

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA

CARACTERIZACION DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS RURALES  
EXTREMOS, CON EL MODELO DE ATENCIÓN RURAL, A PARTIR DE LA OPINIÓN  
DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DURANTE EL 2004.

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

CECILIA BEATRIZ JARA TOLEDO  
VALDIVIA – CHILE  
2007

Profesor Patrocinante:

Nombre : María Cristina Torres Andrade.  
Profesión : Enfermera y Matrona.  
Grados : Magíster en Desarrollo Rural.

Instituto : Salud Pública.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

Profesores Informantes:

1) -Nombre : Regina Barra Arias.  
-Profesión : Medico Cirujano.  
-Grados : Especialista en Salud familiar.

-Instituto : Salud Pública.  
-Facultad : Medicina.  
-Firma :

2) -Nombre : Marta Santana Soto.  
-Profesión : Matrona.  
-Grados : Magíster en Desarrollo Rural.

-Instituto : Enfermería Materna.  
-Facultad : Medicina.  
-Firma :

*A mi padre, Fernando que aunque ya no esta, tomada de su mano  
camine por el campo y llegue a mi primera escuela.*

*A mi madre, Orama, que sus brazos no se cansan de luchar por verme  
titulada.*

## INDICE DE MATERIAS

	<b>Página</b>
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>2. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>3</b>
2.1 Política y Objetivos Sanitarios para la década	3
2.2 Calidad y satisfacción en la atención en salud	4
2.3 Modelo de Atención en Salud	6
2.4 Antecedentes del Modelo de Atención de Salud en Chile	8
2.5 Política y Modelo de Salud Rural en Chile	15
2.6 Ruralidad en Chaitén	17
2.7 Hipertensión arterial	18
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
3.1 Objetivo general	19
3.2 Objetivos específicos	19
<b>4. MATERIAL Y METODO</b>	<b>20</b>
4.1 Población de estudio	20
4.2 Tipo de variables y sus dimensiones	21
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>27</b>
<b>6. DISCUSION</b>	<b>45</b>
6.1 Calidad y satisfacción en la atención en salud	45
6.2 Modelo de Atención	47

	<b>Página</b>
6.3 Hipertensión arterial en pacientes rurales comuna de Chaitén	52
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>54</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>55</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	

## INDICE DE GRAFICOS

	<b>Página</b>
Grafico N° 1: Número de pacientes hipertensos por grupos etáreos según sexo, Postas Rurales, Chaiten 2005.	27
Grafico N° 2: Residencia de pacientes hipertensos rurales, Chaiten 2005.	29
Grafico N° 3: Estado civil pacientes hipertensos rurales, Chaiten 2005.	30
Grafico N° 4: Tiempo diagnosticada la enfermedad pacientes hipertensos Postas de Salud Rural, Chaiten 2005.	30
Grafico N° 5: Patologías concomitantes en pacientes hipertensos, Chaiten 2005.	33
Grafico N° 6: Características del lugar de trabajo del técnico paramédico Postas de Salud Rural, Chaiten 2005.	35
Grafico N° 7: Percepción pacientes hipertensos rurales respecto a las relaciones interpersonales dentro del equipo de salud, Chaiten 2005.	36
Grafico N° 8: Percepción pacientes hipertensos rurales en relación a la continuidad de la Red Asistencial, Chaiten 2005.	36
Grafico N° 9: Satisfacción usuario externo Postas de salud Rural, Chaiten 2005.	37
Grafico N° 10: Percepción de los pacientes hipertensos rurales en relación al nivel de resolutividad de las Postas de Salud, Chaiten 2005.	38
Grafico N° 11: Percepción de los pacientes hipertensos rurales en relación a la organización física, aseo y orden de la posta, Chaiten 2005.	39
Grafico N° 12: Percepción de los pacientes hipertensos rurales en relación a la Accesibilidad de atención mensual por profesionales, Chaiten 2005.	39
Grafico N° 13: Accesibilidad de atención el día de Ronda Medica Postas de Salud Rural, Chaiten 2005.	40
Grafico N° 14: Percepción de los pacientes hipertensos frente a la accesibilidad geográfica Postas de Salud Rural, Chaiten 2005.	40
Grafico N° 15: Percepción de los pacientes hipertensos rurales con respecto a los recursos existentes para la atención, Chaiten 2005.	41

Grafico N° 16: Percepción de los pacientes hipertensos rurales en relación a la existencia de insumos farmacológicos, Chaiten 2005.	42
Grafico N° 17: Percepción de los pacientes hipertensos rurales frente a la calidez atención, Chaiten 2005.	42
Grafico N° 18: Percepción de los pacientes hipertensos rurales en relación a la Información entregada durante la atención, Chaiten 2005.	43

## INDICE TABLAS

	<b>Páginas</b>
Tabla N° 1: Operacionalización variable “básicas del paciente.”	21
Tabla N° 2: Operacionalización variable “del paciente hipertenso.”	22
Tabla N° 3: Operacionalización variable “percepción de los usuarios externos.”	24
Tabla N° 4: Distribución de nivel de escolaridad según grupos etáreos, pacientes hipertensos rurales, Chaiten 2005.	28
Tabla N° 5: Distribución del tipo de tratamiento farmacológico según grupo etáreo pacientes hipertensos rurales, Chaiten 2005.	31
Tabla N° 6: Distribución porcentual de la adhesividad al tratamiento medico de pacientes hipertensos rurales, Chaiten 2005.	32
Tabla N° 7: Distribución de rangos de presión arterial según grupos etáreos y sexo pacientes hipertensos rurales, Chaiten 2005.	34
Tabla N° 8: Distribución porcentual de percepción de disponibilidad de equipamiento para realizar la atención según lugar de residencia pacientes hipertensos rurales, Chaiten 2005.	35
Tabla N° 9: Distribución porcentual de percepción pacientes hipertensos rurales en Relación a carga asistencial de técnicos paramédicos de Postas de Salud, Chaiten 2005.	38

## RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo general caracterizar la satisfacción de los usuarios rurales extremos, con el modelo de atención rural, a partir de la opinión de los pacientes hipertensos compensados y descompensados, que se atendieron en las Postas de Salud Rural de la comuna de Chaitén, durante el año 2004. De manera específica describir las características demográficas y de la patología en los pacientes, caracterizar la atención que reciben por parte del auxiliar paramédico y determinar la percepción de calidad, compromiso, equidad y respeto de los derechos del paciente por parte del sistema de salud.

El instrumento utilizado fue confeccionado por la investigadora para tal efecto, aplicándose entre agosto y diciembre del 2004. La población de pacientes hipertensos corresponde a 247, de ellos se encuestaron 152, los que corresponde al 61.5% del universo estudiado. La muestra fue obtenida en forma aleatoria simple. Para el análisis estadístico de los datos obtenidos, se utilizó una plantilla Excel. En el caso de las preguntas abiertas se realizó un análisis de contenido y los resultados presentados corresponden a la relación que se pudo establecer entre ambos tipos de datos.

Los datos obtenidos muestran, que el mayor número de pacientes hipertensos encuestados, de ambos sexos, son el grupo de 65 años y más con un 38.1%. Existe un 8% de pacientes analfabetos y un 66.4% con un nivel de escolaridad básica incompleta. En relación a los ingresos económicos el 46% es bajo y el 54% restante medio bajo y están clasificados por FONASA en tramos A y B. El 97% de los pacientes refiere cumplir con las indicaciones terapéuticas, sin embargo, sólo un 27% de ellos tiene compensada la patología y el 90% tiene patologías concomitantes. No realizan actividad física planificada y programada, ni hay una significativa ingesta de alcohol ni cigarrillos. El 83% considera que la disponibilidad de equipamiento para realizar la atención en las postas de salud rural es parcial. El 73% se manifiesta disconformidad con el lugar donde el auxiliar paramédico entrega la atención. El 94% percibe en forma negativa la continuidad de la red asistencial, aduciendo razones de aislamiento, burocracia y desconocimiento. El 79% esta disconforme con la asistencia de la ronda de salud una vez por mes, sin embargo, el 98% refiere tener acceso a los medicamentos necesarios para su tratamiento. Los aspectos positivos de ser atendidos en las postas son: la seguridad de ser atendidos por un equipo de salud ya conocido y económicos ya que no pagan por la atención. Lo negativo: atención por un profesional de salud solo una vez por mes, infraestructura en malas condiciones, aislamiento, baja resolutiveidad e inseguridad ante las urgencias.

Se concluye que el modelo de atención no logra satisfacer las necesidades de los pacientes que viven una ruralidad extrema, y las personas viven en un estrés constante ante las emergencias.

## ABSTRACT

This study has as general objective to characterize the satisfaction of the users rural ends, with the pattern of rural attention, starting from the opinion of the compensated and decompensated hypertense patients that were assisted in the Posts of Rural Health of the commune of Chaitén, during the year 2004. In way it specifies to describe the demographic characteristics and of the pathology in the patients, to characterize the attention that you/they receive on the part of the auxiliary paramedic and to determine the perception of quality, commitment, justness and respect of the patient's rights on the part of the system of health.

The used instrument was made by the investigator for such an effect, being applied between August and December of the 2004. The population of patient hypertenses corresponds at 247, of them 152 were interviewed, those that corresponds to 61.5% of the studied universe. The sample was obtained in simple random form. For the statistical analysis of the obtained data, an insole Excel was used. In the case of the open questions was carried out a content analysis and the presented results correspond to the relationship that could settle down types of data between both.

The obtained data show that the adult numbers of patient interviewed hypertense, of both sexes, they are the 65 year-old group and more with 38.1%. Exists 8% of illiterate patients and 66.4% with a level of incomplete basic schooling. In relation to the economic revenues 46% is low and 54 half low remaining% and they are classified by FONASA in tracts A and B. 97% of the patients refers to fulfill the therapeutic indications, however, 27% of them only has compensated the pathology and 90% have concomitant pathologies. They don't carry out planned physical activity and programmed, neither there are a significant ingestion of alcohol neither cigarettes. 83% considers that the equipment readiness to carry out the attention in the posts of rural health is partially. 73% is manifested unconformity with the place where the auxiliary paramedic gives the attention. 94% perceives in form negative the continuity of the assistance net, adducing isolation reasons, bureaucracy and ignorance. 79% this disconfirmed with the attendance of the beat of health once per month, however, 98% refers to have access to the necessary medications for its treatment. The positive aspects of being assisted in the posts are: the security of being already assisted by a team of health well-known and economic since they don't pay for the attention. The negative thing: attention for an alone professional of health once per month, infrastructure under bad conditions, isolation, low resolution and insecurity before the urgencies.

One concludes that the pattern of attention is not able to satisfy the rural ends users's necessities, and people live in constant stress before the emergencies.

## 1. INTRODUCCION

Dentro de las políticas sociales gubernamentales, se ha asumido como gran misión el fortalecer y mejorar la calidad de las acciones de la atención primaria, dando un especial énfasis en la atención entregada a los sectores rurales.

En el año 1985 la Atención Primaria en Salud experimenta un gran cambio, transfiriéndose la autoridad administrativa desde el Ministerio de Salud a las Municipalidades. Esta acción produce desigualdades en los accesos a la atención, ya que la calidad y cantidad de ésta, depende de la gestión de los alcaldes y sus prioridades durante su mandato. Además los beneficios obtenidos por la población rural versus la urbana no son equitativos, conservando grandes diferencias en la distribución de los recursos disponibles, gracias a políticas que privilegian criterios de “número de personas beneficiarias”.

En un esfuerzo por mejorar esta situación, el Ministerio de Salud se encuentra desde el año 1995 en una profunda Reforma del sector, donde la equidad, calidad y pertinencia son pilares fundamentales para mejorar la satisfacción de los usuarios del sistema, haciéndoles partícipes de él. Se han desarrollado y definido metas sanitarias nacionales, implementando estrategias políticas y técnicas para el logro de éstas. Una de estas estrategias tiene relación con los compromisos de gestión que adquieren los equipos de salud locales. En este contexto, el sistema de atención en salud rural debe responder a la problemática circunstancial y específica del mundo rural, respetando decisiones, contexto social, cultural y familiar, además de estructura de preferencias y necesidades específicas. El paciente debe tener la información necesaria para que sea él mismo quien escoja y decida libremente sobre los aspectos que lo afectan en relación con su salud. Por lo tanto, el sistema de salud debe proporcionar la información, el tiempo y la libertad a los pacientes y sus familias que les permita tomar decisiones acertadas. “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. (Orem, 1954). De este modo se define una política orientada al usuario, la cual implica una revisión profunda y permanente de los procesos del establecimiento, de su cultura y organización, a partir de la visión del paciente. Por lo que es imperante caracterizar la percepción de la satisfacción de los usuarios externos rurales con el modelo de atención del cual son beneficiarios en la actualidad, a partir de la opinión de los usuarios portadores de hipertensión arterial. Bajo la visión equitativa y pertinente que rige el sistema sanitario. Se elige este grupo de pacientes por ser la Hipertensión Arterial, una enfermedad de alta prevalencia en la población chilena, además de ser la compensación de estos pacientes una meta sanitaria a nivel nacional.

En Chile, en la década de los 60, se desarrolla una política sanitaria para territorios rurales donde se comienzan a establecer las primeras Postas de Salud Rural, cuyo encargado es un Auxiliar Paramédico Rural. Entre los años 1990 – 1993 el Programa de Salud Rural orienta sus actividades a mejorar la cobertura y calidad de las acciones de salud realizadas a nivel de los establecimientos de nivel primario en las zonas rurales. “A partir de 1994 se inicia un proceso de desperfilamiento del Programa de Salud Rural, originado principalmente en cambios estructurales tanto a nivel del Ministerio de Salud, como de los Servicios de Salud”. (MINSAL, 2001).

Si bien hoy existe un Programa Nacional de Salud Rural, con objetivos, estrategias y actividades bien definidas resulta imperativo conocer cómo han sido satisfechas las necesidades y expectativas de los pacientes hipertensos de extrema ruralidad, más allá del cumplimiento de las metas propuestas por el sistema, e interiorizarse en la satisfacción que ha tenido cada paciente frente a la atención recibida de parte del sistema de salud respecto a su patología, con el actual modelo de atención.

En el sector rural de la comuna de Chaitén, la prevalencia de hipertensión en la población bajo control de esta enfermedad corresponde al 7.92%, bastante baja si se compara con la prevalencia estimada para la población nacional que alcanza un 15%.

Es indudable que mientras más participe se haga el paciente de su proceso salud-enfermedad, mejores serán los logros obtenidos en el control de su dolencia, menores serán las complicaciones y mejorará su condición de vida.

El modelo de atención del sector salud para el mundo rural y específicamente el mundo rural extremo, no provee seguridad ni satisfacción para los pacientes hipertensos, porque éste no trabaja con las excepciones ni minorías. Por lo tanto es esencial para enfermería conocer y desarrollar estrategias de trabajo que adapte lo mejor posible el modelo de atención en salud instaurado, bajo los principios de individualidad, equidad y satisfacción de los usuarios.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. POLITICA Y OBJETIVOS SANITARIOS PARA LA DECADA

Las políticas públicas son en general, las que crean las posibilidades para que las personas puedan mejorar sus condiciones de vida. Entre ellas las políticas de salud, como parte de las políticas publicas sociales de cada país.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), define políticas sanitarias como: “Legislación, regulaciones y normas que gobiernan el conjunto de servicios utilizables por los individuos, para el cuidado de su "bienestar" físico, psicológico y social. Estos servicios pueden dispensarse en diversos emplazamientos, como en la propia comunidad, en el domicilio, en la escuela y en el centro de trabajo, en hospitales generales o especializados, clínicas y centros asistenciales de tipo residencial y no residencial, tales como sistemas para implementar regulaciones y normas que determinan el derecho a la prestación de servicios, a la provisión de dispositivos o tecnologías de ayuda u otros equipamientos especialmente adaptados; legislaciones específicas, como legislación sanitaria que determina las características del sistema sanitario, contemplando aspectos tales como la accesibilidad, la universalidad, la financiación pública y la cobertura asistencial”<sup>1</sup>

Dentro de este contexto Chile definió objetivos sanitarios para la década 2000 – 2010, donde se especifican las metas a alcanzar, centrando los problemas de salud que afectan a los ciudadanos en la elaboración de políticas sanitarias para el país. Para esto se delinearón cuatro grandes áreas de desafíos sanitarios:

- El envejecimiento de la población
- Las desigualdades en el sector salud de la población desde un punto de vista socioeconómico.
- Satisfacer las expectativas de la población frente al sistema de salud nacional.
- La mantención de los logros sanitarios del país alcanzados a la fecha.

Para lograr que estos desafíos se traduzcan en beneficios para los usuarios del sistema, es que el país se encuentra en una profunda reforma en este sector, donde ha sido necesario un cambio en el accionar, tanto en la provisión de los servicios sanitarios como en la estructura del mismo, contextualizados en los requerimientos técnicos como en las necesidades propias de la población beneficiaria.

De los cuatro desafíos planteados anteriormente se derivan los objetivos sanitarios para la década 2000 – 2010.

---

<sup>1</sup> Disponible en: <http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/es/1012/101276>. 23/04/2005

- Mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados;
- Enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento poblacional;
- Reducir las desigualdades en situación de salud y en el acceso a la atención de salud;
- Promover servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población.

Ellos tienen como fin los objetivos centrales del sistema que son: “mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libre de enfermedad y, al mismo tiempo, reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad”.<sup>2</sup>

## 2.2. CALIDAD Y SATISFACCION EN LA ATENCION EN SALUD

El Ministerio de Salud de Chile ha definido como calidad lo enunciado por R. H. Palmer (1990) quien señala: “Calidad de la atención es provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, con los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario”. La calidad puede tener más de una dimensión dependiendo del contexto y las realidades locales. Algunas dimensiones de calidad son: “competencia profesional, accesos a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, eficiencia, continuidad, seguridad y comodidad”. (DiPrete y col. 1992) Tres grandes aspectos son:

- **Aspecto técnico científico:** El usuario tiene poca capacidad y posibilidad para evaluar y calificar este aspecto, se supone que la institución garantiza estos aspectos y que las políticas de estado y asociaciones gremiales son los encargados de controlar y supervisar parámetros mínimos que garanticen a la sociedad servicios seguros. Aquí se incluye la competencia profesional que se refiere a la “capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo”. (DiPrete op cit).
- **Aspecto administrativo:** Relación establecida entre el prestador de servicios de salud y el usuario y/o cliente. En este aspecto la institución de salud facilita la entrega de servicios al cliente a través de procesos administrativos, que generan un valor agregado para el usuario a costos razonables. En la actualidad donde existe una mayor oferta en salud, los usuarios tiene una mayor capacidad para evaluar la calidad, lo que ha generado que las organizaciones prestadoras de servicios de salud hayan trabajado más sobre los procesos de prestación de servicios buscando hacerlos más eficientes, “son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta” (DiPrete op cit) y eficaces “La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones. Los temas relacionados con la eficacia también son importantes de considerar en el ámbito local en la medida en que los directivos deciden cómo aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales” (DiPrete op cit).

---

<sup>2</sup> Disponible en: <http://www.llanchipal.cl/objetivossanitarios.htm> 25/05/2005

- **Aspecto humano:** Sin lugar a dudas ha sido uno de los más relegados, siendo uno de los aspectos más importantes en la relación institución – paciente, ya que la razón de ser de los servicios de salud es brindar atención y garantizar la salud de un ser humano. Por lo tanto, la medicina y los servicios de salud no solo son una disciplina científica y mecánica, sino que tiene un componente humanista y social fundamental, donde la opinión del usuario es fundamental. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Por ende, los problemas de la dimensión de satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención.(Dueñas, 2002)

La Percepción, según Hermann L. F. Helmholtz (1866) “es resultado de la capacidad del individuo de sintetizar las experiencias del pasado y las señales sensoriales presentes”. Como dimensión de la calidad es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información. La percepción es una dimensión determinada por el contexto socio-cultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado<sup>3</sup>. Es decir, la percepción se relaciona al nivel de desarrollo que tenga la sociedad, al respecto Max-Neef (1982) expone que “el desarrollo se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de los personal con los social, de la planificación con la autonomía y de la Sociedad Civil con el Estado”.

La satisfacción usuaria en salud, es la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicio de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. R. Parada, U. Haberland (2004) definen el concepto como “la medida en que la atención sanitaria y estado de salud resultante, cumple con las expectativas del usuario”.

La satisfacción usuaria se utiliza como medida del resultado de los cuidados y se ha asociado con consecuencias relacionadas con la salud tan importante como son la adherencia al tratamiento y las recomendaciones entregadas por el equipo de salud que ejerce la atención, el cambio de proveedor e incluso la mejora de la salud.

Algunos factores relacionados con la satisfacción del paciente son:

- **Ambiente físico:** El ambiente debe ser limpio, organizado y confortable, sin ser necesariamente lujoso.
- **Clima de la organización:** las tres variables del clima que favorecen la satisfacción usuaria son la cooperación (disposición a ayudarse), la cohesión (sentimiento de pertenencia al grupo) y la vida social (atmósfera amistosa e informal).

---

<sup>3</sup> Disponible en: <http://tone.udea.edu.co> 15/05/05

- **Accesibilidad:** Se traduce en la posibilidad de obtener una cita para ver al profesional de salud y en el tiempo de espera para entrar a la consulta.
- **Tiempo de consulta:** Se refiere al tiempo que el profesional de salud dedica al paciente. (Dueñas, 2002).

En los últimos años las tendencias gubernamentales se han dirigido al establecimiento de políticas que incluyen la satisfacción de los usuarios, es así que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en 1998 definió la Carta de Derechos del Paciente señalando 9 derechos básicos para tener una atención de calidad:

1. Recibir atención sin discriminación.
2. Conocer (identificación) del personal que lo atiende.
3. Recibir información y orientación sobre el funcionamiento del establecimiento que lo atiende.
4. Formular felicitaciones o reclamos y recibir respuesta escrita.
5. Recibir atención de emergencia durante las 24 horas del día en cualquier servicio de urgencia público.
6. Confidencialidad de su ficha clínica.
7. Decidir libremente si desea someterse como paciente a actividades de docencia.
8. Informarse sobre riesgos y beneficios de procedimientos y tratamientos.
9. Recibir indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le receten.<sup>4</sup>

### 2.3. MODELO DE ATENCION EN SALUD

El Modelo de Atención de salud corresponde al contenido de la atención de salud y las características de interacción entre el prestador y el usuario de los servicios, es la interfase usuario-servicios de salud. El concepto se refiere a todo el espectro de servicios de salud del sistema, pero en forma especial a los entregados por la atención primaria. A su vez, el contenido de la atención de salud se refiere al tipo de prestación de salud entregada por el sistema de servicios. (Ruales, J. 2003)

El modelo de atención, tiene algunas características de la interacción entre el prestador del servicio y el usuario de los servicios, que incluye variables como el grado de pertinencia de la oferta de los servicios con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios, el grado de accesibilidad y de aceptabilidad de los servicios, la orientación de los servicios con respecto a las personas, a las familias, a las comunidades, el rol que tienen las personas, las familias y las comunidades en su propia salud, en lo que se denomina co-responsabilidad en salud y el nivel de integración de los servicios.

La mejoría de la accesibilidad de los servicios se refiere a la facilidad de acercamiento a los servicios y a la eliminación de barreras de tipo geográfico, administrativas, financieras,

---

<sup>4</sup> Disponible en: [http://www.fonasa.cl/prontus\\_fonasa/site/artic/20060710/asocfile/bgi\\_2000.doc](http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20060710/asocfile/bgi_2000.doc) 25/05/2005

culturales y puede medirse en términos de disponibilidad, accesibilidad, comodidad, asequibilidad y aceptabilidad. (IOM 1996, OMS 1998)

- La accesibilidad se mide por el grado de la satisfacción en relación con la distancia o con la dificultad para acudir a la atención médica desde la casa hasta el centro de atención.
- La disponibilidad evalúa el grado de satisfacción del usuario con la habilidad para encontrar atención de salud para él y su familia.
- La comodidad se refiere a la satisfacción en términos del confort, del tiempo de espera para hacer cita para ser atendido, adecuación de horarios de acuerdo a las características laborales o culturales de las personas, con el tiempo de espera antes de ser atendido por el equipo de salud y a la facilidad de contactar o de mantener relación con la persona que lo atiende cuando lo necesita.
- La asequibilidad se evalúa en la satisfacción respecto al tipo de seguro de salud, a los honorarios, a los montos que se pagan por la atención.
- La aceptabilidad se mide por el grado de satisfacción respecto a las condiciones físicas, de apariencia del centro de salud, del lugar donde se encuentra ubicado el consultorio, incluso el vecindario, la relación con otros pacientes que se encuentran en el consultorio. (Penchasky y Thomas, 1981).

La preocupación por aceptabilidad de los servicios, se refiere, entre otros, al grado en que los servicios de salud cumplen con las necesidades de los estándares culturales de una comunidad (Witter, 1997), o a la disponibilidad de arreglos especiales para satisfacer las necesidades específicas asociadas con características culturales para las personas (Starfield, 1998)

La orientación comunitaria de los servicios se manifiesta en dos maneras: Reconciliar las necesidades de salud de pacientes individuales con las necesidades de salud de la comunidad en que viven y en balance con los recursos disponibles (WONCA 2002); y como la problemática del paciente examinada en el contexto de su vida en la comunidad (OMS)

La búsqueda de la integralidad de los servicios requiere de provisión de servicios de salud integral, continua y longitudinal. La integración combina los eventos clínicos e información en salud que acontece en distintos ambientes físicos, niveles de salud y tiempos cronológicos, de preferencia a lo largo de todo el ciclo vital (IOM 1996).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Disponible en <http://guajiros.udea.edu.co> 15/05/2005

## 2.4. ANTECEDENTES DEL MODELO DE ATENCION DE SALUD EN CHILE<sup>6</sup>

En Chile, la historia del sistema de salud en sus aspectos formales, comienza a mediados del siglo XVI, en que se desarrollaron hospitales y servicios sanitarios para la atención de enfermos y menesterosos de responsabilidad de instituciones de beneficencia.

- En 1842 se fundó la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- En 1886 se promulgó el Reglamento Orgánico de Juntas de Beneficencia.
- En 1887 se crea la Junta Nacional de Salubridad, destinada a ordenar las instituciones y hospitales existentes y a asesorar al Gobierno, en materia de Salubridad.
- En 1892, este rol fue asumido posteriormente por el Consejo de Higiene Pública. Estas medidas muestran la creciente responsabilidad del Estado en el área de la salud pública. (Jiménez y Rojas, 2000).

El siglo XX se caracteriza por el desarrollo de importantes medidas destinadas a dar estructura al aparato asistencial, establecer normas para su funcionamiento, aumentar la participación del Estado y ampliar la cobertura y oferta de servicios de salud.

- En 1917 se crea el Consejo Superior de Beneficencia, que logra unificar técnicamente todos los hospitales del país.
- En 1918 se dicta el primer Código Sanitario.
- Un paso fundamental en el desarrollo del sistema social, lo constituye la creación del Seguro Obrero Obligatorio en 1924, destinado a cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte de este grupo de trabajadores. Su financiamiento provenía de fondos del trabajador, el empleador y el Estado.
- En 1938 se dicta la Ley de Medicina Preventiva, que incluyó, entre las prestaciones a recibir por los trabajadores, los exámenes sistemáticos de salud. De esta forma, los obreros y sus familias obtenían una cobertura integral de sus necesidades de salud.
- La década del 40 está marcada por la creación de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA), en 1942, que agrupó a una serie de instituciones preocupadas de la salud de estos grupos. Nace, además, en este mismo año, el Servicio Médico Nacional de Empleados, SERMENA. Se define, así, la preocupación por los empleados y otros grupos de ingresos medios, cuya atención de salud era otorgada previamente por diferentes instituciones no articuladas entre sí.
- En 1952 se produce uno de los hitos más importantes en la historia del sistema nacional de salud, y pionero a nivel internacional con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), producto de la fusión de la Caja del Seguro Obrero, PROTINFA, los Servicios Médicos de las Municipalidades, la Sección de Accidentes del Trabajo del Ministerio del Trabajo y el Instituto Bacteriológico. Sus prestaciones cubrían,

---

<sup>6</sup> Antecedentes obtenidas de diferentes fuentes indicadas en el texto

principalmente, al sector obrero e indigentes. Constituye, junto con SERMENA, los pilares del desarrollo posterior del sistema de salud.

- Durante la década del 60, se desarrollan importantes reformas sociales en el país que, en el área de salud, se materializaron en inversiones en centros asistenciales, aumento de la planta funcionaria y extensión de la cobertura geográfica del SNS. Por otra parte, el SERMENA se consolidó como un servicio de libre elección para empleados públicos y privados y sus cargas.
- En 1968, se dicta la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Estos dos últimos hechos, la consolidación del Modelo de Libre Elección y el desarrollo de las mutuales de seguridad del trabajador, contribuyeron a la expansión de los prestadores privados de acciones de salud.

El período posterior a 1973 se caracterizó por una disminución del aporte financiero estatal al SNS, conservándose la misma modalidad organizacional y de funcionamiento. En 1979, se produce la reestructuración del sector salud mediante un decreto ley, se reorganizó el Ministerio de Salud y sus organismos relacionados, se fusionó el SNS y el SERMENA y se crearon el Sistema Nacional de Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Central de Abastecimiento (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP), vigentes hasta la fecha.

Durante la década del 80, se dictan diversas leyes destinadas a reformar el sistema previsional de pensiones y salud. Se establece una cotización obligatoria para el financiamiento de las prestaciones de salud, se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), organismos privados con y sin fines de lucro, destinados a la administración de estos fondos y a la prestación de servicios de salud a sus afiliados y cargas. Se definen las modalidades de libre elección e institucional, en el sistema público y se consolida el traspaso de los establecimientos del nivel primario de atención, a la administración municipal. De esta forma, se da un impulso significativo a la descentralización del sistema y a la expansión de los prestadores privados de salud. (Jiménez y Rojas, 2000).

En la actualidad el Modelo de Atención de Salud en Chile, se encuentra en un proceso de transformación, desde el modelo biomédico hacia un modelo con enfoques biosicosocial y multidisciplinario, con especial énfasis en la atención primaria. Se busca consolidar un sistema de salud que dé respuestas adecuadas a las necesidades sanitarias expresadas por la población, mediante la oferta de acciones de calidad que permitan asegurar mejores resultados de salud y satisfacción de los usuarios, tomando en consideración su historia vital y sus entornos familiar y ambiental, y desarrollando acciones en los ámbitos de la promoción, prevención, curación y rehabilitación.

La atención de salud está regulada por normativas enmarcadas en los programas de salud establecidos por el Ministerio de Salud. Estos programas definen coberturas, frecuencia o periodicidad de los contactos entre usuarios y prestadores de atención, así como responsabilidades por nivel de atención del sistema. La regulación sanitaria sobre los establecimientos de salud del sector público y privado es la Autoridad Sanitaria Regional para aquellos establecimientos ubicados en el territorio jurisdiccional respectivo. Esto desde el 1 de enero de 2005.

Los programas del Ministerio de Salud, han sido estructurados con enfoques integrales que incorporan en su diseño acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Además se han desarrollado programas de prevención específica entre los cuales se destacan: el Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa de Alimentación Complementaria, campaña de invierno (control de los trastornos respiratorios), prevención de los accidentes de tránsito, control de marea roja y erradicación de la enfermedad de Chagas. (Jiménez op cit). Existen programas de detección temprana de Factores de Riesgos para Enfermedades No Trasmisibles, Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino a través del Examen Medicina Preventiva del Adulto (EMPA). A partir de 1 de enero de 2005, entró en vigencia un conjunto de prestaciones garantizadas, tanto en el sistema público como en el sistema privado. Las Garantías Explicitas en Salud (GES) contiene un listado de 56 patologías, desde julio del 2007, cada una con un protocolo específico y plazos establecidos para los diferentes tipos de atención que el paciente requiera.

Hasta el año 2005, la organización del ministerio de salud estructuraba la atención por niveles. El nivel primario de atención, era el primer nivel de la organización del sistema de Salud, que es aquel de mayor cobertura poblacional y menor complejidad. Corresponde a la red de establecimientos de atención ambulatoria. Algunos de sus componentes básicos son el enfoque intersectorial, la participación de la comunidad organizada, uso de tecnologías apropiadas, aplicación del enfoque de riesgo y alta prioridad a la promoción y prevención de la salud en la comunidad. El nivel primario de atención está constituido por los consultorios generales, urbanos y rurales; las postas rurales de Salud y las estaciones médico-rurales. Entre 1981 y 1990 se traspasa la administración de los establecimientos del nivel primario a los municipios.

En el nivel secundario y terciario se cuenta con 182 hospitales del sector público, a los que se deben agregar 8 hospitales no pertenecientes al los Servicios de Salud, pero que tienen convenios. A ellos hay que agregar 9 centros para consultas especializadas, sin capacidad de hospitalización. Estos hospitales suman entre ellos unas 30.000 camas, lo que equivale a 1 cama para 5.000 habitantes (o para 3.000 beneficiarios de FONASA). El número de camas del sector público se redujo en 10% durante la última década. En el sector privado, se dispone de alrededor de 11.000 camas, distribuidas en 19 hospitales y 216 clínicas u hospitales de complejidad mediana y baja, incluyendo maternidades. En el nivel secundario, funcionan nuevos tipos de establecimientos ambulatorios como son los Centros de Referencia de Salud (CRS) 6 en el país, de ellos 5 en la Región Metropolitana. Han sido definidos como establecimientos de nivel de complejidad intermedio, que ofrecen prestaciones diagnósticas y terapéuticas de tipo ambulatorio en las cuatro especialidades básicas: pediatría, cirugía, medicina interna, ginecología – obstetricia, algunos con subespecialidades de alta demanda, y con un área territorial que cubre varias comunas dentro del territorio de un servicio de salud. Los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), definidos como establecimientos ambulatorios de alto nivel de complejidad, ofrecen prestaciones diagnósticas y terapéuticas en todas las especialidades médicas. En áreas como radiología se trasladó la mayor complejidad a estos establecimientos desde el hospital base. En el país existen 5 CDT, de los cuales 3 se ubican en Servicios de Salud de la Región Metropolitana. (OPS, 2003).

El Estado, en su rol de garantizar el acceso de la población a las acciones de salud, es el responsable del funcionamiento del sistema en forma global. Su ente operativo es el Ministerio de Salud, quien es el organismo rector del sistema. Su organización desde el año 2005 se ha definido como autogestión en redes. Un Modelo que enfatiza no sólo la perspectiva biológica de los problemas, sino también, la psicológica, socioambiental y espiritual. Es en

este aspecto donde el concepto de RED adquiere su especial relevancia, al destacar la necesidad de una complementariedad entre los distintos componentes de la misma, léase conocimientos, habilidades y destrezas de los equipos de cuidados primarios y especializados, así como acceso, complejidad tecnológica, cobertura, etc., de los distintos espacios y puntos donde tomen contacto los usuarios. (Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2007)

Al analizar la red desde las necesidades y sus brechas, y la forma de organizar los recursos para responder a ellas, asegurando de esta manera que los antiguos “niveles de atención” se constituyan en espacios con distintos énfasis, pero relacionados e integrados en el cuidado continuo de las personas, en su concepción más amplia. La reforma en el sector salud, por otra parte, pone a la Atención Primaria en Salud (APS) como el eje que coordina y es base del cuidado continuo, pero también como una estrategia de desarrollo contribuyente a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas. De acuerdo a la concepción de la OPS un Sistema de Salud basado en la estrategia de Atención Primaria se define como:

- Un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.
- Un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. (Subsecretaria de Redes Asistenciales, op cit)

En cuanto al otro eje de la Reforma, como es el impulso a formar redes, las de tipo comunitarias e intersectoriales son las que de mejor manera dan cuenta de la posibilidad de intervenir eficaz y eficientemente en los determinantes de la salud, por ser las más cercanas a los múltiples ámbitos donde se desarrolla la vida de las personas, como lo son la familia, su vivienda, su trabajo y su comunidad.

Una RED de salud conectada, es aquella que utiliza de manera sistemática y coherente la información necesaria y disponible sobre personas y familias, comprendiendo que ello otorga una más alta probabilidad de respuestas integrales, independiente del lugar de la red donde esta respuesta se está dando.

La APS, viene desde hace algunos años recogiendo gran cantidad de información relevante de las familias y sus redes de apoyo, información que no ha trascendido a los otros puntos de la red. Avanzar en conectividad real, es entregar información para ayudar a la toma de decisiones, pero también implica que quienes la reciben comprenden su utilidad y la aprovechen en mejorar la calidad de sus respuestas.

Se entenderá por **sistema de atención de salud** a la organización de los establecimientos de salud con diferentes niveles de complejidad, y cartera de servicios, que participan en los distintos procesos de la atención de salud. Se entenderá por **sistema de atención de salud en red** el ordenamiento de estos establecimientos, operando coordinadamente dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales y por lo tanto con mutua interdependencia y complementariedad en sus respuestas, cubriendo de esta manera la amplia gama de necesidades de salud. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2007)

Se entiende que la red incluye el componente comunitario, pues considera que la comunidad posee sus propias competencias para resolver problemas de salud; es, entonces, posible incorporar acciones realizadas por monitores y agentes comunitarios en forma complementaria al equipo de salud.

En la Ley de Autoridad Sanitaria se define este nuevo ordenamiento como: “Constituyen la “Red Asistencial” de cada Servicio de Salud, el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal, y privados que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud de su territorio, conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto Ley N° 2.763 de 1979, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población, sin perjuicio de la complementación entre la Red Asistencial de uno y otro Servicios.

Los Servicios podrán complementar y coordinar sus actividades, entre ellos o con instituciones públicas o privadas, para el cumplimiento de sus fines, sea que estas se realicen dentro o fuera de su territorio, todo ello de acuerdo con las normas y directivas que imparta el Ministerio.” (Ley de Autoridad Sanitaria, N° 19.937, que modifica el Decreto Ley N° 2763 de 1979)

“Es responsabilidad del Director de cada Servicio de Salud velar por la implementación y cumplimiento de los mecanismos de coordinación y complementación asistencial entre los establecimientos de su dependencia, municipales y cuando así lo haya convenido, con instituciones privadas de salud a fin de permitir una fluida y oportuna referencia de los pacientes, lo anterior de acuerdo con las normas que dicte en la materia el Ministerio de Salud y otras normativas de carácter constitucional.” (Ley de autoridad sanitaria N° 19.937, que modifica el Decreto Ley N° 2763 de 1979.)

Por otra parte, como macro redes se han definido aquellas vinculaciones asistenciales (relaciones formales entre prestadores de distinta complejidad asociados a determinado problema o grupo de problemas de salud) que trascienden el territorio de un servicio de salud, intra regionales o más allá de una región.

A través de la evolución de la implementación de la Reforma surge el concepto de “redes por problemas de salud”, aludiendo a la cadena de procesos y estructuras que deben dar respuesta interrelacionada, a determinados problemas de salud.

Los vínculos generados en las redes tienen carácter horizontal, de relación entre pares, determinados, pero no limitados, por los acuerdos normativos que entre ellos deben establecerse. Pero, fuera de las regulaciones burocráticas de las respectivas instituciones a las que pertenecen o puedan pertenecer, la atención en red es una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

Las redes comunitarias pueden establecer vínculos reconocidos y legitimados, con los establecimientos de la red pública de salud y formar parte de los actores responsables de las acciones de salud. . (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2007)

El concepto de redes tiene aplicación no sólo para las organizaciones responsables de la oferta de salud, sino también para la demanda, expresada en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen.

Es importante comprender la intencionalidad de las redes más allá de la necesidad de dar respuestas organizadas a la población y ampliarla al concepto de Capital social.

“Nan Lin, mediante un enfoque estructural, identifica al capital social como un activo colectivo que está implícito en las relaciones sociales y que puede ser promovido o restringido por dichas relaciones, según los valores existentes en el colectivo social. Para Lin el capital social se fundamenta en la premisa que la inversión en capital social genera retornos en términos de un mercado que puede ser económico, político, laboral o comunitario, y que el concepto debe entenderse como un activo social o colectivo y como el capital que se genera a través de las relaciones sociales, por tanto es un activo social en virtud de las conexiones o interrelaciones entre los actores sociales y el acceso a los recursos de la red o grupo del cual ellos son miembros”. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, op cit)

Lo anterior refuerza la importancia de la existencia de redes activas, de tipo social, institucional, intra y extrasectoriales.

Se distinguen los siguientes niveles de redes relevantes para la Salud, en su concepto más amplio: Red Social, Personal, Familiar y Comunitaria, Redes institucionales sanitarias y no sanitarias. Existe una relación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud. La familia (consanguínea o considerada como tal para la persona) como parte de la red social personal, es un importante factor protector de la salud de las personas. En muchos casos es la red más próxima. Por lo tanto, la calidad de la red familiar es un factor determinante en la situación de salud familiar y su calidad de vida.

### Sistemas que Aseguren la Continuidad de la Atención

La continuidad ha sido definida como el cuidado continuo en salud y enfermedad, a lo largo del ciclo de vida individual y familiar y en los distintos ámbitos de la vida del individuo:

hogar, trabajo, comunidad. Cuando la salud se pierde la continuidad debe manifestarse en el acceso oportuno a las prestaciones requeridas (ambulatorias o cerradas), pero también en un flujo de información que permita dar la mejor respuesta a las necesidades. Su expresión máxima en APS, se encuentra en un equipo de cabecera; en la atención especializada, ya sea ambulatoria o cerrada, en un equipo responsable del paciente; en la atención de urgencia con una respuesta expedita, oportuna y de calidad, con adecuados sistemas de información a las familias; y en la red, con un sistema que mantiene sus servicios, independiente del lugar geográfico, donde por razones laborales u otras, se encuentre el individuo o su familia. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2007)

El proceso de Referencia Contrarreferencia, en el Sistema Público de Salud, constituye un elemento fundamental de continuidad de la atención otorgada a las personas e incide en la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficiencia del proceso asistencial y con ello en la adhesión y satisfacción de los usuarios y requiere de un proceso de coordinación ágil, flexible y eficaz.

El flujo de las personas al interior de la red está determinado por las necesidades de las personas y familias y la capacidad de cada punto de la red, para satisfacerlas.

Se define el Sistema de referencia y contrarreferencia, como el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, por la cual la red asistencial se hace cargo de la referencia del usuario de un establecimiento de salud a otro de mayor capacidad resolutoria en el caso referido y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud. Este último procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada. (MINSAL, 2005)

Además de la referencia y contrarreferencia existen otras formas de articulación para asegurar la continuidad de la atención, tales como, consultoría de casos, reuniones clínicas conjuntas, comités para el estudio de casos, epicrisis al egreso de una hospitalización, comunicaciones y consultas vía Internet, asignación de especialistas a Centros de APS específicos. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, op cit).

## **2.5. POLÍTICA Y MODELO DE SALUD RURAL EN CHILE**

“La población rural en Chile es definida como aquella instalada en un asentamiento humano concentrado o disperso con menos de 2 mil habitantes y con menos del 50% de la población económicamente activa dedicada a actividades secundarias o terciarias” (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, 2004). En este sentido “el Instituto Nacional de Estadística, no clasifica las comunas como rurales, sino calcula el nivel de

ruralidad respecto a la población que vive en esas condiciones. Por lo anterior, se han clasificado las comunas como de alta ruralidad a aquellas con un nivel de población rural de más del 60%; como mixtas con un nivel de población rural entre 40% y 60%; y como urbanas o con baja ruralidad a aquellas con un nivel de población rural de menos del 40%”. (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, 2004).

“Chile está viviendo una “desruralización” gradual, una pérdida importante de la vida en el campo por la vida en la ciudad y la pérdida gradual de sus tradiciones y arraigo”. (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, 2004). Según el Censo 2002 la población rural corresponde a un 13.4% y la urbana a un 86.6%. Los municipios con alta ruralidad muestran condiciones territoriales adversas producidas por la dispersión de su población, y además atienden a la comunidad con ingresos claramente menores al resto de las comunas.

La cobertura de servicios básicos en las zonas rurales aún es un tema pendiente en el país, ya que los niveles de cobertura entre las zonas urbanas versus las zonas rurales son dramáticamente distintas. Lo anterior, está en alguna medida relacionado con los criterios de asignación de recursos de infraestructura, ya que se manejan criterios de determinación del universo a atender distintos; lo que está muy asociado a la rentabilidad social de las inversiones, que tienden a ser más rentables en las zonas, obviamente, de mayor población. (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, 2004).

Las autoridades de salud han determinado que se considere la situación específica del sector rural y del mismo modo estrategias y actividades destinadas a mejorar la calidad de las acciones de salud realizadas a nivel de postas de salud rural, consultorios generales rurales y áreas de atracción rural de hospitales tipo 4, con un enfoque integral y de acuerdo a necesidades de la población rural de las condiciones locales de cada comunidad. Para ello se implementó el “Programa de Mejoramiento de la Atención Primaria” en sectores rurales y se elaboró un plan de acción con las orientaciones generales a las cuales debe ceñirse el sector en materia de salud. Este plan de acción, de carácter global, se enmarca en las grandes líneas políticas del Ministerio de Salud y se basa en los tres principios fundamentales que guían su quehacer: equidad, descentralización y participación.

El Programa de Mejoramiento de la Atención en el Nivel Primario se inició en año 2000 para mejorar la accesibilidad a la atención de las poblaciones urbanas. A partir del año 2001 el Ministerio de Salud decidió destinar los recursos de expansión de este plan a los sectores rurales considerando las condiciones especiales de esta población dando así una señal de preocupación creciente por acortar las brechas de equidad existente entre ambos sectores.

El Ministerio de Salud asume su rol planificador y rector en lo que a materia de Salud Rural se refiere, y los Servicios de Salud son quienes se responsabilizan del desarrollo de su gestión como coordinadores de redes, esforzándose al máximo para mejorar su capacidad técnico – administrativa. (MINSAL, 2001)

Los objetivos del componente rural del Programa de Mejoramiento de la Atención Primaria son:

- Expandir el Programa de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud a los establecimientos que cubren las necesidades de la población de los sectores rurales, ampliando la atención médica en un 10% en relación al total de consultas del año 2000.
- Mantener la disponibilidad y disposición de fármacos e insumos asociados a las prestaciones médicas y odontológicas, en consultorios generales rurales y postas de salud rural.
- Mejorar la gestión de la demanda, facilitando la accesibilidad a la población a establecimientos del sector rural, mediante la implementación eficiente del sistema de dación de horas por teléfono en los consultorios generales rurales y consultorios adosados a hospitales tipo 4.

Las estrategias definidas para alcanzar los objetivos son:

- Reforzar la atención médica y odontológica en consultorios generales rurales y consultorios adosados a hospitales tipo 4 mediante extensiones horarias, atención en días no hábiles y/o refuerzo estacional según la realidad local.
- Fortalecer los equipos básicos de salud de la ronda médica a postas de salud rural a través del esfuerzo del personal profesional en caso de mayor déficit.
- Aumentar la frecuencia de las rondas médicas a las postas de salud rural en las que por magnitud de población o por ser consideradas de mayor riesgo, se justifique una mayor presencia del equipo profesional.
- Mantener una adecuada disponibilidad de fármacos esenciales en las postas de salud rural para mejor resolución del técnico paramédico.(MINSAL, 2001)

La posta de salud rural es aquella estructura que cubre las necesidades de salud de sectores de población rural de alrededor de mil habitantes, concentrados o dispersos, pero que residen en un radio aproximado de 12 kilómetros. Para cumplir su función debe estar implementada para atender aquellos problemas de salud de mayor demanda con la máxima accesibilidad y poder de resolución posible, garantizando la posibilidad de fácil referencia a otros niveles del sistema de salud.

Tiene como único recurso humano permanente un técnico paramédico, apoyado periódicamente por otros integrantes de equipo de salud (médico, enfermera, matrona y/u odontólogo) en una ronda cuya constitución y frecuencia está determinada por los recursos disponibles, ya sea municipales o en algunos casos de establecimientos del sistema nacional de servicios de salud, generalmente un hospital tipo 4 o en un sistema mixto municipalidad – hospital. (MINSAL, 2001).

## **2.6. RURALIDAD EN CHAITEN**

La comuna de Chaitén se ubica en el sur de la Décima Región del país, pertenece a la provincia de Palena. Según datos del Censo 2002, la comuna cuenta con 7.182 habitantes, de los cuales 4.065 (56.5%) corresponde a población urbana y 3.117 (43.5%) a rural. (Instituto Nacional de Estadística, 2002). La población rural es atendida por el Departamento de Salud Municipal (DESAM), el que cuenta con 10 postas de salud rural y 6 estaciones médico rurales. El equipo de salud lo constituyen 4 profesionales: 1 enfermera, 1 matrn, 1 médico y 1 odontólogo, además de 10 auxiliares paramédicos, 1 técnico de nivel superior de enfermería y 1 auxiliar del Departamento de Salud. Este equipo se ve fortalecido por el apoyo de profesionales del hospital de Chaitén. Las rondas médicas se programan mensualmente 1 vez a cada sector, dependiendo en gran medida de los cambios climáticos imperantes en la zona. Los sectores son; Costero, Insular, Península de Comau y Valle el Frío. Cada uno con características propias de acuerdo a su acceso geográfico, cultural y tecnológico.

La atención entregada en cada posta de Salud se realizada respondiendo a la demanda de consulta en un 100%. En la actualidad no existe una planificación anual del trabajo, sin embargo, las Postas de Salud están organizadas de acuerdo a la normativa donde cada 2 años aproximadamente se realiza un censo en cada comunidad, con una encuesta familiar realizada por el técnico paramédico.

Los principales problemas del sector rural de Chaitén son los concernientes al aislamiento geográfico, con caminos en regulares condiciones, medios de transporte caros, aunque existen subsidios estatales y condiciones climáticas adversas durante gran parte del año. Lo cual se traduce en un restringido acceso de alimentación en base a frutas y verduras variadas. La fuente principal de alimentación la constituyen los mariscos y pescados, papas y carne. No existen espacios físicos ni infraestructura que permitan la actividad física apropiadamente durante las largas temporadas de invierno.

En relación a la atención en salud rural, el Departamento de Salud Municipal durante el año 2004 controlaba 247 pacientes portadores de hipertensión arterial, todos mayores de 20 años. De ellos 155 (62.7%) se encontraban con cifras tensionales menores a 140/90 mmHg. Valor por sobre la meta nacional que fue fijada en un 50% para el año 2004. El 65.1% de los pacientes bajo control corresponde al sexo femenino. El 35% corresponde a adultos mayores. En promedio los pacientes descompensados son citados mensualmente a control con algún profesional del equipo, generalmente médico, en cambio los paciente que presentan cifras tensionales normales son citados cada 2 o 3 meses con la enfermera. Los medicamentos son entregados mensualmente por cada auxiliar paramédico encargado de la posta, previo control de presión arterial y refuerzo de la terapia farmacológica y/o medidas generales de autocuidado en relación a la enfermedad. Por ser una población cautiva, no se registran inasistencia a control y muy bajo índice de abandonos de éste.

La hipertensión arterial es considerada como uno de los principales problemas de salud en la población adulta en Chile, siendo la enfermedad crónica más frecuente y la primera causa de consulta medica la Atención Primaria, su prevalencia aumenta con la edad y esta ligada a condiciones como el tabaquismo, dietas hipersódicas, consumo de alcohol, obesidad,

sedentarismo y estrés emocional. Las complicaciones derivadas de esta patología constituyen un alto costo y son netamente prevenibles con un buen manejo y control de la enfermedad.

## **2.7. HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La Tensión Alta o Hipertensión Arterial (HTA) es un término que se refiere al hecho de que la sangre viaja por las arterias a una presión mayor que la deseable para la salud. La mayoría de los afectados no tienen síntomas. Eso no quiere decir que no sea peligrosa: gran parte de las muertes que se producen cada año lo son como consecuencia directa de la hipertensión o de sus complicaciones sobre el sistema cardiovascular o el riñón. La Hipertensión Arterial constituye un problema muy importante de salud pública ya que en el mundo, incluido Chile, afecta entre 15 y 20% de la población adulta.<sup>7</sup>

Las cifras de presión arterial siguen un ritmo a lo largo de las 24 horas, que se reproduce de un día a otro y se llama ritmo “nictemeral” de la presión arterial, de manera que las cifras de presión son más altas durante el día y desciende durante el sueño. Los factores que aumentan transitoriamente los valores tensionales son: el esfuerzo físico, el frío, el traslado a un clima diferente, emociones fuertes como dolor o miedo, las tensiones psíquicas como: conducción de automóviles, hablar en público, discusiones enérgicas, ruidos, etc. Además, la toma de la presión arterial hace que se produzca una reacción de alerta que tiende a elevarla, a medida que se repiten las tomas de presión arterial, esta tiende a bajar.

Dentro de las metas sanitarias para el país desde el año 2005, se define como paciente compensado quien mantiene cifras tensionales menores a 135/85 mmHg, y una de las estrategias dentro del programa de salud cardiovascular es la satisfacción del usuario en la atención.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

---

<sup>7</sup> Disponible en: [www.susmedicos.com](http://www.susmedicos.com) 25/05/2005

Caracterizar la satisfacción de los usuarios rurales extremos, con el modelo de atención rural, a partir de la opinión de los pacientes hipertensos compensados y descompensados, que se atienden en las postas rurales de Chaitén, durante el año 2004.

### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir las características demográficas de los pacientes hipertensos bajo control durante el año 2004 atendidos por el equipo de salud municipal de Chaitén.
- Describir las características de la patología en los pacientes hipertensos bajo control en las Postas de Salud Rural de Chaitén, en relación a tratamiento, concomitancia de otras patologías y factores de riesgos cardiovasculares.
- Caracterizar la atención del técnico paramédico que reciben los pacientes hipertensos en cada una de las postas rurales de Chaitén, a través de la opinión entregada por los usuarios.
- Determinar en los pacientes hipertensos bajo control la percepción de calidad, compromiso, equidad y respeto de los derechos del paciente por parte del sistema de salud.

## **4. MATERIAL Y METODO**

La metodología utilizada en esta investigación corresponde a la de tipo cualitativa-cuantitativa, esto porque la primera permite conocer el porque de un fenómeno, la segunda el cuanto y la combinación de ambas nos entrega una información mucho más completa.

Esta es una investigación prospectiva, la información se registró según fueron ocurriendo los fenómenos, descriptiva, ya que el propósito es describir una situación, decir como es y se manifiesta determinado fenómeno. Este análisis busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a observación. Desde el punto de vista científico, describir es medir, por tanto es, seleccionar una serie de cuestiones y medir cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. En este caso la opinión de la población hipertensa de extrema ruralidad respecto a la satisfacción de la atención recibida.

Es un estudio Transversal ya que se recolectaron los datos en un momento determinado, en un tiempo único; describiendo variables y analizando su incidencia e interrelación en un momento exacto.

### **4.1. POBLACION DE ESTUDIO**

El área de estudio fueron las Postas de Salud Rural pertenecientes a la Comuna de Chaitén, cuyos pacientes eran portadores de la patología HTA.

El universo fue el total de pacientes mayores de 20 años portadores de HTA, durante el año 2004, controlados en las Postas de Salud Rural de Chaitén. La población total de pacientes hipertensos fue de 247 pacientes.

La muestra se calculó de forma probabilística y aleatoria, con un nivel de confianza del 95% y error del 5%, para pacientes compensados y descompensados.

La metodología que se usó en esta investigación se basó en la aplicación de un cuestionario confeccionado para tal efecto, a un número determinado de pacientes portadores de hipertensión arterial. Se aplicó por la investigadora el día de ronda, en la posta de salud rural, previo consentimiento informado.

En la ejecución se consideraron los siguientes factores del paciente:

- a) Consentimiento informado.
- b) Información del estudio y resguardo de la información entregada.
- c) Decidir libremente su participación en la investigación.

En la recolección y tabulación de los datos se crearon variables relacionados con:

- La descripción del paciente hipertenso, cuyos indicadores fueron pesquisados a través de procedimientos directos e indirectos.
- La percepción de los pacientes hipertensos atendidos en las postas de salud rural de Chaitén.
- Características de la atención entregadas por técnico paramédico encargados de las postas de salud rural.

El análisis estadístico de los datos obtenidos, fueron interpretados de manera sistemática y examinando sus repercusiones. Se utilizó una plantilla Excel. En las preguntas abiertas se realizó un análisis de contenido y los resultados presentados corresponden a la relación que se pudo establecer entre ambos tipos de información.

#### 4.2. TIPO DE VARIABLES Y SUS DIMENSIONES

Tabla N° 1: Operacionalización variables “Básicas del paciente”

<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION NOMINAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>VERIFICACION</b>
Descriptivas generales	Edad	Tiempo vivido por una persona	Años cumplidos	Ficha clínica
	Sexo	Constitución orgánica del individuo	Femenino Masculino	Apariencia.
	Escolaridad	Conjunto de cursos en educación formal realizados por una persona	Analfabeto Básica incompleta Básica completa Media incompleta Media completa Superiores incompletos Superiores completos	Tarjetón de control
	Nivel socioeconómico	Ingresos económicos percibidos por el encuestado	Bajo Medio – bajo Medio – alto Alto	Aplicación cuestionario
	Procedencia	Lugar de residencia	Península Comau Sector costero Islas Desertores Valle El Frío	Aplicación cuestionario

	Estado civil	Situación civil en relación a una pareja	Soltero Casado Conviviente Separado Viudo	Aplicación cuestionario
--	--------------	--	---	-------------------------

Tabla N° 2: Operacionalización variables “del paciente hipertenso”

<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION NOMINAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>VERIFICACION</b>
Características hipertenso	Tiempo de diagnosticada la enfermedad	Tiempo transcurrido desde la fecha de diagnostico de la enfermedad hasta el presente.	0 – 3 años 4 – 6 años 7 – 9 años 10 y mas años	Ficha clínica
	Tipo de tratamiento médico	Líneas terapéuticas de elección para la intervención medica	Régimen hiposódico Terapia farmacológica Mixto	Ficha clínica
	Duración tratamiento médico	Tiempo transcurrido del tratamiento medico	0 – 3 años 4 – 6 años 7 – 9 años 10 y mas años	Ficha clínica
	Tratamiento farmacológico	Tipo de tratamiento farmacológico	Antihipertensivos Diuréticos Combinación de fármacos	Ficha clínica
	Adhesividad al tratamiento	Cumplimiento de las indicaciones terapéuticas	Buen cumplimiento Regular cumplimiento Mal cumplimiento	Aplicación cuestionario
	Crisis hipertensivas (urgencias o emergencias hipertensivas)	Tratamiento de urgencia por alza de presión durante el último año.	Si No	Ficha clínica

Características hipertenso	Patologías concomitantes	Enfermedades asociadas	No Diabetes Hipercolesterolemía Obesidad Otra	Aplicación cuestionario
	Índice de masa corporal(IMC)	Relación entre el peso y la estatura	Normal Sobrepeso Obesidad	Ficha médica
	Actividad física	Ejercicio físico programado 3 veces por semana	Si No	Aplicación cuestionario
	Régimen hiposódico	Consumo de sal mínimo. (dos gramos al día)	Si No A veces	Aplicación cuestionario
	Régimen hipograso	Consumo de grasas bajo en la dieta	Si No A veces	Aplicación cuestionario
	Consumo de alcohol	Ingesta de alcohol semanal	No 1 a 2 vasos en la semana 3 a 5 vasos en la semana mas de 6 vasos en la semana	Aplicación cuestionario
	Tabaquismo	Ingesta de cigarrillos Diarios	No 1 a 5 cigarrillos diarios 6 a 10 cigarrillos diarios Más de 10 cigarrillos diarios	Aplicación cuestionario
	Rangos de presión arterial	Medición de la presión arterial diastólica y sistólica en el último control.	≤130/80 ≤140/90 ≤150/100 ≥150/110	Ficha clínica

Tabla N° 3: Operacionalización variables “percepción de los usuarios externos”

TIPO DE VARIABLE	VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	VERIFICACION
------------------	----------	--------------------	------------------------	--------------

Características atención en salud de profesionales y técnicos paramédicos	Recursos para realizar la atención.	Cantidad y calidad de equipamiento para otorgar cuidados en salud, según percepción usuarios externos.	Si No Parcialmente	Aplicación cuestionario
	Lugar de trabajo.	Espacio físico donde se realiza la atención de salud, según percepción usuarios externos.	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario
	Relaciones interpersonales equipo de salud	Grado de satisfacción en las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo, según percepción usuarios externos.	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario
	Apoyo técnico de nivel superior.	Grado de cohesión y accesibilidad vertical en la escala jerárquica del sistema de salud, según percepción usuarios externos.	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario
	Satisfacción usuario externo	Percepción de los pacientes de servicio de salud	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario

	Capacitación	Nivel de perfeccionamiento para ejercer las acciones en salud que le competen, según percepción usuarios externos.	Alto Medio Bajo	Aplicación cuestionario
	Resolutividad	Recursos disponibles para dar respuestas atinentes a las demandas de salud, según percepción usuarios externos.	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario
	Carga asistencial	Percepción de los usuarios externos en relación a la cantidad de trabajo de los auxiliares paramédicos	Excesiva Normal Escasa	Aplicación cuestionario
	Organización física de la posta	Distribución de los espacios físicos y aseo y ornato de esta.	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario
	Accesibilidad de atención mensual por profesionales	Disponibilidad de horas de atención en la posta mensualmente por profesionales	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario
	Accesibilidad	Disponibilidad	Excelente	Aplicación

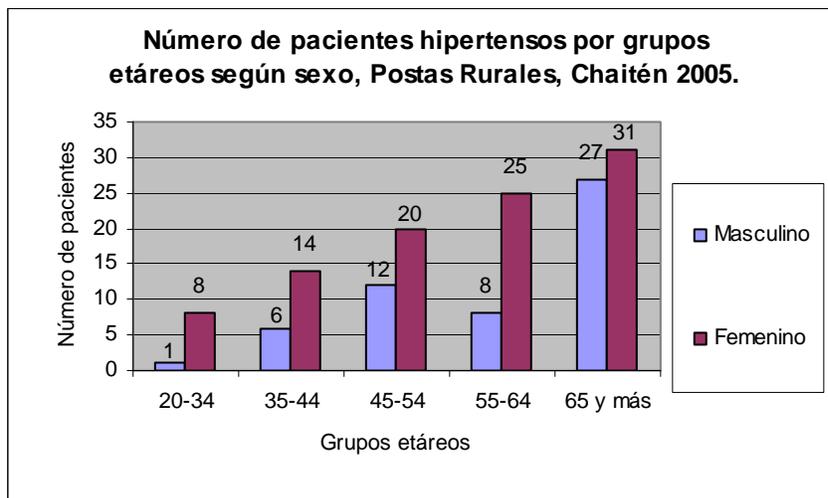
Percepción usuario externo	de atención el día de ronda medica	de horas de atención en la posta el día de ronda medica.	Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	cuestionario
	Accesibilidad geográfica de la posta	Ubicación de la posta de salud rural	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario
	Recursos existentes para la atención	Disponibilidad de recursos humanos, tiempo y materiales	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario
	Insumos farmacológicos	Disponibilidad de fármacos para hipertensión arterial	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario
	Calidez de la atención	Percepción del trato durante la atención	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario
	Información entregada durante la atención	Explicaciones recibidas durante la atención atinentes a la patología, autocuidado y tratamiento.	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Aplicación cuestionario

## 5. RESULTADOS

En base a los datos obtenidos en el cuestionario aplicado a los pacientes hipertensos de las Postas de Salud Rural de Chaitén, se diseñaron los siguientes gráficos y tablas, además de textos con el propósito de dar respuesta a los objetivos de la investigación. El total de pacientes encuestados fue de 152 de una población de 247, los que corresponden al 61.5% del universo estudiado.

Para un mejor análisis de los datos se estratificó las edades de los pacientes hipertensos en los siguientes tramos: de 20 a 34 años, de 35 a 44 años, de 45 a 54 años, de 55 a 64 años y de 65 y más años.

Grafico N° 1:



En el grupo etáreo de 20 a 34 años se aprecia una notoria diferencia entre hombres y mujeres encuestados, esto podría explicarse, ya que los hombres adultos jóvenes son quienes menos acuden a los centros de salud, constituyen grupos de población económicamente activa, en labores del sector primario, dedicados a la extracción y recolección de pescados y mariscos. La ronda médica se realiza en días y horarios de trabajo, en muchas ocasiones coincidentes con los días de extracción de merluza determinados mensualmente, o recolección de algas, según los horarios de marea y condiciones climatológicas favorables para el trabajo. En el mismo sentido en el grupo etáreo de 55 a 64 años el sexo masculino corresponde a un tercio de las mujeres encuestadas, en su mayoría son varones con varios años de diagnosticada la enfermedad donde han alcanzado cierta estabilidad, al sentirse mejor se vuelven irregulares en la asistencia a sus controles de salud en la posta.

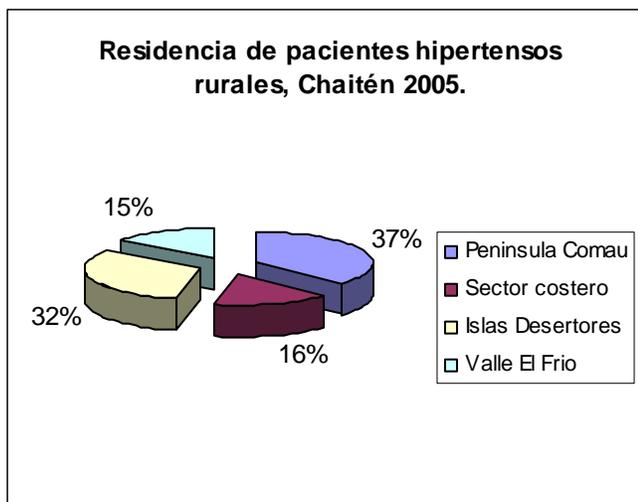
Tabla N° 4: Distribución de nivel de escolaridad según grupos etéreos, pacientes hipertensos rurales, Chaitén 2005.

Nivel de escolaridad	Grupos etéreos (años)				Total	
	20 – 34	35 – 44	45 – 54	55 – 64	65 y más	
Analfabetos	0	0	0	3	9	12
Básica incompleta	2	6	21	25	47	101
Básica completa	5	4	5	3	1	18
Media incompleta	1	7	2	2	1	13
Media completa	1	2	2	0	0	5
Superior incompleta	0	1	1	0	0	2
Superior completa	0	0	1	0	0	1
Total	9	20	32	33	58	152

Existe un 8% de pacientes hipertensos analfabetos, en su mayoría corresponde a adultos mayores. Dos tercios de la población hipertensa rural encuestada tienen estudios básicos. De ellos a mayor edad los estudios realizados corresponden a básicos incompletos, esto podría deberse a la existencia de escuelas con educación formal hasta 6<sup>to</sup> año básico en la mayoría de los sectores rurales. Más aún en épocas anteriores, estas escuelas eran hasta 4<sup>to</sup> año básico, las personas debían caminar varios kilómetros para acceder a ellas, no existían internados para escolares, ni la posibilidad de trasladarse a la ciudad para continuar estudios. Además en ese período no existían incentivos para educar a los hijos, pues estos constituían un aporte imprescindible en el trabajo para la economía familiar.

En relación con el nivel socioeconómico la totalidad de la población encuestada se reconoce con ingresos económicos bajo (46%) o medio bajos (54%). Esto se explicaría porque en general los ingresos percibidos provienen de pensiones asistenciales, subsidios único familiar, familias de pescadores artesanales y pequeños agricultores. Además la gran mayoría de las familia están clasificadas por FONASA como grupo A y B.

Gráfico N° 2:



El mayor porcentaje de encuestados residen en la península de Comau, sector rural más poblado de la comuna de Chaitén. El lugar cuenta con 3 postas de Salud y 2 Estaciones Médico – Rurales. Este sector, es el que cuenta con mejor conectividad con Chaitén existiendo recorrido público 3 veces por semana y a Puerto Montt a través de vuelos semanales en avioneta según demanda y barcaza dos veces por semana. Además la parte norte del sector se conecta directamente con Río Negro Hornopiren a través de 1 hora y media de navegación en lancha. Cabe destacar que es el lugar que cuenta con los niveles más altos de abandono de controles e inasistencias. Aquí la posibilidad de acceder a otros centros de atención en salud es bastante alta, por ejemplo, Consultorio de Río Negro Hornopiren, y diferentes centros asistenciales privados de la ciudad de Puerto Montt.

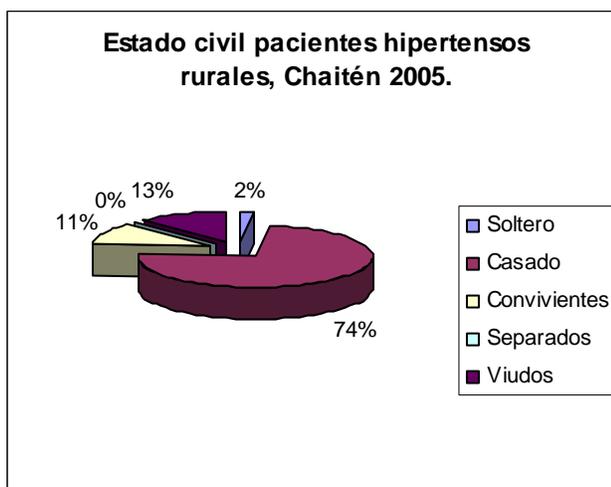
El sector de las Islas Desertores cuenta con 3 Postas de Salud y 2 Estaciones Médico – Rurales, sin embargo en una de ellas no se realiza atención por no contar con infraestructura necesaria. Es el sector con mayor dificultad en el acceso geográfico. La conexión con Chaitén es a través de lancha con 3 horas de navegación, el recorrido público se realiza 2 veces por semana. Por otro lado, geográficamente Achao queda más cerca, aproximadamente 1 hora y media de navegación, lugar que recibe generalmente las urgencias que se producen en el sector. Cabe destacar que durante el año 2005 varias rondas médicas coincidieron en fechas con los recorridos, en consecuencia se produjeron varias inasistencias a control con profesionales.

El sector costero tiene menos población, aunque más dispersa, cuenta con 3 Postas y una Estación Médico - Rural. Una parte de este sector también tiene un difícil acceso geográfico. La comunicación con centros de mayor urbanización lo constituye Chaitén, donde viajan en lancha en un recorrido público establecido 2 veces por mes, demorando 3 horas de navegación. Este sector es el que tiene la más alta cobertura en Exámenes de Medicina Preventiva (EMP), donde se pesquisan factores de riesgo cardiovascular, entre otros, hipertensión arterial.

En el Valle El Frío existe una posta y una estación médico rural, aquí el acceso a los centros de atención son exclusivamente por vía terrestre. Se comunica con Chaitén a través de

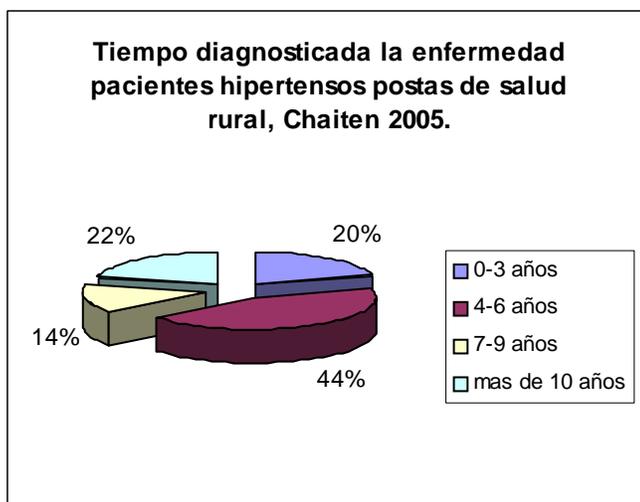
la Carretera Austral, contando con locomoción colectiva diaria. En este sector rural, la población esta más concentrada.

Gráfico N° 3:



De las personas que declaran convivir, todos corresponden a las edades menores de los encuestados. Por el contrario el número de personas viudos/as corresponden en su mayoría a los adultos mayores.

Gráfico N° 4:



La gran mayoría de los pacientes hipertensos encuestados (44%) fueron diagnosticados entre los años 1999 y 2001, período que coincide con la llegada de la profesional de

Enfermería de forma permanente al Departamento de Salud Municipal, además durante este periodo comenzó a aplicarse el Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA), con metas específicas de cobertura para cada posta. Todos los pacientes iniciaron el tratamiento médico, inmediatamente ingresados al Programa de Salud Cardiovascular, por lo cual coincide con el tiempo de diagnosticada la enfermedad

Tabla N° 5: Distribución del tipo de tratamiento farmacológico según grupo etáreo pacientes hipertensos rurales, Chaitén 2005.

Tipo de tratamiento	Grupos etáreos (años)					Total
	20 – 34	35 – 44	45 – 54	55 – 64	65 y más	
Régimen Hiposódico	3	2	1	1	0	8
Antihipertensivos	2	6	8	9	3	29
Diuréticos	3	5	7	1	1	16
Combinación de fármacos	1	7	16	22	54	99
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>58</b>	<b>152</b>

En este punto, se omitió la pregunta por terapias de tratamientos alternativos, como consultas con machi, tratamientos de infusión de hierbas y plantas medicinales. En tal sentido, el equipo de salud tolera estas prácticas, reconociéndolas en la población, sin embargo, no las integra en el tratamiento de forma activa. El 65% de los pacientes tienen una terapia farmacológica combinada, esto debido al bajo costo de las tiazidas y enalapril, a la sinergia que se produce al utilizarlos y al impacto en la morbimortalidad de los pacientes hipertensos. Características que hacen de estos fármacos la primera elección en el tratamiento.

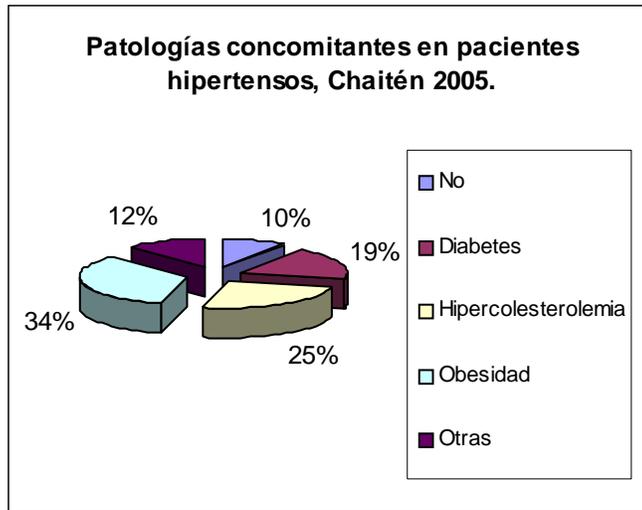
Tabla N° 6: Distribución porcentual de la adhesividad al tratamiento médico de pacientes hipertensos rurales, Chaitén 2005.

Cumplimiento indicaciones terapéuticas	Grupos etáreos según sexo										Total	
	20 – 34		35 – 44		45 – 54		55 – 64		65 y más			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Bueno	0	6	1	8	2	13	1	21	25	30	29	78
Regular	0	2	4	6	8	7	7	4	2	1	21	20
Malo	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	4	0
Total	1	8	6	14	12	20	8	25	27	31	54	98

La gran mayoría de los pacientes consultados por el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, refiere cumplirlas en buena forma, sobretodo los adultos mayores. Comparativamente las mujeres dan mejor cumplimiento que los varones. Sin embargo esto se contradice con el número de pacientes compensados que alcanza el 27%. Cabe preguntarse ¿entienden realmente las indicaciones terapéuticas?.

En relación a la presencia de crisis hipertensivas un 93.4% no han presentado este evento. El dato puede estar errado, ya que al momento de haber presentado la crisis no haya sido diagnosticada y/o registrada en la ficha por el auxiliar paramédico, o el paciente no haya asistido a la posta. Existe mucha omisión de registros en las fichas de parte de los auxiliares paramédicos, y sobretodo en las urgencias, ya que no se completan adecuadamente. Muchas veces hay que evacuar al paciente del sector o se realiza la atención en el domicilio, como consecuencia los registros no son una prioridad quedando incompletos. Durante el año 2005, este fue un punto central en la capacitación de los auxiliares paramédicos

Gráfico N° 5:



El 90% de la población hipertensa rural de la comuna de Chaitén presenta alguna otra patología. Al clasificar el estado nutricional de los pacientes encuestados el 37.8% es normal, el 28.2% tiene sobrepeso y el 34% es obeso/a. Además un cuarto de la población tiene hipercolesterolemia, lo cual conlleva un alto riesgo cardiovascular. La alimentación de las personas que viven en estos sectores se basa principalmente en carbohidratos, como papas, carnes rojas de producción propia, consumiendo sub productos como vísceras y grasas de origen animal. También pescados y mariscos. Las frutas y verduras son escasas, sólo de cultivos estacionarios y a un alto costo. Una localidad ha desarrollado invernaderos, ya que por las condiciones climáticas estos deben tener condiciones especiales para ser sustentables en el tiempo. Cabe destacar que en el sector costero e Islas Desertores, no existe energía eléctrica, hay algunas familias que cuentan con generadores de electricidad, que funcionan en promedio 3 a 4 horas diarias. Por lo anterior la conservación de alimentos, sobre todo carnes y pescados se realiza deshidratándolos con grandes cantidades de sal. En este sentido al consultarle a los pacientes sobre el cumplimiento de las indicaciones terapéutica sobre el régimen hiposódico e hipograso indicado, los resultados muestran que solo la mitad de ellos reconoce el cumplimiento del régimen hiposódico (51.3%), un alto porcentaje (29.6%) refiere no cumplirlo y un 19.1% lo cumple a veces. Con respecto al régimen hipograso, la mayoría que tienen indicado este régimen refieren no cumplirlo (39.5%), o hacerlo a veces (34.5%), Siendo sólo un 26% quienes cumplen con la indicación.

En relación a la actividad física, definida por el Ministerio de Salud como programada y por al menos 30 minutos 3 veces en la semana, los resultados son asombrosos, ya que prácticamente el 98% de los encuestados refieren no realizarla, por lo tanto se clasifican como una población sedentaria. Sin embargo, se puede apreciar que por desarrollar trabajos en el campo, desarrollan un mayor esfuerzo físico en sus actividades diarias. No existen recursos mínimos para realizar actividad física como recintos apropiados, tomando en cuenta las condiciones climáticas imperantes en la zona, ni profesionales o monitores que puedan desarrollar y potenciar esta actividad.

Con respecto a la ingesta de alcohol y tabaco no hay un consumo significativo. El 58% de los pacientes declara no beber alcohol. Un 24% 1- 2 vasos en la semanas, el 15% 3 a 5 vasos semanales y un 3% más de 6 vasos. El consumo de tabaco es más bajo aún, el 78% de los pacientes encuestados refiere no fumar, el 11% lo hace a veces y el mismo porcentaje reconoce que fuma. En todo caso, de los fumadores el 7% consume de 1 a 5 cigarrillos diarios, el 4% fuma de 6 a 10 cigarrillos diarios. Nadie declaró fumar más de 10 cigarrillos. Esto se explica por la baja oferta de estos productos en los diferentes sectores, aunque existen lugares donde se expenden bebidas alcohólicas sin permiso municipal, “clandestinos”, no existen más de 1 o 2 por sector. Además, en esta zona rural se asocia el consumo de estos productos con el género masculino, y en esta investigación la mayoría fueron mujeres las encuestadas.

Tabla N° 7: Distribución de rangos de presión arterial según grupos etéreos y sexo pacientes hipertensos rurales, Chaitén 2005.

Rangos P/A	Grupos etéreos según sexo										Total	
	20 – 34		35 – 44		45 – 54		55 – 64		65 y más			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
≤130/85	1	2	2	3	3	6	3	7	5	9	14	27
≤140/90	0	6	4	11	9	14	4	17	17	16	34	64
≤150/100	0	0	0	0	0	0	1	0	4	3	5	3
≥150/110	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	4
Total	1	8	6	14	12	20	8	25	27	31	54	98

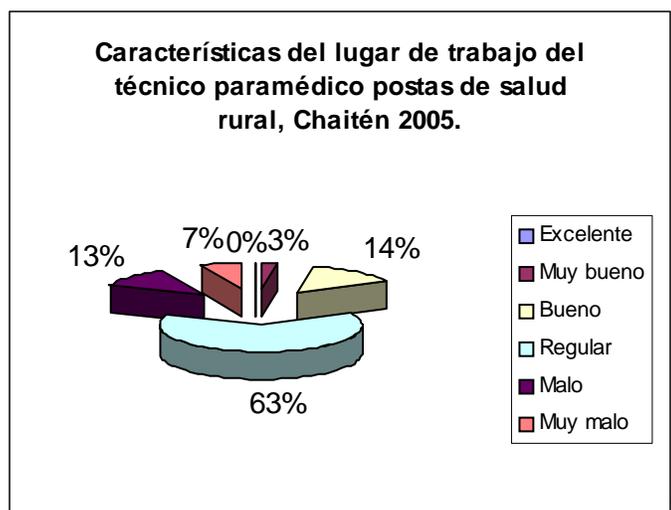
La proporción de pacientes con rangos de presión arterial normales por grupos etéreos corresponde a: un tercio de 20 a 34 años y de 55 a 64 años. Esto disminuye a un cuarto en el resto de los grupos etéreos. Otro aspecto relevante de mencionar es que las presiones más altas se dan en los pacientes de 55 años y más acentuándose de manera significativa en los adultos mayores.

Tabla N° 8: Distribución porcentual de percepción de disponibilidad de equipamiento para realizar la atención según lugar de residencia pacientes hipertensos rurales, Chaitén 2005.

Disponibilidad de equipamiento	Península de Comau		Sector Costero		Islas Desertores		Valle El Frío		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	6	3.9	3	2	0	0	5	3.3	14	9.2
No	2	1.3	2	1.3	7	4.6	1	0.6	12	7.8
Parcialmente	48	31.6	20	13.2	41	27	17	11.2	126	83
Total	56	36.8	25	16.5	48	31.6	23	15.1	152	100

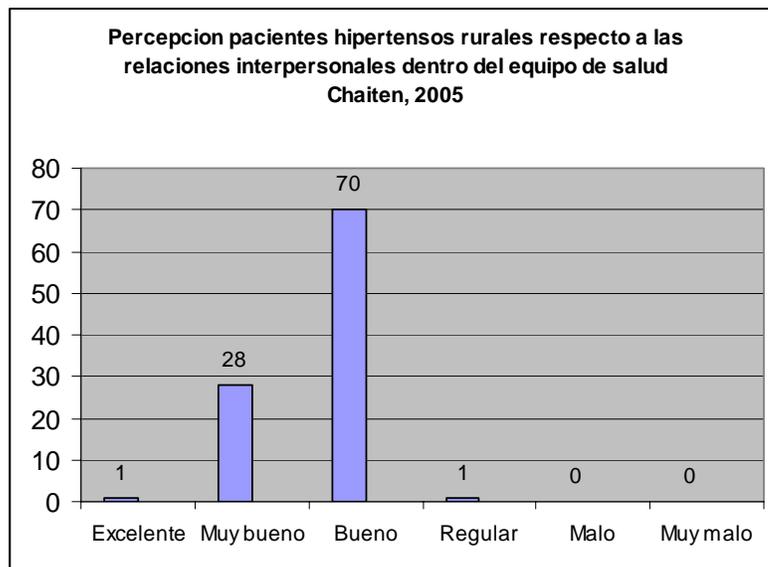
El 90% de los pacientes encuestados perciben que los centros de atención rurales cuentan con equipamiento parcial o simplemente no disponen de ellos para realizar la atención de salud en sus sectores.

Gráfico N° 6:



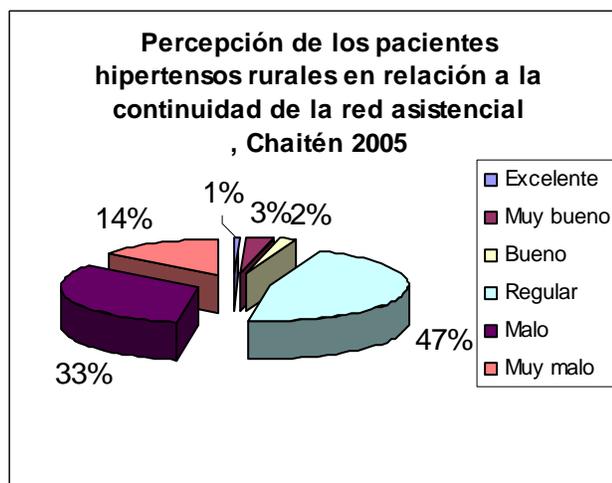
El 73% de los pacientes consultados refiere disconformidad con el lugar donde el auxiliar paramédico entrega la atención de salud, ya que lo califican como regular, malo o muy malo.

Gráfico N° 7:



El 98% de los pacientes percibe que las relaciones interpersonales del equipo de salud son buenas o muy buenas. Este dato podría estar sesgado, ya que la investigadora es parte del equipo de salud.

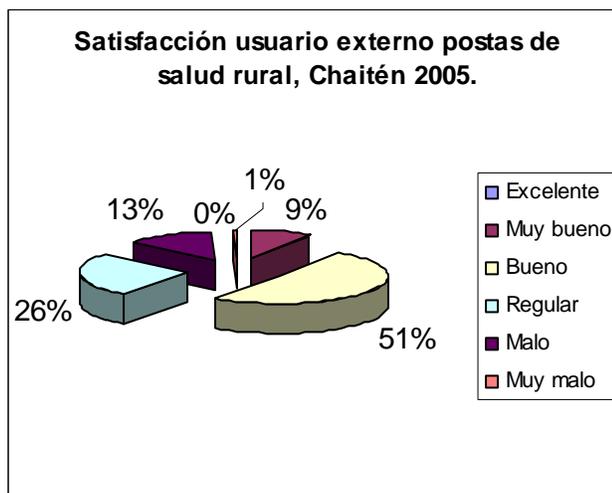
Gráfico N° 8:



Los pacientes hipertensos rurales en un 94% perciben en forma negativa la continuidad de la red asistencial, ya que lo califican como regular, malo y muy malo. Al consultar a los pacientes los motivos de su descontento responden aduciendo razones económicas, burocráticas, de desconocimiento y aislamiento. Producto del aislamiento se sienten

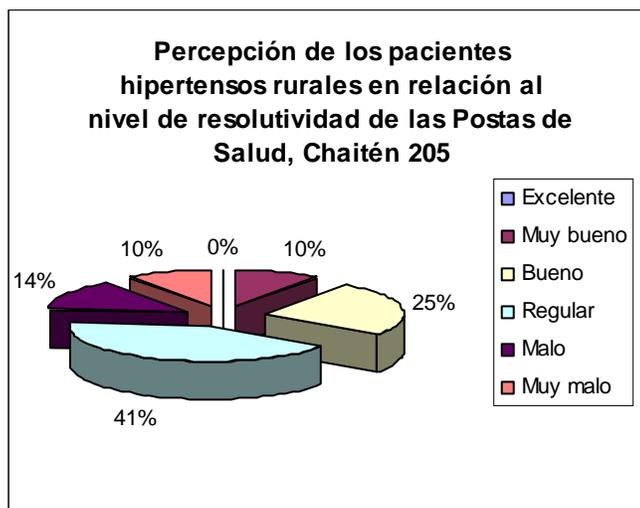
desconectados, desarrollando sentimiento de inseguridad ante la aparición de enfermedades complejas que necesitan ser derivadas y atendidas en centros de mayor complejidad.

Gráfico N° 9:



El 60% de los pacientes encuestados califican la atención entregada por los auxiliares paramédicos de sus postas como buena o muy buena, se sienten satisfechos con ella. Sin embargo, un porcentaje relativamente alto de un 40%, se sienten disconforme. Esto podría relacionarse con la percepción que manifiestan los pacientes en relación al nivel de capacitación de los auxiliares paramédicos, ya que el 70% considera un nivel medio y el restante 30% lo califica como bajo.

Gráfico N° 10:



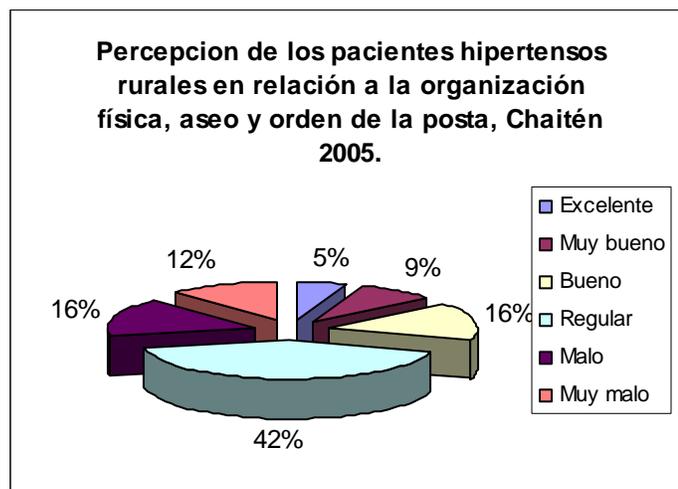
Los 65% de los pacientes hipertensos rurales de la comuna de Chaitén encuestados, refiere que las postas donde son atendidos cuentan con un bajo nivel de resolutivez al calificarlo como regular, malo e incluso muy malo. Esto se explica ya que las situaciones de salud que más impactan en la población son las urgencias y enfermedades graves, donde los pacientes deben ser evacuados y trasladarse a centros hospitalarios de mayor complejidad, lo cual implica gastos de dinero y tiempo, repercutiendo directamente en sus familias y sistemas de vida.

Tabla N° 9: Distribución porcentual de percepción pacientes hipertensos rurales en relación a carga asistencial de técnicos paramédicos de Postal de Salud, Chaitén 2005.

Carga asistencial	Numero de pacientes	%
Excesiva	2	1.3
Normal	149	98
Escasa	1	0.7
Total	152	100

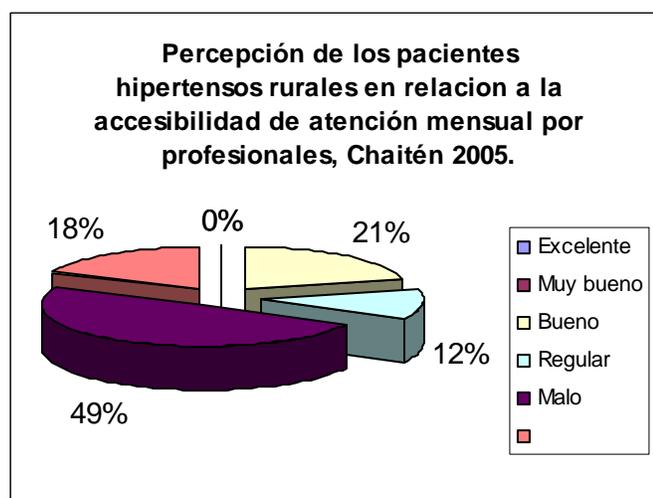
La gran mayoría de los pacientes encuestados califica la cantidad de trabajo de los auxiliares paramédicos de las Postas de Salud Rural como normal. Esto demuestra la percepción del trabajo de los técnicos paramédicos dentro de su comunidad.

Gráfico N° 11:



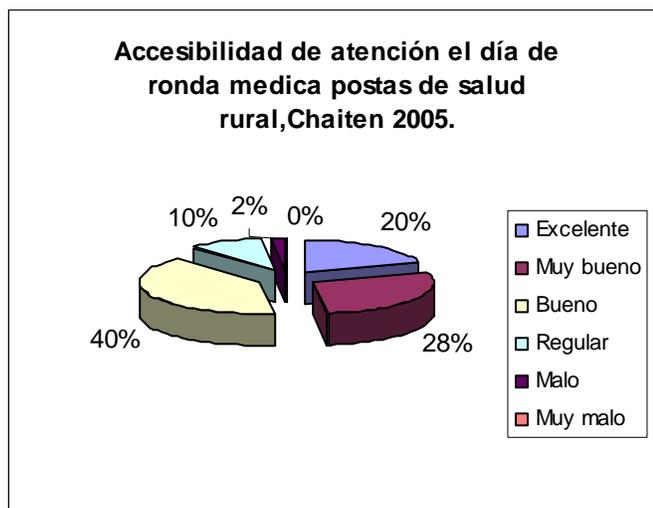
Un tercio de los pacientes consultados percibe la Posta de Salud con una buena organización física, aseo y orden calificándola de excelente, muy buena y buena. El 70% la califica como regular, mala e incluso un 12% como muy mala. Esto se explicaría ya que la mayoría de las postas son de data antigua sin reparaciones recientes, con espacios muy limitados, tanto los box de atención como las salas de esperas.

Gráfico N° 12:



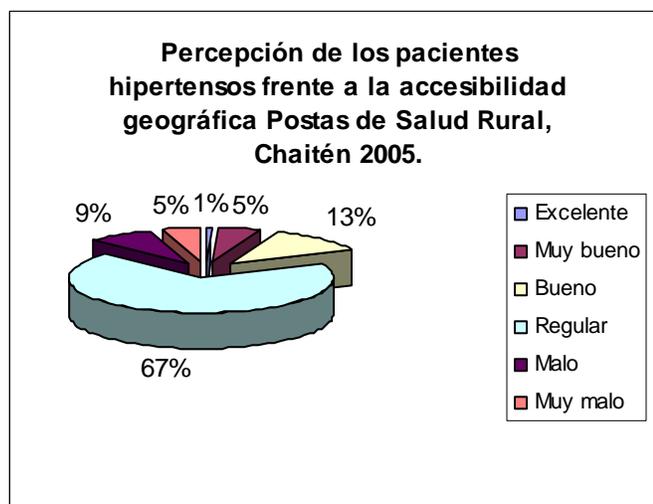
Sólo un 21% de los pacientes consultados encuentran buena la accesibilidad mensual de horas de atención para los profesionales del equipo de salud. Mientras un 12% la considera regular, la mitad de los encuestados dice tener una mala accesibilidad y un 18% la califica como muy mala. Este descontento se explica, porque la ronda médica atiende sólo una vez por mes en cada sector dependiendo de las condiciones climáticas.

Gráfico N° 13:



Un 88% de los pacientes hipertensos rurales refieren estar conformes con la accesibilidad de horas de atención el día de ronda médica, ya que la califican como buena, muy buena y excelente. Esto se debe a la política del equipo de salud de responder al 100% de las demandas de atención el día de atención en los diferentes sectores.

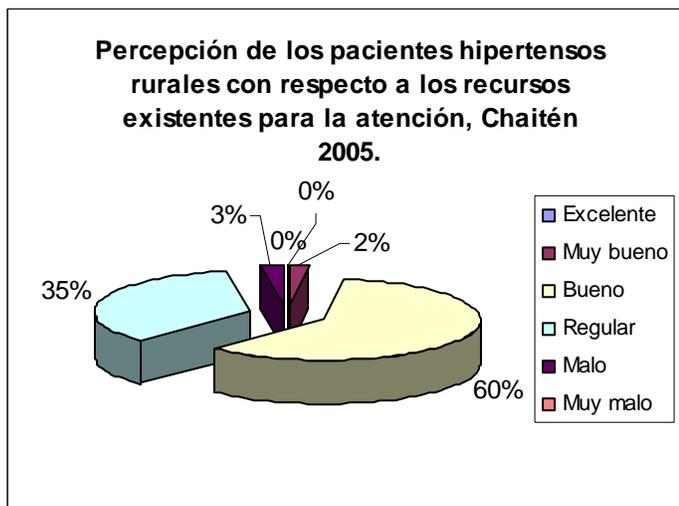
Gráfico N° 14:



El 81% de las personas consultadas califican la accesibilidad geográfica de la Posta de Salud Rural donde son atendidos como regular, mala o muy mala. Esto podría explicarse por el aislamiento geográfico de los lugares, donde existen muchos pacientes que deben llegar en lanchas, balseo en bote, caminando grandes distancias o a caballo. Las postas no siempre están ubicadas en los mejores lugares de accesibilidad, por ejemplo algunas quedan muy lejos de las

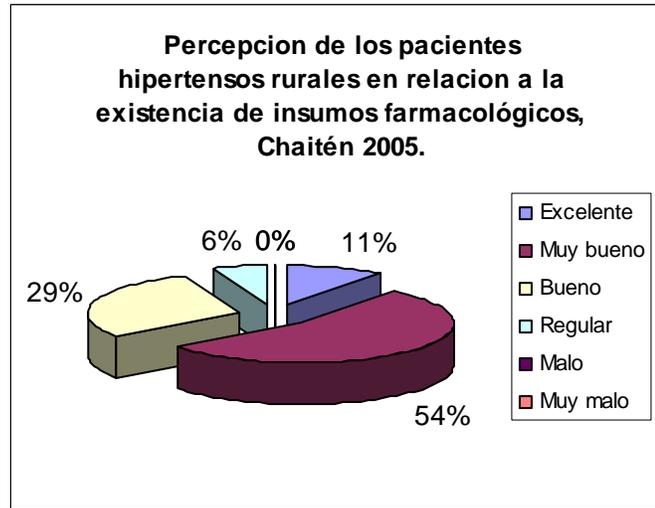
rampas, dificultando el acceso hasta al equipo de salud según las condiciones climáticas imperantes.

Gráfico N° 15:



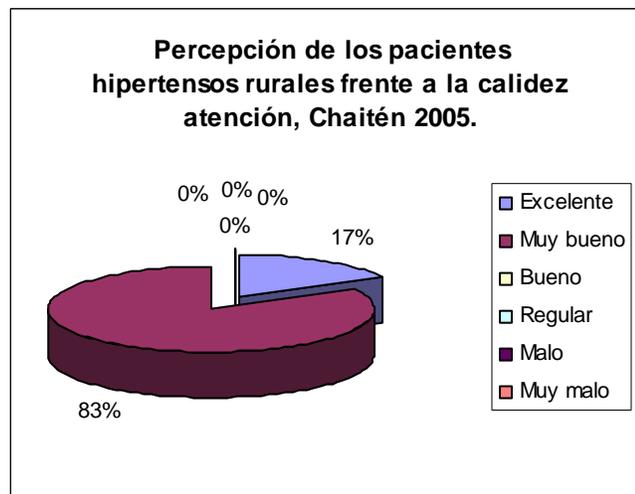
El 60% de los encuestados refiere, como buena la disponibilidad de materiales y tiempo del auxiliar paramédico para realizar la atención. Sin embargo un 35% la califica como regular y un 3% como malo. Esto depende de la planificación mensual que realiza el técnico paramédico en cada posta, confeccionando sus pedidos de fármacos e insumos de acuerdo a la demanda. Además de organizar semanalmente el tiempo en atención en gla posta, salidas a terreno, educaciones grupales en escuelas

Gráfico N° 16:



Un 94% de los pacientes se sienten satisfechos frente a los insumos farmacológicos existentes en las postas para su patología ya que por ser la hipertensión arterial una patología GES se le asegura al paciente disponibilidad farmacológica, existiendo calendarios establecidos de pedidos de fármacos mensualmente, para así coordinar el envío de los fármacos a cada posta según las conexiones de locomoción a cada sector rural. Por lo tanto, se aseguran los fármacos a los pacientes, independiente de la visita de la ronda médica a cada sector.

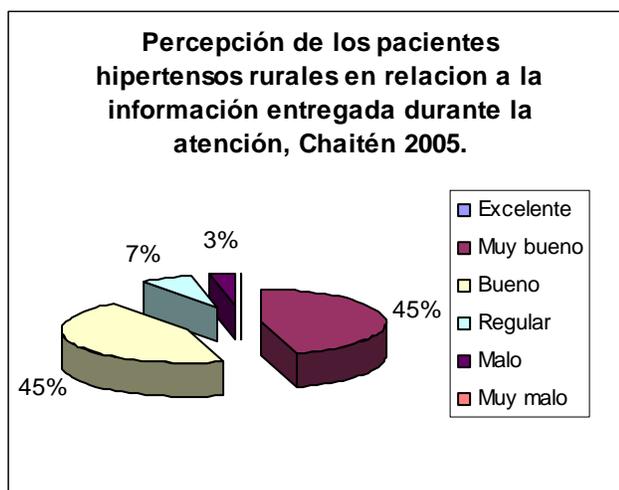
Gráfico N° 17:



La totalidad de la población encuestada refiere recibir una atención calida de parte de los técnicos paramédicos calificándola como excelente o muy buena, esta relación se ve

fortalecida, ya que todos los paramédicos han desarrollado su trabajo en los diferentes sectores rurales por muchos años y la gran mayoría son originarios de la misma comunidad donde trabajan.

Gráfico N° 18:



El 90% de los pacientes consultados refiere estar conforme con la información entregada durante la atención realizada por los auxiliares paramédicos, califican esta como buena o muy buena. Esto podría estar influido por las razones explicadas en la pregunta anterior.

Ante esta la consulta sobre los aspectos positivos de ser atendido en una Posta de Salud Rural, los pacientes en su mayoría refieren lo siguiente:

- Seguridad: “Cuando uno viene siempre lo atienden”, “Uno ya conoce los que vienen a atender”, “El paramédico va a la casa cuando uno esta enfermo”, “Siempre dan remedios”
- Económicos: “No hay que pagar”, “Es más barato que ir al hospital”.
- Amabilidad: “El paramédico es amable”, “El paramédico tiene voluntad”, “A uno le explican harto las dudas”.

Los aspectos negativos de ser atendido en una Posta de Salud Rural:

- Accesibilidad de atención por profesionales: “La ronda viene una vez al mes no más”, “El día de ronda hay que esperar mucho pa’ que lo atiendan”
- Infraestructura: “La posta está muy vieja”, “Las cosas están viejas”, “Faltan cosas... todo es muy estrecho”
- Económicos: “Cuando hay una urgencia hay que salir y se gasta mucha plata”, “Chaitén queda lejos y es muy caro”

- Aislamiento: “Cuando hay una urgencia da miedo, todo queda lejos, a veces el tiempo esta malo y no se puede salir”, “Las radios están malas y uno no puede comunicarse con los médicos de Chaitén”, “Cuando hay que hacerse exámenes hay que ir a Chaitén

## 6. DISCUSION

### 6.1 CALIDAD Y SATISFACCION EN LA ATENCION EN SALUD

Al medir la satisfacción usuaria de los pacientes hipertensos desde las dimensiones ambiente físico, clima de la organización, accesibilidad y tiempo de consulta los resultados muestran lo siguiente:

- **Ambiente físico:** El 73% de los pacientes consultados refiere disconformidad con el lugar donde el auxiliar paramédico entrega la atención de salud, ya que lo califican como regular, malo o muy malo. Esto tiene directa relación con la infraestructura de las postas, en su mayoría datan desde hace aproximadamente 25 a 30 años, con muy pocas reparaciones. Muchos de los muebles con que cuentan son también antiguos. Los box de atención y las salas de esperas se han ido quedando pequeñas con el aumento de población que consulta. Esto también se explica al consultarles a los pacientes por la distribución del espacio físico, el aseo y orden de la posta donde sólo un tercio de los pacientes consultados percibe la Posta de Salud como excelente, muy buena y buena. El 70% la califica como regular, mala e incluso un 12% como muy mala. Hay que agregar que el punto más álgido relacionado con este tema lo vivencio el equipo de salud cuando en reunión ampliada y en común acuerdo con la comunidad del sector Chuit, en enero del 2005 se decidió no atender más en el lugar. Desde el año 2003 se estaba entregando la atención en una sede comunitaria facilitada por la comunidad, ya que la Estación Médico Rural estaba en condiciones tan deplorables que no permitía atender. Sin embargo hasta el día de hoy la comunidad no recibe atención en su sector, teniendo que trasladarse el día de ronda a otra isla, cuyo viaje es de aproximadamente 40 minutos de navegación. El problema aun no ha sido resuelto y para los usuario incluso se ha agregado uno más. En la actualidad se encuentran 5 proyectos de reposición de postas en carpeta postulando a financiamiento gubernamental.
- **Clima de organización:** El 98% de los pacientes percibe que las relaciones interpersonales del equipo de salud son buenas o muy buenas. En este sentido hay una política consensuada del Departamento de Salud del trabajo en equipo y multidisciplinario. Además, existe una disposición de resolver el 100% de las consultas el día de ronda, es decir, todas las personas que demanda atención son atendidas por los profesionales. Ya sea en la posta o en el domicilio si la situación lo amerita. En otro sentido es el auxiliar paramédico el representante del sistema de salud en el sector, quien mantiene comunicación con el equipo de salud y resuelve los problemas en primera instancia, en este sentido y como se explico anteriormente, la gran mayoría de ellos tienen entre 10 y 25 años de servicios en el mismo sector, son personas que pertenecen al lugar, por lo tanto son parte de la comunidad. Las personas encuestadas refieren ser atendidos cordialmente y en forma cálida. En tal sentido los usuarios son receptivos y aceptan la atención que se les entrega.

- **Accesibilidad:** La mejoría de la accesibilidad de los servicios se refiere a la facilidad de acercamiento a los servicios y a la eliminación de barreras de tipo geográfico, administrativas, financieras, culturales y puede medirse en términos de disponibilidad, accesibilidad, comodidad, asequibilidad y aceptabilidad. (IOM 1996, OMS 1998). Sólo un 21% de los pacientes hipertensos consultados encuentran buena la accesibilidad mensual de horas de atención por los profesionales del equipo de salud mensualmente. Mientras un 12% la considera regular, la mitad de los encuestados dice ser una mala accesibilidad y un 18% la califica como muy mala. Esto se explica, porque la ronda médica atiende sólo una vez al mes por cada sector. Razón esgrimida por los pacientes al preguntarles las causas. Esto siempre dependiendo de las condiciones climáticas y actividades administrativas en el Departamento de Salud, ya que por ser un equipo único (un profesional de cada área) en ocasiones y sobretodo por faltar el médico se deben suspender las rondas médicas. Así cada año de 12 rondas planificadas a cada sector, se realizan efectivamente en promedio 10.

Diferente es la situación cuando se les consulta a los pacientes sobre la accesibilidad a horas de atención el día que la ronda médica visita el sector, la evaluación que hacen de ella es; un 88% de los pacientes hipertensos rurales refieren estar conformes, ya que la califican como buena, muy buena y excelente. Esto se debe a la política del equipo de salud de responder al 100% de las demandas de atención. Esto plantea un gran desafío para este equipo, ya que cada vez aumenta la demanda, ya que se ha incrementado la pesquisa de enfermedades crónicas. Sin embargo, se invierte tiempo privilegiando un objetivo mayor para completar metas nacionales de cobertura.

Con respecto a la accesibilidad geográfica el 81% de las personas consultadas la califican como regular, mala o muy mala. Esto podría explicarse por el aislamiento geográfico de los lugares, donde existen muchos pacientes que deben llegar en lanchas, balseo en botes, caminando grandes distancias. Cabe señalar que las postas datan desde hace muchos años, constituyendo un pequeño centro de los sectores rurales junto con la iglesia, la escuela, la cede social. Por lo tanto la población que se ha ido asentando en los lugares no lo hace necesariamente cerca de este “centro”, expandiéndose hacia los alrededores. Por otro lado, las postas no han sido construidas en los lugares más apropiados, ya que los terrenos en general fueron donados por algún residente del sector.

- **Tiempo de consulta:** En relación al tiempo de consulta de los auxiliares paramédicos, los pacientes se expresan conformes, muchos auxiliares trabajan en terreno, realizando visitas como atenciones domiciliarias, además la totalidad de la población encuestada refiere recibir una atención calida de parte de los técnicos paramédicos calificándola como excelente o muy buena y el 90% de los pacientes consultados refiere estar conforme con la información entregada durante la atención realizada por los auxiliares, califican esta como buena o muy buena.. Sin embargo existe descontento con los tiempos de espera para ser atendidos por algún profesional el día de ronda, esto se demuestra en general en los aspectos negativos cuando se les consulta. Si bien se avisa con anterioridad el día de atención, la hora de llegada del equipo al sector no se puede asegurar, por las características ya expuestas, lo que constituye un problema para los usuarios ya que en general llegan muy temprano, esperando varias horas hasta el turno

de ser atendidos. Es un tema que aun esta pendiente y que durante el 2005 se ha tratado de regularizar con planes pilotos en sectores donde existe mayor población. Sin duda ha sido un cambio lento ya que se debe contar con la capacidad de organización del auxiliar paramédico e implica una nueva función para el día de ronda que ya de por sí esta recargado/a de trabajo. Por otro lado se debe contar con el cambio conductual de los pacientes de llegar todos juntos, sin respetar horas diferenciadas de citación. En este punto ha sido complicado además porque los usuarios también se organizan de cierto modo para viajar juntos desde un lugar alejado de la posta, maximizando el uso de medios de transporte. Por otro lado no se cuentan con medios de comunicación radiales o telefónicos para reservar una hora de atención. Muchos usuarios se acercan a la posta sólo el día de ronda.

Conocimiento del profesional que los atiende, este punto se destaca dentro de los aspectos positivos de ser atendidos en las postas. Hace 8 años llego el primer profesional al departamento, jefe actual de éste. En aquellos años la atención se realizaba completando el equipo con profesionales del Hospital de Chaitén, que en forma rotatoria cubrían estas atenciones. En la actualidad este departamento cuenta con 3 profesionales (Enfermera, Matrón y Médico) de dedicación completa a la atención de la población rural, más 1 odontólogo que pertenece administrativamente al Servicio de Salud Llanquihue, pero apoya en la medida de las posibilidades la ronda médica. Esto permite que las atenciones que reciben los pacientes tengan continuidad en relación al profesional que los atiende, se crean lazos de confianza en ya conocer quien los atiende. Sin embargo esto podría verse afectado en el sentido de las características de los contratos de estos profesionales, que tiene relación con la estabilidad laboral, tomando en cuenta que el empleador es la Municipalidad a través del alcalde de la comuna.

## 6.2 MODELO DE ATENCION

Si bien existe un modelo de atención, no es ampliamente aplicable a la realidad rural, ya que no considera las peculiaridades del sector. El Modelo de Atención tiene características de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios, que incluye variables como el grado de pertinencia de la oferta de los servicios con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios, el grado de accesibilidad y de aceptabilidad de los servicios, la orientación de los servicios con respecto a las personas, a las familias, a las comunidades, el rol que tienen las personas, las familias y las comunidades en su propia salud, en lo que se denomina corresponsabilidad y el nivel de integración de los servicios.

En este sentido los resultados obtenidos en esta investigación, referidos al **grado de pertinencia** que tiene el modelo de atención del cual son beneficiarios los pacientes hipertensos rurales extremos son los siguientes:

- **Recursos existentes en Postas de Salud Rural para realizar la atención de salud:** El 60% de los encuestados refiere como buena la disponibilidad de materiales y tiempo del auxiliar paramédico para realizar la atención. Sin embargo un 35% la califica como

regular y un 3% como malo. Esto se puede explicar ya que en general los materiales básicos para realizar la atención de salud existen en las postas. Hay un arsenal básico de medicamentos determinado por la normativa ministerial que manejan los auxiliares paramédicos, el tiempo que disponen los auxiliares de atención directa y de trabajo en terreno en las localidades, son de 44 horas semanales. Sin embargo, la mayoría de ellos viven en las mismas postas o muy cerca de ellas, lo cual los predispone a estar disponibles siempre para realizar atención, sea esta una urgencia o no. Un 94% de los pacientes hipertensos se sienten satisfechos frente a los insumos farmacológicos existentes en las postas para su patología ya que por ser la hipertensión arterial una patología GES se le asegura al paciente disponibilidad farmacológica. Sin embargo, por las características geográficas de las zonas y los medios de transporte, muchas veces estos medicamentos no llegan a destino en los tiempos establecidos.

- **Percepción del nivel de capacitación de los auxiliares paramédicos:** El 70% de los pacientes hipertensos encuestados perciben que los auxiliares paramédicos tienen un nivel medio de capacitación. El 30% restante lo califica como bajo. Actualmente hay 10 personas que ejercen este trabajo 9 de ellos son auxiliares paramédicos y sólo una es Técnico de Nivel Superior de enfermería. La formación de los auxiliares paramédicos corresponde a 3 de ellos en un curso especial y por única vez realizado en el hospital de Chaitén, donde personas del mismo sector fueron formadas como auxiliares. Ellos en promedio cuentan con aproximadamente 10 años de servicios en sus postas. Otras 3 personas cuentan con más de 25 años de servicios en postas. Las otras 3 personas fueron formadas en el curso de auxiliares paramédicos realizados en el hospital de Puerto Montt, en promedio cuentan con 8 años de servicios en sus postas.

“En Chile, en la década de los 60, se desarrolla una política sanitaria para territorios rurales donde se comienzan a establecer las primeras Postas de Salud Rural, donde comienza a trabajar un Aux. Paramédico Rural, muchas veces originario de la misma comunidad, pero que fue educado en una visión no complementaria de la salud. Sin embargo, estos mismos Aux. Rurales fueron capaces a escondidas muchas veces de seguir en relación con los terapeutas originarios locales, a pesar que la orden que recibían fue de perseguir a quienes ejercieran la sanación en forma “ilegal” según el código sanitario (aún vigente).” (Ibacache y Leighton, 2005)

Existe un punto sensible, este es que en la actualidad no existe una formación especializada para los auxiliares o técnico de enfermería, en temas de administración y trabajo de Postas de Salud Rural, donde es vital el liderazgo en la comunidad, el manejo amplio en el ciclo vital del ser humano, actuar en forma independiente y autónoma ante urgencias, mantener comunicación clara y eficaz con el equipo de salud. El tema de la capacitación queda a cargo del empleador, que en este caso recae sobre el equipo de salud como responsable técnico. Actualmente el Departamento de Salud Municipal de Chaitén no cuenta con un programa de capacitación, ya que por las condiciones de trabajo, geográficas, climáticas y económicas es difícil la coordinación de esta. Hasta el año 2004 las actividades de capacitación se realizaban una semana al año, lo que implica dejar las Postas de Salud sin personal, produciendo inseguridad en la comunidad ante una urgencia. Sin embargo, se han

detectado problemas específicos, que se tratan y resuelven en forma personalizada con el auxiliar por parte de los profesionales, durante la ronda de salud en el sector terminada la atención a la población, significando un alto costo de tiempo, pero que se cree dentro del equipo es más efectivo en la práctica. En este punto en especial se plantea la necesidad de desarrollar manuales de auto instrucción para realizar capacitación a distancia.

- **Burocracia del sistema de salud y encarecimiento de atenderse en otros centros asistenciales:** los pacientes hipertensos rurales en un 94% refieren disconformidad con la percepción de apoyo técnico de nivel superior, ya que lo califican como regular, malo y muy malo. Al consultar a los pacientes las razones de su descontento responden en el cuestionario refieren razones económicas con expresiones como: “Salir de aquí es caro”, “Hay que pagar pensión en Puerto...”, “En Chaitén no tengo familia, hay que pagar mínimo una semana hasta que la lancha de recorrido vaya...”, “los pasajes son caros”, “a veces, no hay recorrido y arrendar lancha es caro y a veces no hay plata”. Otras razones esgrimidas son de carácter burocráticas, tales como: “Las horas demoran mucho”, “Avisan las horas pocos días antes y uno no alcanza a prepararse”, “Uno llega allá y a veces no lo atiende, y nadie le paga a uno el viaje perdido”, “allá a veces ni lo miran a uno”, “tramitan mucho, hay que ir varias veces... que un examen, que otro y así... no dicen al tiro mire Ud. tiene esto o esto otro”, “nos mandan a Puerto y Castro nos queda más cerca, pero no dan interconsultas para allá”.

Por otro lado existe desconocimiento por parte de los pacientes en la continuidad de la red de atención, ya que expresan lo siguiente: “Dicen que ahora uno puede ir a Argentina... pero no se... igual es lejos y los caminos malos, la nieve en el invierno...”, “quizá como será eso de ir a Argentina”. Estas expresiones se refieren al hecho que la Provincia de Palena cuenta en la actualidad con un convenio de atención con el hospital de Esquel en la República Argentina, donde los pacientes son trasladados semanalmente desde el Hospital de Chaitén. Sin embargo cabe mencionar que en este caso en particular los pacientes hipertensos al ser atendidos en el extranjero pierden sus garantías de atención del GES, produciéndose una contradicción, ya que deben ser ingresados como pacientes nuevos al sistema de salud y deben volver a recibir la atención desde el principio, lo cual constituye una pérdida de tiempo para el paciente.

Finalmente otras razones expresadas tienen relación con el aislamiento en que viven verbalizándolo como: “Depende del tiempo, salir con malo uno no sabe donde va ir a parar, ni cuando va a volver a su casa...”, “El viaje es largo”, “Ya estoy vieja pa’ andar en las lanchas, es muy cansador...”. Desde los diferentes lugares rurales en promedio el viaje demora 3 horas aproximadamente, ya sea en lancha o realizando combinaciones de lanchas y medios terrestres hasta Chaitén, el costo dependiendo el sector varía desde \$3.000 (tres mil pesos) hasta \$8.000 (ocho mil pesos) por persona ida y vuelta. Llegar a Puerto Montt el lugar de referencia establecido según la red asistencial, demora 12 horas de navegación, con un costo aproximado de \$25.000 (veinticinco mil pesos) por persona en bacaza, o 45 minutos de vuelo en avioneta, que en promedio y con subsidio estatal cuesta aproximadamente \$50.000 (cincuenta mil pesos) ida y vuelta por persona. Esto muestra claramente los altos costos de trasportes, pensando en personas que se declaran con ingresos económicos bajos o muy bajos.

No existe en la actualidad un protocolo especial de atención en el Hospital de Puerto Montt, que considere la ruralidad extrema de estos pacientes, lo cual dificulta la coordinación entre este nivel de atención con los pacientes provenientes de la atención primaria, constituyendo una debilidad esta falta de articulación entre los diferentes niveles de atención. Además se ha tratado de reformar la red asistencial, solicitando la posibilidad de derivar pacientes al Hospital de Castro, lo cual aun no se ha podido llevar a cabo. Esto considerando que antiguamente, la población de las Islas Desertores era atendida por equipos de salud de Chiloé y entendiendo que geográficamente las distancias son más cortas a ese sector que a Chaitén, y que por la misma razón, las personas mantienen más vínculos con ese lugar.

- **Percepción de vulnerabilidad del sistema de salud:** al ser consultados los pacientes hipertensos rurales sobre los aspectos negativos de ser atendidos en una Posta de Salud, refieren la incertidumbre frente a las emergencias. El hecho de vivir extremadamente aislados y depender de las condiciones climáticas, sobretodo en invierno. Para evacuar un paciente de urgencia los deja en condiciones desprotegidas, tomando en cuenta que las postas cuentan con recursos básicos para enfrentar estas situaciones. Muchos pacientes, refieren miedo de no poder llegar a un centro de mayor complejidad, además al ser el hospital de Chaitén tipo 4 y dependiendo de la patología, el paciente debe ser derivado a Puerto Montt o Esquel cuyo viaje dura aproximadamente 3 a 4 horas.

En relación a la **oferta de servicios** de atención que ofrece el sistema de salud con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios, hay que señalar que está limitada ampliamente por las condiciones propias de la alta ruralidad del sector estudiado. Aquí todo depende de las condiciones climáticas, la infraestructura y los medios de comunicación que puedan establecerse con la comunidad y el auxiliar encargado/a de la posta. Temas que serán tratados ampliamente más adelante.

Otro punto importante de destacar de las variables que incluyen las características de la relación del prestador de servicios con el usuario es lo que se refiere a **Autocuidado**, esto cobra real sentido en este caso en especial, donde hay que prevenir las patologías agudas y las complicaciones propias de esta enfermedad no transmisible. En este aspecto, las actuales rondas médicas que se realizan tienden a resolver el 100% de las consultas espontáneas, además en promedio se atiende dos sectores diariamente, quedando poco tiempo para realizar actividades educativas masivas por parte de los profesionales, quedando esta tarea a cargo de los auxiliares paramédicos. Esta es una necesidad, sentida y expresada por los profesionales que conforman el equipo de salud y que aún no ha podido ser resuelta. Sin embargo existe un proceso de educación del usuario, donde la responsabilidad de su salud recae en sí mismo, no en el equipo de salud que lo atiende, esto tratando de derribar el “paternalismo histórico” con que se ha atendido a la población. En este sentido al consultarle a los pacientes hipertensos rurales sobre el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas sobre el régimen hiposódico e hipograso indicado los resultados muestran que solo la mitad de ellos reconoce el cumplimiento del régimen hiposódico, un alto porcentaje (29.6%) refiere no cumplirlo, con

respecto al cumplimiento al régimen hipograso, la mayoría de los pacientes hipertensos que tienen indicado régimen hipograso refieren no cumplirlo, o hacerlo en forma parcial.

Estas tres variables analizadas; el cumplimiento de los regímenes hiposódico e hipograso más la actividad física, son indicaciones básicas para un paciente hipertenso, sin embargo la alimentación en esta área geográfica se basa en mariscos, carnes y pescados ahumados, proceso en el cual se utilizan grandes cantidades de sales para su mantención en el tiempo, ya que no cuentan con refrigeradores, la electrificación rural en el sector costero e insular es escasa y con generadores propios que funcionan en promedio 3 a 4 horas diarias.

Hay que destacar que todos estos procesos que necesitan cambios conductuales en los pacientes están influenciados por su entorno con sus variables culturales, económicas y de aislamiento.

Hoy en día el modelo de atención primaria del cual son beneficiarios los pacientes hipertensos rurales de Chaitén, se caracteriza por resolver problemas individuales, esta aún muy lejos de la resolución de problemas comunitarios. Existen en algunas postas Comités de Salud, pero no tienen una participación efectiva. Si se miran los objetivos y estrategias del actual modelo de atención desde una perspectiva geográfica igualitaria para el país, podrían implementarse exitosamente. Sin embargo, las realidades geográficas, climáticas, culturales son significativamente diferentes, sobre todo cuando se refiere a la extrema ruralidad, donde los accesos a la población son deficitarios y particularmente caros. En este sentido es muy difícil insertar la reforma de salud en las postas de salud rural extremadamente aisladas, es necesaria una fuerte inversión de recursos e insumos que beneficie a poca población que sobreviven en zonas extremas. Las postas de Salud Rural, es componente del sistema de la red asistencial, en el caso de las zonas extremadamente rurales, en ocasiones no existen formas de comunicación directa. Equipos de radiocomunicación en malas condiciones, teléfonos celulares con baja coberturas, sistemas de transporte limitados, todo condicionado a las características climáticas imperantes. Además existen problemas de infraestructura básicos. Bajo este panorama difícilmente se puede dar garantías explícitas en salud.

“A pesar que las políticas públicas sanitarias siguen hablando de Participación, Equidad y otras buenas intenciones, continúan las comunidades siendo espectadores pasivos del desarrollo del modelo. Los intentos de fortalecer la Participación no pasan más allá de formar grupos funcionales al sistema o generar mesas de trabajo, consejos consultivos, quienes al final terminan agotados de tanta reunión, gastos financieros propios y sin lograr avances en lo que el propio sistema ha comenzado a acuñar: “la salud es responsabilidad de todos””. (Ibacache y Leighton, 2005)

Sin embargo, se visualiza y considera una fortaleza en atención primaria el Modelo de Atención con enfoque Integral y Familiar.

### 6.3 HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES RURALES COMUNA DE CHAITEN

La hipertensión arterial es considerada como uno de los principales problemas de salud en la población adulta en Chile, siendo la enfermedad crónica más frecuente y la primera causa de consulta médica a nivel primario, su prevalencia aumenta con la edad y está ligada a condiciones como el tabaquismo, dietas hipersódicas, consumo de alcohol, obesidad, sedentarismo y estrés emocional. Las complicaciones derivadas de esta patología constituyen un alto costo y son netamente prevenibles con un buen manejo y control de la enfermedad. La Hipertensión Arterial constituye un problema muy importante de salud pública ya que en el mundo, incluido Chile, afecta entre 15 y 20% de la población adulta. (Dr. Román, O. 2004), Sin embargo, en el sector rural de Chaitén esta patología afecta al 7% de la población. Cabe preguntarse ¿existirá sub - diagnóstico?

Las características demográficas de los pacientes hipertensos rurales son:

- Sexo: En todos los grupos etáreos predomina el sexo femenino, con una tendencia a equipararse en el grupo de los adultos mayores.
- Edad: A mayor edad es mayor la prevalencia de la enfermedad
- Nivel educacional: En su mayoría son pacientes con escolaridad básica incompleta
- Residencia: El mayor número de hipertenso reside en la Península de Comau
- Nivel socioeconómico: La totalidad de los pacientes consultados se declara de nivel socioeconómico medio bajo y bajo.

Estas características son similares al compararlas con los estándares a nivel nacional.

En relación a las características de la patología: En la mayoría de los pacientes hipertensos (44%) la enfermedad fue diagnosticada hace 4 a 6 años tiempo que coincide con la llegada del profesional de enfermería de forma permanente al Departamento de Salud. Se mantienen con un tratamiento médico mixto, es decir, régimen bajo en contenido de NaCl más terapia farmacológica. Mantienen rangos de presión arterial entre 136/86 mm.Hg y 140/90 mm.Hg (65%). Las personas normotensas corresponden a 27%, cifra por muy debajo de la meta nacional, que corresponde a un 50%. Estos pacientes en un 90% tienen patologías concomitantes, siendo la obesidad e hipercolesterolemia las más frecuentes.

“Hoy el panorama epidemiológico convencional ha cambiado. Ahora son las enfermedades circulatorias, los tumores, los accidentes y traumatismos las primeras causas de muertes. Enfermedades que tienen múltiples factores determinantes y condicionantes que los actuales servicios públicos de salud no están en condiciones de enfrentar, pues se ha creado una actitud de encierro entre cuatro paredes a la espera de la llegada del “paciente”, se ha neoliberalizado la práctica de la salud, se ha centrado el tratamiento en la capacidad milagrosa de un medicamento, se ha continuado la formación de recursos humanos con una mirada biomédica del desequilibrio, la gestión en salud se mide por indicadores competitivos y cuantitativos, se desconoce la verdadera opinión de los usuarios y obviamente la cultura local en cuanto a origen y desarrollo de las dolencias desde el punto de vista de la gente. Por otra

parte también la comunidad ha entrado en la espiral viciosa de “consumir enfermedad”. Ha ido perdiendo paulatinamente la confianza y credibilidad en sus propios recursos y especialistas terapéuticos, lo que los ha llevado, casi siempre a los más jóvenes, a preferir la consulta rápida en las florecientes redes transnacionales de farmacias esparcidas por todos lados. A nivel familiar se ha ido perdiendo el autocuidado en el cual la familia siempre contaba con una o más personas, preferentemente mujeres, quienes conocían síntomas y signos de alarma que les hacía tomar decisiones adecuadas en momentos críticos.” (Ibacache y Leighton, 2005)

## 7. CONCLUSION

La satisfacción usuaria de los pacientes hipertensos rurales de Chaitén pasa por la conformidad que tienen en la atención que reciben, en especial de parte de los auxiliares paramédicos. Sin embargo, se sienten ampliamente insatisfechos en relación a cómo, cuándo y dónde la reciben. Es decir consideran bajo el número de rondas médicas mensuales por sector, el día que son atendidos por profesionales el tiempo de espera es demasiado largo. Un punto sensible es el tema de infraestructura, recursos e insumos de las postas, reconociendo el bajo nivel de capacitación de los auxiliares paramédicos. Agregando el nivel de aislamiento geográfico y climático, esto se traduce en una constante incertidumbre sobre todo ante las urgencias que puedan presentarse en el lugar. Constituyendo un modelo de atención que aun no logra satisfacer las demandas de la comunidad.

Las características demográficas de los pacientes hipertensos rurales de la comuna de Chaitén, en general no difieren de las estadísticas nacionales, la gran mayoría son adultos mayores y de sexo femenino, con una baja escolaridad, en un 100% beneficiarios de FONASA, clasificados en los tramos A y B. Estos pacientes se definen con ingresos económicos bajos y medio bajos.

Los pacientes en su mayoría 44%, tiene entre 4 y 6 años de diagnosticada la patología. El tratamiento farmacológico indicado para un 65% de ellos es una combinación de fármacos antihipertensivos y diuréticos. El 70% de los pacientes refiere tener un buen cumplimiento con las indicaciones terapéuticas, lo que es contradictorio, ya que sólo el 27% ha alcanzado la compensación de la enfermedad. El porcentaje de pacientes que han presentados crisis hipertensivas durante el último año es muy bajo, alrededor de un 3%. Lo que si constituye un alto riesgo cardiovascular es la presencia de patologías concomitantes, sobretodo obesidad e hipercolesterolemia. Un aspecto positivo es el bajísimo consumo de cigarrillos y alcohol.

En relación a la atención que reciben estos pacientes por parte del auxiliar paramédico, señalan aspectos interesantes, por un lado reconocen falta de capacitación y perfeccionamiento de estos, sin embargo, reconocen la calidez con que son atendidos en las postas y en sus domicilios cuando lo solicitan.

Con respecto a la percepción de calidad, compromiso, equidad y respeto de los derechos de los pacientes hipertensos rurales por parte del sistema de salud, estos se sienten insatisfechos, ya que consideran falta de infraestructura, poca concurrencia del equipo de salud a los diferentes sectores por mes. El día de la ronda de salud, el tiempo de espera de atención es demasiado largo. La baja resolutivez en las Postas de salud rural, lo cual conlleva a tener que trasladarse a Chaitén, Chiloé o Puerto Montt, con los costos económicos, familiares y de tiempo asociado. Los aspectos positivos son la buena disponibilidad de fármacos y la entrega de información durante la atención que reciben.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- DiPrete, L., Millar, L., Rafeh, N., y T. Hatzell, 1992. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo; Serie de perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de calidad. 2ed. USA. Disponible en Internet: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/M1.pdf> (Accesado 05/05/2005).
- Dueñas, O. 2002. Dimensiones de la calidad en los servicios de salud. Revista virtual Gerencia Salud. Año 2. N° 15. Disponible en Internet: <http://www.gerenciasalud.com/art260.htm> (Accesado 05/05/2005).
- Ibacache, J y Leighton, A. 2005. Salud Colectiva: Un Modelo de Atención de Salud Contextualizado. Disponible en Internet: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/documentos/docModelos%20de%20Atencio%20Contextualizados-Chile%20.pdf> (Accesado 24/06/2007).
- Jiménez, J. y Rojas, P. 2000. Organización de la atención sanitaria chilena. Disponible en Internet: <http://escuela.med.puc.cl/pub1/MedAmb/OrganizacionSanitaria.html> (Accesado el 27/07/2005).
- OMS. 2003. Chile. Situación General y Tendencias. Disponible en Internet: [http://www.paho.org/Spanish/DD/AID/cp\\_152.htm#respuesta](http://www.paho.org/Spanish/DD/AID/cp_152.htm#respuesta)
- Orem, D. 1954. Cuidados de Enfermería. Disponible en Internet: [http://www.terra.es/personal/duenas/home\\_.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/home_.htm) (Accesado 14/05/2005).
- Parada, R. y Haberland, U. 2004. Apuntes Satisfacción usuaria. Apuntes Liderazgo de la atención de enfermería en salud – ENFA 241. Instituto de Enfermería. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Max- Neef, M. 1986. Desarrollo a escala humana una opción para el futuro. Santiago.
- Ministerio de Salud, MINSAL. 2004. Ley N° 19.937 Autoridad Sanitaria. Publicada en el Diario Oficial de 24.02.04 Disponible en Internet: [http://www.minsal.cl/juridico/LEY\\_19937.doc](http://www.minsal.cl/juridico/LEY_19937.doc)
- Ministerio de Salud, MINSAL. 2001. Salud Rural. Situación y Políticas Ministeriales. Santiago.
- Ruales, J. 2004. Desafíos y perspectivas de los sistemas de salud y la gestión frente a las funciones esenciales de la salud pública. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Vol.22. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Ruales, J. \_\_\_\_\_. Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. Disponible en Internet: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/Memorias/PANEL%20DR.%20RUALES.doc> (Accesado el 18/05/2005)

Subsecretaria de Desarrollo Regional y Administrativo, SUBDERE. 2004. La Ruralidad en Chile y la Administración Municipal. Diagnostico y Propuestas. Documento de trabajo exploratorio. Disponible en Internet: [http://www.subdere.gov.cl/1510/articles-68439\\_recurso\\_1.doc](http://www.subdere.gov.cl/1510/articles-68439_recurso_1.doc)

Subsecretaria de Redes Asistenciales. 2007. Orientaciones para la programación en red. Disponible en Internet: <http://www.sccoquimbo.cl/documentos/aps/orientaciones%20APS%202007-v2.doc>

## AGRADECIMIENTOS

- A Dios, por la fuerza de cada día.
- A mi profesora patrocinante, Sra. Cristina, por la orientación, el apoyo y la infinita paciencia.
- A mis profesoras informantes, Dra. Barra y Sra. Marta, por el tiempo dedicado.
- A la Directora de la Escuela de Enfermería, Sra. Maria Julia, por el apoyo y la paciencia.
- A todos aquellos/as profesores/as que conocí a lo largo de mi vida estudiantil, que imprimieron en mí la mirada crítica, la resolución de los problemas, la solidaridad, el compañerismo y por sobretodo me mostraron la enfermería como una forma de vida.
- A mis hermanas; Dorama, Verónica y Elena eternas compañeras de la vida, por la compañía, la fuerza y el ánimo que siempre me han entregado. Y por darme unos sobrinos maravillosos.
- A mis sobrinos; Felipe, Isamar, Bastian, Fernanda y Pía, por la energía y alegría que entregan a diario.
- A mis cuñados Juanito y Patricio, por cuidar a los que más amo.
- A mis amigos... a mi propia “hermandad”; Ana, Olivia, Tonino y Paula, porque siempre han estado en todos los momentos...
- A los amigos de siempre, Consuelo, por compartir conmigo la vocación de la enfermería rural. Patricia, por sacarme de los apuros bilingües. Rossana, por animarme a terminar. Cristian, por la compañía y los buenos momentos. Osvaldo, por el buen humor.
- Al Departamento de Salud Municipal de Chaitén, por el apoyo constante, a Henry por creer y respetar mi trabajo, por la infinita paciencia... A Martín y Martina, por la colaboración en todo momento. A los auxiliares paramédicos de las Postas de Salud Rural, por mostrarme que en terreno todos sumamos. Y que somos un gran equipo!!!
- A los pacientes rurales, por mostrarme la vida tan simple. Porque creen en lo que son y lo que tienen, porque luchan a diario con un sistema que aun no los benefician como al resto, porque me han mostrado sus vidas, sus casas, sus vulnerabilidades...
- A la gran familia Colibora.
- A todos aquellos, que alguna vez me preguntaron por la tesis y me instaron a terminarla.