



Universidad Austral de Chile

Escuela de Enfermería

PERFIL Y GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL
CENTRO DE SALUD “KUME MONGEN RUKA” DE LA COMUNA DE LANCO
DURANTE EL 2DO SEMESTRE DEL AÑO 2005.

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

Luis Alberto Hernández Burgos
Valdivia – Chile
Año 2008

Profesor patrocinante:

Nombre : Sr. Fredy A. Seguel Palma.
Profesión : Enfermero.
Grado : Magíster en Salud Pública, mención Salud Ocupacional.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

Profesores informantes:

1. **Nombre** : Sr. Ricardo Ayala V.
Profesión : Enfermero.
Grado : Magíster (c) en Educación.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

2. **Nombre** : Sra. Patricia Triviño Vargas.
Profesión : Enfermera.
Grado : Magíster (c) en Enfermería.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

Fecha examen de grado: 04 de agosto de 2008

*A orillas del fogón (en su memoria)
los abuelos mueven los tristes labios
del invierno
y nos recuerdan a nuestros muertos y
desaparecidos
y nos enseñan a entender el lenguaje
de los pájaros
Nos dicen: Todos somos hijos de la misma
Tierra, de la misma agua ...*

*...
Sentado en las rodillas de mi abuela oí
las primeras historias de árboles
y piedras que dialogan entre sí, con los
animales y con la gente
Nada más me decía, hay que aprender
a interpretar sus signos
y a percibir sus sonidos que suelen esconderse
en el viento.*

*...
También con mi abuelo compartimos muchas
noches a la intemperie
Largos silencios, largos relatos que nos
hablaban del origen de la gente nuestra
del primer espíritu mapuche arrojado desde
/el Azul
De las almas que colgaban en el infinito
como estrellas
Nos enseñaba los caminos del cielo, sus ríos
/sus señales.*

Elicura Chihuailaf.

RESUMEN

En nuestro país la existencia e interacción de diversos grupos étnicos forma parte de nuestra diaria realidad, ya sea en las ciudades o más fehacientemente en sectores rurales se muestra como la cultura indígena se ha ido mezclando con la cultura occidental y más aún, como se han ido tomando elementos de una y de otra para satisfacer distintas necesidades.

En salud esta realidad de interacción cultural se hace más patente ya que se acentúan las diferencias entre símbolos y prácticas reconocidas y validadas por ambas étnias; pero aún así, es necesario dar satisfacción a las necesidades de salud de los usuarios sin hacer diferencias, para así llegar a articular ambas realidades sociales y culturales.

En las nuevas políticas de salud, el gobierno ha impulsado nuevas formas de ver la realidad cultural, centrando la visión y proyecciones de salud en los individuos; es así como se en la provincia de Lanco se creó la “Kume Mongen Ruka” o “Casa de la Buena Salud”, que fue un proyecto presentado por las comunidades Mapuches del sector para poder optar a atención por medicina Mapuche como prestación del sistema de salud estatal.

El objetivo de este estudio es conocer el perfil del usuario externo del Centro de Salud Kume Mongen Ruka y además conocer el grado de satisfacción usuaria. Es una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal, donde se tomaron en cuenta distintos aspectos, elementos y momentos en la atención para realizar la valoración de la satisfacción del usuario. Los resultados cuantitativos fueron procesados en hojas de cálculo Microsoft Excel para la confección de gráficos y se utilizó el programa Epi Info 2002.

Los resultados muestran que el perfil de los usuarios corresponde en su mayoría a adultos medios, que viven en el sector urbano, no perteneciente a étnia mapuche y que presenta enfermedades dentro de cosmovisión mapuche tales como Enfriamiento y Sobrepeso; entre otros aspectos evaluados. Dentro de la evaluación del grado de satisfacción usuaria se observó una evaluación positiva de la atención, considerando elementos tales como infraestructura, acceso a la atención, satisfacción en el momento de la atención y eficacia del tratamiento.

SUMMARY

In our country, the existence and interaction of different ethnic groups form part of our daily reality. In the cities or in rural areas, we can appreciate how the indigenous culture has mixed with the occidental culture, even more, it is possible to see how it has been taken elements from the two cultures to satisfy different needs.

In relation to health, this reality of cultural interaction is more visible, since the differences of symbols and practices validated by both ethnias are notorious; in spite of this, it is necessary to satisfy the necessities of health of the customer service, without doing differences and with the aim of articulate both social and cultural realities.

In the new health politics, the government has impulsed new forms of seeing the cultural reality, centering the vision and projection of health in the persons; because of this, in the Province of Lanco was created the “Kume Mongen Ruka” or “Good health house”. This was a project presented by the Mapuche’s communities of the place to opt to the attention of Mapuche medicine as a benefit of the health service of the state.

The purpose of this study is to know the profile of the external customer of the Health Center Kume Mongen Ruka and to know the degree of satisfaction of the customer service. This investigation is quantitative, descriptive and crosswise, where different aspects, elements and moments of attention were taken into consideration to investigate the satisfaction of the customer service. The quantitative results were loaded in Microsoft Excel spread sheet for the creation of graphs and the program used was Epi Info 2002.

The results show that the profile of the customers corresponds mainly to medium adults, who live in the urban areas and do not belong to a Mapuche ethnia and that present illnesses within this ethnic view such as chill and post labour work, among others. In the evaluation of the degree of satisfaction of the customer service, it was observed a positive evaluation of it. For this, the elements that were considered were infrastructure, service access, satisfaction at the moment of the service and efficiency of the treatment

INDICE

CAPITULO	PÁGINA
1. INTRODUCCION.	07.
2. MARCO TEORICO.	09.
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.	21.
4. METODOLOGIA	24.
4.1.- TIPO DE ESTUDIO.	24.
4.2.- POBLACION DE ESTUDIO.	25.
4.3.- LUGAR DESARROLLO DEL ESTUDIO.	25.
4.4.- DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.	26.
4.5.- METODO E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.	35.
4.6.- METODO DE ANALISIS DE DATOS.	36.
5. RESULTADOS.	37.
6. DISCUSION.	75.
7. CONCLUSIONES.	85.
8. PROYECCIONES DEL TRABAJO PARA ENFERMERIA Y LA SALUD DE LA POBLACION.	89.
9. BIBLIOGRAFIA.	91.
10. ANEXOS.	93.

1. INTRODUCCION

La provincia de Valdivia XIV Región, Chile, cuenta con 356.396 habitantes distribuidos en 12 comunas, según el censo 2002; de los cuales el 18% de las personas censadas son mapuches. Dentro de las comunas con mayor población indígena es Lanco la segunda en importancia con 15.107 habitantes de ellos el 19,3% pertenece a este grupo étnico. Las comunidades indígenas viven preferentemente en sectores rurales y se dedican a la explotación agrícola y ganadería de subsistencia (Información obtenida de INE, 2002).

La red de establecimientos en la comuna de Lanco la conforman un hospital tipo IV que cuenta con 71 funcionarios, 6 médicos y 4 enfermeras; y además un consultorio rural, ubicado en la localidad de Malalhue, que cuenta con 2 médicos, 2 enfermeras, y dentro de su dotación con un facilitador intercultural. Dentro de este contexto, se plantea la necesidad y demanda por parte de la población beneficiaria del Sistema Público de Salud, tanto Mapuche como No Mapuche de tener la opción a acceder a una medicina indígena complementaria a la del sistema oficial, practicada por personas reconocidas por la comunidad. Esta inquietud nace a raíz de que el sistema médico estatal no reconoce enfermedades propias del pueblo Mapuche y además porque por problemas económicos estos usuarios no pueden acceder a su medicina tradicional, transformándose en policonsultantes del sistema oficial. Además sumado a esto el equipo de salud desconoce la cosmovisión y espiritualidad del pueblo mapuche al igual que su proceso salud-enfermedad, por lo que no son capaces de satisfacer las necesidades de estos usuarios.

Atendiendo a estas necesidades, a partir del mes de Junio del año 2005 y con financiamiento del Programa Orígenes se construye y habilita la “**Kume Mongen Ruka**” o “Casa de la Buena Salud” que es un espacio físico para la atención de una **Kimche** o “cultura indígena”, la Sra. Margarita Ñanco Nahuel, que complementa la atención de morbilidad entregada por el hospital de Lanco, avalado por las autoridades tradicionales, dirigentes y comunidades mapuches, equipo de salud del hospital de Lanco, Servicio de Salud Valdivia y Municipalidad de la comuna.

Este proyecto ha sido muy valorado por el equipo de salud y por las comunidades mapuches y No Mapuches de la comuna, haciéndose imprescindible dar continuidad a este trabajo dado que el financiamiento del Programa Orígenes era hasta el 30 de diciembre del año 2005. Por esta razón es de un valor fundamental la evaluación del proyecto mirado desde la satisfacción tanto de usuarios del sistema como del equipo de salud, tomando en cuenta que

este motivo es uno de los que impulsó la propuesta y además es uno de los resultados esperados al terminar el proyecto.

Esta investigación tiene un valor significativo para la comunidad, el equipo de salud y para todos los gestores y protagonistas de esta iniciativa en la comuna de Lanco; puesto que servirá como una herramienta de evaluación del proyecto y contribuirá a la toma de decisiones ante un eventual financiamiento. El estudio se realizó entre los meses de Mayo y Septiembre del año 2006, con enfoque Cuantitativo, Descriptivo, en el cual se empleará como muestra el total de usuarios Mapuches y No Mapuches que hayan recibido atención en el Centro de Salud “Kume Mongen Ruka” durante el 2do semestre del año 2005.

Con la Reforma de Salud de Chile, desde el año 2000, las nuevas políticas de salud van dirigidas a conformar un sistema mucho más descentralizado, orientado al cliente y a la satisfacción usuaria, basada en las necesidades de la población y abierto a los recursos informales y a la cultura de la comunidad a la cual se atiende. Se intenta pasar de un sistema centrado en la oferta de servicios hacia la comunidad cuyo eje sean las necesidades de la población. Es así como medir la satisfacción usuaria, en la evaluación de los servicios de salud, cobra importancia debido a que tiene relación directa con evaluar aspectos importantes para los pacientes, facilita una valoración de la accesibilidad a las prestaciones y además permite conocer la participación del equipo de salud en el proceso de atención; siempre mirado desde la perspectiva del usuario.

Para enfermería, la entrega del cuidado debe ser siempre centrada en el usuario, y es por esto que la comprensión cultural que logre la disciplina es de vital importancia para una atención integral. Además, según Leininger la cultura para enfermería es el medio más amplio y holístico de conceptualizar, entender y ser eficaz en el cuidado que se entrega a las personas. Para entender este concepto es importante recordar que los seres humanos son inseparables de su trasfondo cultural y su estructura social, son indivisibles. Así empleando recursos para el cuidado como elementos culturales y estructuras sociales la prevención y el cuidado en el proceso salud – enfermedad va a lograr ser más familiar para el paciente, y él va a reconocer en este proceso elementos que le son propios y forman parte de su realidad.

2. MARCO TEORICO

Realidad Social de los Pueblos Indígenas en Chile (Censo 2002 – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA - INE)

El país según el censo del año 2002, tiene 15.116.135 chilenos, de los cuales 692.192 se reconocen como indígenas. **Mapuche**, aymaras, atacameños, coya, rapanui, quechua, yamana y alacalufe fueron las etnias identificadas. Los primeros corresponden al **87,3% de la población total indígena**, le siguen la aymara con un 7% y la atacameña con un 3%. Las etnias restantes suman un 2,7%. (INE, 2002)

Existe mucha diferencia según las características demográficas entre la población indígena y no indígena, la más relevante es que en estos pueblos existe mayor cantidad de hombres que de mujeres. “Según el censo, el subregistro masculino representa el 50,5% de la población indígena total. Así, **el porcentaje de mujeres indígenas es menor en comparación a lo que se da en el caso de la población no indígena** en donde las mujeres representan el 50,7%”. (INE, 2002)

Respecto a la densidad poblacional por región, la IX, R.M, X, VIII y I, según orden de importancia, son las que presentan mayor cantidad de población indígena. Se observa gran migración de población indígena hacia la región metropolitana, a diferencia de la población no indígena, ya que para ésta se constituye como un centro de expulsión importante. A pesar de la preferencia por la capital, proporcionalmente, la relación entre la población indígena y la población total es más alta en las regiones IX (23,5%), I (11,5%), X (9,5%) y XI (8,9). Según el Censo, en el caso que los indígenas deban migrar, prefieren hacerlo a lugares cercanos a su lugar de origen. (GISSI N., 2004)

Se observa en la población rural, que la población indígena migra más frecuentemente que la población no indígena. Frente a la consulta censal 2002 ¿en qué lugar vivía usted en abril de 1997?, los datos señalan que la población indígena migra en un número de 39.390 (6,2%) personas de 5 años y más, de los cuales 20.210 son hombres y 19.180 mujeres. **La consecuencia de la migración del hombre provoca que la mujer indígena deba asumir un rol más activo en el contexto familiar**, desde ser jefa de hogar hasta las tareas de carácter económico en desventajosas condiciones de ingresos con largas jornadas laborales de trabajo. (GISSI N., 2004)

Chile se encuentra en un proceso de transición demográfica que pasa de una población joven y de fuerte crecimiento, a una adulta y de crecimiento moderado, con las consecuencias propias que este cambio trae aparejado en las necesidades sociales. **“La población indígena, a diferencia de la no indígena, es mayoritariamente joven.** En 5 de los 8 pueblos considerados, se aprecia que las mujeres son mayoría entre los mayores de 60 años. En el ámbito rural hay proporcionalmente más personas indígenas de 60 años que en el urbano, 14,2% y 7,5% respectivamente”. (INE, 2002)

“Con respecto a educación Chile es uno de los países de Latinoamérica con más bajas tasas de analfabetismo. En 1952 la tasa se situaba en un 20% y en 1982 bajó hasta un 9%”. (INE, 2002)

Según el Censo de 2002 existen cerca de **195 mil niños indígenas** en edad escolar (5 a 19 años). Debido a que la educación es uno de los principales mecanismos de ascenso social e inserción político-económica, el difícil y desigual acceso al sistema educativo tiende a consolidar para los indígenas su condición de población excluida. Según los datos recogidos, **el 10% de las mujeres indígenas son analfabetas versus el 6,5% de los hombres.** Si este registro se compara a nivel nacional, en Chile hay 274.345 mujeres de 10 años y más que son analfabetas, de ellas, 28.830 son indígenas. (INE, 2002)

Entre más alejados de los centros urbanos mayor es la tasa de analfabetismo. Si en los indígenas esta situación se reproduce de una tasa de 4,6% en la zona urbana, en el campo se triplica ascendiendo al 15%. (GISSI N., 2004)

“En el contexto indígena se abre una brecha generacional que se hace evidente a partir de los 50 años en materia de analfabetismo, de cada 100 indígenas de 50 a más, cerca de 25 no leen ni escriben (24,9%) lo que equivale a 31.956 personas, en cambio entre 15 y 25 años, sólo 1,5 es analfabeto (1.954). De los datos del Censo 2002 se desprende que el 70% de los indígenas son menores de 39 años, con un **promedio de escolaridad de 8,5** . Sin embargo, la deserción, particularmente entre los mapuche, es alta. Entre la educación básica y media, **un 30% abandona la escuela**”. (INE, 2002)

La calidad de los planes educativos se relaciona en la actualidad, con el espíritu y contenido de los planes de estudio. Con los nuevos cambios en esta materia, a existido la preocupación de ampliar la cobertura educacional y además entregar mayores recursos fiscales tanto en centros educacionales urbanos como también rurales. (GISSI N., 2004)

Los avances en la educación han contribuido a equilibrar las históricas desigualdades educativas entre lo sexos. Un ejemplo de ello es que los rapanui y colla logran el más alto promedio de estudios, de las etnias consideradas, tanto en hombres como mujeres.

Cultura y diversidad cultural en salud

“El concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad”. (ALARCÓN y cols., 2003)

“Desde la antropología, cultura se define como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad”. La cultura se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización. (ALARCÓN y cols., 2003)

“En el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la ideacional o cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el mundo de la conceptualización o de lo abstracto; y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas”. (ALARCÓN y cols., 2003)

En el contexto de salud, estas dos dimensiones de la cultura, la cognitiva y material se articulan en un modelo de salud que otorga consistencia a cómo pacientes y profesionales se explican el fenómeno de salud y enfermedad, y a las prácticas o procedimientos con que se enfrentan los procesos de recuperación y mantención de la salud. Normalmente los elementos cognitivos y prácticos difieren entre profesionales y pacientes producto de las diversas historias sociales y culturales de cada uno, del contexto en que ocurre el proceso de socialización de la cultura médica y del contenido propio de la cultura. (ALARCÓN y cols., 2003)

Sistemas médicos como sistemas culturales

La enfermedad, sufrimiento y muerte, así como la motivación por conservar la salud, son considerados hechos biológicos y sociales universales. Todos los grupos humanos han desarrollado estrategias para enfrentar y prevenir las enfermedades a través de un sistema médico que proporciona las acciones necesarias para recuperar la salud, procurar el bienestar del hombre y, al mismo tiempo, otorgar una explicación consistente al fenómeno de la enfermedad. Desde la antropología sociocultural, **un sistema médico se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticos y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva.** La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. En consecuencia las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual. (ALARCÓN y cols., 2003)

La dimensión conceptual de los sistemas médicos está determinada directamente por la cultura de los pacientes y profesionales, se refiere a lo que culturalmente se cree como causa de enfermedad o naturaleza de los tratamientos.

La credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación es la que permite, en último término, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades, y la adherencia a los tratamientos. Por lo tanto, el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida de la conjunción de explicaciones entre profesionales y pacientes. (ALARCÓN y cols., 2003)

En la dimensión conductual de los sistemas de salud podemos distinguir, entre otros, aquellos procedimientos, acciones y agentes que utiliza un sistema para obtener un cierto resultado con los pacientes, el que ha sido denominado Proceso Terapéutico. Este implica: quién (machi, médico, meica, santiguadora, etc.), hace qué (cirugía, ritual, purgas, oraciones, etc.), a quién (individuo o comunidad) y con respecto a qué dimensión de la enfermedad (física, social, mental, espiritual, etc.). Un proceso terapéutico exitoso supone la eliminación de la condición subjetiva de enfermedad y consecuentemente la finalización del rol de enfermo. (ALARCÓN y cols., 2003)

Importancia de la pluralidad intercultural como referencia en salud.

La pluralidad intercultural, entendida como parte de la riqueza bio- étnica cultural de una nación, en la que se mantengan y desarrollen experiencias culturales diversas, intenta darle la interculturalidad un enfoque dirigido a ambas culturas en interacción étnica. Por un lado, la cultura mapuche representada por los usuarios indígenas con sus agentes médicos y la cultura chilena occidental representada por el sistema de salud y sus equipos. (BOETTCHER, B.; J. Antiao; J. Silva. 2006)

En la medida que los mapuches sean sujetos de su desarrollo y se reapropien de sus instrumentos culturales, y dentro de ello de su medicina, será posible lograr una adecuada complementación entre sociedades y culturas y avanzar realmente hacia la creación de una sociedad plurilingüe y pluricultural.

“Si nos detenemos a pensar en el modelo de desarrollo al que se aspira como nación, nos vamos a dar cuenta de una gran contradicción; por una parte el paradigma de la modernidad, el crecimiento sostenido y el máximo desarrollo tecnológico posible, pero por otra parte esto se opone al gran malestar por el modelo de desarrollo existente. El Stress, la desintegración de la familia y del tejido social, la violencia, la soledad existencial, la drogadicción constituye el paisaje social de los países que son el espejo del futuro que se nos ofrece como modelo al que se aspira”. (BOETTCHER, B.; J. Antiao; J. Silva. 2006)

“Pero nos puede asaltar la siguiente interrogante: ¿ Para qué tanta preocupación por las minorías étnicas, por el mantenimiento de las identidades culturales? La respuesta a esta pregunta pasa por entender la CULTURA como elemento distintivo del hombre a través de su evolución milenaria, entendida esta como: “ las condiciones que permiten el filtro cognitivo a través del cual se construye el sentido o como las redes conversacionales que construyen el modo de vida humano” (citado de G. Lagos Dr. En Comunicación), Por otra parte, estamos asistiendo a un proceso inédito de HOMOGENEIZACIÓN, de absorción de la diversidad. Este proceso es resultado directo de la expansión de UNA civilización, la occidental que ha penetrado y desestructurado sistemáticamente a los distintos pueblos y civilizaciones con los que ha entrado en contacto, llevando una huella de violencia y destrucción de su identidad, de su cosmovisión, espiritual, de su praxis mágico religiosa y de su organización social”. (BOETTCHER, B.; J. Antiao; J. Silva. 2006)

Existe en las culturas tradicionales las claves para entender en que punto del camino Occidente extravió el camino que lo aleja inexorablemente de un modo de vida esencialmente humano. En tales culturas autóctonas descansan las reservas que hoy, las ciencias cognitivas modernas reconocen en la visión constructivista y sistémica, que está a la base de la concepción Mapuche del mundo y de su Concepto de Salud- enfermedad. En tal sentido podemos decir, que la Medicina Mapuche es moderna o tal vez posmoderna en un sentido amplio pues reconoce lo esencial, el carácter social y comunitario de la experiencia humana, desde el nacimiento en la relación materno - infantil y en la Seguridad por Respaldo Social que entrega el ser acogido amorosamente por la comunidad. (BOETTCHER, B.; J. Antiao; J. Silva. 2006)

Estos conocimientos fueron transmitidos, por tradición oral y deformados debido al sesgo natural producido al intentar interpretar desde una mirada cristiana y occidental las prácticas, rituales y terapéuticas ó prácticas chamánicas consideradas salvajes y demoníacas al ser pasadas por el filtro de la creencia oficial. La reconstrucción y rescate de esta cultura se justifica al igual como se justifican los trabajos de investigación arqueológica de otras culturas. (BOETTCHER, B.; J. Antiao; J. Silva. 2006)

Teoría de Enfermería Transcultural. Madeleine Leininger.

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud, la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal. (MARRINER y Raile, 1999)

Leininger afirma que con el tiempo esta área se convertirá en un nuevo dominio del ejercicio de la enfermería, que se reflejará en un ejercicio profesional diferente, definido y fundamentado en principios culturales y diseñado específicamente para orientar los cuidados de la enfermería a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones, sostiene que la cultura y la asistencia son los medios más generales y holísticos que permite conceptualizar y comprender a las personas. (MARRINER y Raile, 1999)

Afirma que la enfermería transcultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica, debido al mundo multicultural en que vivimos. Predijo también que, para que enfermería tenga importancia y significado frente a los pacientes y otros profesionales de este campo, es imperativo disponer de conocimientos y competencias en enfermería transcultural, capaces de orientar las acciones y las decisiones para obtener resultados positivos y eficaces.

Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales. La teoría de los cuidados culturales puede ser inductiva y deductiva, al derivarse de conocimientos émicos (interno) y ético (exterior). La teoría propuesta debe verse en términos holísticos o dentro de dominios específicos de interés. (MARRINER y Raile, 1999)

La meta de la teoría es suministrar unos cuidados *responsables y coherentes* culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes.

Leiniger sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas, en un conocimiento y una práctica asistencial basada en la cultura. La razón principal del estudio de la teoría de los cuidados es que ante todo, la idea de la asistencia parece un factor crítico para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos. La segunda razón, es el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural, tercero el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo. Cuarto, la profesión de enfermería ha de estudiar la asistencia sistemática desde una perspectiva cultural amplia y holística, para descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, como parte del conocimiento de la enfermería. (MARRINER y Raile, 1999)

Según esta teoría el concepto de asistencia se corresponde con un fenómeno muy engañoso que con frecuencia se integra en los estilos de vida y los valores culturales. El objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad.

Afirma Leininger que existe aún un conjunto de elementos como la **ceguera cultural**, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma negativa en la calidad de cuidados que prestan los profesionales de enfermería a sus pacientes de otras culturas. Por otra parte los diagnósticos médicos y de enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves.

Algunos conceptos de importancia:

- **“Cuidados (sustantivo):** se refiere a los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Cuidar (verbo):** Se refiere a las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o de afrontar la muerte”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Cultura:** es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Cuidados culturales:** son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Diversidad de los cuidados culturales:** alude a la variación y / o diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Universalidad de los cuidados culturales:** es un término referido a los significados, modelos, valores o estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan facilitan o permiten medios para ayudar a las personas”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Enfermería:** es una profesión y una disciplina humanística y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de apoyar, facilitar o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su bienestar (o su salud), de manera beneficiosa y dotada de sentido culturalmente, o para auxiliares a la hora de afrontar la discapacidad o la muerte”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Visión del mundo:** es la forma en que las personas suelen concebir el mundo o el universo para formarse una imagen o una escala de valores sobre su vida o en entorno que lo rodea”. (MARRINER y Raile, 1999)

- **“Dimensiones estructurales culturales y sociales:** se refiere a los esquemas y características dinámicas de los factores estructurales y organizativos interrelacionados de una determinada cultura (subculturas o sociedad), que incluye valores religiosos, de parentesco (sociales), políticos (y legales), económicos, educativos, tecnológicos y culturales y factores etnohistóricos, y a la forma en que se interrelacionan estos factores para influir en la conducta humana en diferentes contextos ambientales”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Etnohistoria:** se refiere a los hechos, sucesos, circunstancias y experiencias del pasado de los individuos, grupos, culturas e instituciones que se centran principalmente en la persona (etno) y describen, explican e interpretan los modos de vida humanos, en contexto culturales concretos y durante períodos de tiempo largos o breves”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Sistema asistencial genérico (popular o local):** se aplica a los conocimientos y técnicas nativos (o tradicionales) y populares (domésticos), que transmite y utilizan para brindar cuidados, apoyo, capacitación o facilitación a otras personas, grupos o institución con necesidades reales o previstas, con el fin de mejorar o potenciar su modo de vida humano o su estado de salud (o bienestar) o afrontar situaciones de discapacidad o de muerte”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Salud:** indica un estado de bienestar que se define, valora y práctica culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos (o grupos) para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales:** se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayuda a las personas de una cierta cultura a mantener y / o preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades y / o la muerte”. (MARRINER y Raile, 1999)
- **“Cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente:** son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios”. (MARRINER y Raile, 1999)

Modelo de atención de salud integral en el hospital Makewe

Las experiencias en salud intercultural en Chile son pocas, la gran parte da cuenta de reformas y evaluaciones en los centros de salud tradicionales como consultorios y hospitales donde existen facilitadores culturales que representan a las comunidades indígenas del sector; pero no en todos los centros de salud la atención es integral y se acredita a la medicina originaria como una vía formal para la resolución de problemas de salud de la población.

Uno de estos centros de atención donde se utiliza la interculturalidad para tratar problemas de salud de la población es el hospital Makewe que funciona desde 1999 en el sector Makewe-Pelale, comuna de Padre Las Casas en la provincia de Cautín.

El hospital está administrado por la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale, quien agrupa a 35 comunidades Mapuches del sector. La mayoría de sus integrantes son pertenecientes al pueblo Mapuche y con mucho interés en el fortalecimiento de la identidad cultural lo cual ha permitido avanzar con una “lógica mapuche”. (IBACACHE, J. 2000)

El funcionamiento de este proyecto cuenta con la guía de un consejo de sabios (*Nielukuyfikekimün*) quienes asesoran tanto a la Asociación como a la Dirección Técnica del Hospital con ideas de como hacer que la gestión administrativa y técnica se diseñe e implemente tomando en cuenta la realidad sociocultural del sector.

Para lograr tener un enfoque centrado en la interculturalidad de la atención, se toman en cuenta aspectos como:

“Adecuación del espacio a la sociabilidad y espacialidad mapuche con las siguientes acciones”:

- 1.- Implementación de señalética en Mapudungun y en Español.
- 2.- Producción de material de información en salud bilingüe para la sala de espera y las salas de hospitalización.
- 3.- Mejoramiento en la sala de espera en cuanto a sillas y calefacción.
- 4.- Desarrollo en sala de espera de conversaciones en mapudungun compartiendo alimentos (cuando el presupuesto lo permite.) (IBACACHE, J. 2000)

“Coordinación con Especialistas Terapéuticos Mapuche”

“Se visitan en forma periódica los diferentes especialistas presentes en el territorio con el objetivo de acordar modos de complementación terapéutica ya sea al interior del hospital como en sus hogares. Estos especialistas son : *Machi* (shaman Mapuche), *Ngutamchefe* (componedores de huesos), *Lawentuchefe* (yerbateros), Quebradores de Empacho, Santiaguadores y otros”. (IBACACHE, J. 2000)

”Implementación de una Farmacia Integral”

“En la Farmacia del Hospital están presentes los medicamentos occidentales junto a productos elaborados con yerbas medicinales recolectadas en el territorio como también en un huerto medicinal propio del hospital”. (IBACACHE, J. 2000)

“También se ha desarrollado un modo bilingüe de entrega de los remedios para mejor entendimiento por parte de los enfermos y su familia”. (IBACACHE, J. 2000)

“Atención con enfoque integral de enfermos en el Policlínico Externo”.

“El propósito principal del trabajo en este espacio es el desarrollo de un enfoque integral de lógica mapuche que produzca conocimiento para el abordaje de los problemas de salud que afectan a la persona, la familia y la comunidad”. (IBACACHE, J. 2000)

Este proyecto difiere bastante con el centro de salud Kume Mongen Ruka, debido a que en el hospital la atención es brindada por profesionales de salud con la cosmovisión Mapuche, asesorada por las mismas comunidades. En el centro de salud de Lanco la atención es proporcionada por la Kimche que es una cultora propia del pueblo, asesorada por profesionales del hospital de dicha localidad. Además, en el hospital la atención que se brinda es con pacientes ambulatorios y hospitalizados, no así en el centro de salud que es una atención orientada a la consulta, tratamiento y referencia de los usuarios.

Aún así ambas experiencias ayudan a mejorar la relación del equipo de salud con el enfermo y su familia, así como el fortalecimiento de la Medicina Casera, el uso racional y el fortalecimiento de la complementariedad de los sistemas médicos. Por otra parte, un enfoque como el de ambos proyectos nos permite conocer la percepción de salud y enfermedad que tiene la comunidad, los diferentes Itinerarios Terapéuticos seguidos por los enfermos y su familia, y generar conocimiento para entender las diversas conductas frente a la enfermedad.

Por tratarse de un proyecto medianamente nuevo y acreditado recientemente por el sistema de salud estatal, no se registran estudios ni mediciones de satisfacción usuaria. Hay análisis y documentos avalados por el servicio de salud y el programa orígenes que se efectuaron en la provincia de Malleco, Arauco, Bio-Bio y Cautín durante el año 2003 que describen experiencias de salud intercultural en establecimientos de salud existentes en las comunas, todas con enfoque cualitativo que describen en líneas generales el funcionamiento del programa y como se realizó la atención en el sistema público tradicional.

Cabe señalar que este estudio de satisfacción usuaria es una investigación de salud intercultural con enfoque cuantitativo, tema no explorado en el país y que esperemos que sirva para el funcionamiento del proyecto en la comuna de Lanco y también como guía de acción en nuevos proyectos de salud intercultural que se implementen.

Calidad en la Atención y Satisfacción Usuaría.

La definición de un concepto de calidad es algo difícil de llevar a cabo, ya que nos estamos refiriendo a calidad de servicios. Éstos habitualmente son actividades económicas que producen utilidad de tiempo, utilidad de lugar, utilidad de forma o utilidad psicológica en forma simultánea.

Por otra parte, la relación entre los conceptos de calidad en la atención y satisfacción usuaria están estrechamente combinados; siempre y cuando las medidas que se tomen para mejorar la calidad en la atención vayan en beneficio del usuario, y se vea reflejado en esta mejora la satisfacción de necesidades de la población a la cual se presta el servicio.

Existen distintas escuelas de investigación con respecto al tema de “Calidad” en la prestación de servicios, han tomado en cuenta una en particular que es la de “Calidad Percibida”, se define como: subjetiva, valoración o “juicio” que hace el cliente o usuario sobre la superioridad o excelencia de un producto o servicio, son “juicios” de calidad dependientes de percepciones, necesidades u objetivos de los clientes. Calidad es lo que los clientes dicen que es, ya sea la de un servicio o producto determinado, por lo tanto, hay que definir calidad en términos de los clientes (Grönroos, 1994)

Importancia del estudio de la calidad y satisfacción usuaria en Salud.

Las nuevas políticas de salud, incorporadas en la Reforma de Salud de Chile, tienen 5 principios orientadores que guían y enmarcan todo el quehacer de profesionales en esta área; estos son: la equidad, la participación, la solidaridad, los derechos y deberes ciudadanos en salud; y la calidad en la atención vista desde el ámbito de la satisfacción usuaria.

Podemos ver así la satisfacción usuaria como “el cumplimiento o no por parte del sistema de salud respecto a las expectativas del usuario”, pero hay que analizar si estas expectativas son justas y reales.

La satisfacción del usuario, desde la perspectiva del prestador es un desafío para el sector de salud; significa lograr un estado de satisfacción creciente en quienes reciben la atención.

El sistema público en salud debe entregar un servicio de buena calidad y además el usuario debe ser el centro del cuidado y consideración principal para el desarrollo del “modelo de atención” que debe reunir todos los elementos para ser un “modelo integral”.

Pero: ¿Cómo lograr la satisfacción usuaria?; para responder esta pregunta hay que desarrollar un conjunto de acciones que permitan cumplir con calidad, equidad y eficiencia, las necesidades de salud y exigencias “razonables” de los beneficiarios del Sector Público de Salud.

3. OBJETIVOS.

3.1. OBJETIVO GENERAL 1:

Determinar el perfil sociodemográfico y familiar del usuario externo en el centro de salud “Kume Mongen RuKa” de la comuna de Lanco durante el 2do semestre del año 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.1.- Identificar las características sociodemográficas de los usuarios tales como: edad, sexo, previsión, procedencia, escolaridad.
- 1.2.- Identificar el grupo étnico con el cual se identifican los distintos usuarios y el grado de participación en comunidades pertenecientes a etnia Mapuche.
- 1.3.- Determinar las características familiares de los usuarios, según el tipo de familia y al cuidador familiar.

3.2. OBJETIVO GENERAL 2:

Determinar el perfil de morbilidad de los usuarios del centro de salud “Kume Mongen Ruca” de la comuna de Lanco durante el 2do semestre del año 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 2.1.- Identificar los antecedentes mórbidos, de mayor prevalencia en usuarios centro de salud “Kume Mongen Ruca”.
- 2.2.- Identificar las patologías de diagnóstico más frecuente, identificadas por la cultura Mapuche dentro de la cosmovisión étnica, en usuarios del centro de salud “Kume Mongen Ruca”.

3.3. OBJETIVO GENERAL 3:

Determinar el grado de satisfacción del usuario externo en el centro de salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco durante el 2do semestre del año 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 3.1.- Identificar si las características de la infraestructura del centro de salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco son adecuadas para la atención satisfactoria del usuario.
- 3.2.- Identificar las características de la accesibilidad de atención y tiempos de espera en la atención usuaria del centro de salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco.
- 3.3.- Identificar las características de la información entregada al usuario, antes de recibir la atención, sobre la existencia y funcionamiento del programa en salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco.
- 3.4.- Enunciar la importancia que le presta el usuario a la accesibilidad de la atención en el centro de salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco.
- 3.5.- Identificar las características de la información con respecto al diagnóstico y tratamiento, entregada al usuario en el centro de salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco.

3.4. OBJETIVO GENERAL 4:

Determinar el perfil conductual en relación a tratamiento y controles, de los usuarios en el centro de salud “Kume Mongen Ruca” de la comuna de Lanco durante el 2do semestre del año 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 4.1.- Identificar el nivel de conocimiento del tratamiento prescrito en los usuarios del centro de salud “Kume Mongen Ruca”.
- 4.2.- Clasificar las conductas más frecuentes de los usuarios en relación a asistencia a controles y adhesión al tratamiento prescrito por la cultura.

3.5. OBJETIVO GENERAL 5:

Determinar la eficacia del tratamiento prescrito por la cultura Mapuche en usuarios del centro de salud “Kume Mongen Ruca” de la comuna de Lanco, durante el 2do semestre del año 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 5.1.- Verificar la eficacia del tratamiento en la mejora de síntomas y/o recuperación de la enfermedad según la percepción del usuario del centro de salud “Kume Mogen Ruca”.
- 5.2.- Identificar existencia de tratamiento farmacológico paralelo a la terapia alternativa en el usuario del centro de salud “Kume Mogen Ruca”.
- 5.3.- Definir la importancia del tratamiento alternativo, según la percepción del usuario, para su recuperación o limitación de síntomas de la enfermedad en el centro de salud “Kume Mogen Ruca”.

4. METODOLOGIA.

4.1.- TIPO DE ESTUDIO:

Según:

- **Grado de aplicabilidad:** *Puro*, debido a que busca solo el conocimiento del fenómeno a estudiar.
- **Concepción de la realidad:** *Cuantitativo*, debido a que en el estudio se describe la metodología que se empleó para su realización y los fenómenos se desglosaron y se definieron como indicadores o variables en forma numérica.
- **Periodo y secuencia del estudio:** *Transversal*, ya que las variables se estudiaron simultáneamente en un periodo de tiempo que comprende el 2do semestre del año 2005.
- **Análisis y alcance de los resultados:** *Descriptiva*, ya que nos permitió determinar la magnitud y características del fenómeno.
- **Participación del investigador:** *No experimental u observacional*, debido a que observamos los hechos, tal como ocurrieron espontáneamente en la realidad, sin modificarlos o actuar sobre ellos.

4.2.- POBLACION DE ESTUDIO:

Usuarios que recibieron atención en el centro de salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco, entre los meses de agosto y diciembre del año 2005.

4.2.1. Criterios de Inclusión:

Se incluirán en este estudio:

- Todos aquellos usuarios que consultaron por lo menos una vez en el Centro de Salud “Kume Mongen Ruka”
- En caso de adultos mayores que no pudieron contestar por sí mismos, se consideraron las respuestas del acompañante o cuidador, durante la visita domiciliaria.
- Se consideraron dentro de la unidad de estudio tanto usuarios Mapuches como No Mapuches.

4.2.2. Criterios de Exclusión:

- Usuarios cuyo domicilio fue de difícil acceso por la extrema Ruralidad
- Aquellos usuarios que no desearon participar en el estudio.
- Se discriminó por grupo etáreo a usuarios menores de 18 años, puesto que en el horario destinado a la recolección de datos estos individuos se encuentran en establecimientos educacionales.
- Usuarios que después de dos visitas domiciliarias no pudieron ser contactados.
- Usuarios que cambiaron de domicilio.

4.3.- LUGAR DE DESARROLLO DEL ESTUDIO:

El estudio se llevó a cabo en el centro de salud “Kume Mangen Ruka”, en el hospital de la ciudad de Lanco y el consultorio de la localidad de Malalhue, en la comuna de Lanco, XIV Región de Los Rios, Chile.

4.4.DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES:

OBJETIVO ESPECIFICO 1.1. Identificar las características sociodemográficas de los usuarios tales como: edad, sexo, previsión, procedencia, escolaridad.		
VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
1. Edad.	Años cumplidos que tiene el usuario.	(A) 00 – 10 (B) 11 – 20 (C) 21 – 30 (D) 31 – 40 (E) 41 – 50 (F) 51 – 60 (G) 61 – 70 (H) 71 o más.
2. Sexo.	Genero al cual pertenece el usuario.	(1) Masculino. (2) Femenino.
3. Previsión.	Tipo de previsión según grupo de FONASA (Fondo Nacional de Salud) al cual pertenezca.	(1) FONASA A. (2) FONASA B. (3) FONASA C. (4) FONASA D.
4. Procedencia.	Lugar de origen de la persona.	(1) Urbano. (2) Rural.
5. Escolaridad.	Grado de educación, según el nivel alcanzado en el sistema de educación tradicional.	(1) Analfabeto. (2) Básica incompleta. (3) Básica completa. (4) Media incompleta. (5) Media completa. (6) Superior incompleta. (7) Superior completa.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.2.

Identificar el grupo étnico con el cual se identifican los distintos usuarios y el grado de participación en comunidades pertenecientes a etnia Mapuche.

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
6.- Identificación del usuario con etnia Mapuche.	Etnia con la cual se identifica el usuario.	(1) Mapuche. (2) No Mapuche.
7.- Participación de Usuarios Mapuches en comunidades locales pertenecientes a ésta etnia.	Tipo de participación que el usuario logre tener dentro de la comunidad, perteneciente a ésta etnia, a la cual pertenezca.	(1) Participa activamente en comunidad: Si el usuario se identifica y participa dentro de alguna comunidad, asistiendo a reuniones periódicas y actividades. (2) Participa en forma pasiva: si el usuario se identifica perteneciente y participa ocasionalmente de actividades. (3) No participa: Si el usuario no se identifica con alguna comunidad o no participa.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.3.

Determinar las características familiares de los usuarios, según el tipo de familia y al cuidador familiar.

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
8. Tipo de familia.	Composición de la familia según relaciones de parentesco.	(1) Vive solo. (2) Pareja conyugal: La constituye la pareja. No incluye otros familiares. (3) Familia nuclear: Una familia conyugal con hijos solteros. Madre o padre con hijos. (4) Familia extendida: Una familia conyugal, con hijos o sin ellos y otros parientes que convivan en forma conjunta. (5) Familia extensa: Con más de una pareja conyugal con o sin hijos y la presencia o no de parientes.

9. Etapa del Ciclo Vital Familiar.	Clasificación de la familia según etapa del ciclo vital familiar (Duval).	<ul style="list-style-type: none"> (1) Formación de pareja. (2) Crianza inicial de hijos. (3) Fmlia. con hijos preescolares. (4) Fmlia. con hijos escolares. (5) Fmlia. con hijos adolescentes. (6) Fmlia. como plataforma de lanzamiento. (7) Etapa pot-parental.
10. Rol familiar del Cuidador	El usuario identifica a un miembro de su familia como el que toma las decisiones referentes a salud familiar.	<ul style="list-style-type: none"> (1) Madre: se considera a la dueña de casa. (2) Padre: Se considera al jefe de hogar. (3) Abuela. (4) Hija. (5) Nieta. (6) Otro: señalar, se considera también en éste si el usuario vive solo y se cuida a sí mismo.
<p>OBJETIVO ESPECIFICO 2.1. Identificar los antecedentes mórbidos, de mayor prevalencia en usuarios centro de salud “Kume Mongen Ruca”.</p>		
VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
11. Patologías crónicas concomitantes.	El usuario refiere cursar con alguna de las siguientes patologías crónicas.	<ul style="list-style-type: none"> (1) Hipertensión arterial (2) Diabetes de tipo 1 o 2 (3) Asma, Limitación cronica del flujo aereo. (4) Depresión. (5) Otras. (6) No tiene.
<p>OBJETIVO ESPECIFICO 2.2. Identificar las patologías de diagnóstico más frecuente, identificadas por la cultura Mapuche dentro de la cosmovisión étnica, en usuarios del centro de salud “Kume Mongen Ruca”.</p>		
VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
12. Diagnóstico según Cosmovisión Mapuche.	El usuario refiere cual es su diagnóstico según cosmovisión mapuche.	Según respuesta obtenida con el instrumento de recolección de datos.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.1.

Identificar si las características de la infraestructura del centro de salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco son adecuadas para la atención satisfactoria del usuario.

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
13. Características del estado de la sala de espera.	El paciente refiere haberse sentido cómodo en la sala de espera. Tomando en cuenta criterios como: 1.- Espacio amplio. 2.- Disponibilidad de asientos. 3.- Higiene adecuada. 4.- Iluminación adecuada. 5.- Señalética adecuada.	(1) Adecuado: si se cumplen los cinco criterios. (2) Medianamente adecuado: si se cumplen los criterios 1, 2 y 3 además el 4 o 5. (3) Poco adecuado: se cumplen 3 criterios. (4) Inadecuado: si se cumplen menos de dos criterios
14. Características del estado del box de atención.	El paciente refiere haberse sentido cómodo en el box de atención. Tomando en cuenta criterios como: 1.- Lugar adecuado para realizar la entrevista 2.- Contar con instrumentos necesarios para la atención (sábanas limpias, camilla, basureros, etc) 3.- Higiene adecuada del lugar. 4.- Iluminación. 5.- Lugar que otorgue privacidad.	(1) Adecuado: si se cumplen los cinco criterios. (2) Medianamente adecuado: si se cumplen los criterios 1, 2, 3. además el 4 o 5. (3) Poco adecuado: se cumplen los criterios 4, 5. (4) Inadecuado: se cumplen menos de dos criterios.
15. Características del estado del WC.	El usuario refiere haber observado según los siguientes criterios: 1.- Buen estado higiénico. 2.- Infraestructura (lavamanos y taza de baño) suficiente. 3.- Servicios suficientes (agua y luz eléctrica). 4.- Acceso expedito a este servicio.	(1) Adecuado: si se cumplen los cuatro criterios. (2) Medianamente adecuado: si se cumplen los criterios 1, 2 y 3. (3) Poco adecuado: si se cumplen dos o menos criterios. (4) Inadecuado: si no se cumple ningún criterio.

16. Características de la calefacción.	El usuario señala sentirse cómodo con la temperatura ambiental, independiente a las características climáticas del día.	(1) Suficiente. (2) Insuficiente.
<p>OBJETIVO ESPECIFICO 3.2. Identificar las características de la accesibilidad de atención y tiempos de espera en la atención usuaria del centro de salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco.</p>		
VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
17. Derivación a centro de salud “Kume Mongen Ruka” por medico del Hospital.	El usuario identifica que la derivación hecha por el medico se realizó inmediatamente después de haber recibido la atención por el profesional con el formulario de derivación.	(1) Oportuna: Cumple con el criterio antes descrito. (2) No oportuna.
18. Identificación del personal que entrega la atención en el centro de salud.	El usuario identifica al personal que entrega la atención, conociendo su nombre y función dentro del funcionamiento del centro de salud.	(1) SI. (2) NO.
19. Tiempo de espera para hora de atención.	Tiempo que transcurre desde el momento de la derivación al centro de salud hasta el día de la atención por Kimche.	(1) Inmediata. (2) Menos de 1 semana. (3) Menos de 2 semanas. (4) Menor o igual a 1 mes.
20. Evaluación de la accesibilidad a la atención por el usuario.	<p>1.- El usuario encuentra adecuada la infraestructura del centro de salud.</p> <p>2.- La derivación a centro de salud por medico es oportuna.</p> <p>3.- El usuario Si identifica al personal que entrega la atención en el centro de salud.</p> <p>4.- El tiempo de espera para la atención es menor o igual a 1 semana.</p>	(1) Buena: cumple con los 4 criterios antes mencionados. (2) Regular: cumple con 2 criterios. (3) Mala: se cumple con 1 o ningún criterio.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.3.

Identificar las características de la información entregada al usuario, antes de recibir la atención, sobre la existencia y funcionamiento del programa en salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco.

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
21. Medio de información sobre la existencia del Centro de Salud KMR	Medio informativo, que el paciente identifica, por el cual obtuvo información sobre la existencia del programa.	(1) Radio. (2) Hospital (3) Oral (le contaron) (4) Otro.
22. Características de la información entregada por el médico sobre existencia del programa.	Información entregada en el hospital, en el momento de la derivación médica, de las características y existencia del centro de salud “Kume Mongen Ruka”	(1) Suficiente. (2) Insuficiente.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.4.

Enunciar la importancia que le presta el usuario a la accesibilidad de la atención en el centro de salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco.

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
23. Importancia de la accesibilidad por el Hospital.	Importancia que el usuario atribuye a que la atención en el centro de salud “Kume Mongen Ruka” sea una prestación cubierta por FONASA.	(1) Mucha importancia. (2) Poca importancia.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.5.

Identificar las características de la información con respecto al diagnóstico y tratamiento, entregada al usuario en el centro de salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco.

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
24. Comprensión del Dg. en cosmovisión mapuche, dado por la Cultura.	El usuario expresa entender: 1.- nombre del diagnostico. 2.- causa de su enfermedad 3.- identificar los síntomas de la enfermedad.	(1) Entiende bien el diagnóstico: Se cumplen todos los criterios antes mencionados. (2) Entiende en forma regular el diagnóstico: El usuario logra entender el 1er y 3er criterio. (3) No entiende el diagnóstico: El usuario se sabe solo el nombre del diagnostico o no entiende nada.
25. Entrega al usuario de indicaciones prescritas por la Cultura.	Realizan al usuario una consejería explicando la forma y tiempo del tratamiento.	(1) SI. (2) NO.

OBJETIVO ESPECIFICO 4.1.

Identificar el nivel de conocimiento del tratamiento prescrito en los usuarios del centro de salud “Kume Mongen Ruca”.

VARIABLE	VARIABLE	VARIABLE
26. Comprensión del usuario de las indicaciones del tratamiento medicinal prescrito por la cultura.	Logra entender: 1.- Cual es el objetivo del tratamiento. 2.- Contenido de las preparaciones medicinales. 3.- Periodicidad y dosis de la infusión de yerbas. 4.- Cambios importantes en estilo de vida para éxito del tratamiento.	(1) Entiende bien como realizar el tto: cumple con los 4 criterios. (2) Entiende en forma regular como realizar el tto: cumple con los criterios 3 y 4, además con o sin el criterio 1 ó 2. (3) No entiende como realizar el tto: solo cumple con 1 criterio o con ninguno.

OBJETIVO ESPECIFICO 4.2.

Clasificar las conductas más frecuentes de los usuarios en relación a asistencia a controles y adhesión al tratamiento prescrito por la cultura.

VARIABLE	VARIABLE	VARIABLE
27. Asistencia a control.	Asistencia que el paciente refiere haber tenido a los controles luego de indicado el tratamiento. (no hay numero fijo de controles, es subjetivo para cada paciente)	(1) Asistencia a todos los controles. (2) Inasistencia a un control. (3) Inasistencia a dos o más controles.
28. Cumplimiento de las indicaciones del tratamiento prescrito por la Cultura.	Cumple con las siguientes indicaciones: 1.- Dosis de cada toma de la infusión de yerbas. 2.- Periodicidad de las tomas de la infusión de yerbas. 3.- Cambios en estilo de vida.	(1) Totalmente cumplidas: cumple los 3 criterios. (2) Parcialmente cumplidas: cumple con 2 criterios. (3) No las cumple: cumple con 1 criterio o no realiza el tratamiento.

OBJETIVO ESPECIFICO 5.1.

Verificar la eficacia del tratamiento en la mejora de síntomas y/o recuperación de la enfermedad según la percepción del usuario del centro de salud “Kume Mogen Ruca”.

VARIABLE	VARIABLE	VARIABLE
29. Percepción de la eficacia del tratamiento en mejorar los síntomas o recuperar la enfermedad.	Según los siguientes criterios: 1.- Paciente refiere mejoría frente síntomas y a la enfermedad. 2.- Paciente refiere mejoría de síntomas, pero no de la enfermedad, dado que es una patología crónica. 3.- Paciente refiere sentirse	(1) Completamente: se cumplen criterios 1 y 2. (2) Parcialmente: se cumple criterio 3. (3) No se mejoró: se cumple criterio 4.

	<p>mejor, pero tratamiento no logró mejorar completamente los síntomas.</p> <p>4.- Paciente sigue con las mismas molestias que al comenzar con el tratamiento.</p>	
<p>OBJETIVO ESPECIFICO 5.2. Identificar existencia de tratamiento farmacológico paralelo a la terapia alternativa en el usuario del centro de salud “Kume Mogen Ruca”.</p>		
VARIABLE	VARIABLE	VARIABLE
<p>30. Utilización de Tratamiento paralelo al entregado por el centro de salud.</p>	<p>Existencia de tratamiento paralelo entregado por medico o sistema de salud tradicional para la patología del usuario.</p>	<p>(1) SI. (cual). (2) No.</p>
<p>OBJETIVO ESPECIFICO 5.3. Definir la importancia del tratamiento alternativo, según la percepción del usuario, para su recuperación o limitación de síntomas de la enfermedad en el centro de salud “Kume Mogen Ruca”.</p>		
VARIABLE	VARIABLE	VARIABLE
<p>31. Importancia de recibir tratamiento alternativo para su recuperación o para limitar los síntomas de la enfermedad.</p>	<p>Según los siguientes criterios:</p> <p>1.- Paciente refiere que tratamiento alternativo fue imprescindible para su recuperación o limitación de síntomas.</p> <p>2.- Paciente refiere que tto alternativo es una ayuda muy importante junto con el tto de medicina convencional.</p> <p>3.- Paciente refiere que le ayudó, pero no es importante para su recuperación o para limitar los síntomas.</p> <p>4.- Paciente refiere que no le ayudó en nada y que no es importante para su recuperación</p>	<p>(1) Mucha importancia: cumple con criterios 1 y 2. (2) Regular importancia: cumple con criterio 3. (3) Poca importancia: cumple con criterio 4.</p>

4.5. METODO E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

4.5.1 TECNICA DE RECOLECCION:

Dada la heterogeneidad de la población y por ser esta poco numerosa, para este estudio se llevará a cabo un censo, en el cual se usarán las técnicas de recolección de información directa e indirecta.

- *Técnica indirecta:* realizará a través de la revisión del libro de registros y estadísticas con que cuenta el centro de salud “Kume Mongen Ruka”. Con la información seleccionada se elaborará una tabla de identificación de los usuarios a los cuales se les aplicará el instrumento o encuesta.
- *Técnica directa:* aplicación de la encuesta titulada: “Cuestionario de perfil y satisfacción del usuario externo del centro de salud Kume Mongen Ruka.

4.5.2. DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS:

En la presente investigación se elaborarán dos instrumentos que a continuación se describen:

1.- Tabla de Identificación de los Usuarios del Centro de Salud “Kume Mongen Ruka” durante el 2do semestre del año 2005: Esta tabla se utilizará para reunir datos tales como:

- Nombre completo del usuario.
- Edad.
- Fecha de ingreso.
- Ficha clínica.
- Establecimiento.
- Dirección.
- Localidad.
- Previsión.

Este instrumento será usado por el investigador con la finalidad de hacer más fácil el acceso a la información y poder sintetizarla en una forma más adecuada.

2.- Cuestionario de Perfil y Satisfacción del Usuario Externo del Centro de Salud “Kume Mongen Ruka”: Este instrumento es elaborado y confeccionado por el autor de la investigación y es aplicado por éste en el domicilio del usuario, previamente identificado. Este instrumento consta de cuatro ítems:

- a.-** Perfil sociodemográfico del usuario.
- b.-** Perfil familiar del usuario.
- c.-** Antecedentes mórbidos.
- d.-** Satisfacción usuaria con respecto a: infraestructura, acceso a la atención, satisfacción en el momento de la atención, percepción de la adherencia al tratamiento, eficacia del tratamiento e importancia de medicina alternativa.

4.6. METODO DE ANALISIS DE LOS DATOS:

Las variables del instrumento aplicado que incluye el estudio, serán ingresadas en una matriz de datos mediante el programa MICROSOFT EXCEL y EPIINFO para finalmente ser tabulados y analizados y así obtener las tablas de frecuencia y gráficos.

5. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan corresponden a los obtenidos en base a 142 usuarios que recibieron atención en el Centro de Salud “Kume Mongen Ruca”, datos obtenidos de los registros mediante la tabla de identificación usuaria. Se consideraron para la investigación a usuarios mayores de 18 años, por las características sociodemográficas de la población y porque este grupo etario de usuarios presenta habitualmente residencia fija).

Nº total de usuarios: 107 usuarios.

Corresponde al 100% de la población registrada, mayor de 18 años; según resultados obtenidos de los registros mediante la tabla de identificación usuaria.

Nº de visitas Domiciliarias: 98 visitas.

Corresponde al 91% de la población total, mayor de 18 años.

Nº de encuestas realizadas: 72 encuestas.

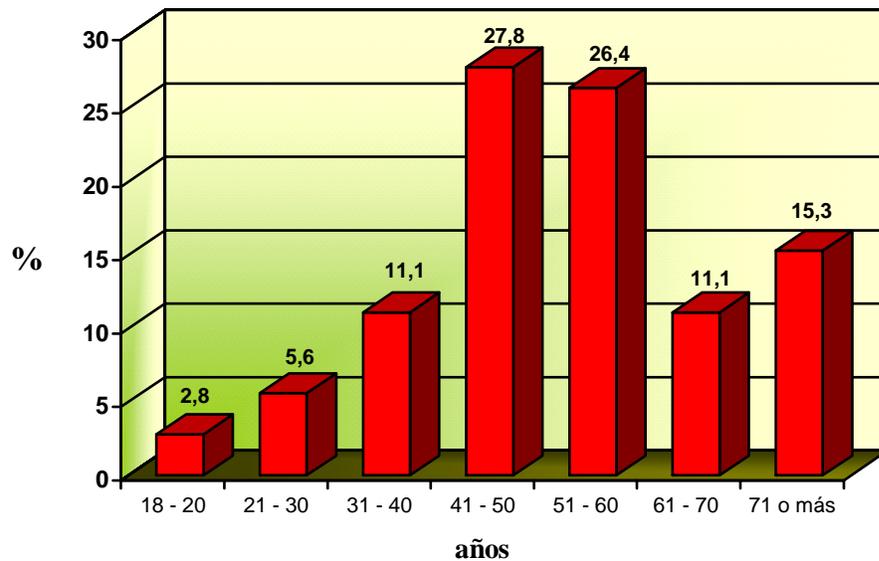
El porcentaje de usuarios a los cuales se les aplicó la encuesta para este estudio, corresponde al 68% del total de la población registrada mayor de 18 años. El número de encuestas realizadas exitosamente suman el 73% del total de visitas domiciliarias realizadas. Es decir, hubo un 27% de visitas domiciliarias que no fueron exitosas y en las cuales no se pudo realizar la encuesta.

GRAFICOS.

1.- PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL USUARIO.

GRAFICO 1:

Distribución porcentual de la población según edad. Usuarios del centro de salud "Kume Mongen Ruka". Lanco 2005.

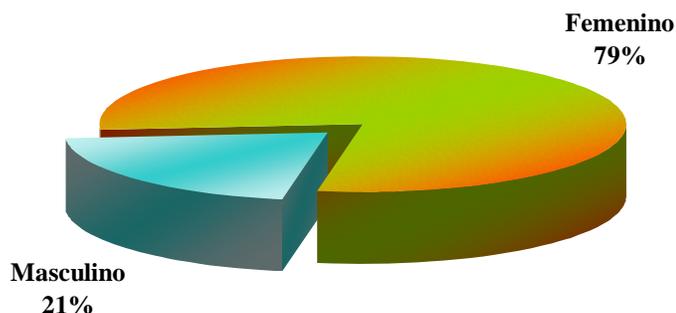


La mayoría de los usuarios que recibieron atención en el centro de salud “Kume Mongen Ruka” se encuentran en la etapa de Adulthood Media (54,2%), es decir entre los 41 y 50 años (27,8%), y entre los 51 y 60 años (26,4%).

Es importante destacar el gran número de adultos mayores que recibieron atención (26,4%).

GRAFICO 2:

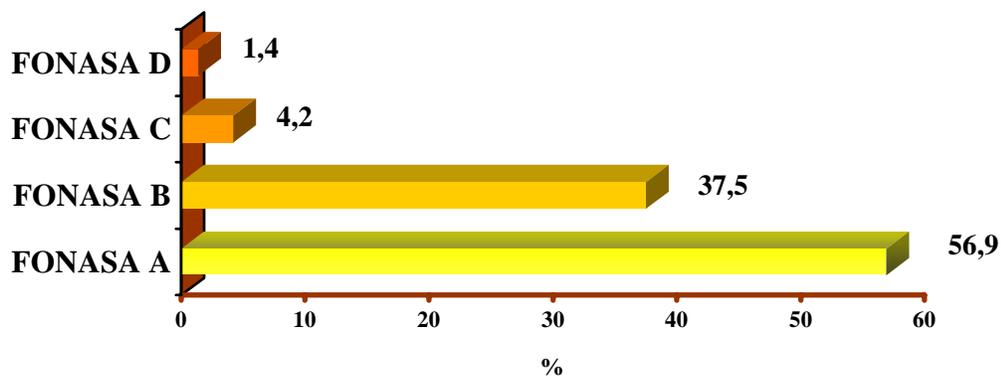
**Distribución porcentual de la población según sexo.
Usuarios del Centro de Salud "Kume Mongen Ruka".
Lanco, 2005.**



La gran mayoría de los usuarios encuestados que obtuvieron atención en el Centro de Salud "Kume Mongen Ruka" corresponden a Mujeres (79%).

GRAFICO 3:

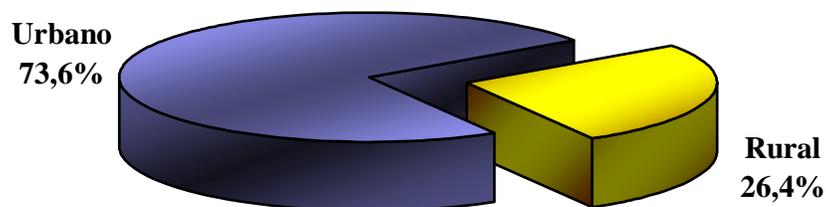
**Distribución porcentual de la población según Previsión.
Usuarios den Centro de Salud "Kume Mongen Ruka". Lanco, 2005.**



La mayoría de usuarios encuestados corresponden a FONASA tramo A (56,9%), seguido por el grupo B (37,5%). En las entrevistas, la gran mayoría de usuarios refirió que accedía a prestaciones de Salud mediante el Bono de Gratuidad en la atención que entregan en el Establecimiento Hospitalario de Lanco.

GRAFICO 4:

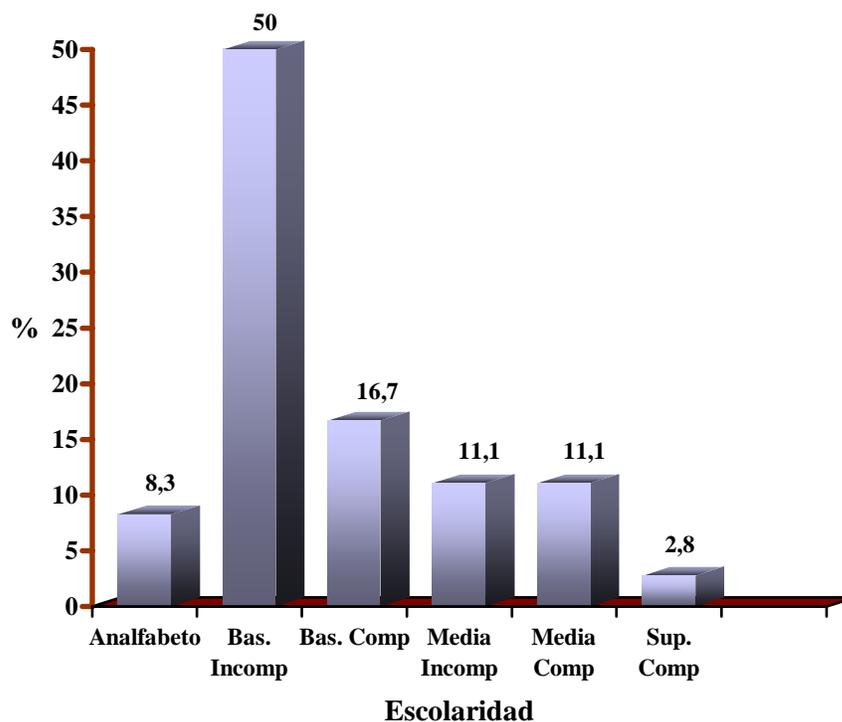
**Disrribución porcentual de la población según procedencia.
Usuarios del Centro de Salud "Kume Mongen Ruka". Lanco,
2005.**



La mayoría de los usuarios encuestados que obtuvieron atención en el Centro de Salud KMR corresponden al sector Urbano de la comuna (73,6%) y solo un 26,4% corresponde al sector rural.

GRAFICO 5:

Distribución porcentual de la población según Escolaridad. Usuarios del Centro de Salud "Kume Mongen Ruka" (KMR). Lanco, 2005.

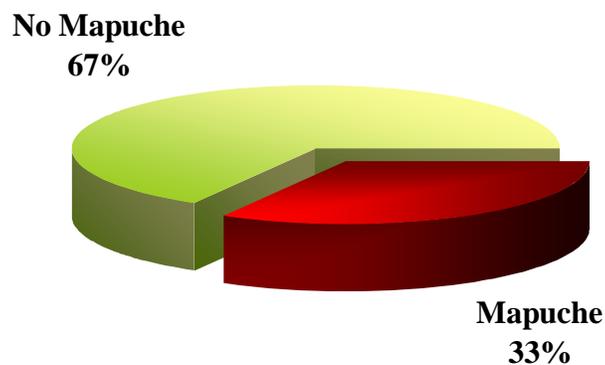


La mitad de los usuarios encuestados que recibieron atención tienen una escolaridad Básica Incompleta (50%), seguido por aquellos que terminaron su enseñanza Básica (16,7%), cabe destacar que en la población no hay registros hasta el momento de usuarios con enseñanza superior incompleta y son muy pocos aquellos individuos que tienen escolaridad completa y menos aún los que han alcanzado educación superior (Universitaria o Tecn. Profesional).

2.- PERFIL ETNICO Y PARTICIPACION EN COMUNIDADES MAPUCHES.

GRAFICO 6:

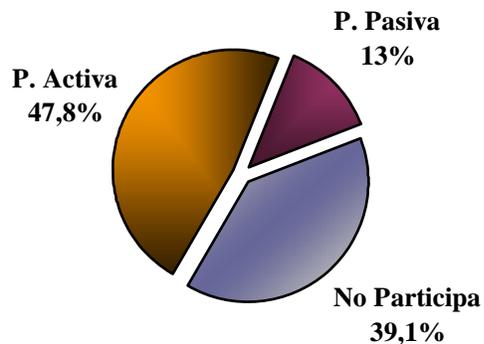
Distribución porcentual de la población según identificación del usuario con étnia Mapuche. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.



La mayoría de usuarios encuestados que recibieron atención en la “Kume Mongen Ruka” no se identifican con la etnia Mapuche, siendo Chilenos No Mapuches (67%). El 33% de los usuarios se consideran Mapuches.

GRAFICO 7:

Distribución porcentual de la población según participación de usuarios Mapuches en comunidades locales pertenecientes a ésta etnia. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

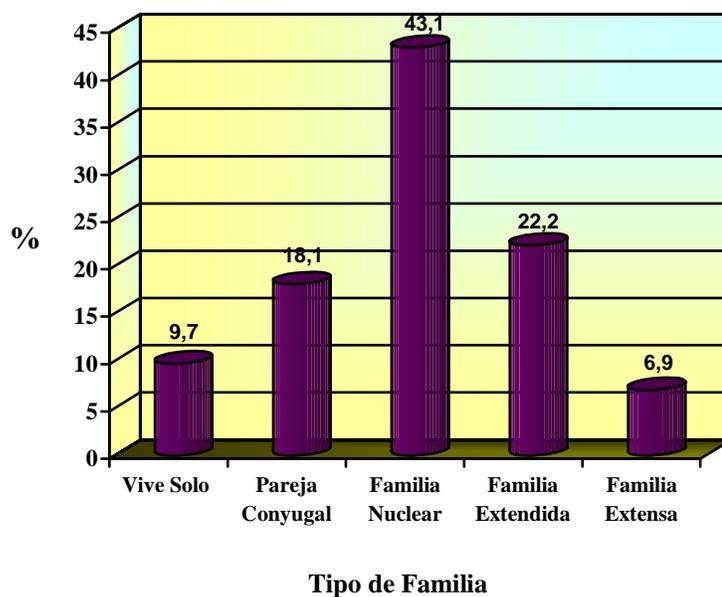


Dentro de la población Mapuche encuestada, la mayoría Participa en forma Activa (47,8%) dentro de comunidades pertenecientes a ésta etnia. El 13% de la población Mapuche participa en forma pasiva, es decir participa ocasionalmente en actividades de las comunidades y el 39,1% No Participa o no cree pertenecer a alguna comunidad Mapuche en particular.

3.- PERFIL FAMILIAR.

GRAFICO 8:

Distribución porcentual de la población según tipo de familia. Usuarios del Centro de Salud KMR, Lanco, 2005.

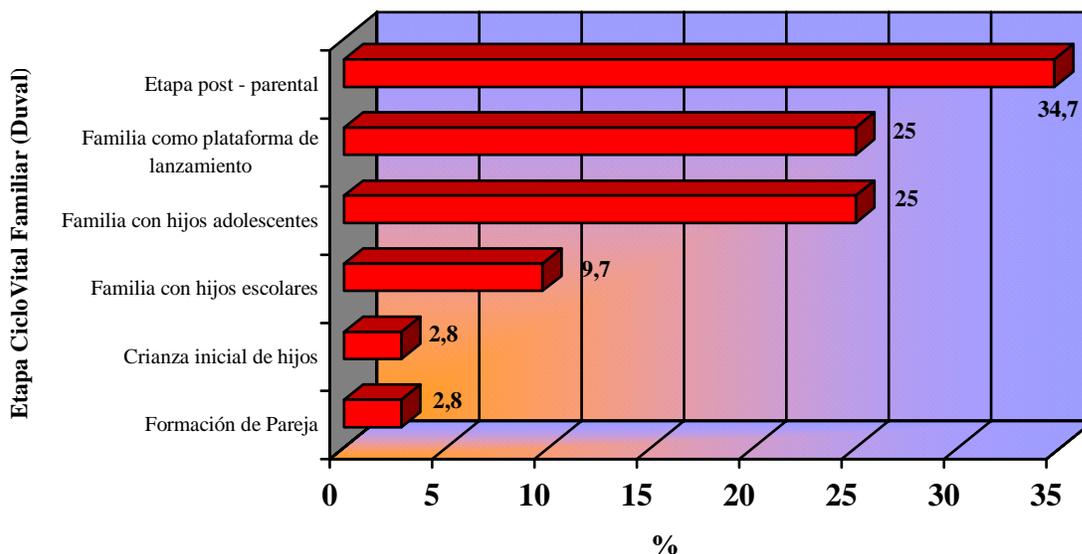


La mayor cantidad de usuarios encuestados, que obtuvieron atención pertenecen a familias nucleares (43,1%), es decir, familias conyugales con hijos solteros; Madre o Padre con hijos; le siguen en número familias extendidas (22,2%), que corresponden a pareja conyugal, con hijos o sin ellos y otros parientes que conviven en forma conjunta.

Cobra importancia también el gran porcentaje de usuarios que viven solos (9,7%).

GRAFICO 9:

Distribución porcentual de la población según etapa del ciclo vital familiar (Duval). Usuarios del Centro de Salud "Kume Mongen Ruka". Lanco, 2005

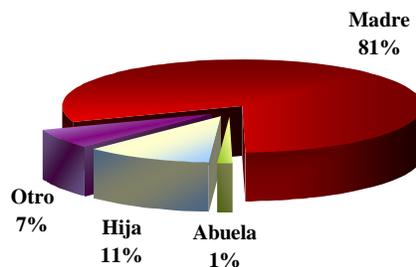


Gran mayoría de usuarios encuestados pertenece a familias que se encuentran el etapa post-parental (34,7%), seguida de familias en etapa de plataforma de lanzamiento e hijos adolescentes (25%).

GRAFICO 10:

Distribución porcentual de la población según rol familiar del cuidador.

Usuarios del Centro de salud KMR. Lanco, 2005.

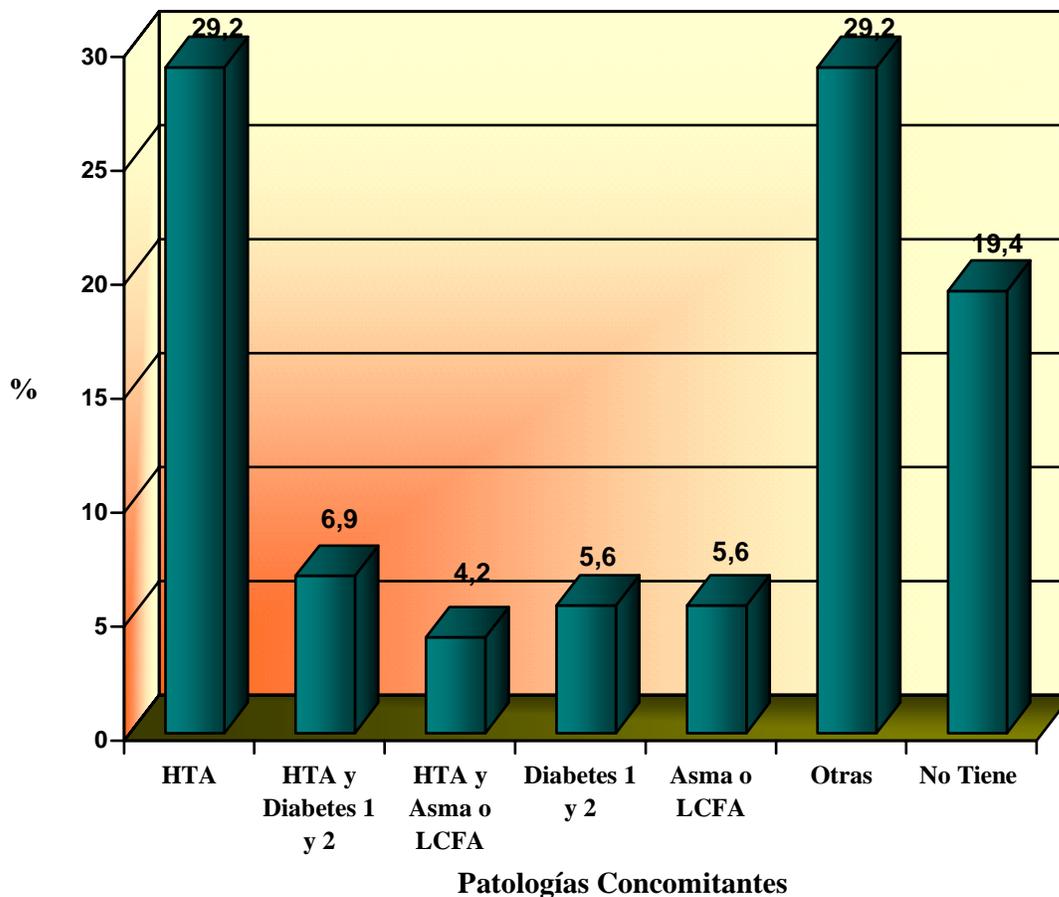


En la mayoría de las familias de los usuarios encuestados, el rol que desempeña el cuidador familiar es de Madre (81%), quiere decir que ésta es quien entrega los referentes de salud al grupo familiar.

4.- PERFIL DE MORBILIDAD.

GRAFICO 11:

Distribución porcentual de la población según diagnóstico de patologías concomitantes. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.



La mayor cantidad de pacientes presenta HTA (29,2%) como la enfermedad concomitante más prevalente, junto con “Otras Patologías”, entre ésta última se cuentan:

1.- Patologías Osteomusculares.	36,7 %
2.- Patologías Neurológicas.	13,6 %
3.- Patologías Digestivas.	13,3 %
4.- Patologías Endocrinas.	10 %
5.- Patologías Dermatológicas.	6,7 %
6.- Patologías Ginecológicas.	3,3 %
7.- Patologías Urinarias.	6,7 %

- 8.- Patologías Quirúrgicas. 3,3 %
- 9.- Patologías Respiratorias. 6,7 %

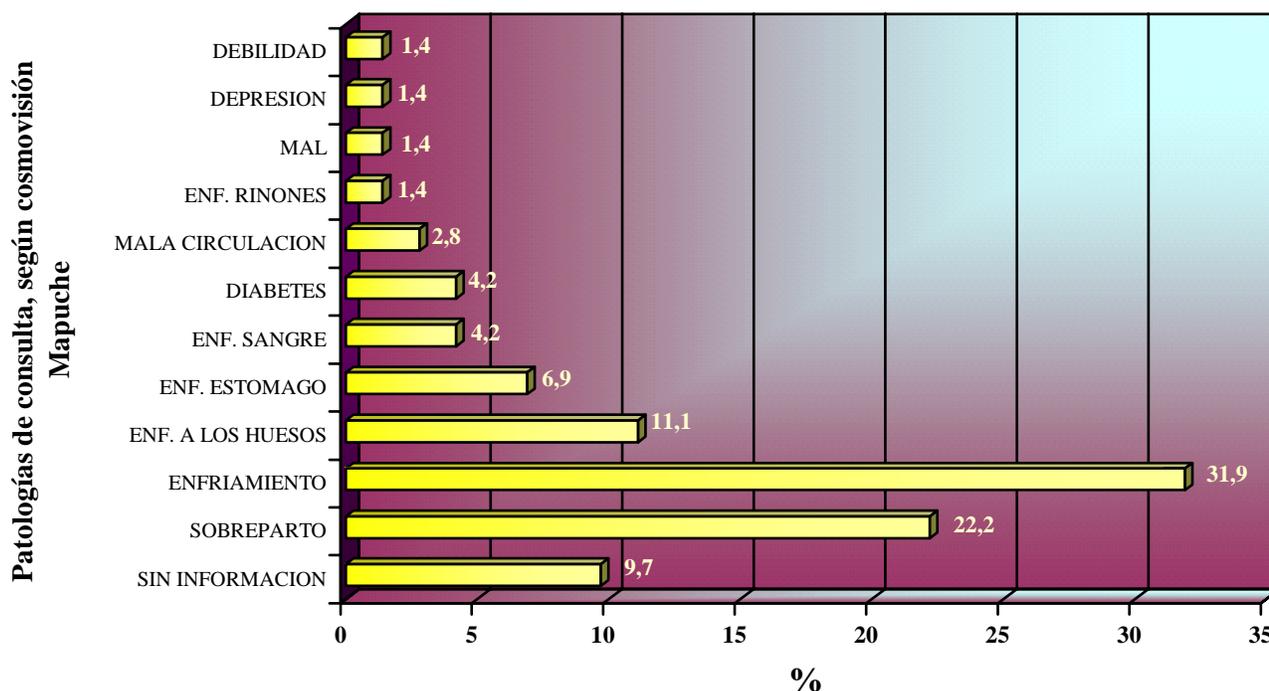
La mayor cantidad de usuarios que señalaba tener “*otras patologías*” indico en mayor porcentaje las Patologías Osteomusculares (36,7%), seguida de las Neurológicas (13,6%).

Es importante considerar que en usuarios que presentaban dos o más patologías concomitantes se consideraban ambas en el registro de la encuesta; menos en la alternativa “HTA y diabetes” o “HTA y asma”, ya que existía la alternativa que definiera ambas patologías en conjunto.

5.- PERFIL DE MORBILIDAD SEGÚN COSMOVISION MAPUCHE.

GRAFICO 12:

Distribución porcentual de la población según diagnósticos en cosmovisión mapuche. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.



El mayor porcentaje de diagnósticos realizados por la cultura corresponden a Enfriamiento con un 31,9% y en 2do lugar a Sobreparto en un 22,2%.

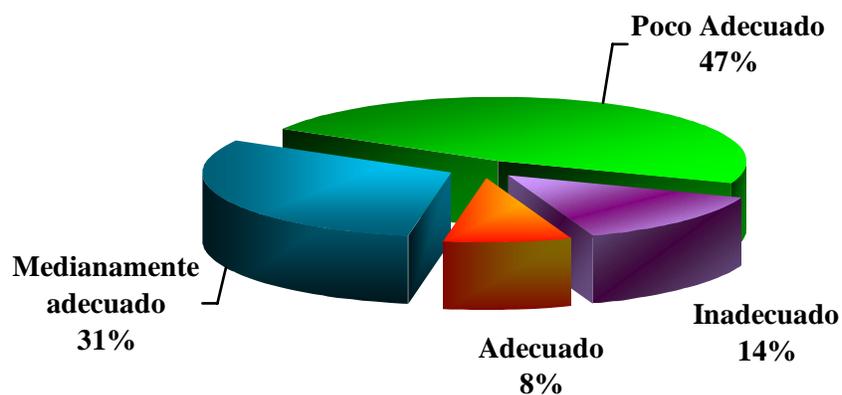
6.- SATISFACCION SEGÚN PERCEPCION USUARIA.

6.1.- PERCEPCION USUARIA CON RESPECTO A LA INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD:

6.1.a.- CARACTERÍSTICAS DE LA SALA DE ESPERA:

GRAFICO 13:

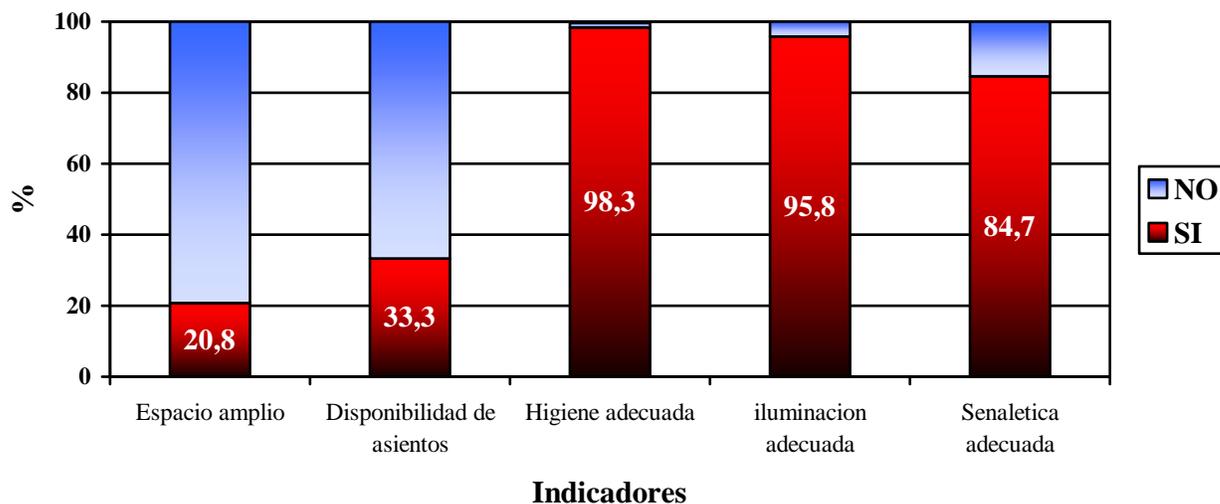
Distribución porcentual de la población según percepción de las características del estado de la sala de espera del Centro de Salud. Usuarios del Centro de Salud KMR, Lanco 2005.



Gran parte de los usuarios percibe la Sala de Espera del Centro de Salud como poco adecuada (47%); el segundo mayor porcentaje corresponde a quienes encontraron medianamente adecuada la sala de espera (31%). Estos resultados se ven reflejados en los siguientes criterios de evaluación sobre características de la sala de Espera.

GRAFICO 14:

Distribución porcentual según criterios utilizados para evaluar la percepción de las características de la sala de espera del Centro de Salud. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

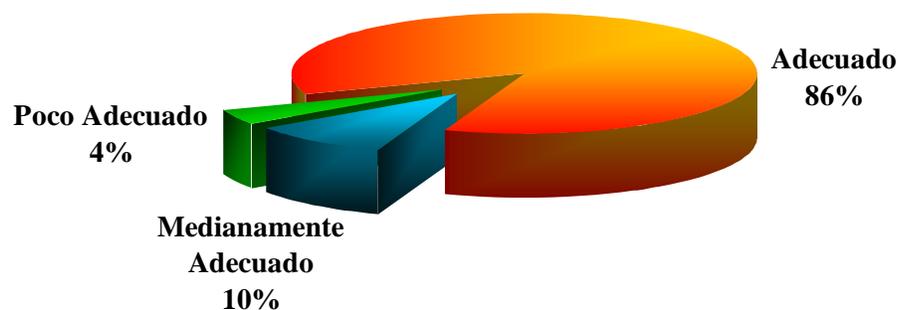


Según los criterios de evaluación utilizados para evaluar la percepción de las características de la sala de espera del centro de salud KMR, gran cantidad de usuarios encontraron que el espacio destinado para éste propósito era bastante reducido (79,2%) y que los asientos disponibles no eran suficientes para la cantidad de usuarios que esperaban atención (66,7%). El 84 % de los usuarios encuestados refiere la existencia de señalética adecuada para indicar los nombres de las distintas dependencias del lugar. El 98,3% de los usuarios refiere una higiene adecuada del lugar destinado a la espera del turno en la atención.

6.1.b.- CARACTERISTICAS DEL BOX DE ATENCION USUARIA:

GRAFICO 15:

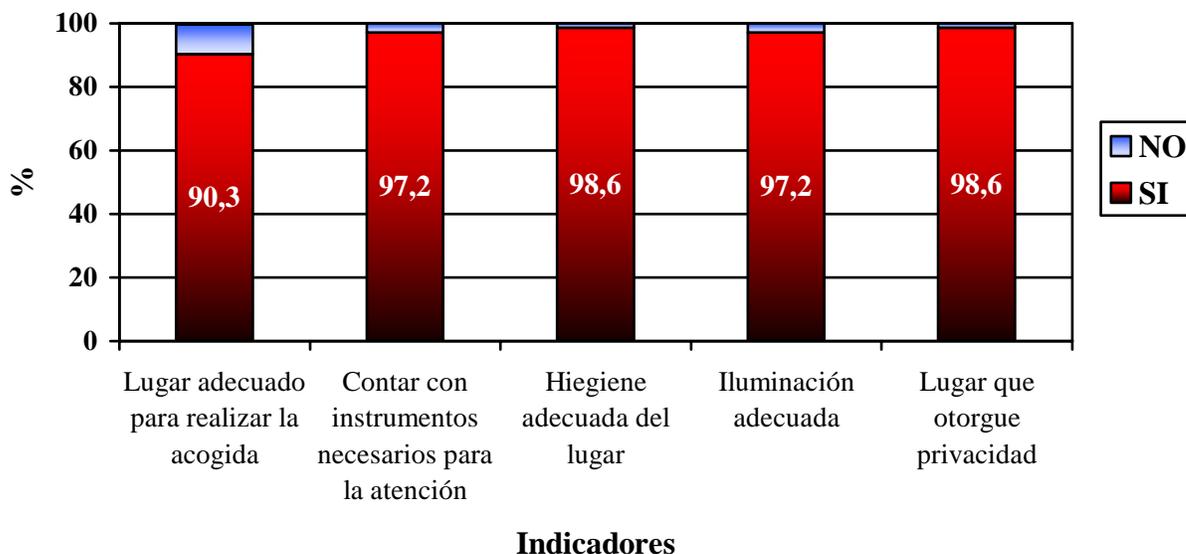
Distribución porcentual de la población según percepción de las características del estado del box de atención del centro de salud. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.



Según la percepción de las características del estado del box de atención fue encontrado como Adequado en un 86%, para obtener éste resultado fueron analizados los siguientes criterios de evaluación.

GRAFICO 16:

Distribución porcentual según criterios utilizados para evaluar la percepción de las características del box de atención del centro de salud. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

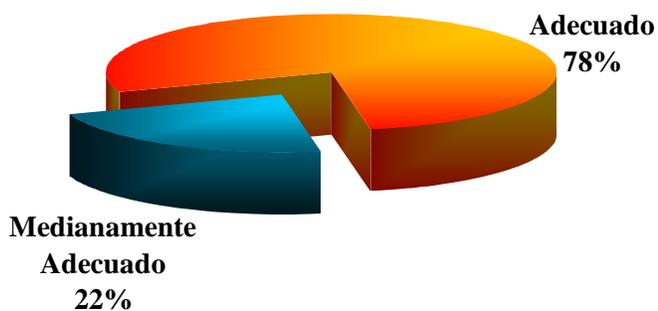


Según los criterios utilizados para evaluar la percepción de las características del box de atención del centro de salud, el 90,3% de los usuarios encontraron adecuado el lugar para realizar la acogida; éste corresponde al criterio con menor porcentaje debido principalmente a que refieren poca privacidad para establecer la acogida y la entrevista de acercamiento.

6.1.c.- CARACTERISTICAS DEL WC:

GRAFICO 17:

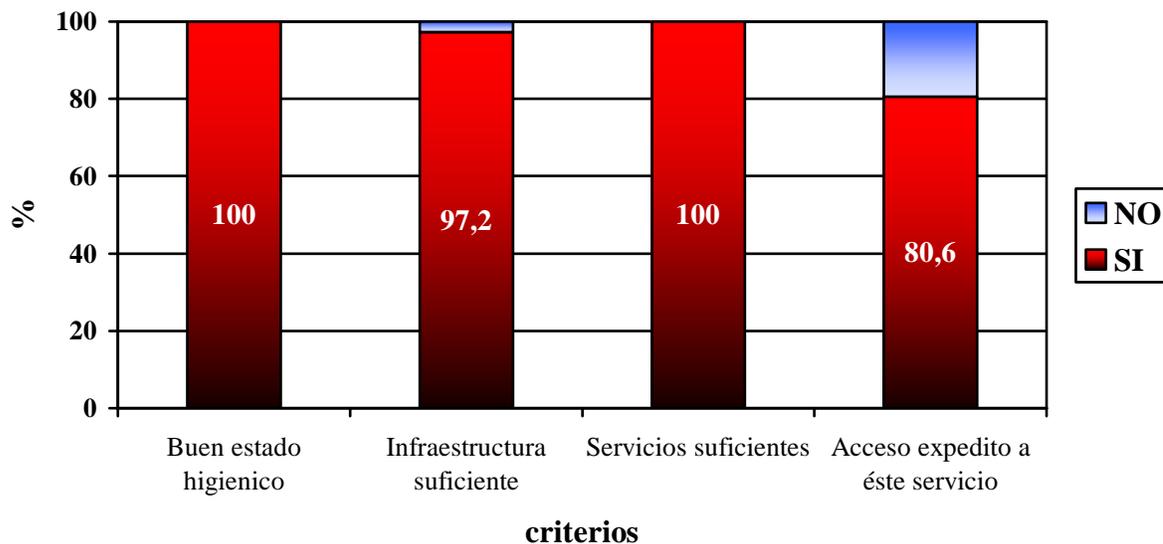
**Distribución porcentual de la población según percepción de las características del estado del WC del centro de salud.
Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.**



Según la percepción de las características del baño, el 78% de los usuarios refiere que el baño del Centro de Salud es Adequado, seguido de un 22% que lo encontró Medianamente Adequado. Para evaluar la percepción de las características del baño se tomaron en cuenta los siguientes criterios de evaluación.

GRAFICO 18:

Distribución porcentual según criterios utilizados para evaluar la percepción de las características del WC del centro de salud. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.



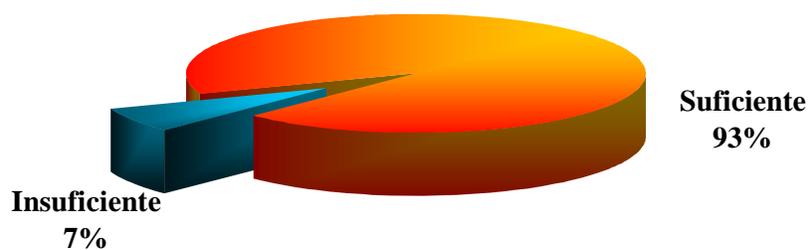
Según los criterios para evaluar la percepción usuaria de las características del baño, todos los usuarios encontraron este servicio con buen estado higiénico y con servicios suficientes tales como agua y luz eléctrica.

El 80,6% de los usuarios encontró el acceso expedito a éste servicio, el porcentaje restante (19,4%) opinó que faltaba otro baño en las dependencias del Centro de Salud y además que el acceso a dicho servicio debía ser directo desde el box de atención y no desde la sala de espera.

6.1.d.- CARACTERISTICAS DE LA CALEFACCION:

GRAFICO 19:

**Distribución porcentual de la población según percepción de las características de la calefacción del centro de salud.
Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.**

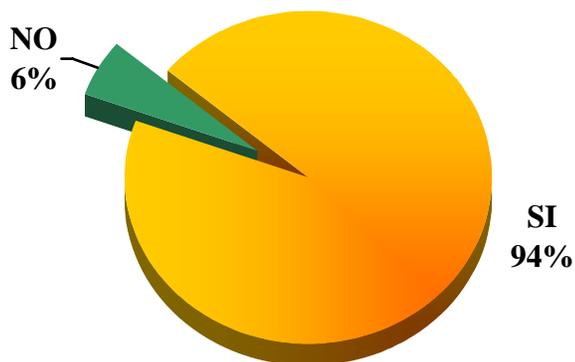


El 93% de los usuarios opinó que la calefacción era suficiente en el Centro de Salud, es decir, se ajustaba a los requerimientos según las inclemencias climáticas.

6.2.- PERCEPCION USUARIA DEL ACCESO A LA ATENCION.

GRAFICO 20:

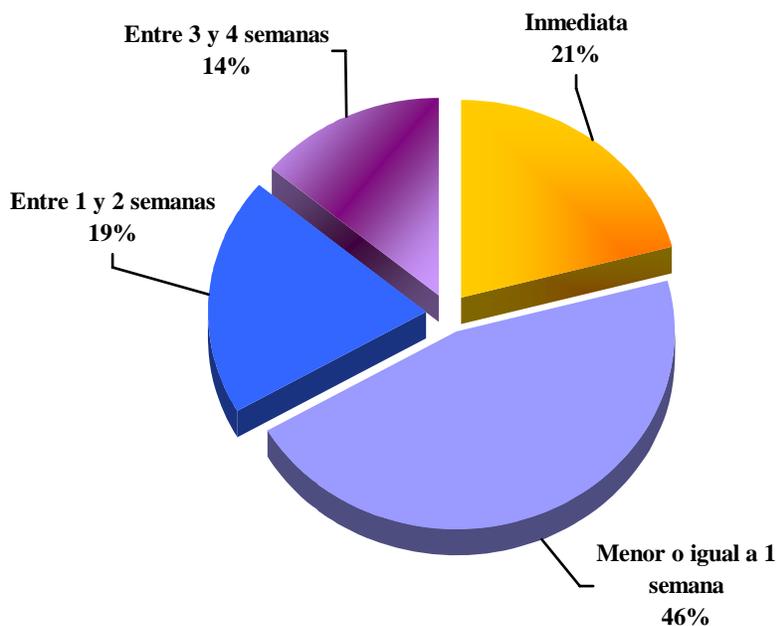
**Distribución porcentual de la población según percepción de la satisfacción usuaria con respecto a la identificación del personal que entrega la atención en el centro de salud.
Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.**



De los usuarios encuestados el 94% SI identificó al personal que entrega la atención, conociendo su nombre y además la función que éstos cumplían dentro del Centro de Salud.

GRAFICO 21:

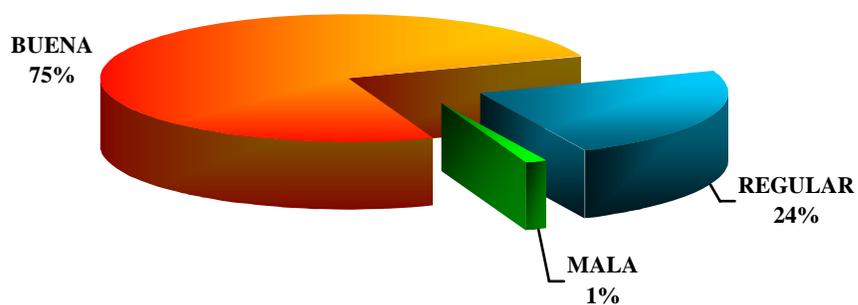
Distribución porcentual de la población según percepción de la satisfacción usuaria con respecto al tiempo de espera para hora de atención. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.



La mayor cantidad de usuarios del KMR consideró que el tiempo de espera que transcurrió desde la instancia de la derivación al centro de salud hasta el momento de la atención por la Kimche es “Menor o igual a 1 semana” (46%). El 2do porcentaje mayor de usuarios consideró que fueron atendidos inmediatamente al momento de la derivación por médico (21%). El menor porcentaje de usuarios debió esperar cerca del mes por atención (14%).

GRAFICO 22:

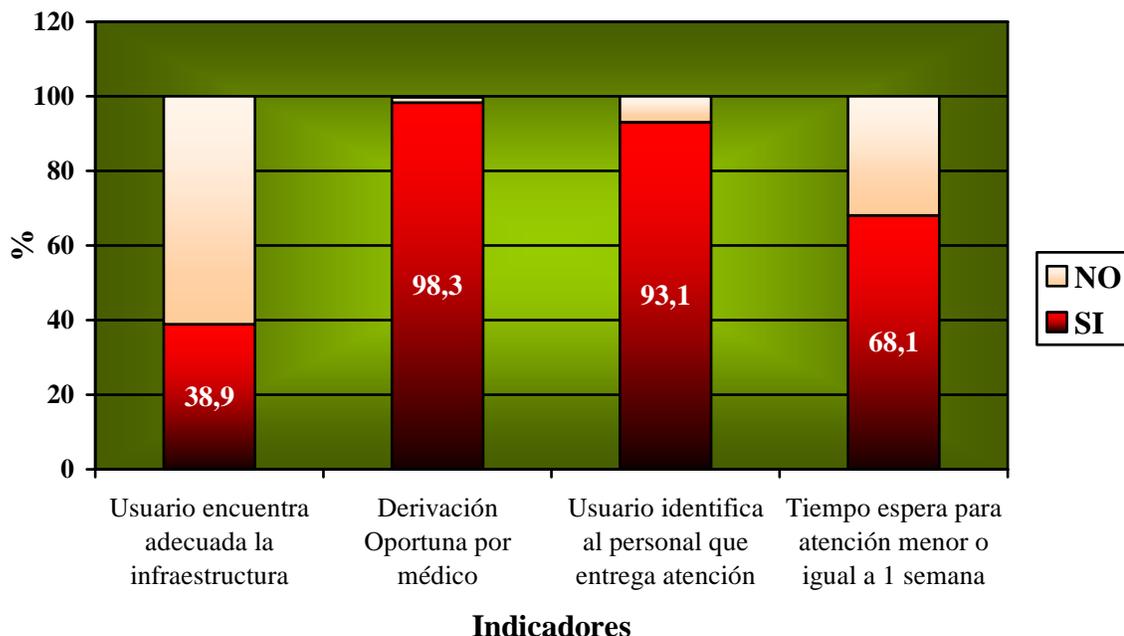
Distribución porcentual de la población según evaluación de la accesibilidad de la atención. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005



El 75% de los usuarios del Centro de Salud encuestados, calificaron como BUENA la evaluación de la accesibilidad de la atención según los criterios de evaluación que a continuación se analizan.

GRAFICO 23:

Distribución porcentual de la población según criterios utilizados en la evaluación de la accesibilidad en la atención por el usuario. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

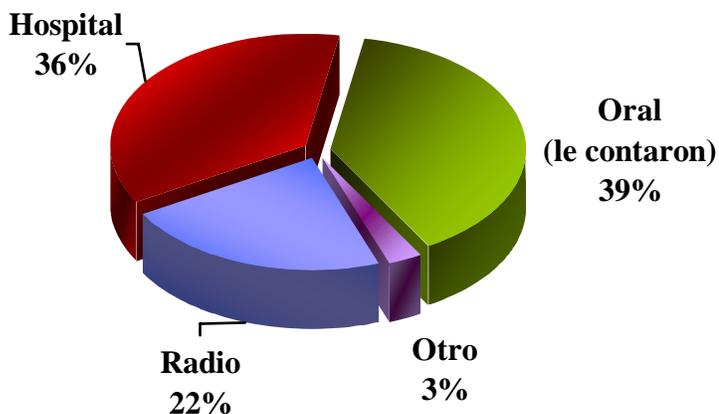


De los criterios de evaluación analizados para llevar a cabo la evaluación de la atención por el usuario, la valoración de la infraestructura se tradujo en el más bajo porcentaje (38,9%) debido principalmente a los problemas estructurales que encontraron los usuarios, tales como: la falta de espacio y asientos en la sala de espera, falta de lugar para realizar la acogida en el box de atención y acceso poco expedito al baño.

Cabe destacar el alto porcentaje que alcanzaron criterios como derivación oportuna por médico al KMR (98,3%) y la identificación del personal que entrega la atención en el Centro de Salud (93,1%).

GRAFICO 24:

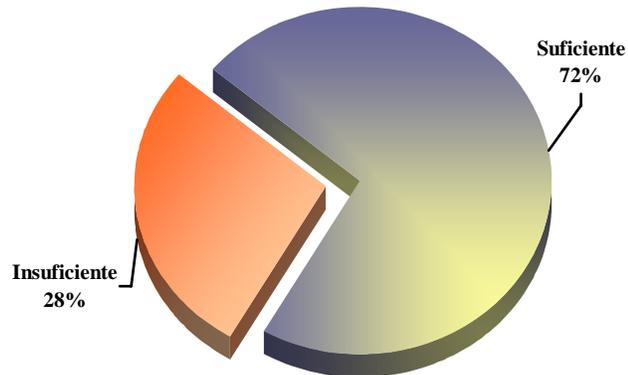
Distribución porcentual de la población según percepción de la satisfacción usuaria con respecto al medio de información sobre la existencia del centro de salud. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.



Según la percepción en los usuarios encuestados, el mayor porcentaje de éstos se enteraron de la existencia del KMR por vía oral (39%), es decir, por una tercera persona en una instancia informal; le siguen aquellos usuarios que se enteraron por medio del hospital (36%) mediante afiches o porque algún agente de salud le dio a conocer el proyecto o lo derivó a éste. El 22% se enteró mediante la radio, por avisos en programas locales.

GRAFICO 25:

Distribución porcentual de la población según percepción de la satisfacción usuaria con respecto a las características de la información entregada por el médico sobre existencia del KMR. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

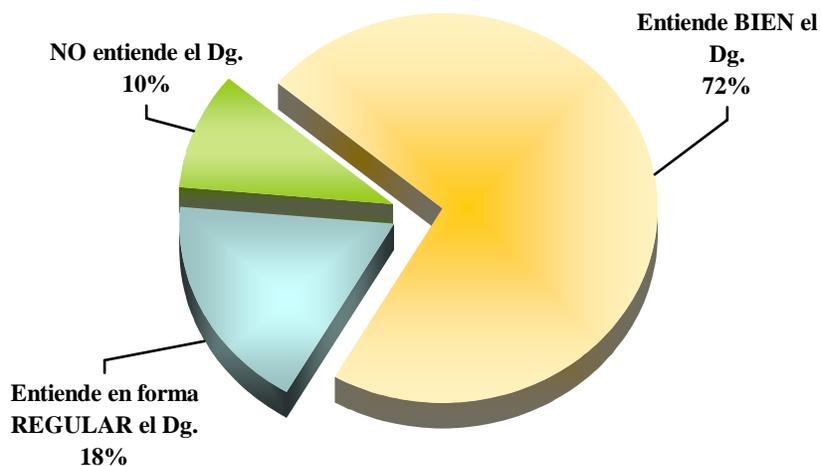


El 72% de los usuarios encuestados encontró que la información sobre existencia y funcionamiento del centro de salud “Kume Mongen Ruka” entregada por el médico, en el momento de la derivación a ésta instancia, era suficiente y satisfacía las necesidades del usuario en el momento de la atención.

6.3.- PERCEPCION USUARIA EN EL MOMENTO DE LA ATENCION.

GRAFICO 26:

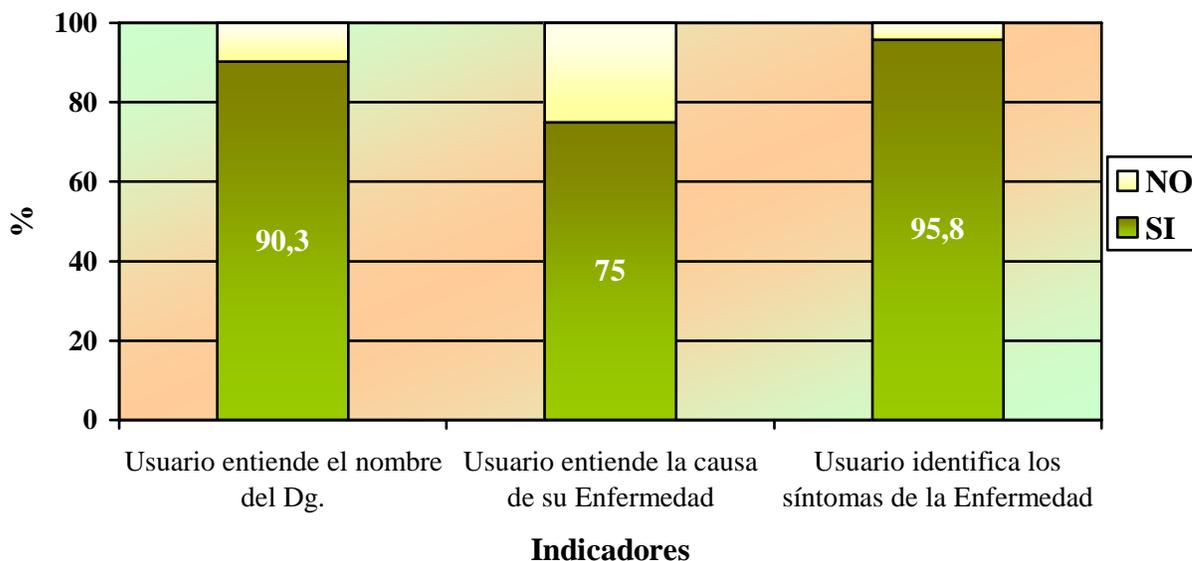
Distribución porcentual de la población según percepción de la satisfacción usuaria con respecto a comprensión del diagnóstico en cosmovisión mapuche dado por la cultura. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.



La mayoría de los usuarios encuestados Entiende BIEN el diagnóstico (72%) tomando en cuenta el cumplimiento de los criterios de evaluación establecidos para evaluar éste ítem. El 18% correspondiente a usuarios que Entienden en forma REGULAR el diagnóstico, se refiere mayoritariamente a no haber recibido información o entendido la “causa de su enfermedad”. Los criterios de evaluación se presentan a continuación.

GRAFICO 27:

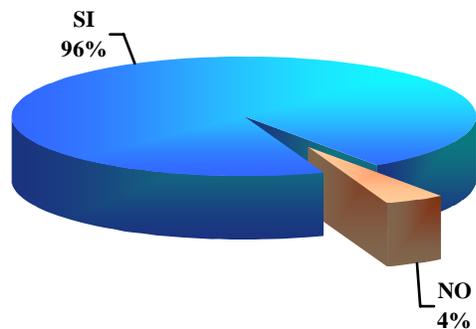
Distribución porcentual de la población según criterios utilizados para evaluar la comprensión del diagnostico en cosmovisión mapuche, dado por la cultura. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.



De los criterios de evaluación utilizados para valorar la comprensión del diagnóstico según cosmovisión Mapuche en el usuario, la evaluación de “comprensión de causa de la enfermedad” obtuvo el más bajo porcentaje (75%). Se identificó que la mayoría de los usuarios entendió el “nombre del diagnóstico” (90,3%) e identificó los síntomas de la enfermedad (95,8%).

GRAFICO 28:

Distribución porcentual de la población según percepción de la satisfacción usuaria con respecto a entrega al usuario de indicaciones prescritas por la cultura. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

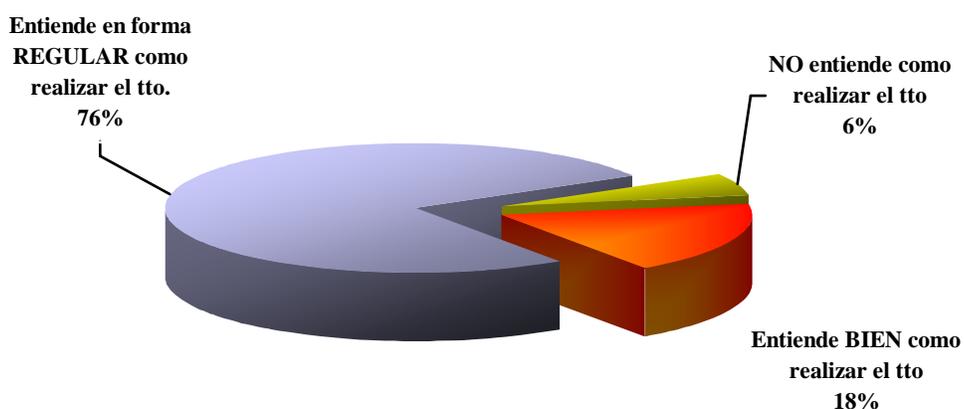


De los usuarios encuestados, al 96% le explicaron cual era el tratamiento a seguir para tratar su enfermedad; solo el 4% refirió no haber recibido información al respecto.

6.4.- PERCEPCION USUARIA SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO.

GRAFICO 29:

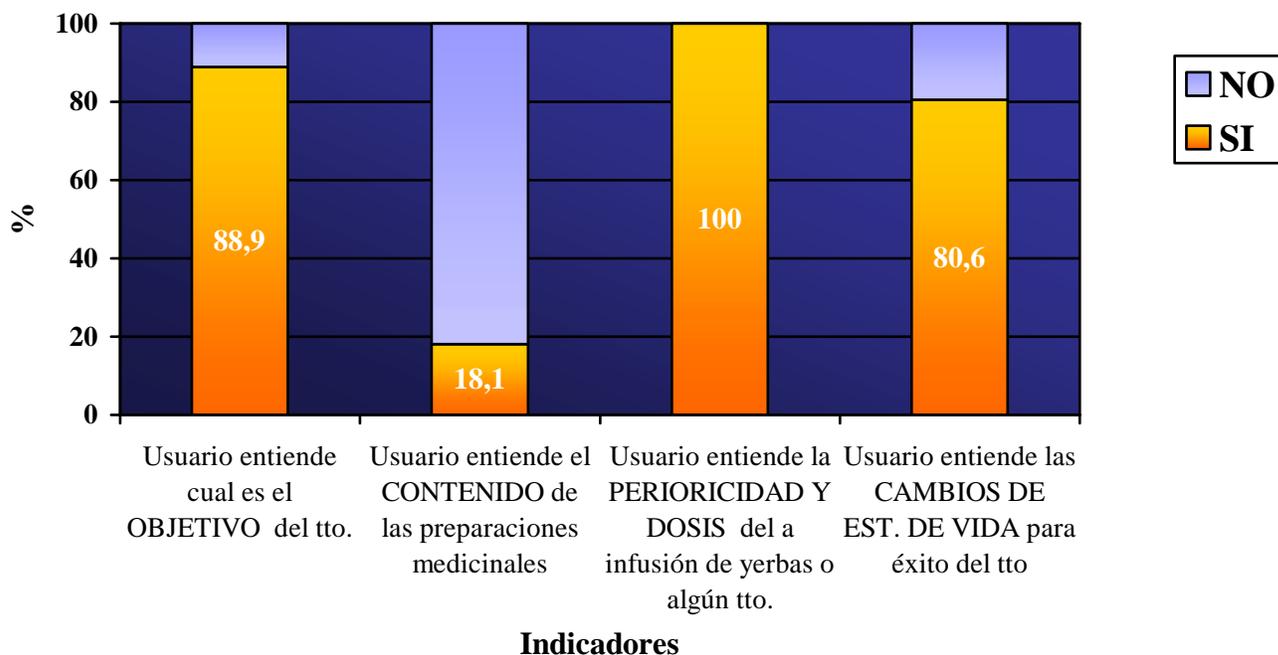
Distribución porcentual de la población según comprensión del usuario de las indicaciones del tratamiento medicinal prescrito por la cultora. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.



La mayoría de los Usuarios encuestados entendió en forma REGULAR como realizar el tratamiento (76%). Es importante destacar el bajo porcentaje de usuarios que entendieron BIEN el diagnóstico (18%) y aquellos que NO ENTENDIERON (6%). En el siguiente gráfico se presentan los criterios de evaluación utilizados en el análisis de ésta variable.

GRAFICO 30:

Distribución porcentual de la población según criterios utilizados para evaluar la comprensión del usuario de las indicaciones del tratamiento medicinal prescrito por la cultura. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

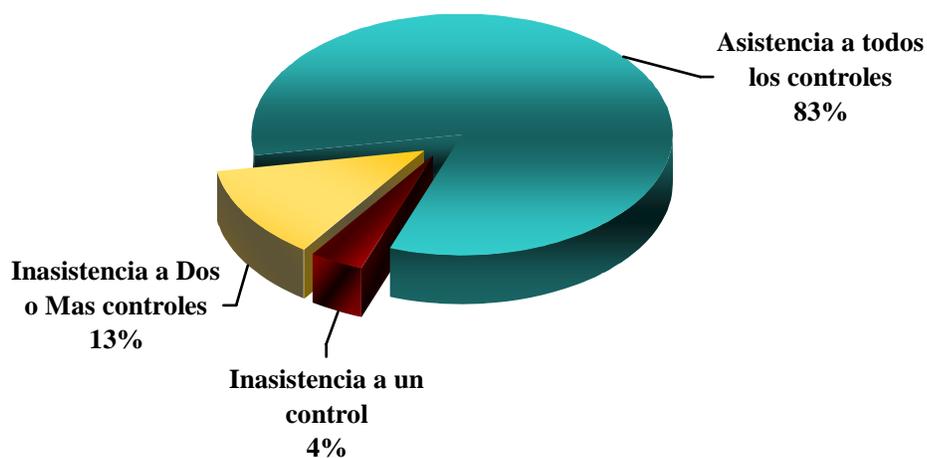


De los criterios de evaluación utilizados para valorar si el usuario comprende la forma de realizar el tratamiento medicinal, los más altos porcentajes fueron alcanzados por criterios como: “Usuario entiende la PERIODICIDAD Y DOSIS de la infusión de yerbas o algún tratamiento” (100%), “Usuario entiende cual es el OBJETIVO del tratamiento” (88,9%) y “Usuario entiende los CAMBIOS DE EST. DE VIDA para éxito del tratamiento” (80,6%). Es importante destacar el bajo porcentaje alcanzado por el criterio: “Usuario entiende el CONTENIDO de las preparaciones medicinales” (18,1%), pues coincide con la tradición oral, reserva y legado místico que mantienen los cultores de este tipo de medicinas tradicionales.

6.5.- PERCEPCION USUARIA CON RESPECTO A LA ASISTENCIA A CONTROLES Y ADHESION AL TRATAMIENTO.

GRAFICO 31:

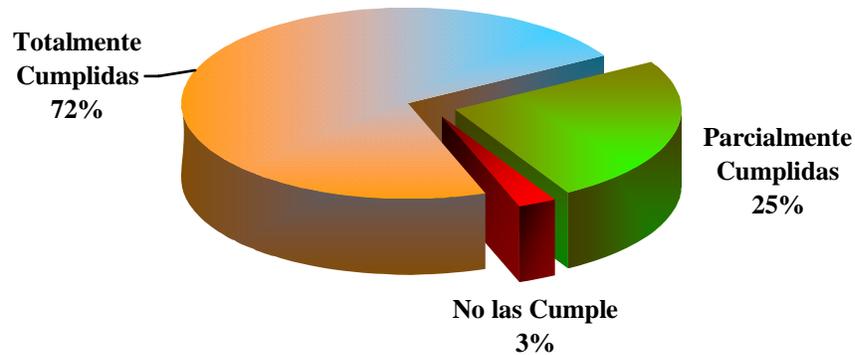
Distribución porcentual de la población en relación a asistencia a controles. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005



Entre los usuarios encuestados el 83% asistió a todos los controles luego de indicado el tratamiento, hay que destacar que no hay numero fijo de controles, es subjetivo para cada usuario. El 13% refiere Inasistencia a dos o más controles y el 4% refiere inasistencia a un control.

GRAFICO 32:

Distribución porcentual de la población según grado de satisfacción usuaria con respecto a cumplimiento de las indicaciones del tratamiento prescrito por la cultora. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

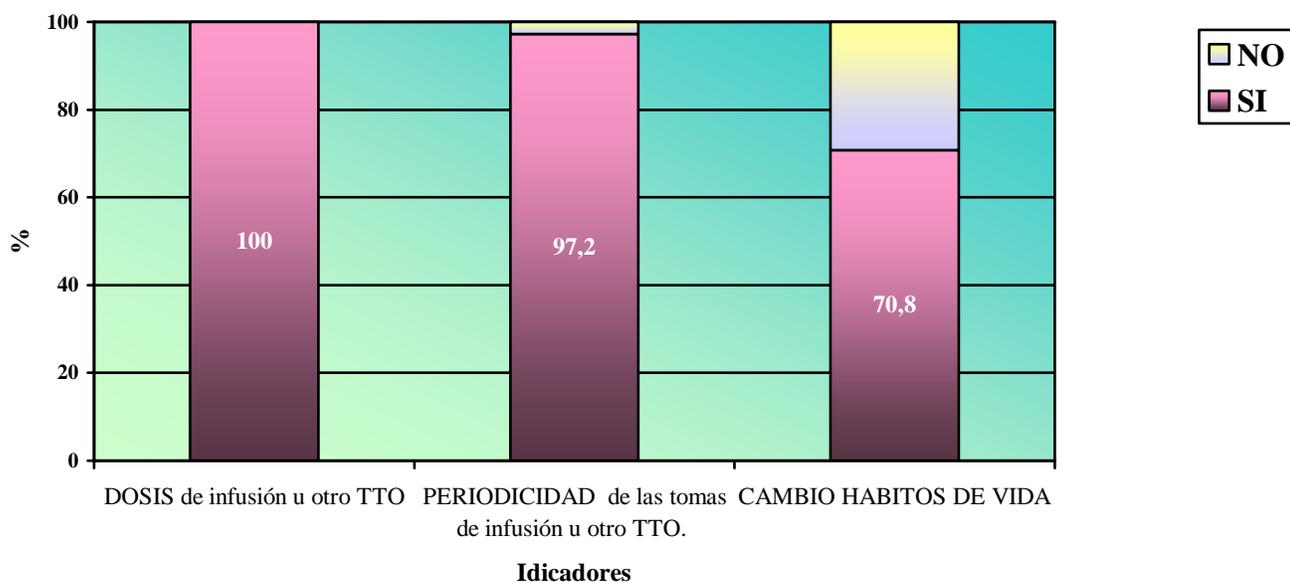


De los Usuarios encuestados la gran mayoría CUMPLIO TOTALMENTE las indicaciones del tratamiento medicinal (72%); EL 25% CUMPLIO PACRIALMENTE las indicaciones y el 3% NO CUMPLIO las indicaciones.

Los resultados obtenidos demuestran la buena adherencia al tratamiento medicinal que obtuvieron los usuarios atendidos en el KMR.

GRAFICO 33:

**Distribución porcentual de la población según criterios utilizados para evaluar el cumplimiento de las indicaciones del tratamiento prescrito por la cultora.
Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.**

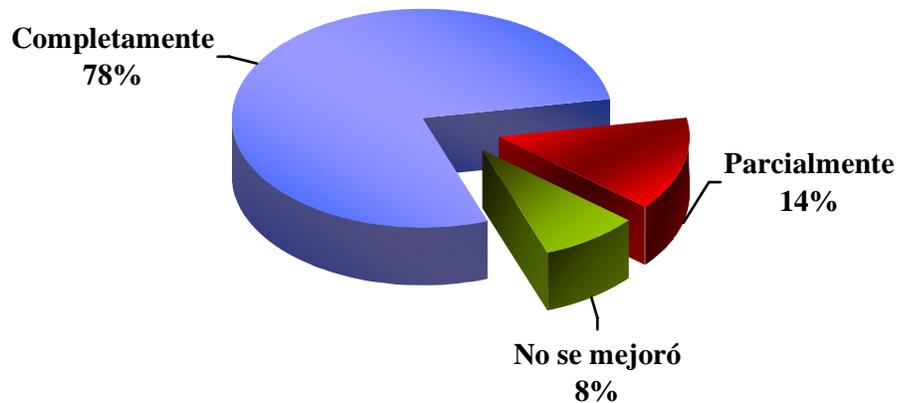


Entre los indicadores utilizados para evaluar el cumplimiento de las indicaciones del tratamiento prescrito por la cultora, el mayor puntaje del 100% de los usuarios, fue alcanzado por la conducta de “cumplir con las DOSIS de infusión u otro tratamiento”, seguido de la conducta de la “PERIODICIDAD de las tomas de infusión u otro tto” (97,2%). El más bajo puntaje lo alcanzó la conducta de “CAMBIO HABITOS DE VIDA” con un 70,8%, que a pesar de no ser un porcentaje significativamente inferior, deja de manifiesto lo difícil que es en usuarios realizar este cambio de conducta, a pesar de la identificación cultural que éstos tengan con la practica medicinal.

6.6.- PERCEPCION USUARIA CON RESPECTO A MEJORIA DE SINTOMAS Y/O RECUPERACION

GRAFICO 34:

Distribución porcentual de la población según grado de satisfacción usuaria con respecto a percepción de la eficacia del tratamiento en mejorar los síntomas o recuperar la enfermedad. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

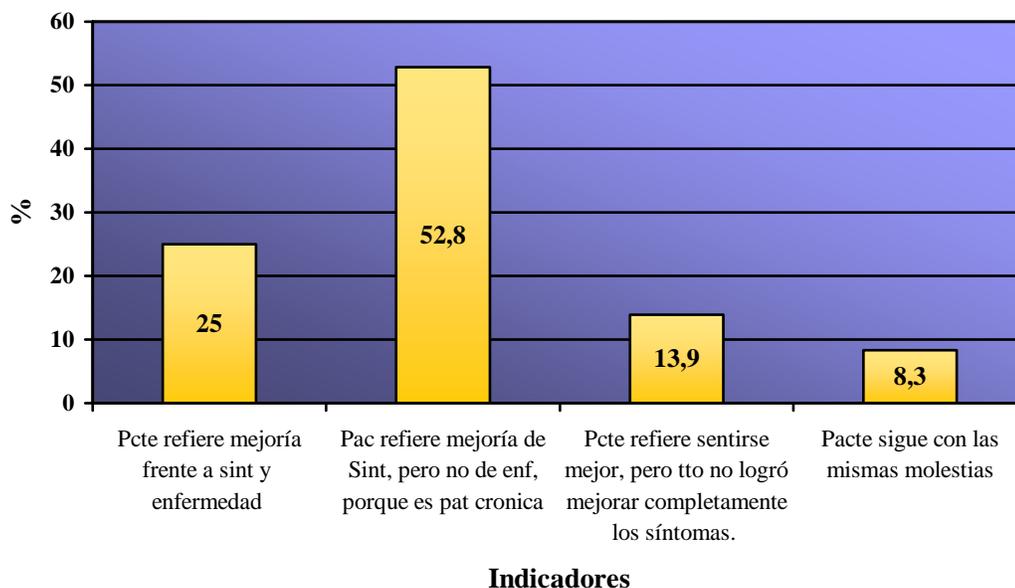


De los usuarios encuestados, el 78% refirió haberse mejorado completamente de los síntomas o recuperado de su enfermedad, el 14% refirió sentir una mejoría parcial y el 8% refirió no haber sentido ningún tipo de mejoría.

La mejoría de síntomas, se refiere al haber limitado parcial o totalmente las molestias de una determinada patología, que en la mayoría de los casos era crónica.

GRAFICO 35:

Distribución porcentual de la población según criterios utilizados para evaluar la percepción de la eficacia del tratamiento en mejorar los síntomas o recuperar la enfermedad. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

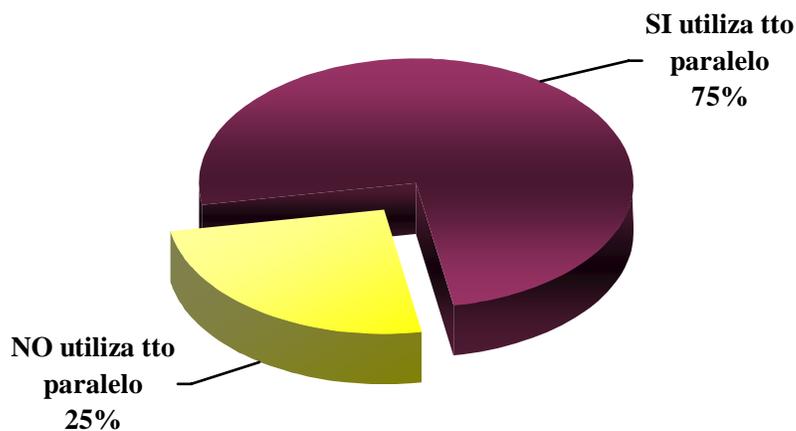


En los indicadores para evaluar la eficacia del tratamiento en mejorar los síntomas o recuperar la enfermedad, la mayoría de los usuarios refiere que el tratamiento logró mejorar los síntomas, pero no la enfermedad debido a que ésta es una patología crónica (52,8%). La 2da mayoría la obtienen usuarios que refieren que el tratamiento entregado en el KMR logró mejoría frente a los síntomas y a la enfermedad (25%); seguido por el 13,9% de usuarios que opinaron que el tratamiento logró que se sintieran mejor, pero no logró mejorar completamente los síntomas. Tan solo un 8,3% de los Usuarios refiere que sigue con las mismas molestias que antes de comenzar el tratamiento.

6.7.- PERCEPCION USUARIA CON RESPECTO A LA EXISTENCIA DE TRATAMIENTO PARALELO (INDIC. MEDICA) AL ENTREGADO POR LA CULTORA:

GRAFICO 36:

Distribución porcentual de la población en relación a utilización de tratamiento paralelo (prescrito por médico) al entregado por el centro de salud. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

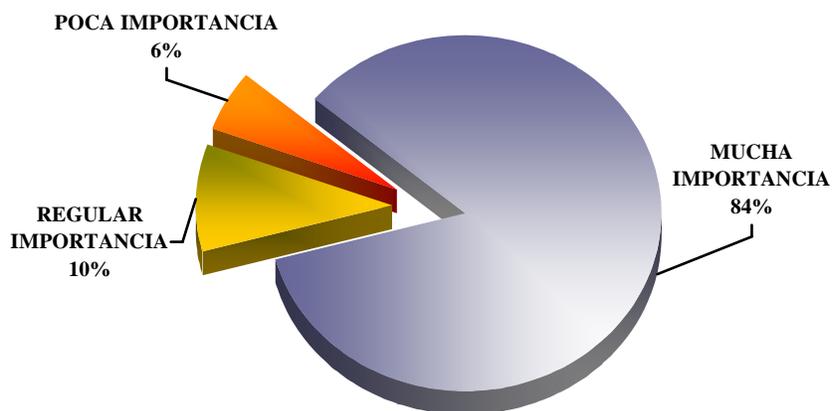


El 75% de los Usuarios encuestados refiere utilizar tratamiento paralelo, indicado por médico en el sistema de salud oficial, al entregado por la cultora. Un 25% refiere no utilizar tratamiento paralelo, sólo el entregado por la cultora.

6.8.- PERCEPCION USUARIA CON RESPECTO A LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN MEJORAR SINTOMAS Y/O RECUPERAR LA ENFERMEDAD.

GRAFICO 37:

Distribución porcentual de la población según percepción usuaria con respecto a importancia de acceder a tratamiento alternativo para recuperar o limitar los síntomas de la enfermedad. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005.

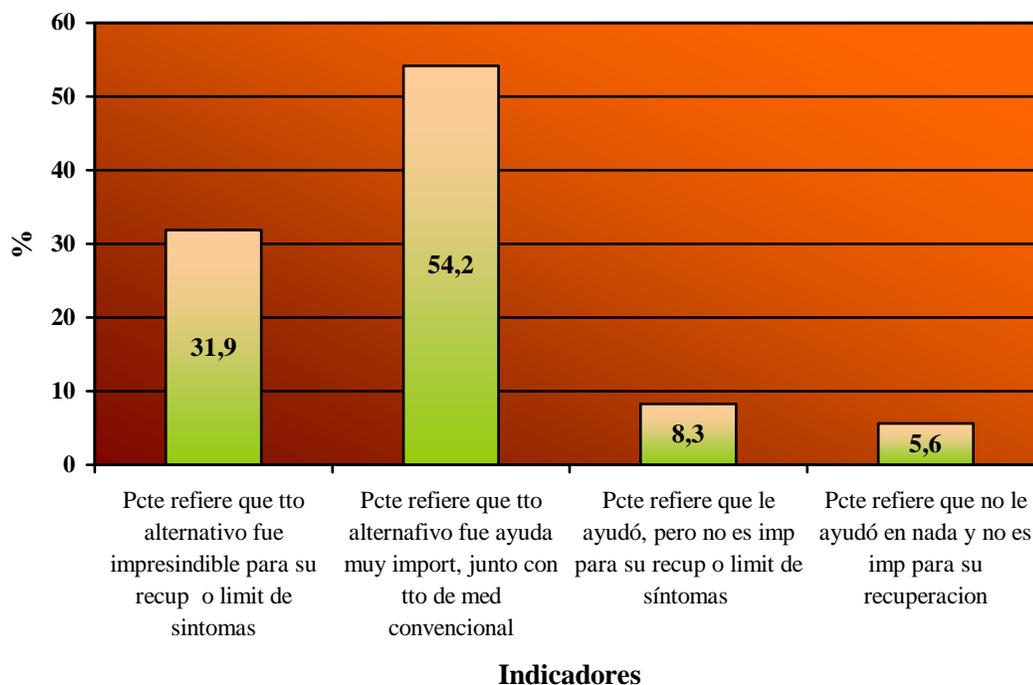


De los Usuarios encuestados el 84% refiere que es de MUCHA IMPORTANCIA acceder al tratamiento alternativo para recuperar o limitar los síntomas de la enfermedad; un 10% refiere que es de REGULAR IMPORTANCIA y el 6% refiere que tiene POCA IMPORTANCIA este tipo de tratamiento.

Para evaluar esta variable se consideraron los siguientes indicadores:

GRAFICO 38:

Distribución porcentual de la población según criterios utilizados para evaluar la percepción sobre la importancia de acceder a tratamiento alternativo para mejorar los síntomas o recuperar la enfermedad. Usuarios del Centro de Salud KMR. Lanco, 2005



En los Usuarios encuestados se observa que el 54,2% opinó que el tratamiento alternativo fue una ayuda muy importante, junto con el tratamiento de medicina convencional; el 31,9% refirió que el tratamiento alternativo fue imprescindible para su recuperación o limitación de los síntomas; el 8,3% refirió que el tratamiento alternativo le ayudó en su recuperación o limitación de síntomas, pero no tienen importancia; y el 5,6% de los Usuarios refirió que el tratamiento alternativo no le ayudó en nada y no es importante.

Es importante destacar que la mayoría de los usuarios encuestados (86,1%) le presta relevancia al tratamiento entregado por la cultura en la recuperación del proceso Salud-Enfermedad.

6. DISCUSION.

De las variables analizadas anteriormente se desprenden los resultados obtenidos según los objetivos de la investigación, así se logró obtener el perfil y grado de satisfacción del usuario externo del centro de salud. A continuación se presenta, según orden de análisis de los resultados, la discusión de la investigación.

PERFIL DE USUARIO EXTERNO DEL CENTRO DE SALUD KUME MONGEN RUKA.

A.- Perfil Sociodemográfico del usuario.

Entre los usuarios que obtuvieron atención y fueron encuestados, la mayoría corresponde al grupo etareo de “Adulthood Media” (54,2%), distribuidos entre los decenios de 41 y 50 años (27,8%); y los 51 y 60 años (26,4%). El otro grupo etareo que obtuvo gran cantidad de atención es el de Adultos Mayores (26,4%).

Es importante mencionar que tanto en la adultez media como en la adultez mayor se experimenta gran cantidad de cambios físicos, cambios en la sexualidad y mayor fragilidad ante el stress; lo que se traduce en asumir estilos de vida más saludables y a la vez a buscar nuevas alternativas de salud. Por otra parte, se denota en esta etapa un arraigo a las raíces culturales, así se busca concebir al sistema médico desde una antropología sociocultural, buscando diversos agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad y practicas “alternativas” al servicio de la salud individual y colectiva.

En los resultados arrojados en esta investigación se evidenció que la mayoría de los usuarios encuestados que obtuvieron atención en el Centro de Salud KMR corresponden al sector urbano de la comuna (73,6%) y solo un 26,4% corresponde al sector rural. Se debe principalmente a que el Centro de Salud se encontraba en la ciudad de Lanco y no en un sector más rural o cercano a las comunidades; es por esta razón que el acceso a la atención era más expedito a usuarios del sector urbano. Por otra parte, el tema migratorio no deja de ser relevante, ya que según el último censo en el año 2002 se observó gran migración de población indígena a centros urbanos cercanos a su lugar de origen, en este fenómeno la X región ocupa el 3er lugar de mayor migración de usuarios de etnia mapuche a sectores urbanos.

Con respecto al análisis sobre previsión para acceder a prestaciones en el Centro de Salud KMR, la mayoría de los usuarios encuestados corresponden a FONASA tramo A (56,9%), seguido por el grupo B (37,5%). En las entrevistas, la gran mayoría de usuarios refirió que accedía a prestaciones de salud mediante el Bono de Gratuidad en la atención que entregan en el establecimiento hospitalario de Lanco. Al hacer un paralelo a nivel nacional nos encontramos con que la mayoría de mapuches que viven en sectores rurales o alejados de las grandes urbes son población de escasos recursos. Por otra parte, este resultado se ajusta a uno de los objetivos al impulsar el Centro de Salud que es el que usuarios que no cuenten con medios para acceder a medicina intercultural por falta de recursos puedan hacerlo en forma gratuita ya que los insumos y el costo de la atención serían financiados por instituciones gubernamentales.

Según los resultados obtenidos, con respecto a educación, la mitad de los usuarios encuestados que recibieron atención tienen una escolaridad Básica Incompleta (50%), seguido por aquellos que terminaron su enseñanza Básica (16,7%); no se encontraron usuarios con educación superior incompleta. Comparando con los porcentajes a nivel nacional, la tasa de analfabetismo y deserción escolar es alta en población indígena. Según los datos del Censo 2002 se desprende que el 70% de los indígenas son menores de 39 años y que tienen un promedio de escolaridad de 8,5 años; y que la deserción, particularmente entre los mapuche, es alta. Entre la educación básica y media, un 30% abandona la escuela.

Para interpretar en forma correcta los resultados obtenidos en este estudio, con respecto a escolaridad de los usuarios, debemos considerar también la brecha generacional que existe entre ellos, ya que la mayoría de los usuarios tienen 41 años y más, los avances en educación tanto en cantidad como en calidad eran bastante menores hace 50 años atrás, comparados con los que encontramos hoy.

B.- Perfil étnico del usuario y participación en comunidades Mapuches.

Respecto a la identificación usuaria la mayoría de usuarios encuestados que recibieron atención en la “Kume Mongen Ruka” no se identifican con la etnia Mapuche, siendo Chilenos No Mapuches (67%). El 33% de los usuarios se consideran Mapuches. Llama la atención que siendo la KMR un proyecto presentado por las mismas comunidades, tomando en cuenta sus necesidades, los usuarios se identifiquen mayoritariamente como No Mapuches. En realidad, podemos concluir que la salud intercultural o “alternativa” no sea tan solo inquietud de individuos pertenecientes a una etnia en particular, sino que es una necesidad de los usuarios del sistema de salud en general.

Considerando la participación de los usuarios Mapuches en sus comunidades, la mayor parte de ellos Participa en forma Activa (47,8%). El 13% de la población Mapuche participa en forma pasiva, es decir participa ocasionalmente en actividades de las comunidades pertenecientes a la etnia y el 39,1% No Participa o no se identifica con alguna comunidad Mapuche. Este resultado se ve influenciado debido a que las mismas comunidades fueron las que llevaron a cabo el proyecto de la KMR, es por eso que los porcentajes de población con

respecto a la participación comunitaria, sea activa o pasiva, corresponde a la mayoría de los usuarios Mapuches.

C.- Perfil Familiar.

Según los resultados arrojados por las encuestas de acuerdo con el perfil familiar de los usuarios del centro de salud KMR, el porcentaje mayor de usuarios pertenece a familias que se encuentran en la etapa post-parental (34,7%), seguida de familias en etapa de plataforma de lanzamiento e hijos adolescentes (25%). Esta información coincide con eventos normativos en individuos que se encuentran entre los rangos de edad descritos anteriormente. Con respecto a el tipo de familia, el mayor porcentaje de usuarios encuestados que obtuvieron atención pertenecen a familias nucleares (43,1%), es decir, familias conyugales con hijos solteros; Madre o Padre con hijos, de siguen familias extendidas (22,2%), que corresponden a familia conyugal, con hijos o sin ellos y otros parientes que convivan en forma conjunta. Cabe importancia también el gran porcentaje de usuarios que viven solos (9,7%).

En el perfil familiar de los usuarios con respecto al rol del cuidador familiar, la mayoría de los encuestados refirió a la “Madre” de la familia con un 81%, le seguían la “Hija” y la “Abuela”. Es importante analizar en este punto ya que el rol de la mujer como cuidadora y encargada de entregar los referentes de salud en la familia, tanto para familias “Mapuches” como “No Mapuches”, corresponde a una herencia social que se establece tanto en la cultura occidental como en las etnias latinoamericanas.

D.- Perfil de Morbilidad.

El perfil de morbilidad de los usuarios, considerando la distribución porcentual de las patologías crónicas concomitantes, coincide con el perfil epidemiológico de país y además con el perfil de edad de los usuarios. La patología de mayor prevalencia entre usuarios es la HTA (29,2%) y la Diabetes tipo 1 y 2 (12,5%). Es importante mencionar que la mayoría de las veces existe más de una patología concomitante. En “otras patologías” se mencionan principalmente las patologías osteomusculares, neurológicas y digestivas, según orden de importancia.

En relación al perfil de morbilidad de los usuarios, considerando patologías según cosmovisión Mapuche, las patologías mayormente identificadas corresponden a “Enfriamiento” (31,9%) y a “Sobrepeso” (22,2%). Estos diagnósticos son identificados por la Cultura en el momento de la primera consulta, analizando la orina del paciente y tomando en cuenta la sintomatología descrita por éste. El “Enfriamiento” se refiere a un conjunto de molestias que tienen su causa en exposición recurrente a temperaturas bajas; el “Sobrepeso” se identifica solo en mujeres y tiene relación con síntomas y molestias ocasionadas por un embarazo mal cuidado. Otras patologías según cosmovisión Mapuche identificadas corresponden a Enfermedad a los Huesos, Enfermedad a la Sangre y Mala Circulación. Es importante señalar que el nombre de las distintas enfermedades corresponde a la cosmovisión Mapuche local y son propias de cultores del lugar, ya que pueden existir otras formas de llamar a las distintas enfermedades en otros lugares de la región.

GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO DEL CENTRO DE SALUD KUME MONGEN RUKA.

A.- Percepción usuaria con respecto a la infraestructura del centro de salud.

Para realizar un análisis de la satisfacción usuaria con respecto a la infraestructura del Centro de Salud, se consideró hacer un análisis de cada dependencia de éste. Con éste motivo se tomaron en cuenta dependencias a disposición de los usuarios como: sala de espera, box de atención, baño y además la calefacción.

Con respecto a la Sala de Espera del Centro de Salud KMR, la mayoría de los usuarios consideraron que era “poco adecuada” (47%), seguida por los usuarios que la encontraron “medianamente adecuada” (31%). Estos resultados se deben principalmente a que la mayoría de los usuarios encontraron que el espacio de la Sala de Espera NO era amplio y no contaba con espacio suficiente para cubrir las necesidades de éstos; y además que la cantidad de asientos disponibles no era suficiente. Criterios como señalética adecuada, higiene del lugar e iluminación adecuada se consideran satisfechos.

Los resultados arrojados con respecto a la sala de espera, difiere bastante en lo investigado del Hospital “Makewe”, ya que éste cuenta con implementación de espacio suficiente y facilita la interacción entre los usuarios que asisten a dicho hospital. En el hospital “Makewe” se organizan actividades y potencian costumbres como conversaciones en Mapudungun y el compartir alimentos en dependencias de la sala de espera. Como observación sería importante potenciar estas actividades y mejorar la infraestructura.

En relación al Box de Atención, gran parte de los usuarios consideraron que cubría en forma “adecuada” sus necesidades (86%), le siguen los que encontraron “medianamente adecuado” (10%). Según los criterios de evaluación, el que obtuvo más bajo puntaje fue el de “lugar adecuado para realizar la acogida” (90,3%) debido principalmente a que los usuarios refieren poca privacidad para establecer la acogida y la entrevista de acercamiento, ya que ésta se realiza en la entrada del box de atención o en instalaciones de la sala de espera. Criterios tales como: contar con instrumentos necesarios para realizar la atención, iluminación, higiene del lugar y privacidad contaron con más de un 95% de satisfacción.

El WC fue considerado en un 78% de los usuarios como “adecuado”, le siguen usuarios que encontraron “medianamente adecuado” (22%). El porcentaje tendió a bajar debido principalmente que los usuarios encontraron que el acceso a este servicio no era expedito, debido a su ubicación en un costado de la sala de espera, y además que existiera un solo baño para el alto flujo de pacientes.

Con respecto a la calefacción del Centro de Salud, la mayoría de los usuarios consideraron que era “suficiente” (93%), es decir, cumplía con los requerimientos o las necesidades de los usuarios.

B.- Percepción usuaria del acceso a la atención.

Consideramos al evaluar la satisfacción usuaria, con respecto al acceso a la atención, variables como: la identificación del personal que entrega la atención, tiempo de espera para la consulta, información entregada por el médico sobre existencia de la KMR y medio de información.

Con respecto a la identificación del personal que entrega la atención en el Centro de Salud, la mayoría de los usuarios SI identificaron al personal que entrega la atención (94%), es decir, identificaron el nombre de los funcionarios y además la función que cumple dentro del establecimiento. Es de mucha importancia tomar en cuenta éste resultado de las encuestas debido a que aparentemente en el sistema de salud formal o convencional ésta variable no alcanza porcentajes tan altos. Así, sería factible hacernos la pregunta del porque la relación funcionario - usuario sería más empática en estas practicas alternativas de salud?

En la variable analizada de “Tiempo de espera para hora de atención”, el tiempo que la mayor parte de los usuarios debieron considerar para obtener atención por la Kimche fue de “Menor o igual a una semana” (46%), se considera un tiempo de espera prudente y los usuarios se demostraron satisfechos. Le siguen usuarios que obtuvieron “Atención “Inmediata” (21%), es decir los usuarios eran atendidos por la Cultora inmediatamente después de haber sido derivado por médico. Se puede observar así que el sistema de derivación al KMR tenía un buen funcionamiento y que éste como policlínico daba abasto con la cantidad de usuarios atendidos.

La evaluación de la atención por los usuarios, considerando los parámetros establecidos con respecto a las variables analizadas anteriormente, se evaluó en un 75% como “Buena” y en un 24% como “Regular”. Cumpliéndose así los criterios de evaluación para esta variable en los siguientes porcentajes: “Usuario encuentra adecuada la infraestructura” (38,9%), el porcentaje se encuentra bajo la media debido a que las características del baño no fueron consideradas como adecuadas por los usuarios; “Derivación oportuna a médico” (98,3%); “Usuario identifica a personal que entrega la atención” (93,1%); y finalmente “Tiempo de espera para la atención menor o igual a 1 semana” (68,1%).

En su mayoría los usuarios evaluaron la accesibilidad a la atención en el Centro de Salud Kume Mongen Ruka como satisfactoria, en relación a infraestructura y acceso expedito a la atención.

En relación a el medio de información de la existencia del Centro de Salud KMR, la mayor parte de los usuarios encuestados se enteraron de la existencia del KMR por vía oral (39%), es decir por una tercera persona en una instancia informal. Le siguen los usuarios que se enteraron de la KMR por medio del hospital (36%) mediante afiches o porque algún agente de salud le dio a conocer el proyecto o lo derivó a éste. El 22% se enteró mediante la radio, por avisos en programas locales. Así podemos analizar que la mayoría de los usuarios se enteraron de la existencia del Centro de Salud, fue por alguna otra persona que les contó sobre

la existencia y atención de éste; deja de manifiesto la importancia que tiene en la memoria colectiva de los usuarios la opinión sobre existencia y atención en el Centro de Salud.

En el conducto regular para acceder a la atención de la Kimche en el Centro de Salud, el usuario debía ser derivado por el médico, éste profesional debía entregar información sobre funcionamiento del KMR y forma de llevar el tratamiento médico en forma paralela al tratamiento alternativo. Así el 72% de los usuarios consideraron Suficiente la información entregada por éste profesional y el 28% restante refirió no haber recibido la información suficiente, debido a distintos factores evaluados en forma subjetiva.

En relación a la derivación al Centro de Salud “Kume Mongen Ruka” por el médico, todos los usuarios encuestados refirieron que fue “Oportuna”, es decir, fueron derivados por el profesional con el formulario respectivo, inmediatamente después de la consulta médica.

Al analizar la variable sobre la importancia que le presta el usuario a la accesibilidad de la atención por la Kimche por medio del hospital, el 100% de éstos refirieron que era de “Mucha Importancia”. Comentaron principalmente que al tener la posibilidad de consultar por el hospital, facilitaba el acceso a usuarios de escasos recursos debido a que este tipo de medicina y tratamientos no suelen ser muy económicos en forma privada. Por otra parte, brinda mayor credibilidad y confianza a los usuarios la practica de la medicina alternativa de la mano con el sistema de salud oficial y también ayuda en empalzar más a éste último a la realidad cultural y social de los usuarios.

El acceso a la atención en la “Kume Mongen Ruka”, se sustenta solo de pacientes que ingresan por el policlínico del hospital, sería interesante proponer que se realice la derivación de usuarios desde otros establecimientos de la comuna, instruir a los profesionales en el desarrollo de un enfoque integral de lógica mapuche que produzca conocimiento para el abordaje de los problemas de salud que afectan a la persona, la familia y la comunidad, así poder trabajar en conjunto con la KMR, facilitar el acceso, trabajar abordando problemas de salud en conjunto y realizar una atención en red.

C.- Percepción usuaria en el momento de la atención.

La evaluación de la satisfacción usuaria en el momento de la atención, se basa principalmente en la comprensión por el usuario del diagnóstico entregado por la Cultura y el tratamiento a seguir.

Con respecto a la comprensión por el usuario de el diagnóstico entregado en el momento de la atención, la mayoría de los usuarios encuestados entienden BIEN el diagnóstico (72%), para analizar esta variable se tomaron en cuenta criterios de evaluación tales como: “usuario entiende el nombre del diagnóstico”, donde el 90,3% de los encuestados, si tubo comprensión de éste; “usuario entiende la causa de su enfermedad”, el 75% si comprendió la causa de sus molestias, corresponde al porcentaje más bajo de los criterios analizados; y por último “usuario identifica los síntomas de la enfermedad”, en que un 95,8% sí logró identificar o cumplir con éste criterio.

Es importante destacar en el análisis de esta variable el tipo y calidad de información entregada por la Cultora a usuarios sobre la enfermedad diagnosticada, ya que la gran mayoría de los usuarios logró tomar conocimiento y comprender cual era su problema, sin duda éste resultado se contrapone en forma garrafal a la percepción usuaria en el sistema de salud convencional, ya que basta preguntar en el pasillo de cualquier centro asistencial sobre cual es la enfermedad que aqueja a los usuarios y menos de la mitad sabrían explicarlo con seguridad. Ahora bien, debemos pensar si la comprensión de el diagnóstico y la explicación de éste se hace más fácil en salud intercultural porque éste asume y toma elementos propios de la cultura y vida de los usuarios, o interfieren otros elementos como el mayor tiempo dedicado para realizar la consulta médica.

En relación a la entrega de información sobre indicaciones prescritas por la cultora, a la mayoría de los usuarios se les entregó la información (96%). Queda claro que las indicaciones eran entregadas sobre todo en forma oral más que escrita. Elementos como comprensión y eficacia del tratamiento se analizarán mas adelante. En este punto es inevitable comparar la experiencia del hospital Makewe ya que el hospital entrega las indicaciones del tratamiento en forma bilingüe y además cuenta con una farmacia donde están presentes los medicamentos occidentales junto a productos elaborados con yerbas medicinales recolectadas en el territorio. Sería interesante incorporar ésta practica en la KMR, ya que potencia los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar; incorporando también indicaciones de medicamentos occidentales.

D.- Percepción usuaria según el nivel de conocimientos sobre el tratamiento.

Para realizar esta evaluación se consideró la comprensión por el usuario de las indicaciones del tratamiento.

Los resultados arrojados en las encuestas con respecto a la comprensión de los usuarios de las indicaciones del tratamiento prescrito por la cultora, muestran que la mayoría de los usuarios (76%) entendieron en forma REGULAR como realizar el tratamiento, mientras que tan solo el 18% lo entendió BIEN. Este resultado se debe principalmente a que en los criterios de evaluación la mayoría de los usuarios “comprenden cual es el objetivo del tratamiento” (88,9%); “entienden cual es la periodicidad y dosis de las infusiones” (100%) y “entienden los cambios del estilo de vida para éxito del tratamiento” (80,6%); pero no “comprenden el contenido de las preparaciones medicinales”, ya que alcanza un porcentaje de 18,1% de usuarios que cumplieron con el criterio. La razón de éste resultado se debe principalmente a que la preparación de las infusiones y la forma de realizar la medicina mapuche está inmersa dentro de un misticismo que lleva consigo una reserva y legado a través de generaciones de los cultores que practican de ésta medicina; información y habilidad que va pasando como herencia familiar entre padres e hijos.

Podemos agregar que según la información recogida en las visitas domiciliarias, los usuarios mencionaron que la Cultora informaba a grandes rasgos sobre el contenido de las infusiones y elementos de la terapia, pero no revelaba en forma detallada la información.

Como se menciona en el marco teórico la dimensión conceptual de los sistemas médicos está determinada por la cultura de los pacientes, así se encuentran respuestas culturalmente y socialmente aceptadas para la causa de la enfermedad y naturaleza de los tratamientos. Es así como se demuestra en los resultados la comprensión de las indicaciones por los usuarios alcanzando altos porcentajes en los criterios de evaluación antes descritos.

Se alcanza mayor credibilidad en las fuentes de validación que permite aceptar las explicaciones acerca de las causas de la enfermedad y cambios en el estilo de vida. Así concordamos que el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida de la conjunción de explicaciones entre profesionales y pacientes, en este caso demostrado por la relación usuario – paciente entre la Kimche y el usuario.

E.- Percepción usuaria con respecto a la asistencia a controles y adhesión al tratamiento.

La “Asistencia a los controles por los usuarios” se consideró también como una variable significativa para evaluar eficacia del tratamiento y continuidad en éste. El resultado arrojado fue que el 83% de los usuarios asistió a todos los controles indicados por la cultora, el 4% solo faltó a un control y el 13% a dos o más. El porcentaje de asistencia a todos los controles es bastante alto, deja de manifiesto el interés por los usuarios de seguir el tratamiento y su continuidad; una de las razones de ésta situación es que el tratamiento “alternativo” al ser intercultural, toma elementos propios de la cultura y vida de los usuarios, por lo tanto, logra mayor empatía, credibilidad y compromiso con éste. Es importante destacar que la cantidad de controles prescritos es subjetiva para cada usuario y no corresponde a una cantidad fija de consultas.

En relación al cumplimiento de las indicaciones del tratamiento prescrito por la cultora, en el 72% de los usuarios fueron “Totalmente cumplidas” y en el 25% “Parcialmente cumplidas”. En los criterios de evaluación analizados, en esta variable se observó que la mayoría de los usuarios, sobre el 97%, cumplieron con la “Dosis de infusión u otro Tto” y con la “Periodicidad de las tomas de infusión u otro Tto”.

En el 70,8% de los usuarios encuestados se observó un “cambio en el estilo de vida” para éxito del tratamiento”, éste porcentaje a pesar de no ser tan inferior, no deja de ser importante y significativo para entender lo difícil que es en usuarios realizar cambios de conducta, a pesar de la identificación cultural que éstos tengan con el tipo de medicina y lo empatizados que éstos se encuentren con la practica medicinal. A pesar del resultado queda de manifiesto la importancia que tiene la identificación de patrones culturales en la comprensión de los cuidados para realizar cambios en conductas que ponen en riesgo la salud.

F.- Percepción usuaria con respecto a mejoría de síntomas y/o recuperación.

La evaluación de los usuarios con respecto a la “Percepción de la eficacia del tratamiento en mejorar los síntomas o recuperar la enfermedad”, el 78% de los usuarios refirió que mejoró completamente de los síntomas o se recuperó de su enfermedad. El 14% refirió mejorar en forma parcial. De las alternativas propuestas para hacer el análisis y contestar la encuesta, la que obtuvo mayor porcentaje fue la alternativa de: “Paciente refiere mejoría de síntomas, pero no de enfermedad, porque es una patología crónica” con un 52,8%; la mejoría de síntomas se refiere al haber limitado parcial o totalmente las molestias de una determinada patología, pero no haberse recuperado de la enfermedad que muchas veces es crónica. Otra alternativa que obtuvo un porcentaje no despreciable fue: “Paciente refiere mejoría de síntomas y de la enfermedad” con un 25% de usuarios, éstos refieren que el tratamiento fue completamente eficaz y cumplió sus expectativas.

G.- Percepción usuaria con respecto a la existencia de tratamiento paralelo (ind. médica) al entregado por la cultura.

Con respecto a la variable: “utilización de tratamiento paralelo (prescrito por el medico) al entregado por el Centro de Salud”, el 75% de los usuarios SI utiliza tratamiento alternativo paralelo, debido principalmente que son pacientes crónicos (hipertensos, diabéticos, pat. osteomusculares, etc) que son derivados del consultorio u hospital. Es importante destacar que en la orientación entregada a los usuarios por los profesionales de estos establecimientos, previo a la derivación al KMR, se menciona que la medicina intercultural es un tto alternativo y que no pueden dejar el tratamiento farmacológico prescrito. El 25% de los usuarios NO utiliza tratamiento paralelo, es decir, solo ingirió preparaciones medicinales preparadas por la Kimche.

H.- Percepción usuaria con respecto a la importancia del tratamiento alternativo en mejorar síntomas y/o recuperar la enfermedad.

Finalmente en la variable analizada: “Importancia de acceder a tratamiento alternativo para recuperar o limitar los síntomas de la enfermedad”, el 84% de los usuarios que corresponde a la mayoría, refiere que es de “Mucha importancia” éste tipo de tratamientos. En las alternativas a considerar en las encuestas, éstos usuarios refirieron en un 54% que el “tratamiento alternativo fue una ayuda muy importante, junto con el tratamiento de medicina convencional” y el 31,9% refirió que “tratamiento alternativo fue imprescindible para su recuperación o limitar los síntomas de su enfermedad”.

El 10% de los usuarios refirió “Regular importancia” y tan solo el 6% de los usuarios, refirió “Poca importancia”.

Es inevitable darse cuenta de lo importante que es para estos usuarios poder acceder a éste tipo de medicina y además la importancia que tiene subjetivamente en la recuperación de su enfermedad o limitar los síntomas de ésta; hay que considerar que la evaluación es completamente subjetiva, pero no deja de tener credibilidad frente al bienestar del usuario y por esta razón, mayor credibilidad debería tener frente al sistema de salud convencional.

7. CONCLUSIONES.

La investigación realizada en el Centro de Salud “Kume Mongen Ruka” o “Casa de la Buena Salud” para conocer el perfil y la satisfacción usuaria arrojó las siguientes conclusiones:

El Perfil del usuario externo del Centro de Salud Kume Mongen Ruka corresponde a: Mujer de entre 40 a 60 años, que vive en el sector urbano de la comuna, no perteneciente a étnia Mapuche, FONASA tramo A y cuyo nivel de educación es Enseñanza básica incompleta. Es integrante de una Familia Nuclear en etapa post - parental, siendo ella el referente de salud para su familia. Este usuario se ve afectado principalmente por Enfriamiento o Sobrepeso y además presenta enfermedades crónicas concomitantes, prevalentes en el país como son Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, etc.

Con respecto a la Satisfacción del usuario externo, fue evaluada en relación a los siguientes ítems:

A.- Percepción usuaria con respecto a la infraestructura del centro de salud.

Encontraron poco Adecuada la Sala de Espera, debido al poco espacio y poca disponibilidad de asientos.

Con respecto al Box de Atención, el baño y la calefacción fueron evaluados como dependencias adecuadas para la atención usuaria. En el baño la principal observación fue el acceso poco expedito al servicio.

B.- Percepción usuaria del acceso a la atención.

En la identificación del personal que entrega la atención en el Centro de Salud, la mayoría de los usuarios SI identificaron al personal. Considerando aspectos como su nombre y función que cumple dentro del establecimiento.

El medio de información por el cual la mayoría de los usuarios se enteraron de la existencia del KMR fue por Vía Oral, es decir por una tercera persona en una instancia informal.

El usuario prestó “Mucha Importancia” a la accesibilidad de la atención por la Kimche por medio del hospital.

La derivación al Centro de Salud “Kume Mongen Ruka” por médico, se evaluó como “Oportuna”.

Las características de la información sobre la existencia del “Kume Mongen Ruka”, entregada por el médico, fue evaluada como Suficiente.

Al evaluar el tiempo de espera por hora de atención, la mayoría de los usuarios debieron esperar un tiempo de “menor o igual una semana” para la consulta con la Kimche.

Así la evaluación de la atención por el usuario fue evaluada en su mayoría como “Buena” tomando en cuenta el análisis de las variables consideradas anteriormente.

C.- Percepción usuaria en el momento de la atención.

En relación a la Satisfacción Usuaria en el momento de la atención, con respecto a la comprensión del diagnóstico y tratamiento. La mayoría de los usuarios entendieron “BIEN” el diagnóstico, tomando en cuenta los criterios de: nombre del diagnóstico, causa de la enfermedad e identificación de síntomas de ésta.

A la mayoría de los usuarios SI explicaron y entendieron cual era el tratamiento a seguir.

D.- Percepción usuaria según el nivel de conocimientos sobre el tratamiento.

La mayor parte de los usuarios entendió en forma REGULAR como realizar el tratamiento, debido principalmente a que la Cultora no explicó a la mayoría de los usuarios cual era el contenido de las preparaciones medicinales. Con respecto a la comprensión de los objetivos del tratamiento, periodicidad y dosis de la infusión de hierbas a consumir y los cambios del estilo de vida, se dieron por satisfechos los criterios de evaluación.

E.- Percepción usuaria con respecto a la asistencia a controles y adhesión al tratamiento.

Al evaluar el cumplimiento de las indicaciones del tratamiento, la gran parte de los usuarios logró que las indicaciones sean “totalmente cumplidas”, tomando en cuenta las dosis de cada toma de la infusión, la periodicidad en la toma de la infusión y los cambios de estilo de vida. Este último obtuvo un logro más bajo.

En la asistencia a controles por el usuario, se observó que en su gran mayoría los usuarios asistieron a todos los controles.

F.- Percepción usuaria con respecto a mejoría de síntomas y/o recuperación.

Al evaluar la eficacia del tratamiento en mejorar los síntomas o recuperar la enfermedad, gran parte de los usuarios refirió que se “mejoró completamente”, en relación a que el paciente refiere mejoría frente a síntomas y a la enfermedad; o el paciente refiere mejoría de los síntomas, pero no de la enfermedad, dado que ésta es una patología crónica.

G.- Percepción usuaria con respecto a la existencia de tratamiento paralelo (ind. médica) al entregado por la cultora.

La mayoría de los usuarios SI utiliza tratamiento paralelo (prescrito por el médico) el entregado por el Centro de Salud.

H.- Percepción usuaria con respecto a la importancia del tratamiento alternativo en mejorar síntomas y/o recuperar la enfermedad.

En el análisis de la importancia que le presta el usuario al uso de la medicina alternativa, se analizó la importancia de recibir tratamiento alternativo para la recuperación o para limitar los síntomas de la enfermedad. Así la mayoría de los usuarios refirieron MUCHA IMPORTANCIA, debido a que el tratamiento alternativo es una ayuda muy importante junto con el de medicina convencional, o que el tratamiento alternativo fue imprescindible para su recuperación o limitación de los síntomas.

De acuerdo a los resultados se demuestra la eficacia del tratamiento y adherencia de los usuarios al tratamiento prescrito. Los resultados que éstos manifiestan con respecto a la importancia del tratamiento alternativo es notable, se debe principalmente a que toma elementos de la cultura y así los cuidados en salud no le son tan ajenos a la realidad sociocultural.

Como alcance importante, poder decir que sería beneficioso para la “Kume Mongen Ruka” el implementar mejor la sala de espera, tanto en infraestructura, como en elementos o recursos sociales: promover conversaciones o charlas en Mapudungun, compartir alimentos, etc. Otro cambio significativo sería incluir el idioma Mapudungun en la entrega de indicaciones y tratamientos tanto Mapuches como occidentales. En este último punto sería relevante incluir la presencia de una enfermera con conocimientos culturales, para trabajar en conjunto y reforzar los cuidados en pacientes crónicos.

Como conclusión de esta investigación se puede afirmar el logro de la evaluación del proyecto de la “Kume Mongen Ruka” en aspectos relevantes para su funcionamiento y justificar su financiamiento.

8. PROYECCIONES DEL TRABAJO PARA ENFERMERIA Y LA SALUD DE LA POBLACION.

Cada individuo internaliza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias y desde el inicio del mundo éstas técnicas de alguna manera le han servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo.

Enfermería es una disciplina que busca satisfacer las necesidades de individuos en forma integral mediante el cuidado, cuya finalidad es proporcionar las herramientas para que los usuarios logren su propio autocuidado. Pero ¿Los cuidados que pretendemos entregar son realmente coherentes con la realidad que viven nuestros pacientes?; esta es una interrogante que como profesionales deberíamos cuestionarnos, sobre todo cuando nos enfrentamos a usuarios cuya realidad cultural es distinta, cuando la etnohistoria de éstos no se asemeja a la que estamos acostumbrados a ver, cuando nuestros usuarios nos hablan de un “empacho”, o un “enfriamiento”. En situaciones como éstas, erróneamente nos despojamos de una de las finalidades de nuestro quehacer: “satisfacer las necesidades centrados en el individuo”; y tratamos de dar respuesta a dichos fenómenos de salud mediante las herramientas que hemos adquirido por la Medicina Occidental y que coinciden más con responder a nosotros mismos que responder al usuario.

Las políticas nacionales de Salud en la actualidad han desarrollado un punto de vista pluriforme de nuestra realidad sociocultural, y es así como por medio del Programa Orígenes y Pueblos Indígenas se han impulsado proyectos y creado instancias que han dado lugar a un conocimiento de la medicina practicada por usuarios étnicamente distintos, como son los usuarios Mapuches. El proyecto impulsado en la comuna de Lanco en el centro de salud “Kume Mongen Ruka”, es pionero junto con el hospital Makewe en esta área, donde se intenta dar complementariedad en la atención de las dos medicinas, tanto la Mapuche como la Occidental, creando instancias de conversación e interacción entre profesionales y cultores tradicionales, para así lograr un mutuo aprendizaje sin quitar credibilidad a ambos quehaceres de sanación.

Como enfermeros del futuro, estamos llamados a tener un enfoque crítico de acuerdo a los cambios sociales y culturales que afectan a nuestra sociedad. Una sociedad globalizada con una medicina curativa más que preventiva cuya atención está centrada más en el desarrollo tecnológico que en el componente psicosocial de la enfermedad. Pero en una sociedad pluriforme y pluriétnica como es la nuestra, estamos invitados a adoptar otros puntos de vista

con respecto a las problemáticas de salud de nuestros usuarios, y es más, estamos obligados a crear instancias de conversación y entendimiento para lograr que nuestros cuidados se centren en el individuo.

Por otra parte, como profesionales de Enfermería la entrega del cuidado tiene mucho más de Mapuche que de Occidental, ya que dentro de nuestra disciplina hablamos de ver al hombre como un todo universal, un ser Biopsicosocial, y esto se acerca más de lo que nosotros mismos pensamos a la cosmovisión de persona que tienen el pueblo Mapuche.

Esta investigación tiene importancia para la evaluación del proyecto del Centro de Salud “Kume Mongen Ruka”, pero también aporta a la disciplina la riqueza de elaborar planes conjuntos con usuarios de otras etnias y poder conocer así la cosmovisión Mapuche de salud – enfermedad.

Al realizar este proyecto podríamos percatarnos de la importancia y el sentido de la medicina tradicional en el pueblo que la practica y recibe, que los usuarios logran mucho mejor adherencia a sus tratamientos y una mejorada aceptación de las terapias porque creen firmemente que van a sanar de su enfermedad. El sentido de credibilidad que tiene la medicina popular se enfrenta a la poca aceptación con que cuentan los tratamientos occidentales.

Espero que para los profesionales de salud que se interesen en éste tema, esta investigación sea una de las tantas instancias que existen de poder explorar la realidad sociocultural Mapuche; ayude a los profesionales de Enfermería a tomar conciencia de lo importante que es entregar *cuidados coherentes culturalmente* y trabajar por la conservación y respeto de estos *cuidados culturales* porque forman parte de la riqueza boietnica de nuestra población y del patrimonio cultural y social de nuestro país.

9. BIBLIOGRAFIA.

1. **BOETTCHER, B.; J. Antiao; J. Silva. 2006.** *Reconocimiento de la Diversidad Cultural en el Sistema Publico Chileno hacia la Consolidación de una Experiencia Piloto en el Centro de Salud “Kume Mongen Ruka” Hospital Comuna de Lanco.* Tesina Diplomado gestión Pública de Pueblos Indígenas e Interculturalidad. Universidad Tecnológica Metropolitana. Santiago, Chile.
2. **MARRINER y Raile. 1999.** *Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta edición.* Ed. Harcourt Brace. España.
3. **SALAS, C. 2005.** *El significado de la Hospitalización para el Paciente Descendiente de la Etnia Mapuche en el Marco del Programa de Salud y Pueblos Indígenas.* Tesis Licenciatura en Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.
4. **URIBE, P. 1992.** *Redacción de Referencias Bibliográficas en Educación.* Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

Referencias Electrónicas:

5. **ALARCON M; Aldo Vidal H., Jaime Neira Rozas.** SALUD INTERCULTURAL: ELEMENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE SUS BASES CONCEPTUALES
Revista Medica de Chile v.131 n.9 Santiago sep. 2003
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&nrm=iso
Citado el 19 de Abril del 2006
6. **GISSI, N.** UNIVERSIDAD DE CHILE, FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO, FACULTAD DE URBANISMO.
REVISTA DE URBANISMO N° 9, MARZO 2004. ISSN 0717-5051
Disponible en:
http://revistaurbanismo.uchile.cl/CDA/urb_simple/0,1310,SCID%253D6421%2526ISID%253D315%2526IDG%253D2%2526ACT%253D0%2526PRT%253D6418,00.html
Citado el 29 de Diciembre del 2007

- 7. IBACACHE, J. 2000. MODELO DE ATENCION DE SALUD INTEGRAL EN EL HOSPITAL MAKEWE, Servicio Salud Araucanía Sur, 2000.**
Disponible en: <http://www.xs4all.nl/~rehue/art/iba2.html>
Citado el 24 de abril del 2006.
- 8. MODULO: INTRODUCCION A LA SALUD FAMILIAR.**
CURSO ESPECIAL DE POSTGRADO EN GESTION LOCAL DE SALUD
Disponible en: <http://www.cendeisss.sa.cr/modulos/modulo11.pdf>
Citado el 22 de abril del 2006.
- 9. PROGRAMA DE TRABAJO EN SALUD CON POBLACION MAPUCHE Y HERBOLAREA MEDICINAL**
Ivone Jelves.
Disponible en:
<http://www.estudiosindigenas.cl/.../PROGRAMA%20DE%20TRABAJO%20EN%20SALUD%20CON%20POBHERBOLARIA%20MEDICINAL.pdf>
Citado el 23 de abril del 2006.
- 10. REALIDAD SOCIAL DE PUEBLOS INDÍGENAS EN CHILE - CENSO 2002**
Disponible en: <http://www.origenes.cl/images/descargas/columnas/fichacenso.pdf>
Citado el 30 de Diciembre del 2007
- 11. SALUD INTERCULTURAL**
Disponible en: <http://www.origenes.cl/salud.htm>
Citado el 22 de Abril del 2006

10. ANEXOS.

ANEXO 1:

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo:

Rut:

Fecha:/...../ 2006.

Doy mi consentimiento para participar en la investigación titulada: “Perfil y Grado de satisfacción del usuario externo del centro de salud “Kume Mongen Ruka” de la comuna de Lanco durante el año 2005”; llevada a cabo por el estudiante de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, Luis Alberto Hernández Burgos, quien realiza su Tesis para optar al grado de licenciado en Enfermería durante el presente año.

Bajo este documento convengo contestar esta encuesta de forma voluntaria y que los resultados obtenidos por medio de este instrumento pueden ser publicados posteriormente en distintos medios.

Firma del Encuestador

Firma del Encuestado.

ANEXO 2:

CUESTIONARIO DE PERFIL Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL CENTRO DE SALUD "KUME MONGEN RUKA"

FECHA: ____ / ____ / ____

NOMBRE: _____

Nº FICHA: _____ LANCO MALALHUE OTRO

DIRECCION: _____

1.- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL USUARIO:

Edad: (A) 00 – 10 (B) 11 – 20 (C) 21 – 30 (D) 31 – 40 (E) 41 – 50 (F) 51 – 60 (G) 61 – 70 (H) 71 o más.	Sexo: (1) Masculino. (2) Femenino. Procedencia: (1) Urbano. (2) Rural.	Previsión: (1) FONASA A (2) FONASA B (3) FONASA C (4) FONASA D	Escolaridad: (1) Analfabeto. (2) Básica incompleta. (3) Básica completa. (4) Media incompleta. (5) Media completa. (6) Superior incompleta. (7) Superior completa.
--	---	---	--

Grupo étnico que se identifica: (1) Mapuche. (2) No Mapuche.	Si el usuario es Mapuche: (1) Participa activamente en comunidad. (2) Participa en forma pasiva. (3) No participa.
---	--

2.- PERFIL FAMILIAR:

Etapas del ciclo vital familiar: (1) Formación de pareja. (2) Crianza inicial de hijos. (3) Fmlia. con hijos preescolares. (4) Fmlia. con hijos escolares. (5) Fmlia. con hijos adolescentes. (6) Fmlia. como plataforma de lanzamiento. (7) Etapa pot-parental.	Tipo de familia: (1) Vive solo(a). (2) Pareja conyugal. (3) Familia nuclear. (4) Familia extendida. (5) Familia extensa.	Cuidador familiar: (1) Madre. (2) Padre. (3) Abuela. (4) Hija(o). (5) Nieta(o). (6) Otro: _____ _____
--	--	---

3.- PERFIL DE MORBILIDAD:

Pat. Crónicas concomitantes según diagnóstico médico:	Patología de consulta según cosmovisión mapuche:
(1) HTA.	(1) _____
(2) Diabetes tipo 1 o 2.	_____
(3) Asma, LCFA.	_____
(4) Depresión.	
(5) Otras: _____	

4.- SATISFACCIÓN SEGÚN PERCEPCIÓN USUARIA:

4.1.- INFRAESTRUCTURA:

Características de la Sala de Espera:	Evaluación:
Criterios:	
A.- Espacio amplio.	(1) Adecuado.
B.- Disponibilidad de asientos.	(2) Medianamente adecuado.
C.- Higiene adecuada.	(3) Poco adecuado.
D.- Iluminación adecuada.	(4) Inadecuado.
E.- Señalética adecuada.	

Características del Box de Atención Usuaría:	Evaluación:
Criterios:	
<input type="checkbox"/> A.- Lugar adecuado para realizar la Acogida.	(1) Adecuado.
<input type="checkbox"/> B.- Contar con instrumentos necesarios para la atención (sábanas limpias, camilla, basureros, etc)	(2) Medianamente adecuado.
<input type="checkbox"/> C.- Higiene adecuada del lugar.	(3) Poco adecuado.
<input type="checkbox"/> D.- Iluminación adecuada.	(4) Inadecuado.
<input type="checkbox"/> E.- Lugar que otorgue privacidad.	

<p>Caract. del baño:</p> <p>Criterios:</p> <p><input type="checkbox"/> A.- Buen estado higiénico.</p> <p><input type="checkbox"/> B.- Infraestructura (lavamanos y taza baño) suficiente.</p> <p><input type="checkbox"/> C.- Servicios suficientes (agua y luz eléctrica).</p> <p><input type="checkbox"/> D.- Acceso expedito a este servicio.</p>	<p>Evaluación:</p> <p>(1) Adecuado.</p> <p>(2) Medianamente adecuado.</p> <p>(3) Poco adecuado.</p> <p>(4) Inadecuado.</p>
--	---

<p>Caract. de la calefacción:</p>	<p>(1) Suficiente.</p>	<p>(2) Insuficiente.</p>
--	------------------------	--------------------------

4.2.- ACCESO A LA ATENCIÓN:

<p>Medio de información sobre la existencia del “Kume Mongen Ruka”.</p> <p>(1) Radio.</p> <p>(2) Hospital</p> <p>(3) Oral (le contaron)</p> <p>(4) Otro _____</p>	<p>Características de la información entregada por el medico sobre existencia del “Kume Mongen Ruka”.</p> <p>(1) Suficiente.</p> <p>(2) Insuficiente.</p>	<p>Importancia de la accesibilidad por el Hospital.</p> <p>(1) Mucha importancia.</p> <p>(2) Poca importancia.</p>
--	--	---

<p>Derivación a centro de salud “Kume Mongen Ruka” por medico:</p> <p>(1) Oportuna.</p> <p>(2) No oportuna.</p>	<p>Identificación del personal que entrega la atención en el centro de salud.</p> <p>(1) SI.</p> <p>(2) NO.</p>	<p>Tiempo de espera para hora de atención.</p> <p>(1) Inmediata.</p> <p>(2) Menor o igual a 1 semana.</p> <p>(3) Entre 1 y 2 semanas.</p> <p>(4) Entre 3 y 4 semanas.</p>
--	--	--

<p>Evaluación de la atención por el usuario.</p>	
<p>Criterios:</p> <p><input type="checkbox"/> 1.- El usuario encuentra adecuada la infraestructura del centro de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.- La derivación a centro de salud por medico es oportuna.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.- El usuario Si identifica al personal que entrega la atención en el centro de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.- El tiempo de espera para la atención es menor a o igual a 1 semana.</p>	<p>Evaluación:</p> <p>(1) Buena.</p> <p>(2) Regular.</p> <p>(3) Mala.</p>

4.3.- EN EL MOMENTO DE LA ATENCION:

<p>Explican y logra entender el diagnóstico.</p> <p>Criterio: El usuario entiende:</p> <p><input type="checkbox"/> 1.- Nombre del diagnostico.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.- Causa de su enfermedad</p> <p><input type="checkbox"/> 3.- Identificar los síntomas de la enfermedad.</p>	<p>Evaluación:</p> <p>(1) Entiende bien el diagnóstico.</p> <p>(2) Entiende en forma regular el diagnóstico.</p> <p>(3) No entiende el diagnóstico.</p>
<p>Explican cuál es el tratamiento:</p>	<p>(1) SI.</p> <p>(2) NO.</p>

4.4.- EFICACIA DEL TRATAMIENTO:

<p>Entiende eficazmente como realizar el tratamiento.</p> <p>Criterio: Logra entender:</p> <p><input type="checkbox"/> 1.- Cual es el objetivo del tratamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.- Contenido de las preparaciones medicinales.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.- Periodicidad y dosis de la infusión de yerbas o algún otro tto.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.- Cambios importantes en estilo de vida para éxito del tratamiento.</p>	<p>Evaluación:</p> <p>(1) Entiende bien como realizar el tto.</p> <p>(2) Entiende en forma regular como realizar el tto.</p> <p>(3) No entiende como realizar el tto.</p>
<p>Cumple las indicaciones del tratamiento.</p> <p>Criterio: Cumple con las siguientes indicaciones:</p> <p><input type="checkbox"/> 1.- Dosis de cada toma de la infusión de yerbas o algún otro tto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.- Periodicidad de las tomas de la infusión de yerbas o en realizar algún otro tto.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.- Cambios en estilo de vida.</p>	<p>Evaluación:</p> <p>(1) Totalmente cumplidas.</p> <p>(2) Parcialmente cumplidas.</p> <p>(3) No las cumple</p>

Eficacia del tratamiento en mejorar los síntomas o recuperar la enfermedad.

Criterio:

Según los siguientes criterios:

- 1.- Paciente refiere mejoría frente síntomas y a la enfermedad.
- 2.- Paciente refiere mejoría de síntomas, pero no de la enfermedad, dado que es una patología crónica.
- 3.- Paciente refiere sentirse mejor, pero tratamiento no logró mejorar completamente los síntomas.
- 4.- Paciente sigue con las mismas molestias que al comenzar con el tto.

Evaluación:

- (1) Completamente.
- (2) Parcialmente.
- (3) No se mejoró.

Asistencia a controles: (1) Asistencia a todos los controles. (2) Inasistencia a un control. (3) Inasistencia a dos o más controles.

Tratamiento paralelo (prescrito por medico) al entregado por el centro de salud. (1) SI. _____
(2) NO.

4.5.- IMPORTANCIA QUE LE PRESTA EL USUARIO AL USO DE MEDICINA ALTERNATIVA.

Importancia de recibir tratamiento alternativo para su recuperación o para limitar los síntomas de la enfermedad.

Criterio:

Según los siguientes criterios:

- 1.- Paciente refiere que tratamiento alternativo fue imprescindible para su recuperación o limitación de síntomas.
- 2.- Paciente refiere que tto alternativo es una ayuda muy importante junto con el tto de medicina convencional.
- 3.- Paciente refiere que le ayudó, pero no es importante para su recuperación o para limitar los síntomas.
- 4.- Paciente refiere que no le ayudó en nada y que no es importante para su recuperación.

Evaluación:

- (1) Mucha importancia.
- (2) Regular importancia.
- (3) Poca importancia.