población:

Urbano: Parque Galvarino Riveros, Villa Palmira, Padre Hurtado, Manuel Bulnes, Villa Archipiélago, Avda. Galvarino Riveros, Cardenal Raúl Silva Henríquez, Plan 2000, Vista hermosa, René Schneider, Autoconstrucción, Alonso de Ercilla, Población Empleador, Inés de Bazán. Estos agrupados según juntas vecinales N° 1 (norte) y 2.

Rural: Puyan, Pid Pid, Llau Llau, Auquilda, Piruquina, agrupados según la existencia de estaciones de salud rurales o postas.

- Rojo, contempla la siguiente población:

Urbano: Cerro Millantuy, Martín Ruiz de Gamboa, Hogar Alonso de Ercilla, Clara Barton, Arturo Prat, 1 y 2, Villa los presidentes, Población Lautaro, Galvarino Rivero, Camilo Henríquez, Yungas. Los que se encuentran agrupados en las juntas de vecino n° 1 (sur) y 3.

Rural: Yutuy, Isla Chelín, San Pedro, Puacura, San José, Putemún, Pastahue, Astillero, Tey.

- Verde, contempla la siguiente población:

Urbano: Castro residencial 2, Galvarino Riveros céntrico, Manuel Rodríguez, O'higgins, Juan Soler, el tejero (punta diamante) Pedro Montt; agrupados según juntas vecinales N° 9,10,36,4 y 5.

Rural: Isla Quehui, Llicaldad, La Chacra, Quilquico y Ten Ten.

Los sectores atienden a la comunidad urbana y rural, para este estudio describiremos más detalladamente la población urbana. Los usuarios urbanos ascienden a 24.877, los que reciben atención en sus respectivos sectores según la ubicación geográfica de su residencia. La población de cada sector se caracteriza según sexo y edad como muestra la tabla 3.

Tabla 3. Distribución por sexo y edad de los usuarios urbanos sectorizados del centro de salud familiar.									
Sector	Azul		Amarillo		Rojo		Verde		Total
Sexo	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
Edad	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	Total
Menores de 15 años	1091	1089	676	694	1048	965	695	790	7048
15 – 64 años	2482	2143	1807	1588	2520	2168	1897	1842	16447
65 y más años	198	152	178	117	129	206	231	171	1382
TOTAL	3771	3384	2661	2399	3697	3339	2823	2803	24877

Fuente: Elaborada con información, obtenida en oficina Percápita. Diciembre de 2005 (10).

El recurso humano con el que cuenta cada sector es un médico, una enfermera/o, un/a matrn/a, dos técnico paramédicos, cada profesional cuenta con un par de apoyo que cubre dos sectores. En general cuenta con:

Médicos: siete.

Enfermero(as): nueve.

Matrn(as): cinco.

Nutricionista: cuatro.

Tecnólogos médicos: dos.

Kinesiólogos: tres.

Dentistas: tres.

Psicólogos: dos.

Técnicos paramédicos: veintitrés.

Administrativos: diez.

Auxiliares de Servicio: cinco.

Choferes: dos.

Los recursos físicos se distribuyen en aproximadamente 1300 mt. Cuadrados que contienen:

2 box de preparación de pacientes, sector verde-rojo y amarillo- azul.

3 box de atención dental.

1 box de asistente social.

1 box para esterilización.

1 box de vacunatorio.

1 box de atención de la sicóloga.

1 box de sala de IRA.

1 box sala ERA/ toma de muestra para exámenes.

1 box del equipo Cardiovascular.

1 box de curaciones.

1 box de electrocardiograma.

1 oficina de entrega de alimento.

1 oficina Percápita.

1 oficina programa de salud del ambiente.

1 oficina de Dirección.

1 sala de reuniones.	1 SOME.
1 sala de computación.	
1 laboratorio.	1 baño para personas minusválidas.
1 farmacia.	2 baños públicos.
1 casino.	4 box de atención enfermera/o.
1 vestidor.	4 box atención matron/a.
2 bodegas (aseo y rural).	4 box atención médica.
1 bodega de leche.	4 bóx atención nutricionista.
3 baños para el personal.	

El modelo de atención primario cuenta con programas de atención, a continuación se describe aquellos programas en que se encuestaron usuarios/as.

1. Salud del Adulto (PSA) (9)

El Programa de Salud del Adulto (PSA) comprende un conjunto de acciones y recursos dirigidos a mantener -e idealmente mejorar- el nivel de salud de la población de 20 a 64 años, prevenir las enfermedades “prevenibles” y otorgar atención médica oportuna y de calidad cuando ésta se requiera.

1.1 Objetivos

- Mejorar el nivel de salud de la población adulta y contribuir a su mantención a través de la adopción de un “estilo de vida saludable”.
- Contribuir a reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.
- Satisfacer las necesidades de atención médica de la población adulta y procurar una atención resolutive.
- Mejorar la oportunidad del diagnóstico y asegurar el tratamiento de aquellas enfermedades no transmisibles controlables, como medio para reducir la mortalidad prematura y la discapacidad asociada a sus complicaciones.
- Contribuir a rehabilitar al adulto en caso de que lo requiera.

1.2 Prestaciones

- a) Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA)
- b) Control de enfermedades crónicas: hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, etc.
- c) Consulta médica
- d) Consulta con enfermera
- e) Consulta nutricional

- f) Educación grupal
- g) Visita domiciliaria
- h) Consulta médica de especialidad y/o hospitalización

2. Salud de la Mujer (9)

2.1 Objetivo

- Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que introduzca la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

Las actividades programáticas están subdivididas de acuerdo al nivel de atención, en el nivel primario corresponde: énfasis en actividades de tipo promocional (consejería) y preventivo (control prenatal, de regulación de fecundidad, ginecológico preventivo, climaterio, etc.) y consultas de morbilidad general obstétrica-ginecológica y oncológica.

Los controles, en sus diferentes modalidades, están establecidos de acuerdo a normas técnicas del Programa: las consultas de morbilidad se dan por demanda espontánea en el establecimiento respectivo o Servicio de Urgencia; la referencia a los niveles de mayor complejidad y capacidad resolutoria es realizada desde el establecimiento de atención primaria y, en casos de urgencia, la población acude directamente a los servicios de urgencia gineco-obstétrica disponibles.

3. Salud Infantil (9)

El Programa de Salud del Niño tiene como finalidad contribuir con estrategias de promoción al desarrollo integral y armónico del niño (a) menor de 10 años, a través de actividades de fomento, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación del daño, que permitan la plena expresión de su potencial genético y una mejor calidad de vida.

3.1 Objetivos

- Contribuir a mejorar la calidad de vida del niño/a.
- Identificar y disminuir el impacto que tienen sobre la salud del niño/a los principales factores de riesgo biológicos, ambientales, psicológicos y sociales.
- Mejorar la calidad de la atención de salud del niño y de la niña, en todos los niveles de atención.
- Contribuir a la permanente satisfacción del usuario en las distintas actividades del programa.

- Mantener la tendencia a la disminución de la mortalidad infantil.
- Disminuir la mortalidad del niño/a de 1 a 9 años.

4. Salud de las y los Adolescentes (9)

En el ámbito de la Prestación de Servicios Médicos y Odontológicos, la finalidad de las atenciones es contribuir al cumplimiento de los objetivos sanitarios para esta población: disminuir las muertes de adolescentes: por suicidio, por traumatismos en general y por accidentes de tránsito, y a disminuir las enfermedades que deterioran su calidad de vida: como son la depresión, el beber problema, el consumo de drogas y las caries dentales. Así mismo, están orientadas a corregir las inequidades en salud, particularmente las asociadas al nivel socioeconómico y de género, y a aumentar la satisfacción y valoración de las atenciones, respondiendo a las expectativas propias de las y los adolescentes.

4.1 Objetivo

- Aportar al mejor nivel de salud y bienestar biopsicosocial de la población entre 10 y 19 años, con enfoque de equidad de género y como contribución al desarrollo humano.

4.2 Principales líneas de acción del programa

- Ofrecer actividades promocionales y preventivas, consejerías individuales y educación grupal, destinadas a la adquisición y mantención de hábitos de vida saludables y a evitar y/o disminuir el Consumo de Tabaco, el Sobrepeso, Obesidad y Sedentarismo, la Conducta Sexual de Riesgo, los Accidentes, Violencias, Consumo de Alcohol y Drogas.
- Realizar atención de morbilidad por problemas agudos de salud.
- Ofrecer un examen de salud preventiva específico para niñas y adolescentes mujeres y niños y adolescentes hombres, orientado a la evaluación del crecimiento y desarrollo y a la detección de problemas o riesgos de salud.
- Realizar derivación a los programas respectivos para tratamiento precoz y efectivo de las patologías detectadas: programa de depresión, problemas de abuso y / o dependencia de alcohol y drogas, malnutrición, tratamiento odontológico y de salud cardiovascular.
- Realizar derivación al sistema de garantías AUGE en los casos en que corresponda, el año 2005: todos los cánceres que aparecen antes de los 18 años, el cáncer testicular, la escoliosis o deformación severa que requiere corrección quirúrgica, el primer brote de esquizofrenia, la diabetes tipo I y la epilepsia no refractaria.

5. Programa de Salud Intercultural (9)

El Programa de Salud Intercultural, tiene como objetivo general “mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos indígenas, beneficiarios de la ley 18.469”, impulsando estrategias que aseguren la satisfacción de las necesidades y la integralidad de las acciones, considerando sus características culturales, lingüísticas y económico sociales y su participación en la definición y solución de los problemas.

5.1 Objetivos

- Mejorar la accesibilidad, la calidad de la atención de salud, la resolutiveidad de los problemas de salud y fortalecer las acciones de promoción de la salud, orientadas a disminuir las brechas de equidad en la situación de salud.
- Lograr la participación de los pueblos indígenas en los planes de intervención intercultural en salud indígena.

5.2 Áreas de intervención

- Mejoría accesibilidad y calidad de atención.
- Mejoría capacidad resolutive de problemas de salud.
- Desarrollo de recursos humanos.
- Participación social e intersectorialidad.
- Comunicación Social.
- Investigación.

6. Adulto Mayor (9)

Cada día hay más personas con posibilidad de vivir un mayor número de años acompañados de enfermedad crónica o discapacidad, predisponiendo a una mayor posibilidad de limitación funcional y utilización de servicios sociales de salud. El desafío para la política de Salud es, por lo tanto, adaptar el tipo y las características de la atención otorgada en los diversos niveles de salud para lograr un envejecimiento saludable, con mayor autonomía y menor discapacidad, teniendo en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico de la población chilena, el enfoque de género, el aumento de la esperanza de vida y las condiciones socio-económicas.

6.1 Objetivo

- Mejorar y mantener las condiciones de autovalencia en los Adultos Mayores de 65 años, incentivando las acciones de promoción, prevención y atención curativa específica en las perspectivas de un envejecimiento activo.

6.2 Prestaciones

- a) Examen Integral de Salud del Adulto Mayor (EISAM): control de salud, pesquisa y control de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes u otros).
- b) Examen funcional del adulto mayor (EFAM): instrumento de medición de la funcionalidad, permite determinar el grado de autovalencia.
- c) Consulta nutricional.
- d) Consulta de morbilidad general.
- e) Alimentación complementaria.
- f) Vacunación.
- g) Educación grupal.
- h) Entrega de implementos
- i) Prestaciones catastróficas.

5. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar las percepciones de los usuarios/as externos urbanos del Centro de Salud Familiar de Castro con relación a la calidad de atención en salud recibida, durante octubre-diciembre de 2005.

3.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los elementos constitutivos del perfil sociodemográfico: edad, escolaridad, actividad y origen étnico de las/os usuarias/os externos urbanos del centro de salud familiar de Castro, según sexo.
- Describir la accesibilidad de los usuarios/as externos urbanos del centro de salud familiar de Castro.
- Señalar la percepción del usuario/a externo urbano en relación a la calidad del trato otorgado por los/las usuarios/as internos (administrativos, técnicos y profesionales) durante el proceso de atención en el centro de salud familiar de Castro.
- Caracterizar la relación de ayuda entre el/la usuario/a externo urbano y el/la profesional durante el proceso de atención en el centro de salud familiar de Castro.
- Valorar la importancia asignada por los/las usuarios/as externos urbanos a los siguientes aspectos de la atención profesional: trato, tiempo, box, explicaciones en el centro de salud familiar de Castro.
- Identificar la disponibilidad de medicamentos y claridad de las indicaciones que se dan en el centro de salud de Castro.
- Identificar el cumplimiento al tratamiento prescrito, solicitud de exámenes y derivaciones por parte de los usuarios/as externos urbanos del centro de salud familiar de Castro.
- Cuantificar el tiempo de espera de los/las usuarios externos/as urbanos de los distintos sectores durante las etapas del proceso de atención en el centro de salud familiar de Castro.
- Clasificar (muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo) el estado de los elementos básicos de la infraestructura: sala de espera, baños del centro de salud familiar de Castro.

- Cuantificar la complementariedad de los tratamientos prescritos con otros cuidados, terapias según sexo, edad, escolaridad, origen étnico, programa y distancia.
- Exponer la satisfacción/insatisfacción de los/las usuarios/as externos urbanos en relación a la atención recibida en el centro de salud familiar de Castro.
- Listar los aspectos positivos y negativos manifestados por los usuarios externos urbanos respecto a la atención recibida en el centro de salud familiar de Castro.
- Priorizar las sugerencias propuestas por los/las usuarios/as en relación con la calidad de la atención que reciben en el Centro de Salud de Castro.

6. MATERIAL Y MÉTODO

El tipo de investigación corresponde a una investigación descriptiva transversal; al examinar las características de una población en una sola ocasión y de inmediato se procederá a describirla y analizarla.

Las fuentes de información fueron:

a) Primaria

Se recurrió a la observación, a través de una pauta adjunta en el anexo 2, para describir y conocer las dinámicas presentes en las salas de espera, SOME y Farmacia. Por ser “un medio para recoger información de manera más natural y más fluyente que el cuestionario o la entrevista. La observación permite al evaluador estudiar y documentar el comportamiento según este tiene lugar”. (11)

Además se aplicó una encuesta de satisfacción usuaria en el interior del Centro de Salud Familiar, previo consentimiento informado del público (anexo 1). Se utilizó una encuesta aplicada en una investigación realizada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Antropología, Facultad de Filosofía y Humanidades Universidad Austral de Chile, de los autores Heran C., Monsalve T. (2003), y aplicaron a 200 personas del Consultorio General Rural de Chonchi, Chiloé. (11)

Las preguntas del cuestionario pueden clasificarse en tres tipos: preguntas de caracterización del encuestado (sexo, edad, sector, escolaridad, etc.); preguntas cerradas para ver la información y el grado de acuerdo/satisfacción o desacuerdo/insatisfacción, y preguntas abiertas para conocer percepciones personales y sugerencias de los usuarios con respecto a la atención.

El cuestionario fue aplicado por el investigador a los usuarios/as, los cuales son definidos para este estudio, como aquellas personas, hombres y mujeres mayores de quince años, que se acerquen al Centro de Salud familiar de Castro durante el período de investigación, con el propósito de obtener una atención de salud y correspondan a beneficiarios con residencia en el sector urbano de la comuna. En el caso del programa de salud Infantil (control de niño sano) se aplicó al acompañante del menor.

Debido a que la población de estudio es notoriamente amplia (comuna de Castro) y no se poseen los medios necesarios ni el tiempo para la aplicación de una muestra probabilística, para el diseño muestral, se decidió extraer una muestra dirigida o muestreo no probabilístico por cuota, para obtener la información necesaria a partir de 56 usuarios/as.

En la composición del muestreo por cuotas se identificaron usuarios de acuerdo a los sectores y programas, como se describe en las siguientes tablas 4 y 5.

Tabla 4. Distribución de la población en estudio, según programa de atención, sector y sexo, en Centro de Salud Familiar de Castro, II semestre de 2005.

PROGRAMA	SECTOR								TOTAL
	Amarillo		Azul		Rojo		Verde		
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
Crónicos	2	2	2	2	2	2	2	2	16
De la mujer	2	-	2	-	2	-	2	-	8
Infantil/Adolescente	2	1	2	1	2	1	2	1	12
Extensión horaria	2	2	2	2	2	2	2	2	16
TOTAL	8	5	8	5	8	5	8	5	52

Tabla 5. Distribución de la población en estudio del Programa del adulto Mayor, en Centro de Salud Familiar de castro, II semestre 2005.

ADULTO MAYOR*		
♀	♂	TOTAL
2	2	4

*El Programa del Adulto Mayor, realiza atenciones no sectorizada de sus beneficiarios, por lo que se selecciono a cuatro de ellos que aceptaron participar en el estudio, al agregarle a los 52 usuarios descritos en la tabla 1, el muestreo no probabilístico por cuotas quedo formado por 56 usuarios/as.

b) Secundaria

La información secundaria fue obtenida a través de la revisión de publicaciones en documentos, libros y estudios referentes al tema.

6.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de los resultados dados por la encuesta, fue procesado mediante el programa estadístico computacional Epi-Info versión 3.3.2 y Microsoft® Excel 2002, se realizaron análisis estadísticos descriptivos del grupo estudiado, medidas de tendencia central y de dispersión.

7. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

7.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

- a) **Usuario:** Persona mayor de 15 años, con residencia en el sector urbano e inscrita en el Centro de Salud Familiar de Castro que demande atención ó acompañe a un menor de 15 años que espere atención al momento de aplicarse la encuesta.
- b) **Edad:** Tiempo que ha vivido el usuario, años cumplidos que tiene al momento de la aplicación del instrumento.

Estratificado en los siguientes grupos etareos:

Nivel de medición ordinal	Codificación
5 – 19 años	1
20 – 29 años	2
30 – 39 años	3
40 – 49 años	4
50 – 64 años	5
65 años y más	6

- c) **Sexo:** Condición orgánica, género al cual pertenece la persona.

Nivel de medición nominal	Codificación
Femenino	1
Masculino	2

- d) **Sector de Residencia:** Sector del centro de salud familiar en el cual recibe atención el usuario, de acuerdo con el lugar geográfico en donde reside.

Nivel de medición nominal	Codificación
Amarillo	1
Azul	2
Rojo	3
Verde	4

- e) Escolaridad: Conjunto de cursos aprobados que el usuario/a encuestado/a siguió en un establecimiento educacional.

Se compone de la siguiente clasificación ordinal:

Analfabeto: Sin educación en un establecimiento formal.

Básica completa: Aprobó el ciclo básico de 8 cursos, en un establecimiento educacional.

Básica incompleta: Aprobó en un establecimiento educacional, menos de 8 cursos.

Media completa: Aprobó el ciclo secundario de 4 cursos.

Media incompleta: Aprobó menos de 4 cursos.

Técnica/profesional: Especialización y título en un área.

- f) Actividad: Tipo de trabajo que realiza el encuestado, para obtener dinero ó al cuál dedica su tiempo.

Estudiante: Usuario que está cursando algún curso de básica, media o educación superior.

Esporádico: Sin contrato de trabajo, trabaja ocasionalmente o por temporada.

Dueña de casa: Realiza labores del hogar en su domicilio.

Dependiente: Tiene un empleador, sea este fiscal ó particular.

Independiente: Trabajo depende de sí mismo (agricultor, comerciante, etc.)

Técnico/Profesional: Trabajo con certificación de un establecimiento educacional.

Jubilado: Usuario eximido de trabajar por razón legal (mayor de 60 años en mujeres y 65 años en hombres) o imposibilidad física, que reciba dinero (jubilación).

- g) Origen étnico: Descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, mapuches, aimara, Rapa Nui o pascuenses, atacameños, quechuas, collas, Kawashakar o Alacalufe y Yámana o Yagán de los canales australes (12). Con domicilio en el área urbana del territorio nacional que se autoidentifiquen indígena.

Si

No

- h) Antigüedad: Tiempo adscrito al centro de salud familiar, medido en años y meses.

Codificación, según respuestas obtenidas.

7.2 VARIABLES DEPENDIENTES

- a) Accesibilidad: Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con el centro de salud familiar de Castro para recibir asistencia.

Se medirán las siguientes dimensiones:

- a.1) Distancia: Intervalo que media entre el domicilio del usuario/a encuestado/a y el centro de salud familiar. Medido en cuadras:

Menos de 10 cuadras.
Entre 10- 20 cuadras.
Entre 20 – 30 cuadras.
Más de 30 cuadras.

- a.2) Tiempo: Medido en horas y minutos que tarda una persona para trasladarse de su domicilio al centro de salud familiar.

Menos de 15 minutos.
Entre 15 minutos – 30 minutos.
Entre 30 minutos – 1 hora.
Más de 1 hora.

- a.3) Transporte: Sistema de medios (tipo y número) que el usuario/a encuestado/a utiliza para llegar al centro de salud familiar .

Tipo de transporte: Colectivo.
Personal.
Caminando.
Colectivo y caminando.

Número de transporte: 1 medio de transporte.
2 medios de transportes.
3 medios de transportes.
No usa medios de transporte, caminando.

- a.4) Accesibilidad administrativa: Conocimiento sobre la atención que se da en el centro de salud.

Frecuencia al centro de salud: Reiteración mayor o menor en que el usuario/a encuestado/a asiste al centro de salud familiar.

Todas las semanas
Una vez al mes
Cada dos meses
Más de dos meses

Sistema de entrega de horas para la atención de los diferentes programas:

Si

Solo algunos

No

Adecuado el horario de entrega de fichas: Codificación de acuerdo a las respuestas obtenidas.

- b) Programas: Conjunto de prestaciones que cubren las necesidades de la población, y que se desarrollan en la atención primaria. Se consideraron los siguientes:

Adulto

Adulto mayor

Salud del niño y del Adolescente

Salud de la mujer

Extensión horaria

- c) Calidad del trato otorgado: Apreciación subjetiva del usuario/a encuestado/a respecto a la calidad de la relación que entablo con los usuarios/as internos (administrativo, técnico y profesional) durante su atención en el centro de salud familiar.

	Codificación
Muy bueno.	5.0 – 5.9
Bueno.	4.0 – 4.9
Regular.	3.0 – 3.9
Malo.	2.0 – 2.9
Muy malo.	1.0 – 1.9

- d) Elementos básicos de la infraestructura: Se consideran dos lugares: sala de espera y baños. Para clasificar en :

	Codificación
Muy bueno.	5.0 – 5.9
Bueno.	4.0 – 4.9
Regular.	3.0 – 3.9
Malo.	2.0 – 2.9
Muy malo.	1.0 – 1.9

- e) Proceso de atención: Son las etapas por las cuales el usuario/a encuestado/a recibe la atención en salud que demanda.

Las etapas son:

SOME

Preparación de paciente

Sala de espera

Atención profesional

Farmacia

f) Relación de ayuda: Conexión que se da en la actividad profesional entre el usuario y el personal profesional, consta básicamente de las siguientes dimensiones:

f.1) Presentación: Primer acto en la relación usuario/profesional.

Si
No

f.2) Comunicación: Es la información sobre el estado de salud del usuario e indicaciones que recibe para mejorar o mantener su salud. También incluye las indicaciones sobre tratamientos farmacológicos.

Si
Solo parcialmente
No

g) Indicaciones: Es la orientación que recibe el usuario en su relación terapéutica que establece con el Centro de Salud a través del personal profesional y/o técnico.

	Codificación
Claras y Precisas.	3.0 – 3.9
Poco claras.	2.0 – 2.9
No entendió.	1.0 – 1.9

h) Satisfacción: Percepción que tiene el usuario/a encuestado/a sobre la atención proporcionada por el Centro de Salud, manifestada a través de su satisfacción-
insatisfacción.

	Codificación
Muy satisfecho.	4.0 – 4.9
Satisfecho.	3.0 – 3.9
Poco Satisfecho.	2.0 – 2.9
Nada satisfecho.	1.0 – 1.9

i) Tiempo de espera: Duración que el usuario/a encuestado/a espera para su atención con el personal administrativo, técnico o profesional.

i.1) Tiene la dimensión cronológica, medida en tiempo real minutos/horas:

Menos de 15 minutos.
Entre 15 minutos – 30 minutos.
Entre 30 minutos – 1 hora.
1 – 2 horas.
Más de 2 horas.

i.2) Y la dimensión subjetiva del tiempo transcurrido, se expresa en:

Poco.
Adecuado.
Largo.
Muy largo.

j) Terapias complementarias: Son las actividades que los usuarios/as encuestados/as realizan con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico y mental, mediante procedimientos diferentes a los propios de la medicina oficial que se ejercen de modo coadyudante o auxiliar a la oficial, y que obtenga en:

Domicilio, utilización de hierbas, objetos, etc.
Consulta con tradipracticante, curandero, machi, hueseros, yerbatero, etc.
Terapeuta natural, reiki, floral, acupunturista, etc.

k) Aspectos positivos: Parecer de los usuarios encuestados respecto a la atención en el centro de salud familiar y que tiene valor útil o práctico.

Codificación según frecuencia de respuestas.

l) Aspectos negativos: Parecer de los usuarios encuestados respecto de la atención en el centro de salud y que tiene valor desfavorable.

Codificación según frecuencia de respuestas

8. ANALISIS DE RESULTADOS

Para este estudio se estableció la muestra por cuotas (no probabilística) respecto al sexo, programa, sector de los usuarios a los que se les aplicó la encuesta (ver material y método).

Se describirán los datos obtenidos a través de las 56 encuestas aplicadas en la sala de espera del Centro de Salud Familiar de Castro (Cesfam), los resultados son presentados en tablas, gráficos para su descripción, posteriormente se efectuaron análisis estadísticos de medidas de tendencia central y dispersión. Las descripciones son generales o de la relación entre variables, complementada con comentarios de los usuarios, extraídos de las preguntas abiertas para una mejor comprensión de las vivencias.

8.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

El perfil sociodemográfico de la población encuestada esta compuesto de:

Edad

La población usuaria encuestada corresponde mayormente a los grupos etéreos 30-39 años y 20-29 años.

Al separar por sexo los datos, en la categoría femenina se presenta que las usuarias encuestadas corresponden principalmente al grupo etareo de 30-39 años, mujeres que consultan por morbilidad general, planificación familiar o llevan a sus hijos a control de salud, o acompañan a sus familiares (ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución numérica y porcentual de la población femenina encuestada según edad.		
Grupo etareo	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
15-19	4	11.8
20-29	8	23.5
30-39	9	26.5
40-49	4	11.8
50-64	4	11.8
65 y más años	5	14.6
Total	34	100 %

En la categoría masculina, se encuentra como principal grupo etareo encuestado el de 65 años y más, son adultos mayores aquejados de patologías crónicas, morbilidad, demandan atención para sí. Los adolescentes (15-19 años) son el grupo etareo que en menor proporción se encuentran en el estudio (ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución numérica y porcentual de la población masculina encuestada según edad.		
Grupo etareo	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
15-19	1	4.5
20-29	3	13.6
30-39	4	18.2
40-49	4	18.2
50-64	4	18.2
65 y más años	6	27.3
Total	22	100 %

Escolaridad

El nivel educacional de los usuarios encuestados, en general más de la mitad (73%) completo la educación básica. Alrededor de 1/3 (34%) cursó la enseñanza media en liceos técnicos o científicos-humanistas.

Aunque, no se encuestaron usuarios sin instrucción formal (0% analfabetos) existe 1/4 (27%) que no ha completado la enseñanza básica.

Entre las minorías están quienes no completaron la enseñanza media o la están cursando (9%),y quienes tienen estudios técnico/profesional (7%).

El análisis por sexo, da los siguientes resultados (gráfico 1 y 2). Para la categoría femenina la situación es similar a la general, 74% con educación básica completa, 1/3 completo la enseñanza media. Esta característica protege a la mujer y su familia. Sin embargo también existe 1/4 que no ha completado la enseñanza básica.

Con respecto a la categoría masculina, se observa un buen nivel educacional el 73% completo la enseñanza básica, más de un 1/3 termino la educación media, registran igual proporción básica completa e incompleta.

Gráfico1. Distribución porcentual de la población femenina según escolaridad.

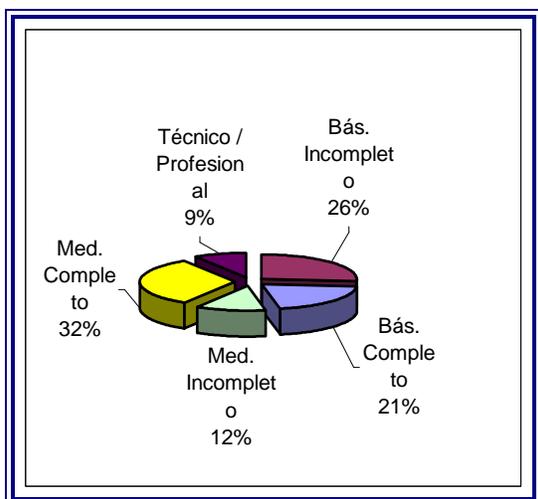
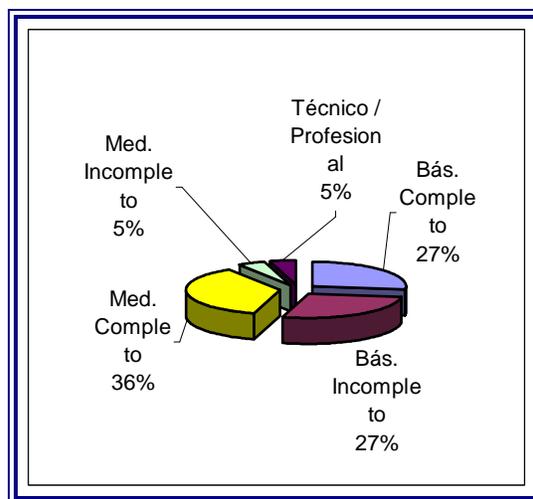


Gráfico2. Distribución porcentual de la población masculina según escolaridad.



Actividad

Las actividades realizadas por los usuarios/as externos urbanos encuestados/as (anexo 3), es común encontrar en el grupo femenino el oficio *dueña de casa*, la mitad ejerce esta actividad, culturalmente las mujeres tienen un rol activo en el cuidado de la familia, se dedican a las labores domésticas cubriendo las necesidades básicas.

La segunda actividad frecuente es *dependiente*, aquí se encuentran aquellos que trabajan por contrato: en restaurant de garzón/a, en empresas del ámbito pesquero, como bodeguero, mantención de maquinaria, asesoras del hogar, auxiliares de servicio, entre otros. Aquí el 60% son hombres y el restante 40% lo compone el sexo femenino.

El 14,3% de los usuarios encuestados son *independientes* dedicados al ámbito comercial, trabajan en ferias de artesanía, hierbas, productos agrícolas, venta de ropa y provisiones. En este segmento la categoría masculino se destaca con un 62,5% en este rubro.

Los usuarios/as de la tercera edad, que en el Cesfam representan el 6% de los inscritos urbanos, son jubilados y dueñas de casas.

Los gráficos 3 y 4 muestran la actividad laboral por sexo. Para la categoría femenina las actividades más ejercidas: es dueña de casa, 52%; dependiente, 18%; ya que la población es mayormente adulta.

En la categoría masculina las principales actividades son dependiente; 40%, e independientes y jubilados en igual proporción; 23%. La población es principalmente adulto mayor.

Gráfico 3. Distribución porcentual de la población femenina en estudio según actividad.

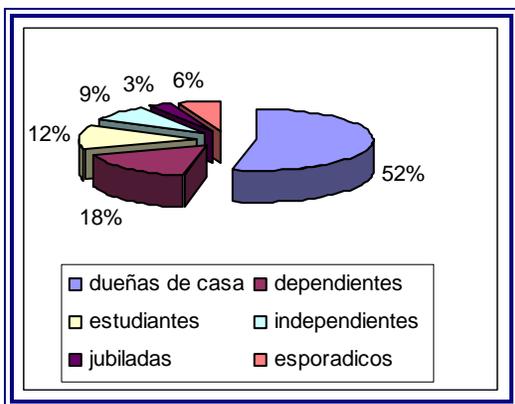
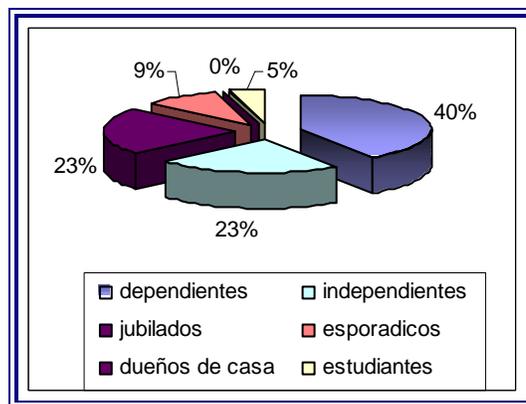


Gráfico 4. Distribución porcentual de la población masculina en estudio según actividad.



Origen étnico

La autoidentificación indígena por parte de los 56 usuarios encuestados, reveló que el 52% se identifica perteneciente a la etnia mapuche, no se registró otro grupo a pesar que en la ciudad de Castro habitan representantes de otras 7 etnias.

Este grupo pertenece principalmente a los sectores verde y rojo del centro de salud familiar con un 34% y 31% respectivamente; los sectores azul y amarillo poseen de los usuarios encuestados el 21% y 14%.

Según sexo la autoidentificación indígena se expresa como muestra la siguiente tabla 8.

Sexo	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Femenino	17	58.6
Masculino	12	41.4
Total	29	100%

En el sexo femenino las 17 encuestadas que se autoidentificaron indígena corresponden al 50% de la población de esta categoría.

En el sexo masculino las 12 respuestas afirmativas corresponden al 54,5 % de los encuestados de esa categoría.

8.2 ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD FAMILIAR

Esta variable involucra varias dimensiones, para su análisis se recogió información sobre: distancia, medida en cuadras; tiempo, minutos y horas; medios de transporte, tipo y número que se utilizan para llegar al Centro de Salud Familiar de Castro y también se medirá la información sobre los horarios para obtener atención en los diferentes programas que funcionan en el centro de salud familiar.

La distancia desde el domicilio al Centro de Salud Familiar de los usuarios encuestados es (tabla 9):

Tabla 9. Distribución numérica y porcentual de la población en estudio según distancia en cuadras entre el domicilio y el Cefam.		
¿ Distancia desde su domicilio al CESFAM ?	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
menos de 10 cuadras	7	12,5%
entre 10-20 cuadras	5	8,9%
entre 20-30 cuadras	12	21,4%
más de 30 cuadras	32	57,1%
Total	56	100,0%

Los usuarios desde su domicilio al Centro de Salud Familiar demoran (tabla 10):

Tabla 10. Distribución numérica y porcentual de la población en estudio según tiempo entre el domicilio y el Cefam.		
¿ Cuánto demora usted en llegar al CESFAM ?	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
menos de 15m	15	26,8%
entre 15-30m	24	42,9%
entre 30m y 1h	14	25,0%
1-2h	3	5,4%
Total	56	100,0%

El transporte urbano se conforma de locomoción colectiva, colectivos que realizan recorridos por el área urbana, según la demanda, micros línea 1 y 2 con recorrido establecido, cubriendo los sectores poblacionales.

Los usuarios mencionaron utilizar los medios de transporte comunitario y no se observaron respuestas que aludieran a la utilización de movilización propia.

Es considerable el número de personas que camina (41,1%) para llegar al Centro de salud, el ir y volver en locomoción es un gasto considerable, si se va frecuentemente a pedir hora, a control , a retirar medicamentos leche ó alimentación complementaria, además la encuesta se aplicó en primavera, por lo que las condiciones climáticas permiten esta actividad.

La mitad de los usuarios (55,4%) utiliza un medio de transporte y además camina algunas cuadras (tabla 11).

Tabla 11. Distribución numérica y porcentual de la población en estudio según cantidad de medios de transporte que utilizan para llegar al Cefam.		
¿Para llegar al CESFAM Ud. debe tomar?	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1 medio de transporte	31	55,4%
2 medios de transporte	2	3,6%
no usa medio de transporte	23	41,1%
Total	56	100,0%

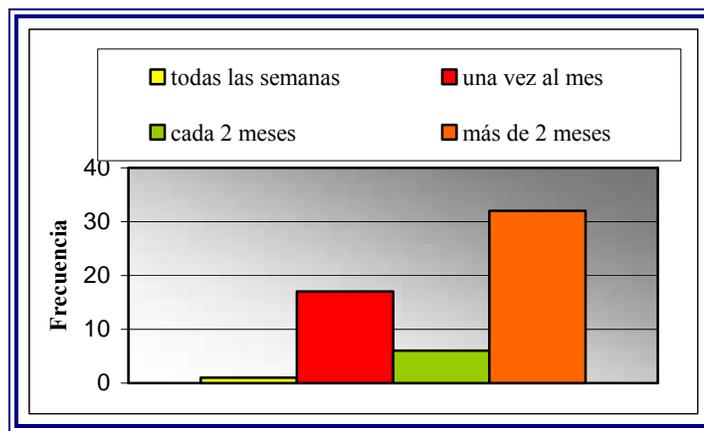
Del estudio de estas tres dimensiones se concluye:

- Los usuarios con residencia a *menos de 10 cuadras*, se demoran hasta 30 minutos en llegar al Centro de Salud Familiar, un poco más de la mitad de ellos (57%) realiza el recorrido caminando, mientras que el 43% utiliza un medio de transporte.
- El 60% de los encuestados que vive a *10 – 20 cuadras* demora menos de 15 minutos, mientras que el 40% restante se demora hasta 1 hora; además el 80% de ellos no utiliza medio de transporte, realiza el trayecto caminando.
- La gran mayoría (84%) de los que viven *entre 20 – 30 cuadras* se demora entre 15 – 30 minutos y más de la mitad (69%) no utiliza medio de transporte, camina desde su domicilio al centro de salud familiar, aquellos usuarios que utilizan locomoción solo toman un medio de transporte.

- Cuando el domicilio se encuentra a *más de 30 cuadras*, más de la mitad de los usuarios (69%) utiliza un medio de transporte y se demoran 15 - 30 minutos (44%); un 1/4 no utiliza medio de transporte (25%) y se demora 30 minutos a 1 hora. Quienes utilizan 2 medios de transporte (6,3%) manifiestan demorarse entre 30 minutos a 1 hora, por el cambio de movilización que efectúan.

La frecuencia con que los usuarios encuestados asisten al centro de salud familiar, permite saber cuánto utilizan el servicio y la información que conocen de su funcionamiento.

Gráfico 5. Distribución numérica de la población en estudio según frecuencia con que viene al cesfam.



En el gráfico 5 se observa lo siguiente:

Solo una persona encuestada señaló asistir al Cesfam *todas las semanas*, porque se encuentra en el último período de su embarazo y requiere controles frecuentes.

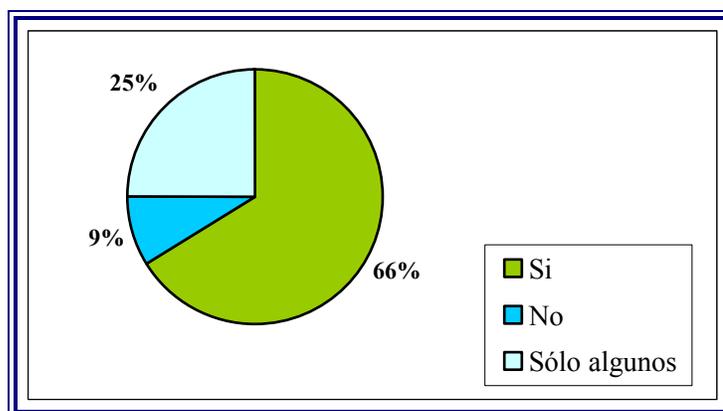
Alrededor de 1/3 de la población encuestada asiste *una vez al mes* al Cesfam, situación que se da en padres de menores de 6 meses; además de los que acompañan a otro miembro del grupo familiar, está última situación principalmente en mujeres dueñas de casa.

Un 11% lo hace *cada dos meses*, aquí encontramos a usuarios del Programa del adulto, subprograma enfermedades no transmisibles.

La mayoría (57%) acude al Cesfam una vez cada *2 meses*, estos usuarios representan a los que consultan por morbilidad en extensión horaria, Programa del adulto mayor, quienes tienen controles cada 6 meses y los del subprograma de enfermedades no transmisibles que se encuentran compensados en sus patologías, que acuden cada 3-4 meses a control con profesional. Situación que se va a dar de acuerdo al programa que estén adscritos y su situación personal.

Otra de las dimensiones de la accesibilidad que se describe es la administrativa, hace referencia al conocimiento sobre los horarios para solicitar atenciones de los distintos programas que funcionan en el Cesfam (gráfico 6) y la opinión usuaria sobre estos horarios (gráfico 7).

Gráfico 6. Distribución porcentual de la población en estudio según conocimiento del sistema de entrega de horas de atención.



En el gráfico 6 se observa lo siguiente:

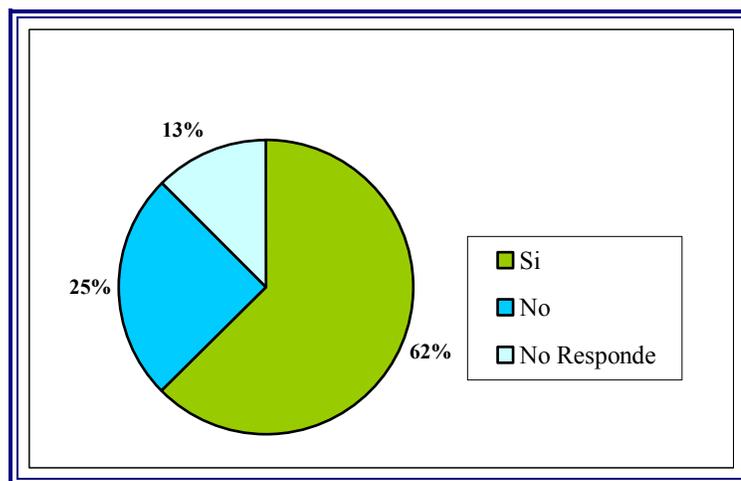
La mayoría (66%) de los usuarios conoce como funciona la entrega de fichas para los diferentes programas del centro de salud, pero 1/3 no sabe o solo conoce el funcionamiento de algunos de ellos respecto a los días y horario para obtener atención.

Al asociarse está información con el tiempo de inscripción (antigüedad) de los usuarios encuestados y que corresponde en promedio a 3 años y 3 meses con una amplitud de un mes hasta 16 años (anexo 3). Se obtiene que los usuarios que llevan menos de 1 años inscritos en el centro de salud familiar, solo $\frac{1}{4}$ conoce el funcionamiento para las distintas atenciones que se brindan. Los que tienen mayor información son los inscritos entre 1 a 5 años en el centro de salud familiar; se han informado ha medida que han necesitado diferentes atenciones.

Los que llevan inscritos más de 5 años declaran: $\frac{2}{3}$ conocen el funcionamiento de los distintos programas; $\frac{1}{3}$ sólo algunos. Así también, este grupo ha vivenciado los cambio en el sistema de entrega de horas, además se de la incorporación de nuevas atenciones.

Todos aquellos usuarios que poseen información acerca de los horarios de entrega de horas para las distintas atenciones de los programas, manifestaron su opinión sobre el horario.

Gráfico 7. Distribución porcentual de la población en estudio según opinión sobre el horario de entrega de horas en el Cesfam.



Ante esta consulta los usuarios/as encuestados/as se han inclinado con un 62% (gráfico 7) de las preferencias a la opción *SI*, argumentando que para la mayoría de las Programas esta bien se puede sacar hora en la mañana y en la tarde. Con respecto a la atención médica para algunos estudiantes y trabajadores dependientes, manifiestan que es más fácil pedir permiso en la mañana y sacar ficha. “con el horario no es el problema, está bien, es que no hay fichas, son pocas para médico y dentista” (mujer, 20-29 años)

A la categoría masculina le parece más adecuado el horario que la categoría femenina, está última argumenta que no tiene con quién dejar a su hijos, cuando estos están enfermos y tiene que llevarlos con ellas en la mañana.

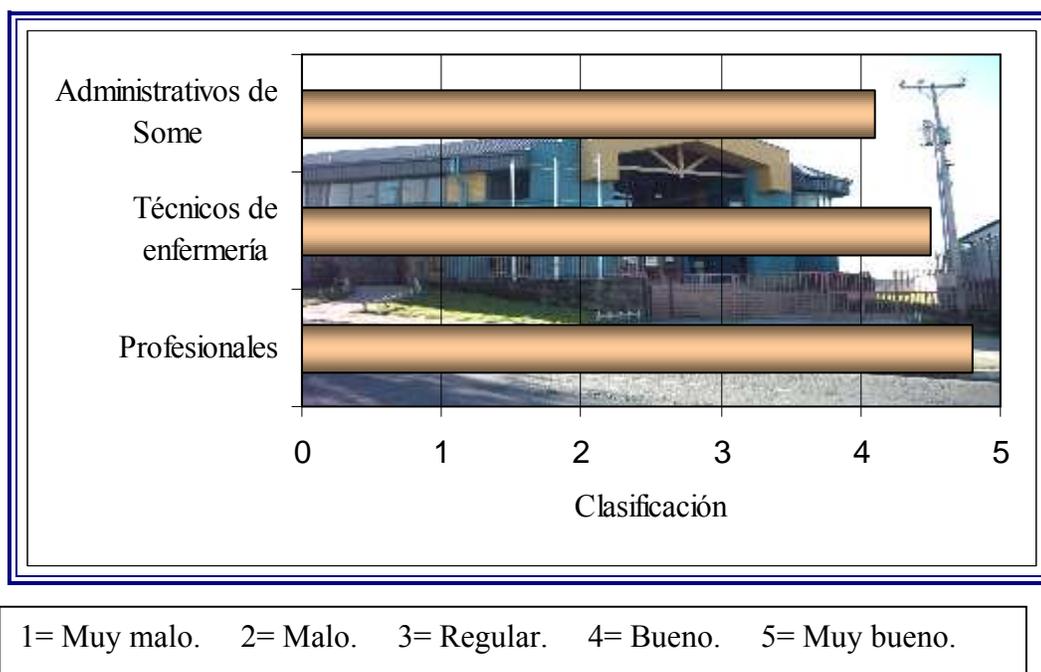
Los/as usuarios/as que no están de acuerdo con el horario (25%), manifiestan razones con el día, ya que la mayoría de las horas médicas y dentales se dan los días lunes, estas mañanas se caracterizan por largas colas, usuarios que esperan desde 06:30-07:00 hrs. aproximadamente para asegurarse un cupo, y los que solicitan durante la semana, les cuesta encontrar cupo, sólo prioridades. Comentan que han llegado con etapas avanzadas de enfermedad y que cuando antes quisieron acudir al médico no había horas disponibles.

No responde, el 13% que no conoce todos los horarios de atención del centro de salud familiar.

8.3 PERCEPCIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN OTORGADA

La percepción que tienen los usuarios/as externos urbanos respecto a la relación interpersonal que se da entre ellos y los funcionarios con que tienen contacto directo, fue investigada a través de una encuesta del tipo diferencial semántico y los valores que arrojaron sus respectivas medianas se representan en el gráfico 8.

Gráfico 8. Distribución de la población en estudio según las medianas de la percepción del trato brindado por el usuario interno.



Se aprecia como *Bueno* (valor 4 en la escala de 1 a 5) el trato que ofrecen los funcionarios del Centro de Salud Familiar de Castro a los usuarios externos.

El valor más bajo lo obtienen los administrativos de Some con una mediana de 4,1, lo que significa que la mitad de los usuarios consideran que es *Bueno*. La mediana 4,5 de los técnicos en enfermería, sitúa su trato hacia los usuarios en la clasificación de *Bueno*; este valor se obtuvo a través de los 48 usuarios que recibieron atención por parte de los técnicos en preparación de paciente. Los profesionales obtuvieron una mediana de 4,8, lo que significa que el 50% de las observaciones se sitúan en el grado *Bueno*, las observaciones restantes se encuentran sobre y bajo este valor. Esta última, es la más alta de los tres grupos de funcionarios evaluados.

A medida que el usuario se acercó a su objetivo, se individualizó y validó su demanda de atención, su calificación sobre el trato recibido mejoró.

La clasificación del trato recibido, arrojado por las medianas, es fundamentada por los usuarios con los motivos expuestos en la tabla 12, los que están divididos en comentarios favorables y desfavorables.

Tabla 12. Distribución de los argumentos expresados por los usuarios del Cesfam durante la encuesta de satisfacción usuaria, 2005.		
FUNCIONARIOS	DESFAVORABLES	FAVORABLES
SOME	<p>Falta de privacidad y gestos al hacer consulta.</p> <p>No dan explicaciones, trato inapropiado cuando no se comprende rápido la información.</p> <p>Sentimientos de preferencia por usuarios conocidos por las administrativas al momento de dar horas médicas.</p> <p>Mayor interacción con personal que con los usuarios</p>	<p>Trato amable con los usuarios de la tercera edad.</p> <p>Utilización de la línea 800.</p> <p>Atención rápida.</p> <p>Algunas funcionarias atienden bien, dan explicaciones y sugerencias.</p> <p>Avisan interconsultas y cambios de horas.</p>
Técnicos en enfermería	A veces no están en sus lugares de trabajo.	<p>Atención rápida.</p> <p>Atención individual, protección del pudor.</p>
Profesionales	<p>Atención rápida.</p> <p>Disconformidad con el tratamiento.</p> <p>Suspensión de la atención.</p>	<p>Atención cordial y amable.</p> <p>Explicaciones claras y precisas</p> <p>Interés por la situación del usuario.</p>

8.4 CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN DE AYUDA

La relación de ayuda, es aquella conexión que se da entre el/la profesional y el usuario/a y consta básicamente de las dimensiones: presentación y comunicación.

Presentación

Para todos los usuarios/as encuestados es importante conocer el nombre del profesional que lo atiende, es el primer acto para entablar la relación de ayuda (terapéutica), aumenta la confianza saber a quién se le cuenta los síntomas y signos y de quién se espera recibir ayuda.

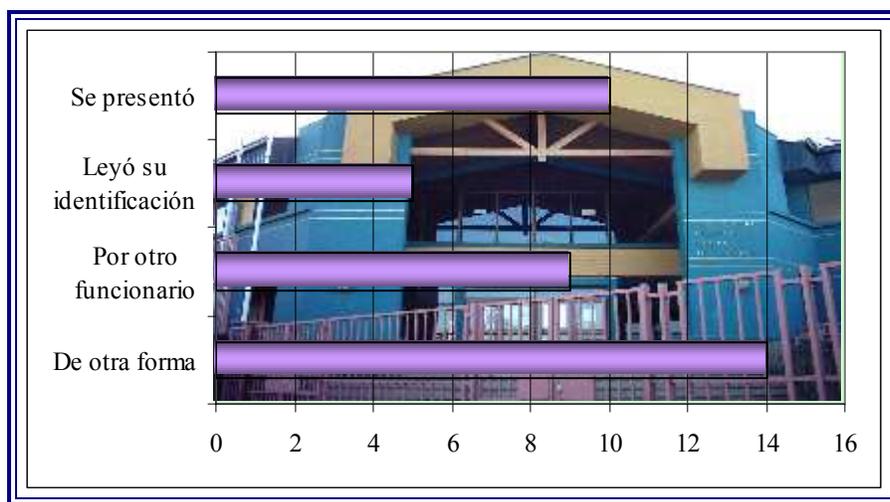
De los/las usuarios/as encuestados/as 2/3 (68%) conoce el nombre del profesional que lo atendió. Sin embargo, el 32%* no sabe el nombre del profesional y algunos ni el tipo de profesional al que consultaron.

Para los que se informaron del nombre del profesional, identificaron la fuente de información entre cuatro opciones establecidas (gráfico 9):

- Se presentó: La primera vez que tuvieron contacto con el profesional, él/ella se presentó al usuario.
- Leyó su identificación: El usuario se informó a través de la identificación que portaba o leyó la identificación de la puerta.
- Por otro funcionario/profesional: Se informaron a través de Some cuando solicitaron la hora, en preparación de paciente o cuando fueron referidos por otro profesional.
- De otra forma: Expresión que abarca cuando la información la obtuvieron a través de otros usuarios, por el timbre de la receta, el recordatorio dado en Some.

* Hay 18 usuarios que no son considerados en el gráfico 9.

Gráfico 9. Distribución numérica de la población en estudio según fuente de información del nombre del profesional.



En el gráfico 9 se observa lo siguiente:

- *De otra forma* (otros usuarios, timbre de la receta, citación de some) es la principal fuente, cuando se les consulta en la encuesta.
- *Se presentó*, es la segunda frecuencia, aunque está debería ser la principal fuente de información del usuario.
- La tercera vía utilizada es *Por otro funcionario*, aquí es el personal de SOME, principalmente, los que proporcionan la información al usuario.
- Leer la identificación que porta el profesional no es una práctica común en los usuarios, y la de la puerta no siempre corresponde a la del profesional que atiende. Es la última, sólo cinco usuarios/as utilizaron esta vía.

Comunicación

Posterior a la presentación entre usuario/a y profesional, continúa la atención y viene el punto central, por el cual la población acude a los centros de salud, buscan respuestas a sus problemas de salud, necesitan saber si las enfermedades crónicas no transmisibles que portan están compensadas, o si no como mejorar y mantener su estado de salud más cerca del óptimo bienestar físico, psicológico y espiritual.

La retroalimentación que se produce en la relación de ayuda es clave para asegurar que la población beneficiaria mejore cuantitativamente y cualitativamente su estado de salud. Para casi todos, es importante recibir información sobre su estado de salud, durante el encuentro con el profesional.

La mayoría de la población en estudio, manifestó haber recibido información en la consulta que realizó a el o la profesional, en un lenguaje claro y sencillo, por lo que comprendieron más y mejor sus problemas de salud y su significado.

La información que recibieron fue complementada con indicaciones terapéuticas y farmacológicas para mejorar y mantener su salud, para la gran parte de los usuarios/as, como muestra la tabla 13.

Tabla 13. Distribución numeraria de la población en estudio según características de la relación de ayuda.				
Características	Si	Solo parcialmente	No	Total
Interés por recibir información sobre su salud.	55	1	0	56
Recibió información sobre su estado de salud.	52	3	1	56
Entendió la información dada por el/la profesional.	53	2	0	55
Recibió indicaciones para mejorar o mantener su salud.	53	1	2	56

La gran mayoría (95%) de los usuarios recibió indicaciones para seguir un tratamiento y mejorar su problema de salud, el 3% manifiesta no haber recibido indicaciones y el 2% sólo parcialmente. Las indicaciones farmacológicas dadas por el/la profesional, son recordadas verbal y escritas en los sobres de los medicamentos cuando pasan por farmacia.

La percepción que los usuarios tienen respecto de las indicaciones dadas por el profesional fue evaluada a través de su respectiva mediana. Los usuarios encuentran que las indicaciones que recibieron en la atención profesional fueron *claras y precisas* (valor 3,5 de la escala 1-4).

8.5 VALORACIÓN DE CUATRO ASPECTOS DE LA ATENCIÓN

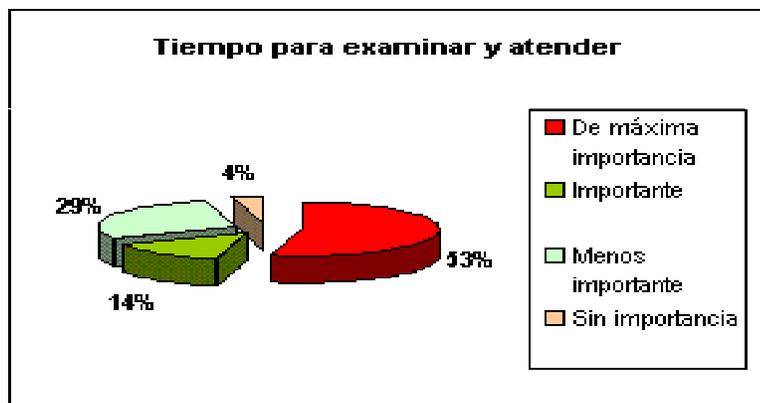
Se indagó la importancia asignada a los siguientes aspectos de la atención profesional:

- Tiempo para examinar y atender.
- Trato amable.
- Comodidades del box.
- Explicaciones claras y precisas.

De las encuestas realizadas, ante la afirmación “*el /la profesional se de el tiempo para examinar y atenderlo*” (gráfico 10):

- El 53% de las respuestas entregadas señalan que es de *máxima importancia*, para recibir una buena atención.
- El 14% de los encuestados, señalan que lo consideran *importante*, para recibir una buena atención.
- El 29% de los encuestados, señalan que lo consideran *menos importante*.
- El 4% de los encuestados, señalan que lo consideran *sin importancia*.

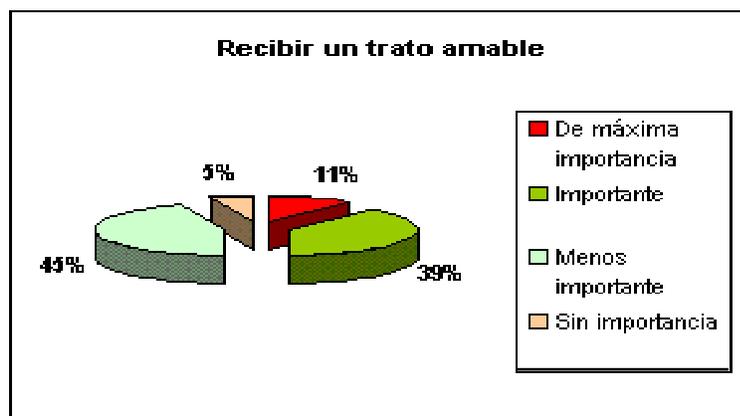
Gráfico 10. Distribución porcentual de la afirmación N° 1.



Ante la afirmación, si considera “*recibir del profesional un trato amable*”, es de importancia en la recepción de una buena atención, éstos respondieron (gráfico 11):

- El 11% de las respuestas entregadas señalan que es de *máxima importancia, para recibir una buena atención.*
- El 39% de los encuestados, señalan que lo consideran *importante, para recibir una buena atención.*
- El 45% de los encuestados, señalan que lo consideran *menos importante.*
- El 5% de los encuestados, señalan que lo consideran *sin importancia.*

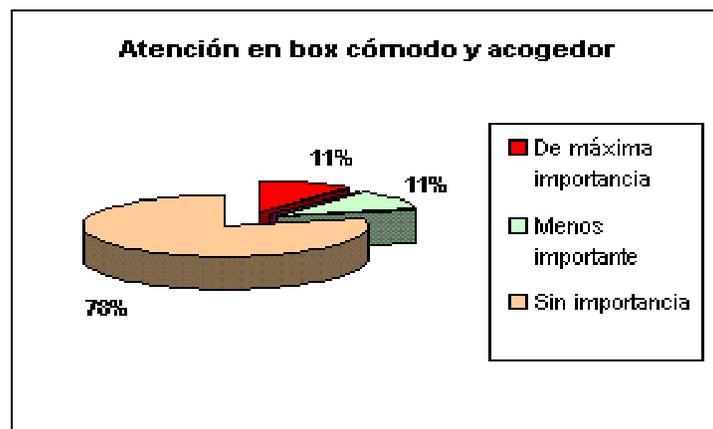
Gráfico 11. Distribución porcentual de la afirmación N° 2.



Ante la afirmación “*Box cómodo y acogedor*”, las personas encuestadas respondieron (gráfico 12) lo siguiente:

- El 11% de las respuestas entregadas señalan que es de *máxima importancia, para recibir una buena atención.*
- Un 0% respondió que lo consideran *importante, para recibir una buena atención.*
- El 11% de los encuestados, señalan que lo consideran *menos importante.*
- El 78% de los encuestados, señalan que lo consideran *sin importancia.*

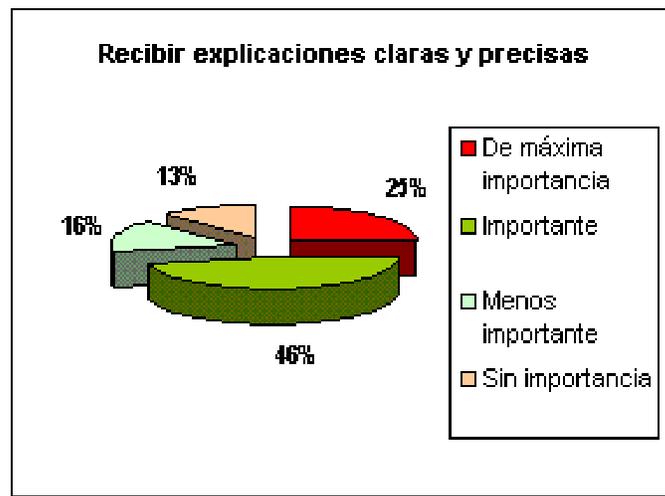
Gráfico 12. Distribución porcentual afirmación N° 3.



Ante la afirmación “*explicaciones claras y precisas*”, los encuestados respondieron (gráfico 13):

1. El 25% de las respuestas entregadas señalan que es de *máxima importancia, para recibir una buena atención.*
2. El 46% de los encuestados, señalan que lo consideran *importante, para recibir una buena atención.*
3. El 16% de los encuestados, señalan que lo consideran *menos importante.*
4. El 13% de los encuestados, señalan que lo consideran *sin importancia.*

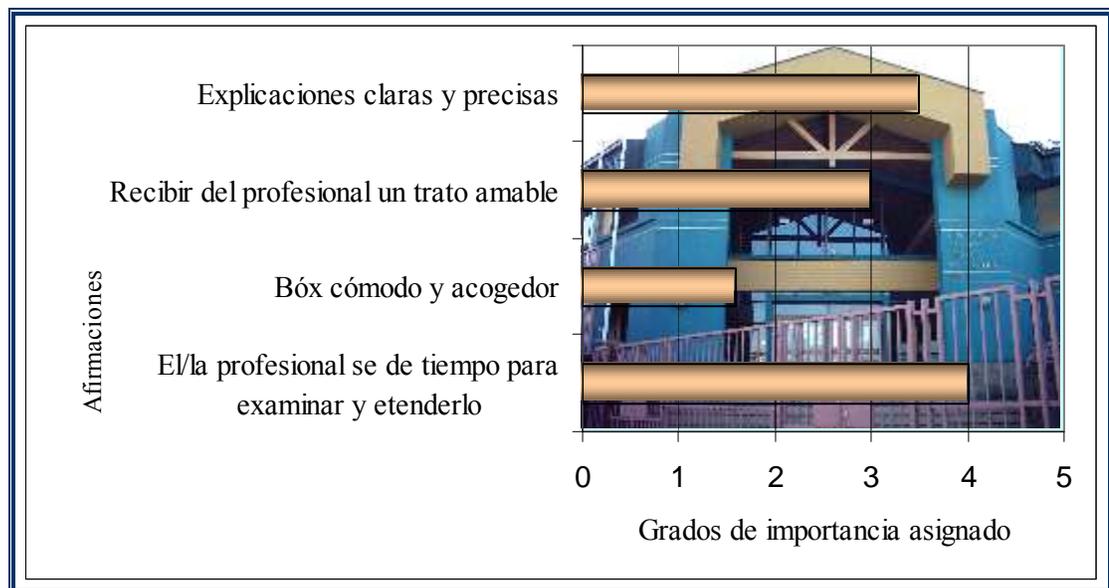
Gráfico 13. Distribución porcentual afirmación N°4.



Para resumir las afirmaciones propuestas (gráfico 14) el orden según importancia asignada por los usuarios/as para recibir una atención de calidad, quedan según sus medianas en:

1. Es de máxima importancia para los usuarios que el/la profesional se de tiempo para examinarlos y atenderlos. Mediana 4.0
2. Es importante recibir explicaciones claras y precisas junto con un trato amable por parte del profesional. Medianas 3.4 y 3.0, respectivamente.
3. De mínima importancia o sin importancia las características del box (box cómodo y acogedor). Mediana 1.6, recordemos que las instalaciones del Centro de salud familiar son relativamente nuevas, construidas para este fin, por lo que no vivencian incomodidades.

Gráfico 14. Afirmaciones para obtener una atención de calidad.



Grados de importancia
1= Sin importancia. 3= Importante.
2= Menos importante. 4= Muy importante.

8.6 DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA

La disponibilidad de medicamentos en las farmacias de los centros de atención primaria es clave, ya que los usuarios consideran que la atención es completa sí reciben medicamentos, no siempre pueden destinar dinero para medicamentos, lo que afecta directamente al tratamiento.

Aunque depende de su motivo de consulta y no siempre requieren medicamentos, los usuarios encuestados recibieron receta el 77% para retirar en farmacia del centro de salud. Cuando pasaron por farmacia para retirar sus medicamentos obtuvieron :

- Al 72% le entregaron todos los medicamentos.
- Al 23% le entregaron solo algunos.
- Al 5% no se lo entregaron.

Para el 28% que tuvo dificultades en el retiro de sus medicamentos y que recibieron sólo algunos o no se lo entregaron se expone los motivos en la tabla 14.

Tabla 14. Distribución de los motivos por los que no recibieron todos los medicamentos.	
Le entregaron solo algunos	No se lo entregaron
No había en ese momento: ácido acetilsalicílico 100 mg, antimicótico en crema, calcio, vitaminas ACD gotas, antiespasmódico en gotas, ungüento de bengue, atorvastatina 20 mg.	Correspondía al horario de colación del personal de farmacia.

Las indicaciones son relevantes para recuperar el equilibrio y volver a un estado saludable, cuando se trata de los medicamentos éstas garantizan una correcta dosis, horario y evita interacciones que disminuyan o aumenten el efecto deseado.

Al darlas es importante que los usuarios las comprendas, las indicaciones farmacológicas son dadas por el/la profesional, pero además recordadas verbal y escritas en farmacia, en los sobres de los medicamentos.

Los usuarios/as consideran haber recibido en farmacia indicaciones sobre el uso de los medicamentos recetados, en la siguiente proporción:

- 85 % Sí.
- 10% Solo parcialmente.
- 5% No le dio indicaciones.

La percepción que los usuarios tienen respecto a la claridad y precisión de las indicaciones farmacológicas entregadas, se averiguó a través del análisis de su mediana, la que clasificó en *claras y precisas* (valor 3,4 de la escala de 4) la información que reciben los usuarios.

8.7 CUMPLIMIENTO DE SOLICITUDES DE INDICACIONES, EXAMENES Y DERIVACIONES

Se analizaron las respuestas de los usuarios/as con relación a su autocuidado. Implica la responsabilidad con que asumen las indicaciones dadas por el/la profesional. Cuando le recetan medicamentos los usuarios declaran seguir el tratamiento indicado 71% *siempre* y un 29% *a veces* (gráfico 15). Siguen el tratamiento en el período agudo de enfermedad, a medida que se sienten mejor van abandonando el tratamiento, especialmente las indicaciones de cambios en el estilo de vida.

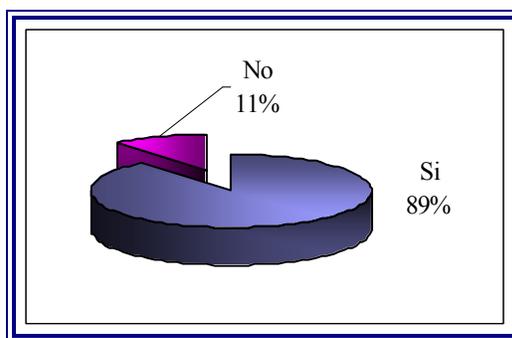
Gráfico 15. Distribución porcentual de la población en estudio según cumplimiento de las indicaciones.



Uno de los factores mencionados en el cumplimiento de las indicaciones es la disponibilidad de medicamentos en farmacia, cuando no los encuentran y tampoco pueden adquirirlo, esperan a que el medicamento sea pedido, lo que significa un retraso en el inicio de la terapia.

Para la solicitud de exámenes y/o interconsultas los usuarios/as manifiestan cumplir con este trámite en un 89% (gráfico 16). En los exámenes no se registran dificultades, ya que en el Cesfam lo realizan o si no son derivados al hospital o al extrasistema para realizarlos. Diferente es el caso de las interconsultas, donde los tiempos de espera son prolongados y muchos no saben que pasa con su hora, perdiendo el rastro finalmente.

Gráfico 16. Distribución porcentual de la población en estudio según cumplimiento de las solicitudes de examen e interconsulta.



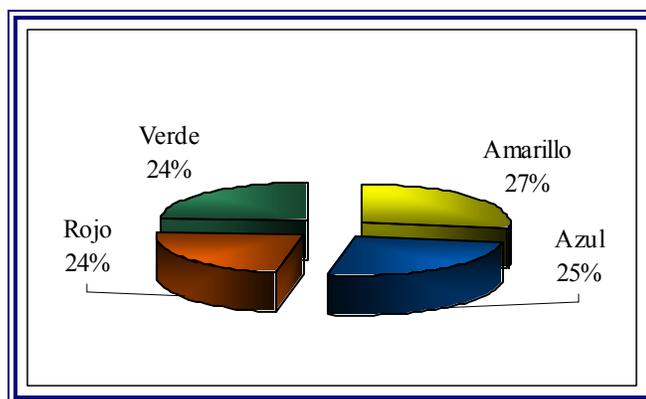
Se expuso la visión general de las usuarias y usuarios encuestados y se continuó con los resultados asociados según sexo y sector.

La asociación de la variable con la categoría de sexo demostró pocas diferencias entre las categorías, ambos sexos cumplen con las indicaciones y los menos no las realizan (tabla 15).

Tabla 15. Distribución numérica de la población en estudio según cumplimiento de las indicaciones y sexo.		
Cumplimiento Indicaciones \ Sexo	Si	No
Femenino	31	3
Masculino	20	2
Total	51	5

En relación a los sectores los mantienen cifras similares de cumplimiento, como se muestra en el gráfico 19.

Gráfico 19. Distribución porcentual de la población que cumple las solicitudes de examen y/o interconsulta según sector.



8.8 TIEMPO DE ESPERA

Para que la atención que demandan los usuarios/as del centro de salud familiar de Castro, sea efectiva, requieren cumplir con pasos previos en SOME preparación de paciente y luego la atención profesional, si reciben receta pasaran por farmacia para el retiro de los medicamentos. Todos estos pasos consumen tiempo a los usuarios.

Se siguió a cada uno de los encuestados en su recorrido para cuantificar el tiempo que permanecen en el establecimiento de atención primaria. El recorrido comienza días antes de la encuesta, cuando solicitan hora para su atención si es de un programa como crónico ó de la mujer pueden solicitar la hora durante el día en horario 08:00 hrs. - 13:00 hrs. durante la mañana y en la tarde de 14:00 hrs. a 16:30 hrs. en el mesón de SOME; si la demanda es por morbilidad deben llegar por la mañana durante las primeras horas de atención la cual parte para prioridad a las 07:30 hrs. y general a las 08:00 hrs. en el mesón de SOME que se encuentra sectorizado.

Las horas de atención son diferidas, el día citado el usuario espera en el sector que le corresponde; en algunos casos pasa directamente con el profesional quien realiza el control, en otros el técnico lo llama para el control de signos vitales y posteriormente regresa a la sala de espera para su atención con el profesional que le corresponde.

Posterior a su atención, si corresponde timbra su receta en SOME o en el mesón de la OIRS (oficina de información, reclamos y sugerencias) y pasa a farmacia para el retiro de sus medicamentos. También pueden aprovechar de solicitar hora para un próximo control o exámenes.

La exposición de los tiempos de espera es en minutos, en general y por sectores de las siguientes partes del proceso de atención.

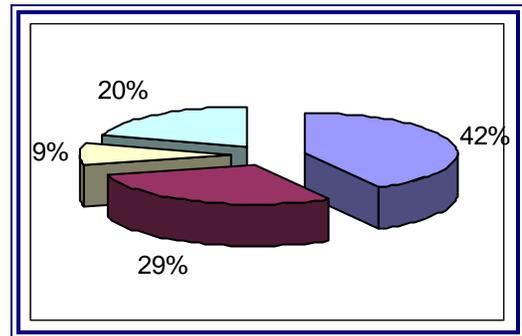
- Obtener hora para la atención.
- Sala de espera, diferencia entre la hora de la citación y la hora de atención profesional.
- Farmacia, en los casos que corresponde el retiro de medicamentos.

8.8.1 Tiempo de espera para obtener hora de atención (SOME)

Los tiempos que se mencionan no pretenden ser un resumen de las experiencias de los usuarios/as. Se enfatizó en el tiempo que permanecieron en la fila para la atención que esperaban, como la mayoría pertenece a los programas, la visita estaba programada con anticipación, a excepción de extensión horaria (gráfico 18).

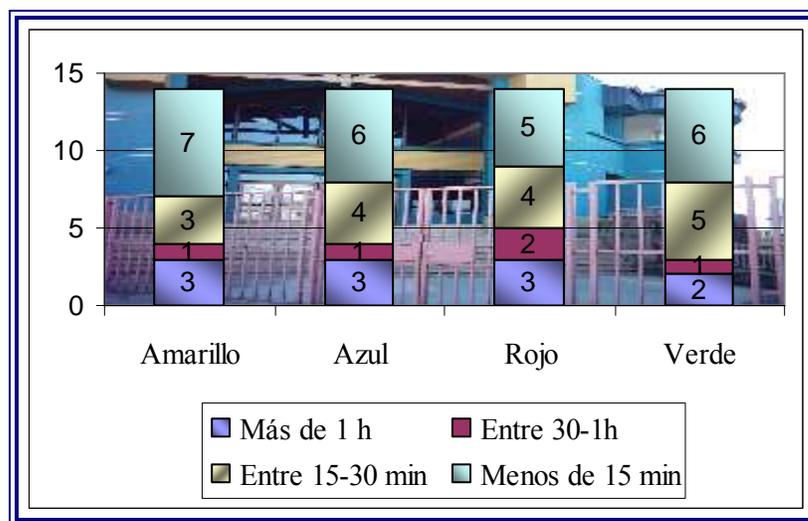
Gráfico 18. Distribución porcentual de la población en estudio según tiempo de espera en SOME.

- 42% menos de 15 minutos
- 29% de 15 a 30 minutos
- 9% 30 minutos a 1 hora
- 20% 1 hora – 2 horas.



Casi $\frac{3}{4}$ de los usuarios/as, obtuvieron atención en SOME antes de los 30 minutos. Para observar con más detalles se presenta el gráfico 19, muestra la situación por sector, no sé evidencian diferencias significativas entre sectores.

Gráfico 19. Distribución numérica del tiempo de espera para obtener hora por sectores.



En promedio el tiempo de espera para los usuarios/as en SOME fue de 31,3 minutos con una desviación estándar de 30,9 minutos.

8.8.2 Tiempo en sala de espera

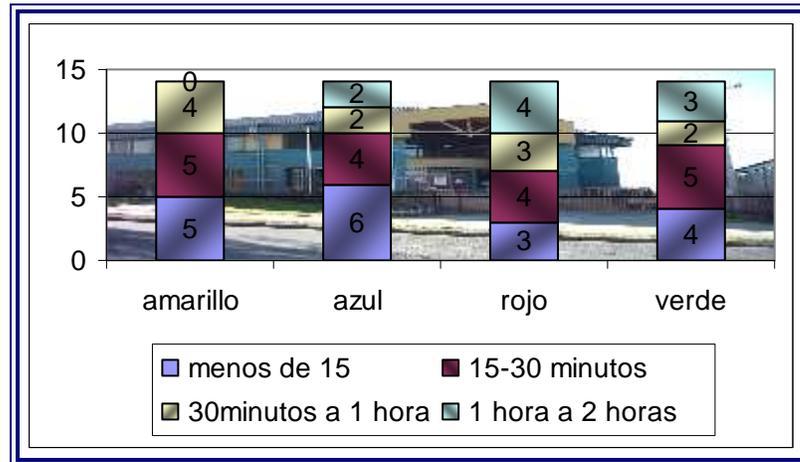
Aquí se midió cronológicamente el tiempo que los 56 usuarios/as permanecieron en la salas de los distintos sectores, mientras esperaban la atención profesional (tabla 16).

En promedio, fue de 32,9 minutos con una desviación estándar de 28,2 minutos. La atención profesional cuenta con horario diferido de 10 a 20 minutos entre un usuario y otro. Por lo tanto, el tiempo de espera es prolongado, especialmente para los usuarios/as que tienen las primeras horas de la tarde y en extensión horaria. El tiempo va mínimo 5 minutos y máximo 1 hora.

Tiempo	Nº de usuarios/as
Menos de 15 minutos	18
15 – 30 minutos	18
30 minutos a 1 hora	11
1 – 2 horas	9
Total	56

Por sectores el tiempo de espera se divide como muestra el gráfico 20. Los sectores con más población registran mayor demora en la atención profesional.

Gráfico 20. Distribución numérica de la población en estudio según tiempo de espera para la atención profesional.



8.8.3 Tiempo en la fila de farmacia

En farmacia se atiende a los usuarios/as de todos los sectores, existe fila única y dos funcionarios despachan las recetas (tabla 17).

Tiempo	Nº de usuarios/as
Menos de 15 minutos	27
15 – 30 minutos	12
30 minutos a 1 hora	2
1 – 2 horas	0
Total	41

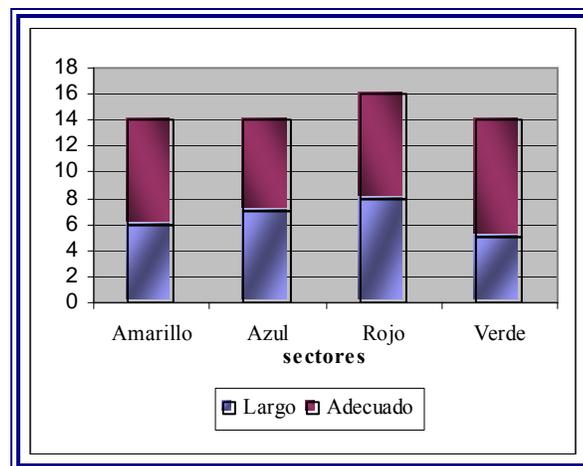
Para 41 usuarios/as del Cesfam el tiempo de espera en la fila fue en promedio 13,7 minutos, con una desviación estándar de 9,8 minutos. El rango de espera es de 4 a 24 minutos.

Percepción del tiempo de espera

La dimensión subjetiva del tiempo transcurrido está influenciada a factores internos, cuando los seres humanos no tienen cubiertas sus necesidades básicas, se encuentran en ayuna, con frío, sueño; tuvieron dificultades en el proceso de atención o sienten inseguridad/estrés al cursar una enfermedad, la evaluación que van a realizar es diferente si se encontrarán en mejores circunstancias.

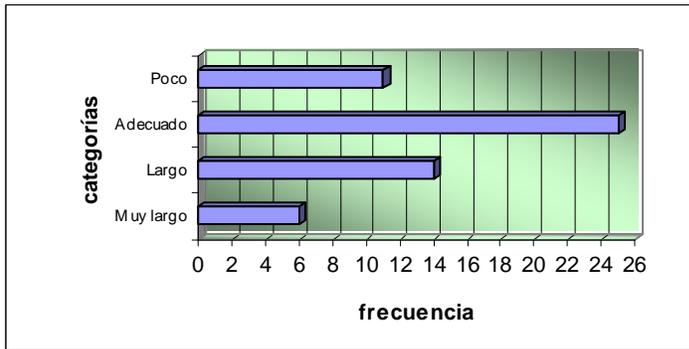
Para denominar el tiempo de espera en SOME los usuarios utilizaron *adecuado* y *largo* en los distintos sectores (gráfico 21).

Gráfico 21. Distribución numérica de la población en estudio según sector y apreciación del tiempo.



La percepción del tiempo de espera para la atención profesional fue, *moda adecuado*

Gráfico 22. Distribución numérica de la población en estudio según tiempo de espera para la atención profesional.



coincidiendo con el 64% de los usuarios que recibió atención dentro de los 30 minutos siguientes a su citación.

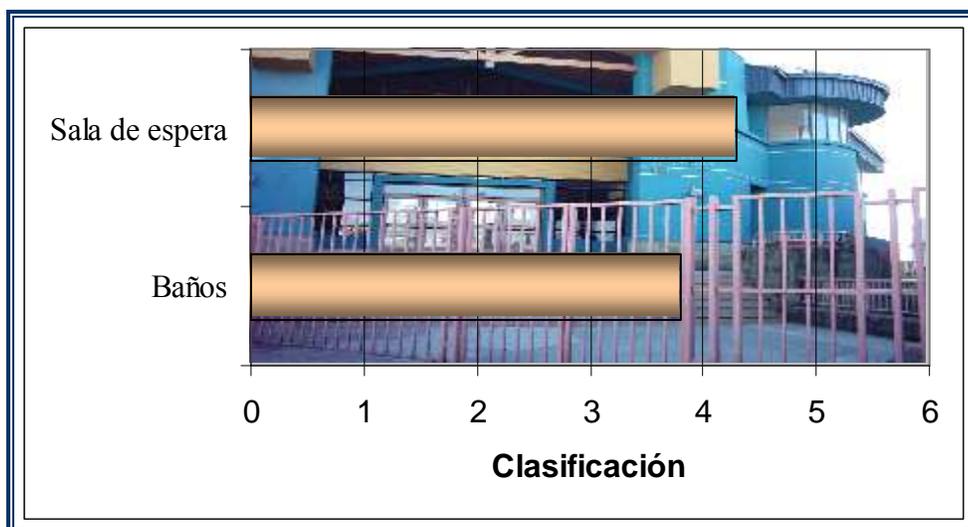
La segunda frecuencia es la categoría de *largo*, se incluyen los que esperaron desde 15 minutos hasta 2 horas; *poco* lo denominaron los que esperaron menos de 15 minutos y *muy largo* los que aguardaron desde 30 minutos hasta dos horas (gráfico 22).

8.9 ESTADO DE LOS ELEMENTOS BÁSICOS DE LA INFRAESTRUCTURA

Los elementos básicos de la infraestructura seleccionados fueron la sala de espera y los baños, para su análisis se clasificaron de acuerdo a las medianas (gráfico 23) de las observaciones hechas por los usuarios encuestados, de estos dos lugares se infiere que:

- Sala de espera: la mediana de las observaciones se encuentra en el valor 4,3 de la escala del 1 al 5. Lo que significa que la mitad de las observaciones la clasifica en el grado de **Buena**.
- Baños: El 50% de los usuarios encuestados* está por encima del valor 3,8 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor, el grado de clasificación corresponde a **Regular**.

Gráfico 23. Distribución de la población en estudio de acuerdo a las medianas de las observaciones sobre los elementos básicos de la infraestructura.



1= Muy malo. 2= Malo. 3= Regular. 4= Bueno. 5= Muy bueno.

* Cálculo efectuado con 44 usuarios, 12 no respondieron por no haber utilizado el servicio.

La clasificación de los elementos básicos del servicio: sala de espera y baños fue fundamentada por los usuarios con los motivos divididos en favorable y desfavorable que se expone en la tabla 18.

	DESFAVORABLE	FAVORABLE
Sala de espera	Falta de mudadores, y objetos o póster con motivos infantiles. Aseo regular.	Existencia de asientos cómodos. Existencia de basureros. Se encuentra limpia.

Baños	<p>Se encuentran sucios la mayor parte del tiempo.</p> <p>Solo algunos funcionan, le faltan cerradura.</p> <p>No todos entienden su funcionamiento.</p>	<p>Hay baños para discapacitados, mudador.</p> <p>No cobran para utilizarlos.</p>
-------	---	---

8.10 COMPLEMENTARIEDAD

La práctica de complementar los cuidados de salud, es una actividad que los usuarios encuestados realizan con el propósito de recuperar, mantener e incrementar su estado de salud. El centro de salud familiar trabaja con terapias complementarias en la ciudad y en sectores rurales.

En general, los usuarios manifestaron un 45% de adhesión a estas prácticas que obtienen principalmente en su hogar, son tratamientos de conocimiento popular con hierbas. Los menos consultan con naturistas en Casma, Castro y Quellón.

De acuerdo al sexo, está práctica es levemente superior en la categoría femenina; 6.2% más. Puede ser que al ser prácticas caseras de fitoterapia las mujeres se preparan sus propias “hierbas”. (ver tabla 19)

Tabla 19. Distribución numérica y porcentual de la población en estudio según sexo y complementariedad de los tratamientos.				
Complementa	Femenino		Masculino	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Sí	16	47.1 %	9	40.9%
No	18	52.9 %	13	59.1%
Total	34	100 %	22	100 %

Estas respuestas pueden estar sesgadas al ser aplicadas en un centro de salud, la tendencia de complementariedad entre ambas medicinas se está integrando a la visión de los equipos de salud y de la comunidad en el último tiempo.

De acuerdo a la edad, se observa un mayor uso a medida que aumenta la edad como muestra la tabla 20. Son los usuarios/as de 65 y más años quienes complementan sus tratamientos más.

Tabla 20. Distribución de complementariedad de los tratamientos según grupo etáreo.		
Grupo etáreo	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa

15-19	1	4
20-29	3	12
30-39	4	16
40-49	6	24
50-64	2	8
65 y más	9	36
Total	25	100 %

Escolaridad

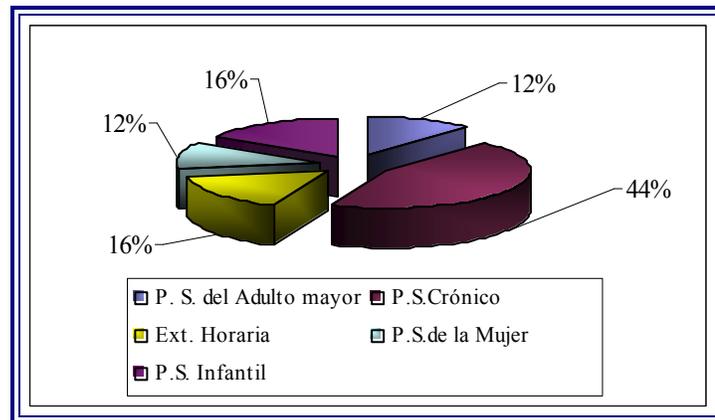
La instrucción formal que se recibe en los establecimientos educacionales conlleva a explicaciones y soluciones establecidas. Se observa a quienes tienen los estudios básicos incompletos recurren o reconocen con mayor frecuencia la práctica de tratamientos complementarios, tabla 21.

Tabla 21. Distribución numérica y porcentual de la población que complementa sus cuidados según escolaridad.		
Escolaridad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Básico completo	6	24,0%
Básico incompleto	10	40,0%
Medio completo	7	28,0%
Medio incompleto	1	4,0%
Técnico/profesional	1	4,0%
Total	25	100,0%

Programa

El programa en que sus usuarios/as complementan con mayor frecuencia es el del adulto, subprograma de enfermedades crónicas 44% (gráfico 24). En igual proporción se presentan los programas de extensión horaria y salud infantil con 16%, la misma situación se con los programas de la mujer y adulto mayor.

Gráfico 24. Distribución porcentual de la complementariedad según programa.



Origen étnico

En esta zona el origen étnico es principalmente huilliche (mapuche), de los usuarios encuestados que se autoidentificaron indígena complementan los tratamientos prescritos el 48,3% (tabla 22); no existe grandes diferencias con los demás usuarios ya que estos reconocen 40,7% de integración con otras terapias de las indicaciones.

Autoidentificación indígena	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
No	16	51,6%
Si	15	48,4%
Total	31	100,0%

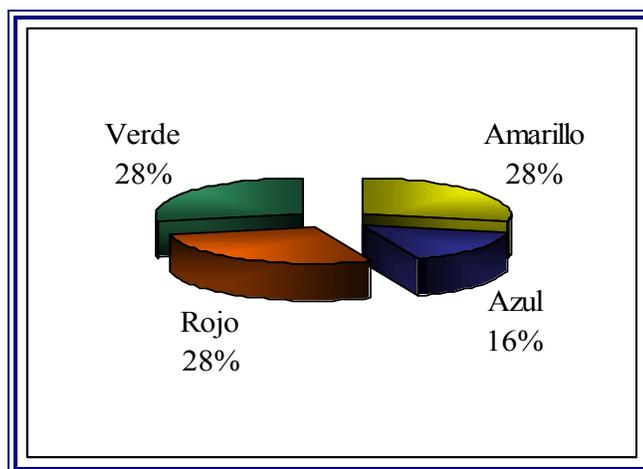
Distancia

Al asociar las variables distancia entre el domicilio de los usuarios/as y el centro de salud familiar y como influye en la complementariedad de los cuidados, se observan los siguientes resultados, expuestos en la tabla 23. Son más los usuarios/as que no complementan sus tratamientos, sin embargo, aquellos que si lo hacen aumentan a medida que se alejan del centro de salud familiar.

Tabla 23. Distribución de la población en estudio según distancia y complementariedad del tratamiento.		
Distancia desde su domicilio al Cesfam	Complementa el tratamiento	
	Si	No
Menos de 10 cuadras	2	5
Entre 10-20 cuadras	5	0
Entre 20-30 cuadras	4	8
Más de 30 cuadras	14	18
Total	25	31

No se observan diferencias en los sectores amarillo, rojo y verde. Solo el sector azul registra una proporción menor de complementariedad como muestra el gráfico 25.

Gráfico 25. Distribución porcentual de la población sectorizada según complementariedad de los tratamientos.

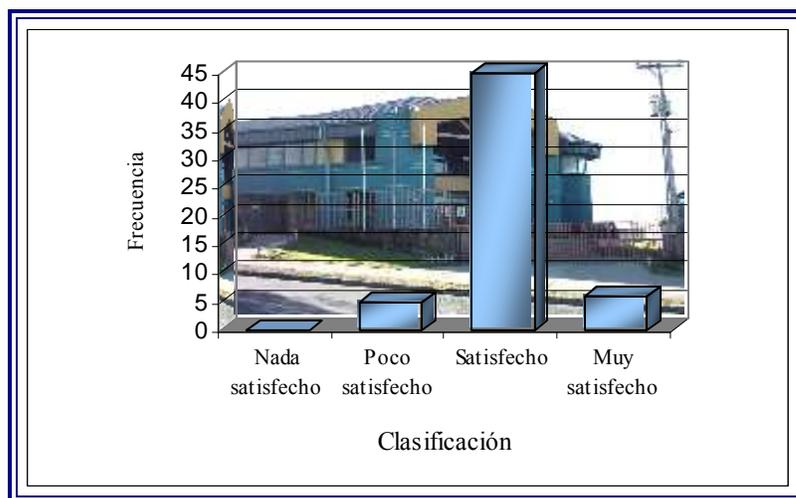


8.11 SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN

La percepción que tiene el usuario encuestado sobre la calidad de la atención proporcionada en la consulta que realizó en el centro de salud familiar la manifestó a través de la clasificación desde “nada satisfecho” a “muy satisfecho”.

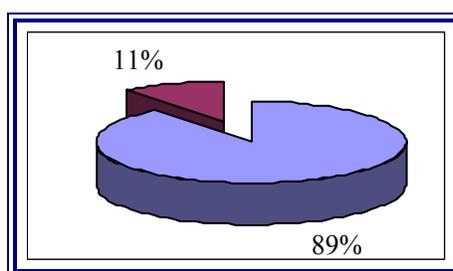
Después de la reflexión sobre su atención, en términos generales los usuarios manifestaron estar *satisfecho* 45 de ellos, 6 personas *muy satisfecho* y 5 *poco satisfecho*. No se registraron respuestas atribuibles a la categoría de *nada satisfecho* (gráfico 26).

Gráfico 26. Distribución numérica de la población en estudio según satisfacción/insatisfacción de la consulta realizada.



Las otras veces que ha solicitado atención en el centro de Salud Familiar de Castro ha sido similar, a la actual para la mayoría de los usuarios, el 89,3 % respondió afirmativamente a la pregunta. Para el 10,7% de la población, a sido otra la vivencia cuando ha consultado. (gráfico 27)

Gráfico 27. Distribución porcentual de la población en estudio según similitud de la atención recibida con otras consultas realizadas.



8.12 ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA ATENCIÓN

Los aspectos positivos y negativos de las atenciones mencionados por los usuarios a través de preguntas abiertas se listan a continuación:

Aspectos positivos:

- Atención infantil evaluada como de buena calidad.
- Gratuidad en los medicamentos.
- Encontrar disponible horas médicas, kinésicas para los niños, especialmente en invierno.
- Buena atención por parte de todos los funcionarios.
- Realizar campañas informativas, de exámenes preventivos en la comunidad. (EMPA)
- Realización de sesiones grupales de control de enfermedades crónicas.

Aspectos negativos mencionados:

- Atención preferencial a personas que conocen o trabajan aquí, que retrasa la atención de los usuarios.
- Horas dentales y médicas no cubren la demanda, solicitan más horas disponibles.
- Respuestas inadecuadas no argumentadas, crean apatía en los usuarios.
- Ambiente común en Some, se realiza consultas frente a otros usuarios.
- Línea 800 ocupada siempre.
- Cambio frecuente de profesionales matrona, médicos.

8.13 SUGERENCIAS

Los usuarios/as encuestados plantearon las siguientes sugerencias ordenadas según frecuencia:

- Atención a la hora de la citación, con un margen de espera de 20 min. aproximadamente.

- Explicaciones sobre trámites completos, para no dar vueltas innecesarias, “mandan de un lado para otro”.
- Atención de especialistas en pediatría y oftalmología.
- Ser atendido por el mismo profesional.
- Velar por el respeto de las colas en Some.
- (Mantener) Lugar específico para timbrar recetas.
- Clasificación de las emergencias por pauta.
- No den horas después de almuerzo hay que esperar mucho (se refiere entre 13:30 y 14:00 hrs.)
- En extensión horaria sea la atención más rápida en farmacia, atienden desde las 07:00.
- Integración de orientadores de origen y de medicina indígena.
- Filas preferenciales para mujeres embarazadas en farmacia.
- Trato preferencial para adultos mayores, madres con niños pequeños y personas muy enfermas.
- No realizar cambios continuos de box, algunas personas mayores no pueden venir solas, porque se confunden.

9. DISCUSIÓN

La población encuestada correspondió mayormente al sexo femenino, no se consideraron varones en el programa de salud de la mujer, porque no siempre acompañan a la mujer que asiste a control. Y en el programa infantil se considero a uno por sector, la presencia masculina es menos frecuente, los niños son llevados por sus madres o algún familiar del sexo femenino (abuela, tía) antes que por el padre. Además en ambas situaciones el horario corresponde al de trabajo. Recordemos que la mitad (52%) de las mujeres son dueñas de casa, esta actividad tiene implícito el cuidado activo de los miembros de la familia. El sexo masculino se dedica a trabajos dependientes (40%) por lo que asisten cuando son ellos los afectados y no solicitan permiso para ser acompañantes. *(8.1 Perfil sociodemográfico, página 35)*

Los grupos etareos encuestados son mayormente adulto joven (30-39 años y 20-29 años), a diferencia de hace algunos años atrás en que se encontraba población con edades extremas, menores de 15 años y mayores de 65 años, la atención primaria ha mejorado su cobertura a la población activa de la sociedad, con exámenes como el EMPA que permite la pesquisa de enfermedades crónicas, acuden a control de sus hijos. Los adultos mayores mantienen la tendencia nacional a recibir atención en el sistema público de salud, son la tercera mayoría encuestada. *(8.1 Perfil sociodemográfico, páginas 32,33)*

Los logros en salud se encuentran ligados a otras áreas del desarrollo de la sociedad, es así como el nivel educacional de la población influye en las decisiones y acciones de autocuidado. En el caso de las madres, además deben velar por los estados de necesidad modificados de sus hijos y cumplir con los requerimientos adecuados para ellos. El nivel educacional de los encuestados es de un 73% con educación básico (completo o superior), nivel que se mantiene en ambos sexos. *(8.1 Perfil sociodemográfico, página 34)*

Las acciones en salud para que lleguen a la población deben ser acorde a su visión de vida. Leininger sostiene que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás (Marriner y cols. 1999). Se encuentran usuarios que se autoidentifican indígena en todos los sectores y son el 52% de los encuestados, el reconocimiento de los aspectos culturales de las necesidades humanas, llevaran a prácticas de atención de enfermería más beneficiosas en una comuna que se sitúa en la tercera región con mayor concentración de grupos étnicos. *(8.1 Perfil sociodemográfico, página 36)*

La propuesta de atención primaria, es ser el primer nivel de consulta de la población, para ello la accesibilidad es importante tanto geográfica como administrativa. En el Cesfam el 57,1% de los usuarios/as vive a *más de 30 cuadras*, demora de *15 a 30 minutos* (42,9%) y utilizan *un medio de transporte*. Acuden al centro de salud con una frecuencia mayor a los dos meses. *(8.2 accesibilidad al Cesfam, páginas 37-39)*

De la revisión de las características no médicas de la atención expresadas por los chilenos en la encuesta Feedback se menciona el trato digno, dedicado, deferente y amable. En el Cesfam la percepción de la calidad del trato otorgado por los usuarios internos (profesionales, técnicos, administrativos) es percibida como buena, valor 4 de la escala de 1 a 5, evaluación superior a las encuestas nacionales, y al informe mundial de la salud (OMS 2000) que situó a Chile bajo el promedio para dignidad. Sin embargo en los aspectos negativos se mencionan actitudes de malestar por el trato recibido. (8.3 Percepción sobre calidad de atención otorgada, página 42)

La relación de ayuda que se produce entre los usuarios/as y el/la profesional está caracterizado por conocer al personal que lo atiende. Según la Carta de Derechos de los Paciente, todo el personal que labore en establecimientos de salud, sin excepción, debe portar una identificación que contenga por lo menos su nombre, cargo y unidad donde se desempeña. En el Cesfam el 100% de los usuarios considera importante conocer el nombre del profesional que lo atiende. Sin embargo, solo el 68% conoce el nombre del profesional que lo atendió y su principal fuente de información fue “de otra forma”, lo que significa que obtuvieron la información a través de otros usuarios, por el timbre de receta ó el recordatorio de Some.

(8.4 Características de la relación de ayuda, páginas 44-47)

Otro aspecto importante que se indagó y que está contenido en la Carta de Derechos de los Pacientes es recibir información sobre el diagnóstico, procedimientos y tratamientos, los riesgos y beneficios, para decidir la alternativa informados otorgando consentimiento para dar inicio a la terapia. Todo deberá ser explicado en un lenguaje sencillo. Al 98% (55) de la población en estudio le interesa que el/la profesional le explique su problema de salud. Un 93% (52) recibió información sobre lo que significa su problema de salud. Un 96% (53) de los usuarios/as entendió la información proporcionada, además recibieron indicaciones para seguir tratamiento y mejorar su problema de salud un 95% las cuales son percibidas como claras y precisas (valor 3,5 de la escala). En la encuesta Feedback se concluyó que una prestación es de calidad cuando, entre otras características, es informada; basada en la explicación del síntoma, diagnóstico, de las posibilidades de evolución futura y de las medidas a implementar por parte del paciente. Y profesional, en el sentido de estar guiada por conocimientos técnicos.

(8.4 Características de la relación de ayuda, páginas 44-47)

La valoración más detallada de los aspectos que determinan la percepción de la calidad de la atención, arrojó a través del valor se sus respectivas medianas, que le asignan los encuestados *máxima importancia* al tiempo para examinar y atender con una mediana 4.0. *Es importante* para los/las usuarios/as explicaciones claras y precisas (mediana 3.4) junto con un trato amable (mediana 3.0) y es de *mínima importancia* box cómodo y acogedor (1,6).

(8.5 Valoración de cuatro aspectos de la atención, páginas 48-50)

Los usuarios/as del Cesfam recibieron el 72% todos los medicamentos, al 23% solo le entregaron algunos. De acuerdo a la encuesta Feedback (2000), que incluyó preguntas tendientes a medir el gasto en salud, evidenció que el tercer gasto mayor que realizan los chilenos, está dado por los medicamentos. Consideremos este hecho significativo, ya que en la atención primaria se atienden los beneficiarios de Fonasa, y este concentra a la población de

menores ingresos y en las edades de mayor riesgo. (8.6 Disponibilidad de medicamentos en farmacia, páginas 52-53)

La valoración de la atención y sus características para ser considerada de calidad se abarcaron ampliamente, los equipos de salud buscan el compromiso y la participación de los/las usuarios/as para que sean autogestores de su salud, el compromiso parte con el autocuidado. El 71% de la población en estudio reconoció seguir *siempre* las indicaciones terapéuticas y farmacológicas dadas por el/la profesional. El 89% de los encuestados cumple con los exámenes y derivaciones, en el caso de las derivaciones al nivel secundario, en muchas ocasiones el/la usuaria comento no saber que paso con su interconsulta, al digitarse la solicitud se toman los datos del beneficiario para informarle cuando será visto por el especialista, pero conocidas son las listas que superan el año de espera. Por sectores el cumplimiento de las indicaciones es similar. A través de los estudios nacionales con que se construyeron los objetivos sanitarios para la década (2000-2010) para que la atención sea considerada completa involucra especialista, fármacos, exámenes y derivaciones. (8.7 Cumplimiento de solicitudes, exámenes y derivaciones, páginas 54-55)

Davidoff, 1989 nos define las percepciones como “están determinadas por motivos cambiantes, las emociones, los valores, las metas, los intereses y las expectativas” la atención pública tiene en el conciente colectivo ciertas premisas, una de ellas es la burocracia y junto con ello el tiempo de espera para completar los trámites. El tiempo de espera promedio en el centro de salud familiar para obtener una hora de atención en Some fue de 31.3 minutos, para la atención profesional 32.9 minutos y para los que pasaron por farmacia 13.7 minutos. En general el tiempo de espera es percibido como adecuado en las distintas etapas del proceso.

(8.8 Tiempo de espera, páginas 56-60)

Hay elementos de la infraestructura del establecimiento que pueden favorecer a una espera más grata, en ésta investigación fueron considerados dos básicos: las salas de espera y los baños, la primera obtuvo la clasificación de buena con un valor de la mediana de 4,3; y los baños fueron clasificados como regular con un valor de la mediana de 3,8 en una escala del 1 al 4,9. (8.9 Estado de los elementos básicos de la infraestructura, página 61)

En todas las preguntas en que se involucra la vivencia del usuario/a en su respuesta está implícito los procesos psicológicos y sociales que generaran la percepción de satisfacción/insatisfacción con el sistema de salud que se dispone. Inés Astorquiza en su modelo de necesidades humanas nos menciona que la satisfacción se da en la medida que los requerimientos identificados sean en cantidad, calidad y culturalmente acorde a las necesidades humanas de los/as usuarios/as, enfermería puede orientar y educar a la comunidad a recuperar sus mecanismos de autocuidado, para que la población beneficiaria logre por sí sola cumplir con la satisfacción básica de sus necesidades y consulten cuando la situación lo amerite.

Complementar los cuidados en salud es una propuesta gubernamental del último tiempo, incorporar prácticas de los pueblos originarios ha llevado a la creación del Programa de salud intercultural, aprobado por resolución exenta 1190 del 12/05/2000, desde esa fecha

que el servicio de salud Llanchipal ha trabajado con el programa. En el centro de salud familiar de Castro igualmente se trabaja en comunidades rurales; se cuantificó la complementariedad a los tratamientos prescritos por el/la profesional, se encontró que el 45% de la población adhiere a alguna práctica, siendo 6,2% superior en la categoría femenina. El grupo etáreo donde se práctica más es en el de 65 y más años y son los usuarios/as con enseñanza básica incompleta que complementan un 40%. El programa en que se utiliza más (44%), es en el programa de salud del adulto subprograma de enfermedades crónicas.

(8.10 Complementariedad, páginas 63-66)

Con respecto a la complementariedad se da más (51,6%) en los/las usuarios/as que no son indígenas, contrario a lo que se podría esperar aquellos usuarios/as que se autoidentificaron indígena son los que menos practican la complementariedad. Cabe destacar que la población en Chiloé tiene características propias y que las costumbres pueden estar generalizadas. Se observa que ha medida que aumenta la distancia entre el domicilio y el centro de salud familiar se complementan más los tratamientos. Y la complementariedad es similar en los sectores amarillo, verde y rojo (28%) e inferior en el sector azul (16%). Las respuestas referentes a la complementariedad pueden ser sesgadas, al haber sido consultada en un establecimiento sanitario. *(8.10 Complementariedad, páginas 63-66)*

La consulta realizada deja a 45 de los/as usuarios/as encuestados satisfecho, está satisfacción se reafirma para el 89,3% a experiencias previas de atención en salud recibidas en este Cesfam. *(8.11 Satisfacción/Insatisfacción, página 67)*

Los aspectos positivos mencionados por la población en estudio son principalmente la calidad de la atención infantil, la gratuidad de los medicamentos y la disponibilidad de horas médicas y kinésicas para los niños. *(8.12 Aspectos positivos y negativos de la atención, página 68)*

Los aspectos negativos de la atención mencionados corresponden a la atención preferencial para conocidos del usuario interno, especialmente en Some, horas médicas y odontológicas que no cubren la demanda, porque cuando van a sacar ficha no hay, consideran inadecuadas las respuestas que le dan algunos usuarios internos, generando la reacción del usuario externo que se siente vulnerado en su esfera psicológica (status, poder y prestigio).

(8.12 Aspectos positivos y negativos de la atención, página 68)

Las sugerencias apuntan a mejorar los puntos deficitarios que más los afecta, atención en el horario citado, ya que cuando ellos llegan tarde tienen que solicitar una nueva hora en cambios ellos/as esperan. Explicaciones completas de los trámites a realizar o un funcionario que los orienten en sus consultas y no realicen filas innecesarias. Y mayor resolutivez en la atención, contar con especialista en oftalmología y pediatría. *(8.13 Sugerencias, página 69)*

La encuesta CASEN 2000 consultó sobre la percepción de algunos de los puntos mencionados: atención médica, de enfermería, del personal administrativo, estado de la sala de espera e higiene de los baños, tanto en consulta ambulatoria como en servicios de hospitalización. Los resultados que arrojó en la consulta ambulatoria de los establecimientos públicos fue una gran mayoría “buena y muy buena” en todos los aspectos evaluados (82%), excepto la higiene en los baños que tuvo menor puntuación (79%).

Al analizar en un aspecto global la percepción del usuario urbano externo sobre el centro de salud familiar de Castro queda en evidencia satisfacción con la calidad del trato otorgado, con la atención dada por el/la profesional, especialmente en el programa infantil y de la mujer, la disponibilidad de medicamentos. Hay disconformidad con la accesibilidad, distancia y horas disponibles, tiempos de esperas prolongados, higiene regular de los baños.

10. CONCLUSIONES

El estudio desarrollado tiene el valor de ser exploratorio y contribuir a descubrir las fortalezas que la comunidad beneficiaria le reconoce al Centro de salud Familiar de Castro, por otra parte detecta las áreas deficitarias con el fin de que al ponerlas en evidencia, se reorganicen los recursos y motivación del personal, para mejorar la calidad y acrecentar el nivel de satisfacción.

El perfil sociodemográfico del usuario/a externo urbano encuestado esta constituido por el grupo etareo de 20 – 39 años, en la categoría femenina; 65 y más años, en la categoría masculina. Se caracteriza por haber cursado la enseñanza básica completa y su principal actividad es dueña de casa (categoría femenina) y dependiente (categoría masculina). La mitad de ellos se autoidentifican indígena, de ascendencia huilliche (mapuches del sur).

La accesibilidad a los recursos sanitarios disponibles depende de la información que los/las usuarios/as posean. Enfermería puede contribuir a través de la participación en la identificación del mecanismo de expresión, orientación, educación y determinación de la calidad de los requerimientos en salud para lograr el cumplimiento del mecanismo de satisfacción, como lo menciona Inés Astorquiza en su modelo de Necesidades Humanas.

En las diferentes dimensiones de la accesibilidad evaluada, se concluye que la distancia supera las 30 cuadras, en tiempo equivale a 15-30 minutos utilizando un medio de transporte colectivo que se complementa con caminar. La mayoría de los usuarios en estudio conoce el sistema de entrega de horas para la atención de los diferentes programas y lo clasifica *adecuado*.

Dentro de las fortalezas se destaca la calidad del trato, el cual es percibido como *bueno* durante el proceso de atención. Sin embargo, surgieron testimonios sobre observaciones de “formas inadecuadas de dar respuestas” situación que se da frecuentemente asociada a la insatisfacción de las expectativas del usuario/a externo cuando solicita atención médica, odontológica y no obtiene atención para el mismo día.

Otra de las variables en estudio que obtuvo valores satisfactorios es la relación de ayuda, esta se caracteriza porque más de la mitad conoce el nombre de quién lo atendió y su principal fuente de información es “de otra forma”. Otra característica de la relación de ayuda es la información que recibe el/la usuario/a en relación a su motivo de consulta, la mayoría manifiesta haber recibido y comprendido la información sobre el estado de su salud, además de indicaciones claras y precisas para mejorar o mantener su bienestar.

Fue valorado como de *máxima importancia* que el profesional se de tiempo para examinar y atender, e *importante* fueron consideradas las explicaciones claras y precisas y el trato amable.

Otro aspecto que contribuye significativamente a la percepción de la calidad de la atención recibida es la disponibilidad de los medicamentos, en la farmacia del Cesfam, se entregó la mayoría de los fármacos recetados, junto con ello, recibieron indicaciones claras y precisas (verbal y escrito) sobre dosis, horario, vía de administración de los medicamentos que retiraban. A su vez, la mayor parte de la población en estudio declara cumplir *siempre* con las indicaciones sobre cuidados, tratamientos, realización de exámenes y trámites de interconsulta.

El tiempo de espera en el proceso de atención es en promedio de 1 hora 17 minutos. La comparación entre los sectores demuestra que es mayor en los sectores con más población (azul, rojo, verde). Y la dimensión subjetiva del tiempo fue clasificada como *adecuado*. El estado de los elementos básicos de la infraestructura: sala de espera y baños fueron clasificadas según sus medianas como *bueno*, para la sala de espera; mientras que el elemento baño clasificó como *regular*, debido a su deficiente estado higiénico.

Para tener una participación efectiva como profesional de la salud, en la atención de la comunidad, es preciso recordar que enfermería es una profesión y una disciplina humanista y científica centrada en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su salud de manera beneficiosa y dotada de sentido cultural, esta perspectiva amplia y holística se refleja en los cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad desarrollada por Leininger. En el último tiempo han nacido organizaciones urbanas que buscan el rescate de las costumbres y de las prácticas medicinales ancestrales, estas organizaciones solicitan su participación en los sistemas de salud con miembros de sus organizaciones (personas de origen) para que ayuden a dar información y tratamientos en complementariedad con el Centro de salud familiar.

De la población encuestada, complementan los tratamientos prescrito con otros cuidados el 45%, siendo la categoría femenina un 6,2% más que la masculina. Además, destaca por su mayor utilización el grupo etareo de 65 y más años, al igual que los/las usuarios/as del programa de salud del adultos (sub-programa de enfermedades crónicas).

No existen diferencias significativas en la práctica de complementar tratamientos entre los que se autoidentifican indígenas y los que no. Si se observa un aumento de la complementariedad en el nivel educacional de básico incompleto y a medida que la distancia entre el Cesfam y el domicilio es mayor, dándose estos en el hogar utilizando plantas medicinales.

En los resultados de este estudio se ve que las usuarias y los usuarios encuestados tienen una percepción satisfactoria con la atención recibida en la consulta realizada, y al compararla con otras atenciones manifiestan similar satisfacción.

Los aspectos positivos más mencionados son la buena atención infantil, la gratuidad en los medicamentos y la disponibilidad de horas médicas y kinésicas para los niños.

Los aspectos negativos mencionados son favoritismo por personas conocidas por el usuario interno, pocas horas médicas y odontológicas y respuestas inadecuadas, no argumentadas que generan antipatía a los usuarios.

Las tres sugerencias más frecuentes dadas por los usuarios/as son: atención a la hora de citación, explicaciones completas de los trámites a realizar, y atención resolutive con especialistas en oftalmología y pediatría.

Finalmente este estudio aporta una visión amplia sobre la percepción al abarcar aspectos como: accesibilidad, tiempo de espera, información sobre el estado de salud, indicaciones y tratamientos, disponibilidad de medicamentos en farmacia, calidad del trato en el proceso de atención, utilización de medicinas complementarias y calidad de la infraestructura (baños, salas de espera), además recoge valiosos antecedentes sobre las características sociodemográficas de la población beneficiaria/encuestada.

En estos datos se destacan aspectos positivos que sirven de refuerzo al personal que trabaja en esta institución, son más motivantes que los negativos y muchas veces no trascienden. Como las atenciones de enfermería que son percibidas satisfactoriamente, en la atención infantil, en las campañas de promoción.

Por último, la difusión de esta investigación en el Centro de Salud Familiar de Castro permitirá mejorar los aspectos deficientes para acrecentar la satisfacción usuaria. Se continuara utilizando la encuesta de satisfacción usuaria modificada para la evaluación permanente de la calidad de la atención.

Se espera que enfermería como agente de cambio, con su capacidad de liderazgo, comparta la responsabilidad en la planificación, la solución de problemas y la evaluación con los usuarios y los demás miembros del sistema de salud de las acciones que se están desarrollando, tendentes a mejorar la calidad de los servicios y la satisfacción a las demandas razonables de la población beneficiaria.

11. BIBLIOGRAFÍA

- (4) Davidoff, L. 1989. Introducción a la Psicología. 3era ED. Editorial McGraw-Hill. Barcelona, España. Pp.189.
- (5) Rosas G.,C. 2003. Modelo conceptual de enfermería, las necesidades humanas como base de la disciplina. Instituto de enfermería. Universidad Austral de Chile. Pp. 2-9.
- (6) Marriner Tomey, A.; Raile Allegood, M. 1999. Modelos y teorías en Enfermería. 4^{ta} ED. Harcourt Brace de España S.A. Madrid. Pp.443-451.
- (10) Centro de Salud Familiar de Castro, oficina Per cápita.
- (11) Heran Cubillos, T.; Monsalve T, D. 2003. Abriendo espacios en salud: El significado de una buena atención. Una mirada desde la antropología médica. Escuela de Antropología. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Austral de Chile.
- (12) Ley indígena N°19.253 D. Of. 5 de octubre de 1993.

Referencia Electrónica:

(1) Objetivos sanitarios para la década 2000-2010.

[http://www.llanchipal.cl/epi/htm/presenta/taller2001/objsanitarios\(Claudia%20Gonzalez\).ppt](http://www.llanchipal.cl/epi/htm/presenta/taller2001/objsanitarios(Claudia%20Gonzalez).ppt)
(consulta 25 de agosto de 2005)

(2) Entrevista a Ministra de Salud Sra. Michelle Bachelet.

<http://www.elsur.cl/archivo/2001/junio2001/20junio2001/elsur/reportajes/reportajes.php3?n=4-22k>

(consulta 07 de septiembre de 2005)

(3) Carta de Derechos del Paciente.

<http://www.clinandes.cl>

(consulta 07 de septiembre de 2005)

(7) Ilustre municipalidad de Castro

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

(consulta 05 abril de 2006)

(8) Instituto de Nacional de Estadística

<http://www. Ine.cl>

(9) Ministerio de Salud. Atención Primaria

<http://www. Minsal.cl>

(consulta 11 de octubre de 2005)

(consulta 09 febrero 2006)

ANEXOS

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido informado(a) por la Srta. Cecilia Cheuquepil Ojeda, estudiante de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, que desarrolla un trabajo de investigación (tesis) referente al grado de satisfacción de los usuarios urbanos del Centro de Salud de Castro, para optar al grado de Licenciatura en Enfermería. Ante esto:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo que pretende conocer las percepciones y expectativas del público/usuarios urbanos.
2. Permito que la Srta. Cecilia Cheuquepil O. utilice los datos entregados solo con fines científicos, además de asegurar privacidad y confidencialidad en todo momento.
3. He sido informado que tengo derecho a retirarme del estudio y a rehusarse a proporcionar información específica.

Nombre:.....

Firma:

Rut:

Anexo 2

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA (11)

ENCUESTA N°

Nombre del establecimiento: Centro de Salud Familiar de Castro.

Fecha:

Hora:

I. Presentación. Aplicación del Consentimiento Informado.

II. Identificación del usuario (marcar con una **X**, la alternativa correcta.)

a) Sexo: F M

b) Sector de residencia:

Amarillo	azul	rojo	verde
----------	------	------	-------

c) ¿Cuánto tiempo hace que esta inscrito en el Centro de Salud?

d) Edad:

15-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años	65 años y +
------------	------------	------------	------------	------------	-------------

e) Nivel escolaridad:

Analfabeto	Básico		Medio		Técnico/Profesional
	Incomplet	Completo	Incomplet	Completo	

f) Actividad habitual: _____

g) Origen Étnico: Se autoidentifica como indígena Sí No

III. Cuerpo de preguntas

1. ¿Con que frecuencia viene usted al Centro de Salud?

- a. Todas las semanas.
- b. Una vez al mes.
- c. Cada dos meses.

- d. Más de dos meses.
2. En esta ocasión Ud. acude al Centro de Salud por atención en alguno de estos programas?
- a. Control de crónicos (HTA,DM, LCFA).
b. Adulto mayor (EISAM).
c. Salud de la mujer.
d. Salud Infantil y del Adolescente.
e. Extensión horaria.
3. La distancia desde su domicilio al Centro de Salud, es:
- a. Menos de 10 cuadras.
b. Entre 10 – 20 cuadras.
c. Entre 20 – 30 cuadras.
d. Más de 30 cuadras.
4. ¿Cuánto demora usted en llegar al Centro de Salud?
- a. Menos de 15 minutos.
b. Entre 15 – 30 minutos.
c. Entre 30 minutos y 1 hora.
d. 1 – 2 horas.
e. Más de dos horas.
5. Para llegar al Centro de Salud, usted debe tomar:
- a. Un medio de transporte.
b. Dos medios de transporte.
c. Tres medios de transporte.
d. No usa medio de transporte.
6. ¿Qué medio(s) de transporte(s) utiliza?
-
7. ¿Conoce usted cómo funciona la entrega de fichas para las diferentes atenciones que ofrece el Centro de Salud?
- a. Sí.
b. No*.
c. Sólo algunos.

* Si la respuesta es (b), pasar a pregunta número 9.

8. ¿Le parece adecuado el horario de entrega de fichas que ofrece el centro de Salud?

- a. Sí.
- b. No.

¿Por qué? _____.

9. ¿Cuánto esperó usted para sacar ficha?

- a. Menos de 15 minutos.
- b. Entre 15 minutos y ½ hora.
- c. Entre ½ hora y 1 hora.
- d. 1 – 2 horas.
- e. Más de dos horas.

10. El tiempo de espera le parece:

- a. Poco.
- b. Adecuado.
- b. Largo.
- c. Muy largo.

11. El trato recibido por usted en SOME lo considera:

- a. Muy bueno.
- b. Bueno.
- c. Regular.
- d. Malo.
- e. Muy malo.

¿Por qué? _____.

12. ¿Cómo encuentra usted:

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
La sala de espera					
Los baños					

¿Por qué? _____.

13. ¿Cómo evalúa la atención que usted recibió por parte del técnico paramédico en la preparación de pacientes?

- a. Muy Bueno.
- b. Bueno.
- c. Regular.
- d. Malo.
- e. Muy malo.

¿Por qué? _____.

14. ¿Cuánto debió esperar usted en la sala de espera antes de ser atendido por el/la profesional?

- a. Menos de 15 minutos.
- b. Entre 15 minutos y ½ hora.
- c. Entre ½ hora y 1 hora.
- d. 1 – 2 horas.
- e. Más de dos horas.

15. ¿Cómo encuentra usted el tiempo que debió esperar para ser atendido por el/la profesional?

- c. Poco.
- d. Adecuado.
- b. Largo.
- c. Muy largo.

16. ¿Para usted es importante ser siempre atendido por el mismo profesional?

- a. Sí.
- b. No.
- c. Da lo mismo siempre y cuando lo atiendan.

17. ¿Para usted es importante conocer el nombre del profesional que lo atendió?

- a. Sí.
- e. No.

18. ¿Conoce usted el nombre del profesional que lo atendió?

- a. Sí*.
- b. No.

*Si la respuesta es Sí, pasar a la pregunta siguiente; si no a la 20.

19. ¿Cómo se informó del nombre del profesional que lo atendió?

- a. El se presentó.
- b. Leyó su identificación.
- c. Por otro funcionario o profesional del Centro de Salud.
- f. De otra forma. ¿Cuál? _____.

20. De acuerdo a la siguiente pauta, ordene de mayor a menor (de 4 a 1) lo que usted considera de importancia para recibir una buena atención.

- _____ Que el profesional se de tiempo para examinar y atenderlo.
- _____ Recibir del profesional un trato amable.
- _____ Box cómodo y acogedor.
- _____ Explicaciones claras y precisas.

21. ¿A usted le interesa que el/la profesional le explique su problema de salud?

- a. Sí.
- b. Solo parcialmente.
- c. No.

22. El/la profesional que lo atendió, ¿le explicó a usted lo que significa su problema de salud?

- a. Sí.
- b. Solo parcialmente.
- c. No

Si la respuesta es a o b, pasar a la siguiente pregunta, si no, pasar a la 24.

23. ¿Entendió usted la explicación que le dio el/la profesional?

- a. Sí.
- b. Sólo parcialmente*.
- c. No*.

*Si la respuesta es B o C ¿Por qué? _____.

24. El/la profesional que lo atendió ¿Le dio indicaciones para seguir un tratamiento y mejorar su problema de salud?

- a. Si*.
- b. Sólo parcialmente.*
- c. No.

*Si la respuesta es A o B, pasar a la pregunta siguiente. Si no a la pregunta 26.

25. ¿Cómo le parecen las indicaciones que le dio el/la profesional?

- a. Claras y precisas.
- b. Poco claras.
- c. No entendió

26. ¿Cómo fue el trato que le ofreció el/la profesional que lo atendió?

- a. Muy bueno.
- b. Bueno.
- c. Regular.
- d. Malo*.
- e. Muy malo*.

*¿Por qué?: _____

27. ¿Recibió receta?

- a. Sí*.
- b. No.

* Si la respuesta es positiva, formule preguntas del recuadro 28-32. Si es A, pasar a pregunta 32.

28. Al presentar su receta en la farmacia.

- a. Le entregaron todos los medicamentos.
- b. Le entregaron solo algunos.
- c. No se los entregaron*.

Si la respuesta es C: ¿Por qué? _____

29. ¿En la farmacia le dieron indicaciones acerca del uso de los medicamentos?

- a. Sí*
- b. Sólo parcialmente. *
- c. No le dio indicaciones.

Formule la siguiente pregunta sólo si la respuesta anterior es (a) o (b). Si la respuesta es C, pasar a pregunta 33.

30. Las indicaciones sobre el uso de los medicamentos que a usted le dieron en la farmacia, le parecen:

- a. Claras y precisas.
- b. Poco claras.
- c. No entendió

31. ¿Cuánto tiempo se demoró en la farmacia?

- a. Menos de 15 minutos.
- b. Entre 15 minutos y ½ hora.
- c. Entre ½ hora y 1 hora.
- d. 1 – 2 horas.
- e. Más de dos horas.

32. ¿Cuándo le recetan medicamentos, usted sigue el tratamiento indicado por el profesional?

- a. Siempre.
- b. A veces*.
- c. Nunca*.

*¿Por qué? _____

33. El tratamiento que le indica el profesional ¿Usted lo complementa con algún otro tipo de remedios, cuidados, terapias, etc.?

- a. Sí*.
- b. No.

*¿Cuál? _____

¿Dónde acude? _____

34. En términos generales, la atención entregada a usted en esta consulta lo deja:

- a. Muy satisfecho.
- b. Satisfecho.
- c. Poco satisfecho.
- d. Nada satisfecho.

35. Las otras veces que se ha atendido en el Centro de Salud, ¿ha sido similar a la atención que recibió hoy?

- a. Sí
- d. No.

36. Cuándo lo derivan a un médico especialista, o hacerse exámenes:

¿Usted lo hace?

a. Sí

b. No. ¿Por qué? _____

¿Ha tenido dificultades? ¿Cuáles?

37. Le gustaría hacer sugerencias para mejorar la atención en este Centro de Salud.
¿Cuál(es)?

a) _____

b) _____

c) _____

38. Mencione el aspecto más positivo y el más negativo con respecto a su atención en este Centro de Salud.

Aspecto positivo: _____

Aspecto negativo: _____

PAUTA DE OBSERVACIÓN

- Grupos que se forman.
- Conversaciones referidas a la salud.
- Tipo de alimentos que se consumen durante la espera.
- Actividades que realizan los pacientes durante la espera.

- Estado de ánimo que manifiestan los pacientes.
- Circuito de atención que realizan los pacientes.

Anexo 3.

Tabla 28. Distribución numérica de la población en estudio según sexo	Total
Femenino	34
Masculino	22
Total general	56

Tabla 29. Distribución numérica de la población en estudio según sector	Total
amarillo	14
azul	14
rojo	14
verde	14
Total general	56

Tabla 30. Distribución numérica de la población en estudio según antigüedad en el Cesfam	Total
0/1	1
0/10	2
0/6	1
1/0	11
1/0	1
10/0	1
16/0	1
2/0	11
3/0	8
4/0	5
5/0	10
6/0	2
7/0	1
9/0	1
Total general	56

Tabla 31. Distribución numérica de la población en estudio según edad	
15-19	5
20-29	11

30-39	13
40-49	8
50-64	8
65 años y más	11
Total general	56
Tabla 32. Distribución numérica de la población en estudio según escolaridad	Total
básico completo	13
básico incompleto	15
medio completo	19
medio incompleto	5
técnico profesional	4
Total general	56

Tabla 33. Distribución numérica de la población en estudio según actividad	
dependiente	15
dueña de casa	18
esporádico	4
estudiante	5
independiente	8
jubilado	6
Total general	56

Tabla 34. Distribución numérica de la población en estudio según autoidentificación indígena	Total
no	27
si	29
Total general	56

Tabla 35. Distribución numérica de la población en estudio según frecuencia al Cesfam?	Total
cada 2 meses	6
más de 2 meses	32
todas las semanas	1
una vez al mes	17
Total general	56

Tabla 36. Distribución numérica de la población en estudio según programa de atención	Total
adulto mayor	4
control de crónico	16
extensión horaria	16

salud de la mujer	8
salud infantil y del adolescente	12
Total general	56
Tabla 37. Distribución numérica de la población en estudio según distancia desde su domicilio al Cesfam	Total
entre 10-20 cuadras	5
entre 20-30 cuadras	12
más de 30 cuadras	32
menos de 10 cuadras	7
Total general	56

Tabla 38. Distribución numérica de la población en estudio según tiempo que demora en llegar al Cesfam	Total
1-2h	3
entre 15-30m	23
entre 30m y 1h.	13
entre 30m-1 h.	2
menos de 15m	15
Total general	56

Tabla 39. Distribución numérica de la población en estudio según número de transporte que utiliza para llegar al Cesfam	Total
1 medio de transporte	31
2 medios de transporte	2
no usa medio de transporte	23
Total general	56

Tabla 40. Distribución numérica de la población en estudio según conocimiento del funcionamiento de la entrega de fichas	Total
no	5
si	37
solo algunos	14
Total general	56

Tabla 41. Distribución numérica de la población en estudio según le parece adecuado el horario	Total
no	14
no responde	7
si	35
Total general	56

Tabla 42. Distribución numérica de la población en estudio según cuánto espero para sacar ficha	Total
entre 15-30m	16
entre 30m 1h	5
más de 1h	11
menos de 15m	24
Total general	56

Tabla 43. Distribución numérica de la población en estudio según el tiempo de espera le parece	Total
adecuado	30
muy largo	15
no le importa siempre y cuando consiga ficha	11
Total general	56

Tabla 44. Distribución numérica de la población en estudio según trato recibido en Some	Total
bueno	32
malo	2
muy malo	1
regular	21
Total general	56

Tabla 45. Distribución numérica de la población en estudio según cómo encuentra la sala de espera	Total
bueno	45
regular	11
Total general	56

Tabla 46. Distribución numérica de la población en estudio según cómo encuentran los baños	Total
bueno	20
malo	8
muy malo	3

no responde	12
regular	13
Total general	56

Tabla 47. Distribución numérica de la población en estudio según evaluación de la atención del técnico paramédico	Total
buena	42
muy buena	3
no corresponde	8
regular	3
Total general	56

Tabla 48. Distribución numérica de la población en estudio según cuánto debió esperar para la atención profesional	Total
1-2h	9
de 30m a 1h	11
entre 15-30m	18
menos de 15m	18
Total general	56

Tabla 49. Distribución numérica de la población en estudio según cómo encuentra el tiempo que debió esperar para ser atendido por el/la profesional	Total
adecuado	25
largo	14
muy largo	6
poco	11
Total general	56

Tabla 50. Distribución numérica de la población en estudio según importancia de ser atendido por el mismo profesional	
da lo mismo siempre y cuando lo atiendan	12
no	3
si	41
Total general	56

Tabla 51. Distribución numérica de la población en estudio según sector importancia de conocer el nombre del	Total
--	-------

profesional que lo atendió	
si	56
Total general	56

Tabla 52.Distribución numérica de la población en estudio según conoce el nombre del profesional que lo atendió	Total
no	18
si	38
Total general	56

Tabla 53.Distribución numérica de la población en estudio según vía de información del nombre del profesional que lo atendió.	Total
de otra forma	14
leyó su identificación	5
no se informa	18
por otro funcionario o profesional	9
se presentó	10
Total general	56

Tabla 54.Distribución numérica de la población en estudio según afirmación número 1.	
<i>El profesional se de tiempo para examinar y atenderlo</i>	Total
1	2
2	30
3	24
4	124

Tabla 55.Distribución numérica de la población en estudio según afirmación número 2.	
<i>Recibir del profesional un trato amable</i>	Total
1	4
2	50
3	63
4	24

Tabla 56.Distribución numérica de la población en estudio según afirmación número 3.	
--	--

<i>box cómodo y acogedor</i>	Total
1	43
2	14
4	24
3	0
Tabla 57. Distribución numérica de la población en estudio según afirmación número 4.	
<i>explicaciones claras y precisas</i>	Total
1	7
2	18
3	81
4	52

Tabla 58. Distribución numérica e la población en estudio según interés que le expliquen su problema de salud	Total
si	55
solo parcialmente	1
Total general	56

Tabla 59. Distribución numérica e la población en estudio según explicación de lo que significa su problema de salud	Total
no le dio explicación	1
si	52
solo parcialmente	3
Total general	56

Tabla 60. Distribución numérica de la población en estudio según entendieron las explicaciones	
si	53
solo parcialmente	2
no corresponde	1
Total general	56

Tabla 61. Distribución numérica de la población en estudio según recibieron indicaciones para seguir un tratamiento y mejorar su problema de salud	Total
no le dio indicaciones	2
si	52
si	1
solo parcialmente	1

Total general	56
---------------	----

Tabla 62. Distribución numérica de la población en estudio según cómo le parece las indicaciones del profesional	Total
claras y precisas	53
no corresponde	2
poco claras	1
Total general	56

Tabla 63. Distribución numérica de la población en estudio según cómo fue el trato que le ofreció el profesional	Total
bueno	32
muy bueno	21
regular	3
Total general	56

Tabla 64. Distribución numérica de la población en estudio según recibieron receta	Total
no	13
si	43
Total general	56

Tabla 65. Distribución numérica de la población en estudio según al presentar su receta en farmacia	Total
le entregaron solo algunos	10
le entregaron todos los medicamentos	31
no corresponde	13
no se lo entregaron	2
Total general	56

Tabla 66. Distribución numérica de la población en estudio según recibieron indicaciones acerca del uso de los medicamentos	Total
no corresponde	15
no le dio indicaciones	2
si	35

solo parcialmente	4
Total general	56

Tabla 67. Distribución numérica de la población en estudio según las indicaciones le parecen	Total
claras y precisas	35
no corresponde	17
poco claras	4
Total general	56

Tabla 68. Distribución numérica de la población en estudio según tiempo de espera en farmacia	Total
entre 15-30m	12
más de 30m	2
menos de 15m	27
no corresponde	15
Total general	56

Tabla 69. Distribución numérica de la población en estudio según sigue el tratamiento, cuando le recetan medicamentos.	Total
a veces	16
siempre	40
Total general	56

Tabla 70. Distribución numérica de la población en estudio según complementa el tratamiento	Total
no	31
si	25
Total general	56

Tabla 71. Distribución numérica de la población en estudio según la atención entregada en esta consulta lo deja	Total
muy satisfecho	5
muy satisfecho	1
poco satisfecho	5
satisfecho	45

Total general	56
---------------	----

Tabla 72. Distribución numérica de la población en estudio según similitud de la atención de hoy con otras recibidas en el Cefam.	Total
no	6
si	50
Total general	56

Tabla 73. Distribución numérica de la población en estudio según realización de exámenes, derivaciones a especialista	Total
no	5
si	51
Total general	56