

**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO /FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS
ALIMENTOS/ ESCUELA DE ENFERMERÍA**



Universidad del Bío-Bío

**Evaluación del Modelo de Salud Familiar, según la
perspectiva del usuario y su relación con
características sociodemográficas. CESFAM Federico
Puga. Chillán Viejo. 2014**

Autores:

- Díaz Molinés, Victoria
- Fuentes Darwitz, Tania
- Garcés Lagos, Natalí
- Ortiz Santos, Valentina

Docente Guía: MG. EU. Bello Escamilla, Natalia

Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

2014

AGRADECIMIENTOS

A nuestra profesora guía Srta. Natalia Bello Escamilla por ser en todo momento un gran apoyo y guiarnos en esta importante etapa, que muchas veces estuvo llena de dificultades, sin embargo confió en nosotras y nos instó a seguir adelante.

Al profesor Sr. Miguel Ángel López Espinoza, por su colaboración durante todo el proceso de investigación.

Al Sr. Oscar Vidal encargado de investigación del centro de salud al cual asistimos, por su autorización y disposición.

A la Sra. Blanca Peñaloza por su buena voluntad y disposición en la entrega de información y material de apoyo al inicio de esta investigación.

A cada uno de los usuarios que participo en esta investigación, por su amabilidad y disposición a la hora de responder el instrumento y así llevar a cabo nuestro estudio.

DEDICATORIAS

A Dios por ayudarnos a poder realizar esta investigación. A mi familia por estar pendiente de todo porque sé que detrás de todos mis logros están ellos. A mis compañeras de tesis por el apoyo en todo este trabajo, por el esfuerzo y empeño que puso cada una.

Victoria Ivon Díaz Molinés

A Dios y mi familia que siempre me han acompañado en cada paso que doy, en especial mis padres que son mi mayor orgullo, me enseñaron que con esfuerzo todo es posible, sin ustedes no habría llegado hasta aquí.

A mis compañeras de equipo y entrenador, quienes hicieron de este camino con su alegría, cariño y dedicación, un camino mucho más fácil, demostrado que se puede ser estudiante y pertenecer a un equipo, pero por sobre todo encontrar amigas. A mi pololo, por la paciencia durante esta etapa y por acompañarme en todo momento.

Tania Belén Fuentes Darwitz

Dedico este trabajo a mi familia, principalmente a mis padres, hermano y pololo, quienes con mucho cariño me han acompañado en todo momento. Sé que mil palabras no bastarían para agradecerles todo su apoyo, comprensión y consejos en los momentos difíciles. A todos, gracias por estar siempre a mi lado.

Natalí Alexandra Garcés Lagos

A mi familia que con su apoyo incondicional, amor y esfuerzo se transformaron en mi pilar fundamental para sobrellevar este proceso. En especial a mi padre quien siempre estuvo dispuesto a brindarme todo el afecto del mundo para que yo lograra mis sueños y a mi madre por no dejar que nunca me rindiera.

Valentina Belén Ortiz Santos

RESUMEN

En Chile los cambios sociales, económicos y culturales impulsaron una reforma de salud, cuyo principal eje es la implementación del Modelo de atención en Salud Familiar, el cual ha sido insuficientemente evaluado desde la perspectiva del usuario.

El objetivo de esta investigación es evaluar la experiencia, aceptabilidad y expectativa percibida por los usuarios en cada dimensión del Modelo de Salud Familiar y su relación con las características sociodemográficas de éstos.

Se realizó un estudio de tipo correlacional de corte transversal. Se seleccionó a los participantes mediante cuotas, las cuales fueron designadas por rango de edad, arrojando una muestra de 171 participantes. La recogida de datos se realizó mediante entrevista presencial en el CESFAM aplicando el instrumento “Cuestionario de experiencia y aceptabilidad de los CESFAM desde la perspectiva del usuario”. La información se analizó con el programa estadístico SPSS (15.0).

El estudio permitió demostrar que la dimensión en que los usuarios presentaban mayores expectativas y mejores experiencias fue la de “Prevención y promoción” con un puntaje de $2,75 \pm 0,00$ y $4,88 \pm 1,88$ respectivamente. La dimensión que generaba una mayor satisfacción fue “Resolutividad” con un puntaje de $3,86 \pm 0,86$. Mientras que entre las experiencias y el sexo, se observa una correlación significativa ($r=0,171$; $p<0,05$). En cuanto a la satisfacción y la edad se presentó una correlación significativa ($r=0,214$; $p<0,01$).

Los resultados parecen confirmar que uno de los ejes más importantes del nivel primario de atención es la Promoción y prevención; y a pesar que la resolutividad es bien evaluada, las expectativas son limitadas

Palabras claves: Modelo de Salud Familiar, Satisfacción usuaria, Expectativas, Experiencias, Aceptabilidad, Características Sociodemográficas, Evaluación

ABSTRACT

In Chile social, economic and cultural changes boosted a health reform, whose main focus is to implement the model of care in Family Health, which hasn't been evaluated well-enough from the user's perspective.

The aim of this research is to evaluate experience, acceptability and perceived expectation by users in each dimension of the Family Health Model and its relation to the socio demographic characteristics of these.

This research was made with a study of correlational type of transverse cutting. Participants were selected from groups, which were designated by age, giving a sample of 171 participants. Data collection was made by personal interviews in CESFAM applying the instrument "Questionnaire of experience and acceptability of CESFAM from the user's perspective." The information was analyzed using statistical program, SPSS (15.0).

The study allowed to demonstrate that the dimension in which the users had higher expectations and best experiences was "Prevention and promotion" with a score of 2.75 ± 0.00 and 4.88 ± 1.88 , respectively. . The dimension that generated greater satisfaction was "resoluteness" with a score of 3.86 ± 0.86 .

A significant correlation was presented between experience and gender, and satisfaction and age ($r=0,171$; $p<0,05$; $p <0.01$ $r = 0.214$, respectively). Lo que está en azul lo pueden cambiar por esto, tú decides cual te conviene más, a mí me gusta más esta porque no tiene tanto punto seguido entonces le da más cohesión al párrafo, según yo)

Results seem to confirm that one of the most important axes of primary care is the promotion and prevention; although, resoluteness it is well evaluated, expectations are limited.

Keywords: Family Health Model, user satisfaction, Expectations, Experiences, Acceptability, Socio demographic Characteristics, evaluation.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Fundamentación del problema	9
1.2 Importancia para la profesión	11
1.3 Problema de investigación	13
1.4 Problematización	13
1.5 Marco teórico	15
1.6 Marco empírico	23
1.7 Propósito de la investigación	30
1.8 Objetivos de la investigación	30
1.8.1 Objetivos generales	30
1.8.2 Objetivos específicos	30
1.9. Hipótesis	31
2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	32
2.1 Tipo de diseño	32
2.2 Población de estudio	32
2.3 Muestra	32
2.4 Criterios de inclusión, exclusión	33
2.5 Unidad de análisis	33

2.6 Aspectos éticos	33
2.7 Variables	34
2.8 Descripción del instrumento recolector	34
2.9 Procedimiento para la recolección de datos	35
2.10 Procesamiento de datos	35
3. RESULTADOS	37
3.1 Presentación de tablas de resultados	37
4. DISCUSIÓN	48
4.1 Discusión	48
4.2 Limitaciones	54
4.3 Sugerencias	54
4.4 Conclusiones	55
5.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
6. ANEXOS	64
Anexo 1: Matriz de variables	65
Anexo 2: Consentimiento Informado	66
Anexo 3: Cuestionario de Experiencia y Aceptabilidad de los CESFAM desde la perspectiva del usuario	67

1. INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales, económicos y culturales que se han producido en Chile impulsaron una reforma del sector salud, la cual comienza a mediados del año 1997, para poder enfrentar los problemas y necesidades de la población en este aspecto. Uno de sus ejes principales ha sido el cambio del modelo de atención, con el cual se pretende poner al servicio de las personas un sistema de salud adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral, orientado a la familia y la comunidad, centrado especialmente en la prevención y promoción, más que en la recuperación, poniendo al alcance de las comunidades un sistema de atención más moderno y humanizado. ^{(1) (2)}

A través de la historia del sistema de salud, se ha utilizado un modelo de atención con enfoque biomédico, el cual por muchos años pudo dar respuesta a las necesidades de la población, siendo exitoso en términos de los resultados obtenidos, sin embargo, producto de la inequidad y la poca satisfacción usuaria es desplazado por el modelo Biopsicosocial. ⁽³⁾

La implementación de este nuevo modelo de salud con enfoque familiar y comunitario no ha sido evaluado en forma reiterada, solo se ha realizado un estudio que evalúa la satisfacción usuaria respecto al Modelo de Salud Familiar. Por esta razón el objetivo principal de esta investigación es evaluar el Modelo de Salud Familiar según la perspectiva del usuario y relacionar dicha evaluación con sus características sociodemográficas, las cuales pudiesen influir en su satisfacción.

1.1 Fundamentación del problema

En Chile a mediados del año 1997 se puso en marcha un proceso de reforma del sistema de salud, que buscaba dar respuesta a los distintos cambios demográficos y epidemiológicos de la población. Sumado a esto, se encontraban el aumento de los costos en salud y las diferencias de equidad existentes al interior del sistema, los que provocaron un crecimiento progresivo del descontento por parte de los usuarios. ⁽⁴⁾

Así en el marco de esta reforma sanitaria que se inicia más concretamente en el año 2000, el Ministerio de Salud chileno señala potenciar la estrategia de atención primaria en salud (APS) y cambiar el Modelo de Atención. Implementando de esta forma el Modelo de Salud Familiar en el año 2008, el cual se sustenta en los enfoques biopsicosocial y sistémico, poniendo acento en las personas y su contexto familiar y social, haciéndolas responsables de su propia salud y participes en las decisiones de sus cuidados. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾ Este nuevo rol activo por parte de los usuarios se ha visto potenciado por el aumento de los medios tecnológicos y de comunicación, los cuales facilitan el acceso a información sobre sus patologías, deberes y derechos en salud, lo que finalmente se traduce en un mayor empoderamiento en torno a este tema, exigiéndose así una mejor calidad de la atención, la cual pudiese influir directamente en la satisfacción usuaria ⁽⁴⁾

De forma paralela, se considera que el grado de satisfacción que perciben los usuarios en salud es fundamental para evaluar la calidad de las prestaciones otorgadas, por ello para reducir la brecha de la insatisfacción respecto a las atenciones, surge la reforma, que busca aumentar los niveles de satisfacción de los usuarios y sus familias. ⁽⁴⁾

El interés por medir la calidad y satisfacción en la atención de salud desde la perspectiva de los usuarios, se presenta cada vez más como algo esencial para el mejoramiento continuo en instituciones de salud. En este sentido Chile no se queda atrás, ya que existe preocupación por conocer por qué los usuarios de consultorios y hospitales públicos muestran bajos niveles de satisfacción ⁽⁷⁾. En el contexto de este desarrollo de la APS, la percepción de los usuarios ha sido recogida a través de debates públicos, encuestas de

satisfacción y percepción usuaria, sin embargo, ninguna de estas evaluó la implementación del Modelo de Salud Familiar. En el año 2012 la Pontificia Universidad Católica (PUC) realizó el primer y único estudio a nivel nacional, donde se evaluó 39 centros de atención primaria, evaluando en esta oportunidad el CESFAM rural “Canteras Villa Mercedes” de la comuna de Quilleco perteneciente a la región del Bío Bío. ⁽⁸⁾

Este estudio evaluó según la perspectiva del usuario, la expectativa, experiencia y aceptabilidad de cada una de las dimensiones del Modelo de Salud Familiar (enfoque biopsicosocial, continuidad de la atención, accesibilidad, resolutivez, promoción y prevención en salud y participación comunitaria) comparando las perspectivas de los usuarios de CESFAM y No-CESFAM. Como resultado se obtuvo que los usuarios de CESFAM evalúan directamente mejor la atención, que los de no CESFAM, sin embargo la evaluación global de los centros de salud es regular, mostrando que los usuarios tienen menos expectativas en la resolutivez de los centros y mayores expectativas en accesibilidad, enfoque preventivo y promocional. ⁽⁸⁾

Por otro lado, investigaciones realizadas en Brasil y Egipto ^{(9) (10)}, han demostrado que las personas en dichos países reconocen un gran cambio en las reformas de salud dirigidas a la APS, aumentando la satisfacción usuaria en los centros donde se implementó el actual Modelo de Salud Familiar.

Por lo tanto el objetivo principal de esta investigación es evaluar desde la perspectiva del usuario las expectativas, experiencias y aceptabilidad de cada una de las dimensiones del modelo de salud familiar y relacionarlas con las características sociodemográficas de éstos. Puesto que la percepción de los usuarios, repercute directamente en su participación en las distintas medidas de promoción y prevención para mantener la salud, también en la adherencia a los controles y diversos tratamientos otorgados en la atención primaria, evitando así complicaciones que conllevan a mayores gastos en salud en otros niveles de atención más complejos. ⁽⁴⁾

1.2 Importancia para la profesión

En el contexto nacional con el paso de los años y las diversas reformas efectuadas, se destaca la implementación del Modelo de Salud Familiar, ya que ha traído un cambio en el accionar del equipo de salud, el cual deja de lado el enfoque curativo en el proceso de salud-enfermedad, adoptando una orientación preventiva y promocional.^{(5) (6)}

Esta nueva visión puede ser aplicada en los tres niveles de atención de salud, sin embargo cobra mayor importancia en el nivel primario, donde se refleja concretamente el impacto del ambiente y la familia en los usuarios. Aquí el equipo de salud realiza una atención de manera holística no solo centrándose en la enfermedad del paciente sino también evaluando otros aspectos como su bienestar social y psicológico. Este equipo trabaja de manera interdisciplinaria, en donde cada uno de sus integrantes aporta una perspectiva diferente sobre la salud de los usuarios, donde el fin común es entregar una atención de calidad.

Dentro del equipo de salud, los profesionales de enfermería son los encargados de realizar la prevención y promoción en salud. La atención suministrada a comunidades y personas, incluye educación, evaluación de factores de riesgo, programas de promoción, detección y prevención de enfermedades.⁽¹¹⁾ Además los enfermeros tienen la necesidad de contribuir a la planificación de políticas de salud y a la coordinación y gestión de los servicios de salud, tratando de asegurar que las funciones y actividades, que deben ser desarrolladas por los profesionales de distintos campos de actuación, se realicen de forma sistemática, racional y ordenada, respondiendo a necesidades y asegurando el uso adecuado de los recursos, evaluando su impactos y costos.⁽¹²⁾

Dentro de estas evaluaciones de costo-efectividad y calidad, está tomando cada vez mayor importancia considerar la opinión de los usuarios, ya que los estudios de satisfacción usuaria revelan las falencias que se perciben en el sistema de salud y la atención recibida, razón por la cual el profesional de enfermería puede utilizar esta

información para gestionar, potenciar estrategias y coordinar acciones de trabajo en equipo, con el fin de mejorar la calidad de la atención.

Además la relevancia que ha cobrado la perspectiva usuaria como indicador en salud se ve justificada a través de investigaciones que señalan que existe evidencia sobre la relación entre una mayor satisfacción y adherencia a los tratamientos, y por ende, mejores niveles de salud de la población, trayendo consigo una disminución de los gastos en esta área.

Cuando el profesional de enfermería otorga una atención, busca el compromiso y participación de los usuarios, lo que va a depender directamente de la satisfacción que estos tengan. Por ello, es necesario evaluar en atención primaria el Modelo de Salud Familiar para determinar si su implementación está logrando los objetivos esperados tanto en costo-efectividad como en calidad, incluyendo el aumento de la satisfacción por parte de los usuarios.

1.3 Problema de investigación

¿Existe relación entre las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibida por los usuarios respecto a la atención sanitaria de acuerdo a la aplicación del modelo de salud familiar otorgada en el CESFAM Federico Puga y sus características sociodemográficas?

1.4 Problematización

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas (edad, sexo, tipo de previsión de salud y nivel de escolaridad) de los usuarios del CESFAM?
- ¿Cuáles son las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por los usuarios con respecto a la dimensiones accesibilidad, continuidad, enfoque biopsicosocial o familiar, promoción y prevención en salud, participación comunitaria y Resolutividad del modelo de salud familiar?
- ¿Cuál es la relación entre las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por el usuario de acuerdo a la dimensión accesibilidad del modelo de salud familiar con sus características sociodemográficas?
- ¿Cuál es la relación entre las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por el usuario de acuerdo a la dimensión continuidad del modelo de salud familiar con sus características sociodemográficas?
- ¿Cuál es la relación entre las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por el usuario de acuerdo a la dimensión enfoque biopsicosocial o familiar del modelo de salud familiar con sus características sociodemográficas?

- ¿Cuál es la relación entre las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por el usuario de acuerdo a la dimensión promoción y prevención en salud del modelo de salud familiar con sus características sociodemográficas?
- ¿Cuál es la relación entre las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por el usuario de acuerdo a la dimensión participación comunitaria del modelo de salud familiar con sus características sociodemográficas?
- ¿Cuál es la relación entre las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por el usuario de acuerdo a la dimensión resolutividad del modelo de salud familiar con sus características sociodemográficas?

1.5 Marco teórico

Los países del mundo se reunieron en el año 1978 en la conferencia internacional de la atención primaria de salud y firmaron la declaración de Alma-Ata que explicita el rol clave de la APS para potenciar el desarrollo de los pueblos.⁽¹³⁾ Es en este documento donde se define la APS como una atención sanitaria básica, basada en métodos científicos, universalmente accesible a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y con un costo que la comunidad y el país puedan asumir en cada etapa de su desarrollo, en un espíritu de autosuficiencia y de autodeterminación,⁽¹⁴⁾ se establece además, que la salud es un derecho humano fundamental, que las desigualdades en salud entre y dentro de los países son política, social y económicamente inaceptables. Representando una revolución del pensamiento en salud que promueve cambios políticos, técnicos y en la asignación de recursos.⁽¹⁵⁾

Tras esta conferencia el desarrollo de la atención primaria no ha sido uniforme, muchos de los países de América del Sur y del Caribe iniciaron a mediados de los años noventa diversas reformas de sus sistemas sanitarios, que han conseguido mejorar algunos indicadores básicos de salud como las tasas de mortalidad perinatal e infantil y la esperanza media de vida.⁽¹⁶⁾

En Chile, a través de la historia del sistema de salud, se ha utilizado un modelo de atención con enfoque biomédico, el cual por muchos años pudo dar respuesta a las necesidades de salud, siendo exitoso en términos de los resultados obtenidos. Este modelo creó una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades, desde esa orientación, básicamente patologista, se define la salud como ausencia de enfermedad, por lo tanto la importancia radica en aliviar signos y síntomas, en donde los pacientes deben ser pasivos y no tienen responsabilidad en sus problemas ni en sus soluciones.⁽¹⁷⁾

Los cambios sociodemográficos han traído consigo la aparición de nuevas patologías asociadas a los hábitos y estilos de vida propios de sociedades cada vez más competitivas e individualistas, como las enfermedades cardiovasculares, las drogodependencias, los problemas de salud mental, las patologías sociales, entre otras, las que no lograron encontrar respuestas adecuadas en el modelo de atención biomédico.⁽¹⁸⁾ No obstante, es necesario dejar en claro que el modelo biomédico ha permitido grandes avances en el conocimiento y desarrollo tecnológico en cuanto a salud, pero este modelo deja de ser científico cuando su aplicación estricta o sus fundamentos metodológicos dejan por fuera las variables humanas, sociales o culturales del enfermar.⁽¹⁷⁾

Por tanto, la reforma de Salud Chilena, surge en el año 2000 desde la necesidad de adecuar el sistema a las actuales características de la población. Sus principales metas son mejorar la equidad del sistema, reduciendo la brecha en salud entre los diferentes grupos socioeconómicos; ajustar las prioridades sanitarias al cambio epidemiológico de la población hacia enfermedades crónicas; responder a las necesidades expresadas por la población; y finalmente mejorar los indicadores sanitarios.⁽¹⁹⁾

El modelo biopsicosocial fue el punto de partida para el desarrollo del modelo de salud familiar que “nació” a raíz de la hipótesis de que existe una relación entre el estado de salud de las personas y la de sus familias, entendiéndose a estas como el grupo humano primario más importante en la vida de las personas. Según Montero y Dois citando a Von Bertalanfy, los individuos generan cambios de carácter cualitativo y lo que ocurre a uno de los miembros de la familia afecta a los demás integrantes.⁽²⁰⁾ De esta forma el modelo de salud familiar toma las premisas de este enfoque que postula que el factor biológico, el psicológico y los factores sociales afectan en el proceso de salud enfermedad, transformándose así la familia en un eje central para abordar los problemas de salud de sus integrantes.⁽¹⁾

Según diversos estudios hay evidencia suficiente acerca de la influencia de la familia como núcleo social primario en el estado de salud-enfermedad de los individuos. El cuidado de esta es la base de la salud familiar debido a que es en este “contexto” en el que se desarrollan y mantienen la mayoría de los factores de riesgo, de los problemas de salud y de las enfermedades como también la mayor parte de las creencias y de las conductas, protectoras o de riesgo, asociadas a la salud. ^{(21) (22) (23)}

Ante estas evidencias, el nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. ⁽²⁴⁾

Dimensiones en las que se basa el modelo de salud familiar:

- Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad:

El modelo biopsicosocial permite expandir la visión del médico en términos de las variables que considera cuando se relaciona con su paciente, ya que no solo se enfocará en sus dolencias biológicas puntuales, sino que también considerará los factores psicológicos y contextuales (familiares, de trabajo, etc.) que puedan estar influyendo en su enfermedad. ⁽¹⁾

En este enfoque se entiende a la familia como el sistema social primario de las personas, lo que implica introducir a la familia como unidad de atención, con una oferta específica de prestaciones cuándo así lo necesiten, o como factor protector y terapéutico para los individuos. ⁽¹¹⁾

- Continuidad de la atención y de los cuidados de salud:

La continuidad en el cuidado de la salud es uno de los elementos del Modelo que potencia el enfoque centrado en la persona y la orientación comunitaria. Se traduce en una relación estable y continua en el tiempo, de las personas y la comunidad con el equipo de salud. El equipo de salud, en este Modelo, también asume una responsabilidad en el cuidado a través de todo el ciclo vital de las personas; e idealmente, también se extiende a la continuidad de la atención por los especialistas de referencia. ⁽²⁵⁾

Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, y dispone, por lo tanto, de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa realidad. ⁽¹¹⁾

- Accesibilidad

La mejora en el acceso a la atención sanitaria es una de las principales demandas de los pacientes y de la población en general. El acceso se traduce en el uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios para alcanzar los mejores resultados de salud. Un sistema sanitario de alto valor ofrece a la población diferentes vías de acceso al sistema sanitario y a los servicios de salud; y ha de ofrecer garantías de respuesta en la atención, sin más criterios que el de la necesidad en salud. ⁽²⁶⁾

La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- No discriminación
- Accesibilidad física
- Accesibilidad económica (asequibilidad)
- Acceso a la información. ⁽²⁷⁾

- Resolutividad

Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutiva se expresa en la cartera de servicios del establecimiento ⁽²⁷⁾

Esto implica, para la Atención Primaria de Salud, la capacidad de resolver sin necesidad de derivar los pacientes a otros niveles de atención, dignificando la atención de salud y creando vínculos permanentes con su población a cargo, que verá satisfecha, en un alto porcentaje sus necesidades de salud. En el logro de esta capacidad resolutiva la capacitación permanente del Recurso humano es fundamental. ⁽²⁷⁾

- Promoción y prevención en salud.

Las actividades de prevención y promoción de salud son parte integrante de la atención primaria. La existencia de patologías crónicas relacionadas casualmente con factores de riesgo derivados de estilos de vida no saludables ha incrementado la importancia de este grupo de acciones sanitarias ⁽²⁸⁾

La promoción contribuye al desarrollo social y colectivo proporcionando información, comunicación y educación para la salud, potenciando las habilidades personales, de ese modo incrementa el número de acciones con las que cuentan las familias para ejercer un mayor control sobre su propia salud, su entorno y así elegir alternativas favorables para la salud. ⁽²⁹⁾

La prevención se centra en desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad. ⁽²⁸⁾

- Participación comunitaria

Es la articulación de esfuerzos a nivel local entre el personal de salud y las organizaciones comunitarias para un trabajo conjunto de gestión de los objetivos sanitarios. ⁽²⁷⁾

Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar. ⁽¹⁴⁾

Cada una de estas dimensiones son evaluadas por los usuarios, ya que, la calidad del servicio y la satisfacción usuaria, son elementos vitales para el éxito de las nuevas estrategias que se implementen en salud. ⁽³⁰⁾

Actualmente en países desarrollados el concepto de calidad percibida y satisfacción en la atención de salud ha evolucionado en forma importante en el sentido de que no basta considerar tan solo costo efectividad, costo utilidad y la calidad mirada desde la perspectiva del prestador de salud, sino que se desarrolla un nuevo paradigma de calidad total que incorpora la opinión del usuario respecto de su satisfacción y calidad percibida en la atención sanitaria. ⁽³¹⁾

En Chile también está cobrando relevancia medir la satisfacción de los usuarios en salud respecto de la atención que reciben en los distintos centros asistenciales, esta evaluación se realiza desde su perspectiva, la cual se puede medir en base a tres constructos: expectativas, experiencias y aceptabilidad, entendiéndose experiencia como la opinión del usuario acerca de la estructura y proceso de los servicios, la aceptabilidad como el juicio del usuario sobre los resultados y satisfacción logrados a raíz de esa experiencia. ⁽¹⁾

Por otro lado las expectativas corresponden a lo que usualmente el usuario espera como mínimo requerimiento ante su atención en Salud. ⁽¹⁵⁾

Estos tres constructos revelan la percepción del usuario respecto a la calidad de la atención, la cual cobra importancia como indicador en salud, debido a que existe evidencia sobre la relación entre una mayor satisfacción y la adherencia a los tratamientos y por ende, mejores niveles de salud de la población. ⁽⁸⁾

Como ya se describió, el modelo de salud familiar está compuesto por diversas dimensiones, donde se hace énfasis en la promoción y prevención en salud, por lo cual, para efectos de este estudio se utilizó la teoría de Nola Pender y su Modelo de Promoción de la Salud (MPS), éste integra una perspectiva holística y psicosocial en enfermería identificando factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción en salud. ⁽³²⁾

Nola Pender se basó en diversas teorías para construir su modelo, dentro de las cuales se encuentran, la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977) la cual postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, la teoría del aprendizaje social que describe los principios de la autocreencias, autoatribución, autoevaluación y autoeficacia; y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (1982) que señala a la conducta como racional y económica. ⁽³²⁾

Los principales supuestos reflejan la perspectiva de la ciencia conductual y destacan el papel activo del paciente para gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno ⁽³²⁾ Los supuestos más importantes de esta teoría que presenta esta teoría es que:

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de salud humana.
- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.

- Las personas valoran el crecimiento de las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
- Los individuos buscan regular la forma activa su propia conducta.
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformado a lo largo del tiempo.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por un mismo de las pautas interactivas de la persona – entorno es esencial para el cambio de conducta.
- El modelo destaca la importancia de la valoración en el individuo de los factores que se cree que influyen en los cambio de conducta de salud y además es así como se cuenta con un Modelo de Atención que genera Cambios a un Usuario más activo, responsable de su propia salud y de la salud de la sociedad. ⁽³²⁾

1.5 Marco empírico

En Chile, el concepto de calidad desde la perspectiva del usuario, y su medición, se ha incorporado desde el año 2001 mediante la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. ⁽³³⁾ Lo que justifica que luego de una revisión bibliográfica sistemática se encontraran solo tres investigaciones que midieron la calidad de la atención desde la perspectiva usuaria en los CESFAM: Gomez N., Riquelme Y., Jelvez A. “Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile” realizada en el año 2009 en Talcahuano. ⁽³⁴⁾ Perez J., Aceituno L. “Evaluación de la satisfacción usuaria en un centro de atención primaria de Salud” ⁽³⁵⁾ realizado en Chile en el 2013 y Peñaloza, B. “Evaluación del Modelo de Salud Familiar en Atención Primaria desde la perspectiva del usuario” realizado en Santiago en el año 2012.

Peñaloza Hidalgo Blanca [Santiago, Chile 2012]. “Evaluación del Modelo de Salud Familiar en Atención Primaria desde la perspectiva del usuario”. Estudio de corte transversal, analítico, observacional y concurrente, en el cual se aplicó un total de 1466 encuestas válidas en 39 centros de atención primaria distribuidos a lo largo del país.

Dentro de los resultados podemos ver que los usuarios de CESFAM valoran mejor a sus centros que los usuarios no-CESFAM (consultorio), al igual que los usuarios de CESFAM urbanos presentan una mejor evaluación del modelo a diferencia de los rurales. Unas de las áreas del modelo que producen mayor satisfacción del total de usuarios son Enfoque Biopsicosocial y Resolutividad; por otro lado las que producen valores de satisfacción menores son Participación y la Continuidad del cuidado médico. Los resultados ajustados por nivel socioeconómico, tamaño y antigüedad de los centros, muestran que las diferencias entre centros urbanos y rurales, son significativas en continuidad de la atención y experiencia y aceptabilidad del enfoque preventivo y promocional. Utilizando un modelo de regresión múltiple, la experiencia del enfoque biopsicosocial resulta ser la variable más importante que explica la satisfacción de los usuarios, es decir, mientras más integral el enfoque de atención que percibe el usuario, estos se sienten más satisfechos,

en segundo lugar están la resolutivez junto al enfoque preventivo y promocional. ⁽⁸⁾

Gomez N., Riquelme Y., Jelvez A. [Concepción, Chile 2009]. “Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile”: Este trabajo muestra la estimación de la calidad de servicio del Centro de Salud Familiar, Paulina Avendaño Pereda, utilizando el modelo SERVQUAL. Esta utilizó un muestreo aleatorio simple, con un tamaño muestral de 145 encuestas.

Dentro de los resultados se encontró que la calificación promedio global para las expectativas en la muestra de los pacientes encuestados resultó ser de 4,28 puntos de un máximo de 5 puntos, es decir, ellos esperan recibir un servicio muy bueno. La dimensión de Confiabilidad muestra el nivel más alto de expectativa con 4,31 puntos en comparación con otras dimensiones. La calificación promedio global para las percepciones en la muestra de los pacientes encuestados resultó ser de 3,86 puntos de un máximo de 5 puntos. La dimensión Responsabilidad es la que, en promedio, tiene las percepciones más bajas, alcanzando un valor de 3,70 puntos, en tanto que la dimensión Empatía es la que presenta la percepción promedio más alta alcanzando a 3,98 puntos. Finalmente, en base a la información lograda se proponen las características que debería tener el servicio que ofrece el Centro de Salud Familiar. ⁽³⁴⁾

Gadallah MA, Allam MF, Ahmed AM, El-Shabrawy EM. [El Cairo, Egipto 2010]. “¿Los pacientes y proveedores de atención médica están satisfechos con la reforma del sector de salud implementados en los centros de salud de la familia?”: Estudio de tipo comparativo, en el cual se aplicó un cuestionario a los profesionales y pacientes de 4 unidades de APS reformadas y se compararon con cuatro unidades no reformadas de la gobernación de Alejandría respecto a la satisfacción de la atención tanto de los pacientes como de los proveedores.

Los resultados demostraron que los profesionales en los Centros primarios de salud (CPS) reformados estaban más satisfechos que los que pertenecían a CPS no reformados

respecto a la disponibilidad de los equipos, la satisfacción laboral y remuneraciones económicas. La satisfacción de los pacientes fue mayor en las Unidades de salud Familiar acreditados en comparación con las unidades no acreditadas en todos los aspectos: aseo personal, calidad de la atención de los profesionales, área de espera y tiempo de espera⁽⁹⁾

Mues KE, Resende JC, Santos OC, Perez LG, Ferreira JA, Leon JS. [Brasil, 2012] “Satisfacción de usuario por el Programa de Salud Familiar (PSF) en Vespasiano, Minas Gerais, Brasil”: Estudio de tipo transversal, el cual tenía como objetivo evaluar los factores que influyen en la perspectiva de los usuarios con respecto al PSF implementado en Brasil. Para la investigación se encuestaron a 310 cuidadores de niños menores de 5 años. La mayoría de los cuidadores se mostraron satisfechos tanto con su unidad de PSF y su agente comunitario de salud PSF, que había recibido al menos una visita a casa mensualmente del profesional de salud. La satisfacción con el profesional de salud y la unidad se asoció positivamente con el acceso percibido a esta y la frecuencia de las visitas domiciliarias de los profesionales. Los cuidadores que informaron de cuando se realizaban una o más visitas domiciliarias por mes eran más propensos a percibir la unidad PSF como "accesible" (o "a veces accesible") y satisfactoria.⁽¹⁰⁾

Ronzani TM, Silva Cde M. [Brasil 2008]. “Programa de Salud Familiar de Brasil de acuerdo con profesionales de la salud, gestores y usuarios” Estudio descriptivo, donde se encuestó a 118 usuarios de centros de salud familiar y se entrevistó a 14 profesionales de salud de los respectivos centros, de la localidad de Minas Gerais, Brasil.

Los profesionales informaron que los requisitos para un buen equipo son las características personales de sus miembros, ya que no están satisfechos con la organización de los Programas de Salud Familiar (PSF). Los administradores calificaron la intervención a nivel familiar como su principal beneficio, mencionando también la

promoción de la salud, la educación y la asistencia de otros aspectos importantes. Los usuarios indicaron que: los profesionales comunitarios de salud son los más destacados en cuanto a categoría profesional; son necesarios especialistas en el PSF; son preferibles los servicios especializados en Salud Familiar. servicios especializados son preferibles a la FHP ⁽³⁶⁾

Superintendencia de Salud [Chile, 2011] “Opinión Usuarios del Sistema de Salud Conocimiento y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la Reforma”

Estudio cuantitativo probabilístico, en base a entrevistas presenciales en hogares, se realizaron un total de 2327 entrevistas distribuidas en todo el territorio nacional. Los usuarios de FONASA perciben que en el último año, la salud ha empeorado en Chile (21% de los entrevistados versus un 13% de los usuarios de ISAPRES), ya que no tienen acceso a información y desean una atención en salud oportuna y de calidad, lo que se traduce básicamente en expectativas de menos tiempos de espera, mejor atención y mejor calidad de los profesionales de la salud de los cuales reciben atención. Cabe señalar que este grupo de la población accede casi exclusivamente a la red de atención primaria e institucional, para recibir atenciones de salud (79% de los usuarios de FONASA, mientras que un 89% de los usuarios ISAPRES acceden a prestadores privados). ⁽³⁷⁾

Perez J. , Aceituno L. [Chile, 2013] “Evaluación de la satisfacción usuaria en un centro de atención primaria de Salud”

Estudio transversal donde se aplicaron encuestas a una muestra de 252 usuarios. Los aspectos evaluados en este estudio consideraron: acceso a la atención, calidad de la atención, recomendación a otros usuarios, expectativas del usuario y satisfacción global. Los niveles de satisfacción global de los usuarios del CESFAM Puertas Negras fue evaluado satisfactoriamente en cerca de la mitad de los encuestados. De los distintos factores que influyen en la satisfacción global de los usuarios, el punto peor evaluado fue el acceso de los usuarios a la atención, especialmente en los que se refiere a la facilidad de los

usuarios para contactar al centro de salud por teléfono y la facilidad para conseguir horas. Respecto a la calidad de la atención, el punto amabilidad fue bien evaluado en todos los estamentos encuestados. De acuerdo a lo evaluado, existen varios aspectos en los que como CESFAM están bien evaluados, pero que todavía varios ítems quedan por mejorar, se sabe que los modelos actuales de atención recalcan la importancia de la participación del paciente en su propia salud, poniendo énfasis en la satisfacción del usuario para mejorar la participación de éstos en los centros de salud. ⁽³⁵⁾

Bello Escamilla N. Cortés Recaba J. Lara Jaque R. Pincheira Rodríguez A. Montoya Cáceres. [Chile, 2013] “Factores familiares relacionados con control glicémico en pacientes diabéticos atendidos en la red de atención primaria de salud.”

Estudio transversal, cuya población de estudio fue de 91 pacientes diabéticos pertenecientes a Centro de Salud Familiar de Chillán. El objetivo principal de la investigación fue determinar los principales factores familiares relacionados con el control glicémico de los pacientes diabéticos tipo 2.

Se determinó que el control glicémico se relacionó significativamente con escolaridad familiar y apoyo familiar; se observó además una correlación débil con el tipo de familia; y una correlación muy débil con las etapas del ciclo vital familiar y funcionalidad familiar. ⁽²¹⁾

Ferré Grau C. [España, 2008] “Dimensiones del cuidado familiar en la depresión. Un estudio etnográfico”

Estudio cualitativo, prospectivo y observacional, La muestra estaba conformada por un total de 50 familiares de pacientes depresivos internos en un Centro de Salud Mental de Tarragona (Cataluña). El objetivo general de esta investigación es profundizar en el conocimiento de la dinámica que se establece entre las personas que tienen la responsabilidad familiar del cuidado del paciente depresivo y especialmente de las relaciones entre la persona que cuida y la que es cuidada por un trastorno depresivo. El

análisis de los datos se realizó mediante un proceso inductivo del contenido de las entrevistas y visitas domiciliarias que permitió objetivar las tareas del cuidar y el rol del cuidador familiar, las necesidades, motivaciones, dificultades de los familiares de pacientes depresivos desde una perspectiva evolutiva. Uno de los resultados más llamativos es la relación al discurso de la sobrecarga subjetiva y objetiva del hecho de convivir con una persona depresiva, se detectan diferencias por sexo. El hombre pone más énfasis en el relato de las dificultades que le supone el tener que asumir las tareas prácticas, ocuparse de la casa y compaginarlas con el trabajo y en las dificultades en las relaciones sociales. La mujer resalta como aspectos de carga subjetiva la pérdida o modificación de la relación afectiva durante el proceso depresivo y el cambio de imagen respecto a su pareja que la depresión le genera. Ambos expresan la dificultad de tener que asumir un esfuerzo adicional en sus tareas y obligaciones a todos los niveles y además tener que tomar todas las decisiones de las actividades diarias sin poder compartirlas con la pareja, pensando que esto les produce una pérdida importante en su calidad de vida.⁽²²⁾

Helena Alba L. [Colombia, 2011]. “Familia y Práctica Médica”.

Estudio que consistió en la revisión de publicaciones científicas que: a) ayudarán a confirmar la relación existente entre contexto familiar y el proceso de salud enfermedad; b) Definieran el término de familia, sus formas de clasificación y c) describieran características de la familia colombiana. Hay evidencia suficiente acerca de la influencia de la familia como núcleo social primario en el estado de salud-enfermedad de los individuo, cada vez más los pacientes demandan una atención médica de calidad, incluyente, que considere la exploración del contexto y que oriente frente al manejo de situaciones en las cuales la familia está involucrada. Las circunstancias clínicas que incluyen el enfermo terminal, los problemas de salud mental y la persistencia de síntomas indiferenciados, la utilización de recursos familiares tanto en el diagnóstico como en el apoyo al tratamiento resulta crucial y tiene efecto directo en la adherencia a la

prescripción médica, en los patrones de uso de los servicios y en el control de la enfermedad.

En consecuencia, una perspectiva de cuidado que incorpore a la familia no solo mejora los estándares de la atención médica, sino también la satisfacción de los pacientes frente a los servicios de salud.⁽²³⁾

1.6 Propósito de la investigación

Relacionar las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por los usuarios respecto a la atención sanitaria de acuerdo a la aplicación del modelo de salud familiar otorgada en el CESFAM Federico Puga y sus características sociodemográficas.

1.7 Objetivos de la investigación

Objetivos generales

- 1.-Evaluar las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por los usuarios en cada dimensión del modelo de salud familiar en el CESFAM Federico Puga.
- 2.- Relacionar las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por los usuarios del CESFAM Federico Puga de cada dimensión del modelo de salud familiar con las características sociodemográficas de éstos.

Objetivo específico

- 1.-Identificar características sociodemográficas tales como previsión de salud, edad, nivel educacional y sexo, de los usuarios que se atienden en el CESFAM Federico Puga.
- 2.-Identificar las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por los usuarios con respecto a las dimensiones accesibilidad, continuidad, enfoque biopsicosocial o familiar, promoción y prevención en salud, participación comunitaria y resolutividad del modelo de salud familiar
- 3.-Relacionar las expectativas, experiencias y aceptabilidad percibidas por el usuario de cada dimensión del modelo de salud familiar con sus características sociodemográficas tales como edad, sexo, nivel educacional y previsión de salud.

1.9 Hipótesis

- ✓ La dimensión que tiene las mejores expectativas por parte de los usuarios es accesibilidad.
- ✓ La dimensión que presenta una de las mayores experiencias y satisfacción es la resolutiveidad.
- ✓ A mayor nivel de escolaridad, mayor es la aceptabilidad, experiencias y expectativas de la atención en salud según la aplicación del Modelo de Salud Familiar desde la perspectiva de los Usuarios.
- ✓ Existe una mayor aceptabilidad, experiencia y expectativa de la atención en salud según la aplicación del modelo de salud familiar por parte de los usuarios del sexo femenino.

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Tipo de diseño.

Estudio cuantitativo, correlacional de corte transversal, observacional y concurrente.

2.2 Población de estudio.

Usuarios del CESFAM Federico Puga, de la comuna de Chillán Viejo inscritos hasta el año 2014 que cumplan con los criterios de inclusión.

2.3 Muestra.

Se calculó un tamaño muestral de 171 usuarios, con un 95% de confianza, con una desviación típica estimada de un estudio anterior de 1,67 puntos ⁽⁷⁾ y una diferencia esperada de 0,25 puntos. Los participantes fueron seleccionados por cuotas establecidas por estratos de edad de manera proporcional al tamaño del universo.

Tabla 2.1
Distribución de la muestra según estratos de edad

Estratos	Encuestas
Hombres	
0-9 años	11
10-19 años	14
20-64 años	50
65 y + años	9
Mujeres	
0-9 años	11
10-19 años	14
20-64 años	54
65 y + años	8
Total	171

2.4 Criterios de inclusión, exclusión.

Criterios de inclusión.

- Usuarios que se hayan atendido en el CESFAM dentro de los últimos 12 meses
- En el caso de los menores de 15 años, que haya un apoderado o cuidador que autorice la encuesta y que responda por el caso índice.
- Firma consentimiento informado

Criterios de exclusión.

- Tener alguna discapacidad o enfermedad grave que impida la adecuada comprensión de las preguntas y manifestación de su opinión o voluntad.

2.5 Unidad de análisis.

Usuario del CESFAM Federico Puga.

2.6 Aspectos éticos.

Se solicitó autorización a la Directora del CESFAM Federico Puga para poder llevar a cabo la investigación:

Se requirió colaboración a los participantes mediante la firma del consentimiento informado, respaldado en la ley 20.120 sobre la investigación científica en seres humanos⁽¹⁷⁾ y de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas, según la Declaración de Helsinki⁽¹⁸⁾. (ANEXO 2)

2.7 Variables.

Variables Dependientes

1. Expectativas del usuario externo respecto a la aplicación del Modelo de Salud Familiar.
2. Experiencias del usuario externo respecto a la aplicación del Modelo de Salud Familiar.
3. Aceptabilidad del usuario externo respecto a la aplicación del Modelo de Salud Familiar.

Variables Independientes

1. Sexo
2. Edad
3. Nivel de Escolaridad
4. Tipo de Previsión de Salud

La definición nominal y operacional de cada una de las variables se encuentra en el Anexo 1.

2.8 Descripción del instrumento recolector.

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIA Y ACEPTABILIDAD DE LOS CESFAM DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO (Anexo 3)

El cuestionario fue creado por J. Benitez Gibbons y C. Moura Romero, en la Pontificia Universidad Católica, publicado y validado por las mismas autoras en el año 2006. Consta de un total de 71 preguntas englobadas en seis dimensiones que componen el Modelo de Salud Familiar: Accesibilidad (16 preguntas), Continuidad (8 preguntas), Promoción y prevención (6 preguntas), Enfoque biopsicosocial (10 preguntas), Participación (3 preguntas), Resolutividad (11 preguntas), Satisfacción general del usuario en relación al Centro de Salud (3 preguntas). Además se consideraron 3 preguntas del estado de Salud.

Para cada dimensión se midió la experiencia, en una escala de Likert de 1 a 5, con las opciones siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. La aceptabilidad, también se midió en escala de Likert de 1 a 5, con las opciones muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo. Para ambas variables se calcula un promedio y desviación estándar con las puntuaciones del total de la escala Likert, se clasifican en alta y baja experiencia y aceptabilidad, comparándose las puntuaciones en cada dimensión para obtener las conclusiones.

Las expectativas se miden mediante preguntas de selección múltiple donde, las proposiciones fueran excluyentes entre sí, señalando alta, mediana o baja expectativa respecto de un tema en particular, puntuándolas de 1 a 3 respectivamente y obteniendo un promedio y desviación estándar para compararlo en cada dimensión.

Este instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo, considerando las distintas facetas de cada uno de los conceptos a evaluar. ⁽¹⁾

La fiabilidad se determinó mediante el Coeficiente alfa de Cronbach, el cual para el total de indicadores del cuestionario fue de 0.92. ⁽¹⁾

2.9 Procedimiento para la recolección de datos.

Se seleccionó a los participantes mediante cuotas según cada rango etario, posteriormente se aplicó el instrumento de manera presencial en el CESFAM, para obtener los datos.

2.10 Procesamiento de datos.

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 15 (en español). Las variables cualitativas se describieron de acuerdo a frecuencias observadas y porcentajes mientras que las variables cuantitativas se describieron de acuerdo a media y desviación típica, previa comprobación de normalidad mediante inspección gráfica (diagramas de caja) y aplicación de prueba Kolmogorov-Smirnov. Para las variables que no mostraron distribución normal, se presentaron con medianas y rangos intercuartiles.

Con el objetivo de correlacionar las variables en estudio, se aplicaron los coeficientes de correlación de Pearson (variables cuantitativas bajo el supuesto de normalidad) y el coeficiente de Rho de Spearman (bajo el supuesto de variables cualitativas o en quienes no siguieron distribución normal). Se utilizó un nivel de significación de 0,05.

3. RESULTADOS

3.1 Presentación de tablas de resultados.

Participaron del estudio 171 sujetos, de los cuales la tabla 1 señala que el 60,8% se concentró en el rango de edad de 20 a 64 años, el 50,9% correspondió al sexo femenino, un 48,5% presentó estudios medios y un 49,7% tuvieron una previsión de salud de FONASA grupo A.

Tabla 1
Distribución de los usuarios del estudio según características sociodemográficas

Características sociodemográficas	n=171	%
Edad		
Entre 0 y 9 años	22	12,90
Entre 10 y 19 años	28	16,40
Entre 20 y 64 años	104	60,80
Entre 65 y + años	17	9,90
Sexo		
Femenino	87	50,90
Masculino	84	49,10
Escolaridad		
Sin estudios	1	0,60
Estudios básicos (entre 1 y 8 años)	70	40,90
Estudios medios (entre 9 y 12 años)	83	48,50
Estudios superiores (>12 años)	17	9,90
Previsión de Salud		
FONASA grupo A	85	49,70
FONASA grupo B	50	29,20
FONASA grupo C	12	7,00
FONASA grupo D	9	5,30
FONASA no sabe el grupo	10	5,80
ISAPRE	1	0,60
Otro	2	1,20
No sabe	2	1,20

Fuente: Evaluación del Modelo de Salud Familiar, según la perspectiva del usuario y su relación con características sociodemográficas. CESFAM Federico Puga. Chillán Viejo. 2014

En la tabla 2 se observa que un 60,30% de la muestra refirió que no se cambiaría de CESFAM y un 57,90% indicó que no le gustaría cambiar el equipo de salud que lo atiende.

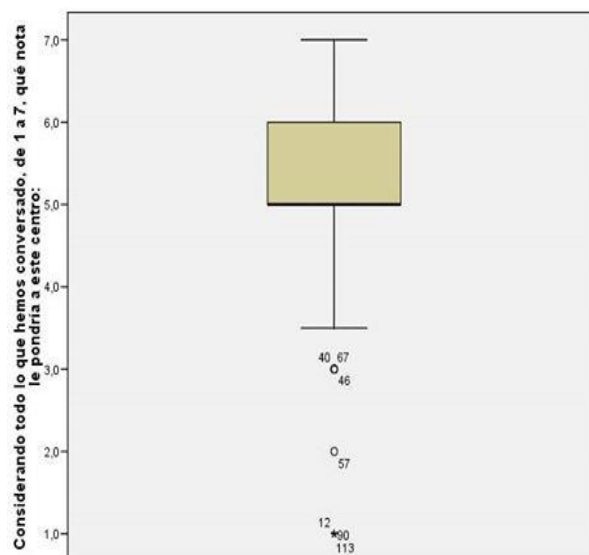
Tabla 2
Precepción general de los usuarios respecto a la atención otorgada.

Percepción general		
Se cambiaría de centro	N (171)	(%)
Muy de acuerdo – de acuerdo	61	35,70
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	2,90
Desacuerdo – muy desacuerdo	103	60,30
No sabe – no responde	2	1,20
Se cambiaría de equipo (%)		
Muy de acuerdo – de acuerdo	48	28,10
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	24	14,00
Desacuerdo – muy desacuerdo	99	57,90

Fuente:IDEM tabla 1

El gráfico 1 indica que la nota promedio que fue otorgada por los usuarios a la atención recibida en el CESFAM es de **5,00 ± 1,00**.

Gráfico 1
Nota promedio otorgada por los usuarios al CESFAM



Los datos no se ajustan a distribución normal.. Fuente: IDEM tabla 1

En la tabla 3 se observa que la dimensión en que los usuarios presentan mayores expectativas es “prevención y promoción”, las cuales fueron evaluadas en una escala de selección múltiple puntuadas de 1 a 3, obteniéndose un puntaje promedio de $2,75 \pm 0,00$ puntos. La experiencia y aceptabilidad fueron evaluadas en una escala likert con puntajes de 1 a 5, la dimensión mejor evaluada para el constructo “experiencia” corresponde a “promoción y prevención” con un puntaje promedio de $4,88 \pm 1,88$ puntos y la dimensión con mayor “aceptabilidad” corresponde a “resolutividad” con un puntaje promedio de $3,86 \pm 0,86$ puntos.

Tabla 3

Puntajes medios de los constructos de la percepción del usuario por dimensiones del Modelo de Salud Familiar. (N= 171)

Dimensiones del Modelo de Salud Familiar	Constructos de la percepción del usuario		
	Expectativas	Experiencias	Aceptabilidad
Accesibilidad ^(#)	$2,67 \pm 1,00^*$	$2,84 \pm 0,67$	
Continuidad	$2,53 \pm 1,00^*$	$2,75 \pm 1,01$	$3,39 \pm 2,00^*$
Enfoque biopsicosocial	$2,66 \pm 0,50^*$	$3,24 \pm 1,06$	$3,66 \pm 1,75^*$
Prevención y promoción	$2,75 \pm 0,00^*$	$4,88 \pm 1,88^*$	$3,43 \pm 2,00^*$
Participación comunitaria ^(&)	$2,41 \pm 1,00^*$	$1,25 \pm 0,50^*$	-
Resolutividad	$2,01 \pm 2,00^*$	$3,47 \pm 0,81$	$3,86 \pm 0,86^*$
Puntaje global	$2,55 \pm 0,38^*$	$3,55 \pm 0,75$	$3,28 \pm 0,65$

Fuente: IDEM tabla 1

$\bar{x} \pm sd$ (media aritmética \pm desviación típica) datos con ajuste a la distribución normal, según prueba de Kolmogorov-Smirnov, con $p > 0,05$

* $p < 0,05$ $Me \pm RIQ$ (mediana y rango intercuartil) datos con ajuste a la distribución no normal según prueba de Kolmogorov-Smirnov con $p < 0,05$

(#)Para la dimensión accesibilidad, el instrumento reporta, los constructos de experiencia y aceptabilidad están fusionados.

(&) Para el constructo de aceptabilidad el instrumento no consideró preguntas de participación comunitaria.

La tabla 4 indica que para la percepción del usuario en el constructo “expectativas”, los indicadores presentaron una baja consistencia interna con un alfa de Cronbach 0,4333. En cuanto a las “experiencias” y “aceptabilidad” los indicadores presentaron una alta consistencia interna con un alfa de 0,826 y 0,859 respectivamente. Para el total de indicadores del cuestionario el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,898 lo que permite señalar que el instrumento con todos sus indicadores considerados es fiable. ⁽³⁸⁾

Tabla 4
Consistencia interna de los constructos que conforman la percepción del usuario
(N= 171)

Constructos de la percepción del usuario	Indicadores	α-Cronbach
Expectativas	8	0,4333
Experiencias	27	0,826
Aceptabilidad	31	0,859
Total	66	0,898

Fuente: IDEM tabla 1

α- Cronbach: Coeficiente de consistencia interna

La tabla 5 indica que la percepción de los usuarios en el constructo “expectativas”, presentó mayor puntaje promedio en el rango de edad entre 0 y 9 años con $2,7 \pm 0,6$ puntos. Para las “experiencias” el mayor puntaje promedio se presentó en el rango de edad de 20 a 64 años con $3,7 \pm 0,7$ puntos y en “aceptabilidad” el mayor puntaje promedio fue en el rango de edad de 65 y más años con $3,5 \pm 0,6$ puntos.

Respecto al sexo, tanto femenino como masculino, las percepciones en el constructo “expectativas” presentaron un puntaje medio de $2,6 \pm 0,4$ puntos. En las “experiencias” el puntaje medio del sexo femenino fue mayor con $3,7 \pm 0,8$ puntos y en la “aceptabilidad” el puntaje medio del sexo femenino y masculino fue el mismo con un $3,3 \pm 0,7$ puntos.

De acuerdo a la escolaridad de los usuarios, los que manifestaron educación básica y superior presentaron mayores “expectativas” en su percepción con puntajes promedios de $2,6 \pm 0,5$ y $2,6 \pm 0,3$ respectivamente. Para el constructo “experiencias” y “aceptabilidad” el mayor puntaje medio se presentó en el grupo de usuarios con estudios superiores con un $3,6 \pm 0,8$ y $3,3 \pm 0,5$ respectivamente.

En la previsión de salud respecto a FONASA, la percepción de los usuarios en el constructo “expectativas” presentó un mayor puntaje promedio en aquellos con previsión FONASA D con un $2,75 \pm 0,56$ puntos. Para el constructo “experiencias” el grupo perteneciente a FONASA C presentó mayor puntaje promedio con $3,87 \pm 0,47$ puntos.

Tabla 5

Puntajes medios de los constructos de la percepción de los usuarios respecto al Modelo de Salud Familiar según variables sociodemográficas. (N=171)

Variables sociodemográficas	Constructos de la percepción del usuario		
	Expectativas	Experiencias	Aceptabilidad
Edad			
Entre 0 y 9 años	2,69 ± 0,63*	3,23 ± 0,69	3,07 ± 0,68
Entre 10 y 19 años	2,50 ± 0,47*	3,23 ± 0,77	3,11 ± 0,59
Entre 20 y 64 años	2,63 ± 0,38*	3,73 ± 0,71	3,32 ± 0,67
Entre 65 y + años	2,38 ± 0,56*	3,40 ± 0,81	3,53 ± 0,57
Sexo			
Femenino	2,63 ± 0,38*	3,66 ± 0,76	3,26 ± 0,67
Masculino	2,63 ± 0,38*	3,43 ± 0,74	3,29 ± 0,64
Escolaridad			
Sin estudios	2,88 ± 0,00*	3,70 ± 0,00	3,70 ± 0,00
Estudios básicos	2,63 ± 0,50*	3,54 ± 0,79	3,27 ± 0,61
Estudios medios	2,50 ± 0,38*	3,55 ± 0,74	3,27 ± 0,71
Estudios superiores	2,63 ± 0,25*	3,56 ± 0,75	3,28 ± 0,53
Previsión de Salud			
FONASA grupo A	2,63 ± 0,38*	3,57 ± 0,80	3,24 ± 0,74
FONASA grupo B	2,50 ± 0,41*	3,31 ± 0,74	3,19 ± 0,62
FONASA grupo C	2,63 ± 0,3*	3,87 ± 0,47	3,44 ± 0,37
FONASA grupo D	2,75 ± 0,56*	3,81 ± 0,65	3,21 ± 0,47
FONASA no sabe el grupo	2,50 ± 0,53*	3,81 ± 0,70	3,79 ± 0,39
ISAPRE	2,50 ± 0,00*	3,67 ± 0,00	3,41 ± 0,00
Otro	2,75 ± 0,25*	4,26 ± 0,26	3,60 ± 0,27
No sabe	2,75 ± 0,50*	3,43 ± 0,34	3,21 ± 0,15

Fuente: IDEM tabla 1

$\bar{x} \pm sd$ (media aritmética ± desviación típica) datos con ajuste a la distribución normal, según prueba de Kolmogorov-Smirnov, con $p > 0,05$

* $Me \pm RIQ$ (mediana y rango intercuartil) datos con ajuste a la distribución no normal según prueba de Kolmogorov-Smirnov con $p < 0,05$

La tabla 6 evidencia una débil correlación entre la percepción del usuario en el constructo “expectativas” y la dimensión “participación comunitaria” ($r=0,21$; $p\leq 0,01$).⁽³⁷⁾ El constructo “experiencias” tuvo una fuerte correlación positiva con las dimensión de “prevención y promoción” ($r=0,83$; $p\leq 0,001$). El constructo “aceptabilidad” tuvo una fuerte correlación positiva con la dimensión de “accesibilidad” ($r=0,81$; $p\leq 0,001$). No se encuentran relaciones significativas entre las dimensiones “accesibilidad”, “Continuidad”, “enfoque biopsicosocial” y “resolutividad” con el constructo “expectativas” ($p>0,05$).

Tabla 6

Correlación entre los constructos de la percepción del usuario y las dimensiones del Modelo de Salud Familiar. (N=171)

Dimensiones del Modelo de Salud Familiar	Constructos de la percepción del usuario		
	Expectativas	Experiencia	Aceptabilidad
Accesibilidad	-0,012 ^{‡‡}	0,490*** [‡]	0,810*** [‡]
Continuidad	0,113 ^{‡‡}	0,699*** [‡]	0,579*** [‡]
Enfoque biopsicosocial	0,117 ^{‡‡}	0,715*** [‡]	0,740*** [‡]
Prevención y promoción	0,165* ^{‡‡}	0,828*** ^{‡‡}	0,443*** ^{‡‡}
Participación comunitaria	0,207** ^{‡‡}	0,266*** ^{‡‡}	0,230** ^{‡‡}
Resolutividad	0,006 ^{‡‡}	0,614*** [‡]	0,793*** ^{‡‡}

Coefficiente de correlación de R de Pearson[‡]

Fuente: IDEM tabla 1

Rho de Spearman ^{‡‡}

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

La tabla 7 muestra que la percepción del usuario en el constructo “expectativas” de la dimensión “continuidad” presentó una correlación débil y estadísticamente significativa con sexo ($r = -0,19$; $p < 0,05$). Se presentó además una débil correlación negativa y estadísticamente significativa con la las expectativas de la dimensión “prevención y promoción” y la edad ($r = -0,206$; $p < 0,01$).⁽³⁷⁾ No así para el resto de las dimensiones del constructo quienes no presentaron correlaciones significativas todas con $p > 0,05$.

Para escolaridad y previsión de salud no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con las dimensiones del constructo de “expectativas” todas con $p > 0,05$.

Tabla 7

Correlación entre el constructo expectativas de las dimensiones del Modelo de Salud Familiar con las características sociodemográficas. (N=171)

Dimensiones del constructo expectativas	Características sociodemográficas			
	Sexo	Edad	Escolaridad	Previsión de salud
Accesibilidad	0,010	0,026	0,003	-0,061
Continuidad	-0,188*	-0,013	-0,056	-0,003
Enfoque biopsicosocial	-0,012	-0,022	-0,025	0,004
Prevención y promoción	0,012	-0,206**	0,090	-0,104
Participación comunitaria	-0,015	-0,063	-0,013	0,045
Resolutividad	0,101	0,115	-0,096	0,000

Coefficiente de correlación de Rho de Spearman

Fuente: IDEM tabla 1.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

La tabla 8 indica que se presentó una correlación débil y estadísticamente significativa entre la percepción del usuario en el constructo de “experiencias” de la dimensión continuidad con el sexo ($r=-0,17$; $p<0,05$). Además se observa que el constructo “experiencias” de la dimensión “accesibilidad” y “Resolutividad” también presentaron una correlación débil y estadísticamente significativa con edad ($r=0,27$; $p<0,01$), ($r=-0,25$; $p<0,001$) respectivamente. ⁽³⁹⁾

Para las demás dimensiones del constructo “experiencias” no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con escolaridad y previsión de salud, todas con $p>0,05$.

Tabla 8

Correlación entre el constructo experiencia de las dimensiones del Modelo de Salud Familiar con las características sociodemográficas.(N=171)

Dimensiones del constructo experiencia	Características sociodemográficas			
	Sexo	Edad	Escolaridad	Previsión de salud
Accesibilidad	0,108	0,274 ***	-0,129	-0,019
Continuidad	-0,170*	0,084	-0,077	-0,043
Enfoque biopsicosocial	-0,113	-0,075	-0,010	-0,006
Prevención y promoción	-0,113	0,146	-0,011	-0,017
Participación comunitaria	-0,046	0,083	-0,007	-0,081
Resolutividad	-0,087	0,248**	-0,087	0,048

Coefficiente de correlación de Rho de Spearman

Fuente: IDEM tabla 1

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

En la tabla 9 se observa una correlación débil, aunque estadísticamente significativa, entre la percepción del usuario en el constructo de “aceptabilidad” de la dimensión “accesibilidad” y “continuidad” con la edad ($r=-0,27$; $p<0,001$) ($r=0,16$; $p<0,05$).⁽³⁹⁾

Para el sexo, escolaridad y previsión de salud no se presentaron correlaciones estadísticamente significativas con las dimensiones del constructo “aceptabilidad” todas con un $p>0,05$

Tabla 9

Correlación entre el constructo aceptabilidad de las dimensiones del Modelo de Salud Familiar con las características sociodemográficas.(N=171)

Dimensiones del constructo aceptabilidad	Características sociodemográficas			
	Sexo	Edad	Escolaridad	Previsión de salud
Accesibilidad	0,108	0,274***	-0,129	-0,019
Continuidad	0,001	0,159*	-0,050	-0,030
Enfoque biopsicosocial	-0,023	0,090	-0,055	-0,030
Prevención y promoción	-0,002	0,029	-0,054	-0,064
Participación comunitaria (&)	-	-	-	-
Resolutividad	-0,021	0,144	-0,087	0,127

Coefficiente de correlación de Rho de Spearman

Fuente: IDEM tabla 1.

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

(&) Para el constructo de aceptabilidad el instrumento no consideró preguntas de participación comunitaria.

En la tabla 10, se observa una correlación débil negativa aunque estadísticamente significativa, entre la percepción del usuario en el constructo de “Experiencia” y el sexo ($r=-0,171$; $p<0,05$). Para el constructo “aceptabilidad” se presentó una correlación débil estadísticamente significativa con la edad. ($r=0,214$; $p<0,01$).⁽³⁹⁾

Para la escolaridad y previsión de salud no se presentaron correlaciones estadísticamente significativas con los constructo de la percepción del usuario todas con un $p>0,05$.

Tabla 10

Correlación entre los constructos de la percepción del usuario del Modelo de Salud Familiar según variables sociodemográficas. (N=171)

Variables sociodemográficas	Constructos de la percepción del usuario		
	Expectativas	Experiencias	Aceptabilidad
Edad	-0,017	0,139	0,214**
Sexo	-0,001	-0,171*	0,064
Escolaridad	-0,064	-0,067	-0,117
Previsión de Salud	-0,022	-0,007	-0,80

Coefficiente de correlación de Rho de Spearman

Fuente: IDEM tabla 1.

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

4. DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue conocer la percepción del usuario respecto a la atención sanitaria de acuerdo a la aplicación del modelo de salud familiar y relacionarlo con sus características sociodemográficas, en el CESFAM Federico Puga de Chillán Viejo.

El concepto de calidad de la atención constituye un elemento fundamental para los prestadores de salud, donde cada vez está tomando mayor importancia considerar la opinión de los usuarios, ya que su perspectiva se ve justificada como indicador en salud, por medio de investigaciones que señalan que existe evidencia sobre la relación entre una mayor satisfacción y mejores niveles de salud de la población.

Los resultados de este estudio señalan que según la distribución de la muestra, el mayor porcentaje de usuarios se encontraban en el estrato de edad de 20 a 64 años (60,8%) y que la mayoría de la muestra corresponde al sexo femenino (50,9%), asemejándose a los resultados obtenidos en el estudio de Peñaloza, B. y reafirmando también, los datos entregados en el Censo 2002 y la población estimada al año 2020, donde se indica que la población femenina en Chile es mayor a la masculina.^{(8)(40) (41)}

Con respecto a la escolaridad, los resultados indican que el mayor porcentaje de la muestra presenta estudios medios entre 9 y 12 años (48,5%), datos que coinciden con la investigación de Gomez N., Riquelme Y., Jelvez A.⁽³⁴⁾ En cuanto a la variable Previsión de Salud, el mayor porcentaje de los usuarios pertenece a FONASA grupo A (49,7%), ya que según la estadísticas del CESFAM Federico Puga este es el grupo que mayor demanda presenta en la atención primaria. No se encontraron estudios de satisfacción usuaria que incluyeran la variable previsión de salud por lo que estos últimos resultados no pueden ser comparados con otras investigaciones, pero sí con las encuestas ADIMARK donde se observa que un gran porcentaje de la población se encuentra en FONASA grupo A.⁽³⁷⁾

En cuanto a la valoración del CESFAM, los resultados muestran que los usuarios entrevistados realizan una evaluación global regular a la atención recibida, otorgando una

nota de 5,0 (escala de 1 a 7). Si bien la nota otorgada por los usuarios es regular, el mayor porcentaje de la muestra no se cambiaría de CESFAM (60,3%) ni cambiaría el equipo que lo atiende (57,9%). Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio de Peñaloza, B. donde los CESFAM fueron evaluados con una nota de 5,2 en una escala de 1 a 7, además el mayor porcentaje de la muestra refirió que no se cambiaría de CESFAM ni cambiaría el equipo de salud que lo atiende. ⁽⁸⁾

Por otra parte, para el constructo expectativas, entendido como “lo que usualmente el usuario espera como mínimo requerimiento ante su atención en salud” las dimensiones que presentaron mayores puntajes fueron “prevención y promoción” con $2,75 \pm 0,00$ puntos (escala de 1 a 3) y “accesibilidad” con un promedio de $2,67 \pm 1,00$, por lo que se rechaza la hipótesis “La accesibilidad corresponde a la dimensión que presenta las mejores expectativas por parte de los usuarios”. Mientras que las menores expectativas se presentaron en la dimensión “resolutividad” con $2,01 \pm 2,00$ puntos. Lo que también concuerda con el estudio de Peñaloza, B. confirmando que aunque exista una mejora en cuanto a accesibilidad, la resolutividad aún es limitada. ⁽⁸⁾ Así dentro de estos resultados cabe destacar que las expectativas en cuanto a prevención y promoción sean tan altas ya que demuestra el interés por parte de los usuarios de obtener información para hacerse responsables sobre el cuidado de su salud. Reafirmando la idea de Pender donde se destaca el papel activo del paciente para gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno.

En relación a las experiencias definidas como “la opinión del usuario acerca de la estructura y proceso de los servicios”, la dimensión que presentó mayor promedio fue la de “prevención y promoción” con $4,88 \pm 1,88$ puntos (escala de 1 a 5) seguida por “resolutividad” con un puntaje de $3,47 \pm 0,81$; la de menor puntaje corresponde a la “participación comunitaria” con $1,25 \pm 0,50$ puntos. Esto evidencia que pese a que los usuarios tienen un mayor empoderamiento en cuanto a su salud, no se les da el espacio suficiente para dar su opinión acerca de los temas relevantes en salud. Lo cual refuerza

la idea de Nola Pender que dice que las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de salud humana. ⁽³²⁾ Por otro lado, los resultados en cuanto a experiencias y “resolutividad” concuerdan el estudio de Peñaloza, B. puesto que las mejores experiencias se encuentran en la dimensión “resolutividad”, aceptando así la hipótesis “La dimensión que presenta una de las mayores experiencias y satisfacción es la Resolutividad”. ⁽⁸⁾

En tanto, para la satisfacción usuaria, la dimensión que presentó mayor aceptabilidad correspondió a la “resolutividad” con $3,86 \pm 0,86$ puntos (escala de 1 a 5), coincidiendo con el estudio de Peñaloza, B. por lo que se acepta la hipótesis “la dimensión que presenta la mayor satisfacción es la Resolutividad”, ya que los usuarios consideraron que la capacidad del centro y sus profesionales son las necesarias para resolver problemas y aclarar dudas respecto a su salud. Por otra parte, la dimensión peor evaluada correspondió a la “accesibilidad” al igual que en el estudio de Peñaloza B. y las investigaciones de Pérez J., Aceituno L. ya que se considera que los servicios que el CESFAM entrega no son oportunos. ^{(8) (35)}

A partir de la búsqueda exhaustiva en la literatura, se puede afirmar que a nivel mundial y latinoamericano, sólo existen estudios que correlacionen satisfacción usuaria y características sociodemográficas, pero no se evidenciaron estudios que correlacionen la satisfacción usuaria en cuanto a la aplicación del Modelo de Salud Familiar con las características sociodemográficas de los usuarios. A nivel nacional, tampoco se encontraron investigaciones en relación a las variables de estudio. ⁽⁴²⁾

Respecto a los datos más específicos encontrados en esta investigación, se observó que el constructo expectativas presenta una correlación significativa débil y positiva, con las dimensiones “promoción y prevención” y “participación comunitaria”. Esto señala que a mayor “promoción y prevención” y “participación comunitaria” mayores serán las expectativas de los usuarios.

Por otra parte, el constructo experiencias muestra una correlación significativa con las seis dimensiones del Modelo de Salud Familiar, específicamente la dimensión que presenta una correlación más fuerte es la “promoción y prevención” seguida de “enfoque biopsicosocial” y “continuidad”. Así se refleja la importancia de entregar una atención que integre todas las dimensiones del Modelo de Salud Familiar, ya que de esta manera será mejor evaluada la experiencia por parte de los usuarios.

Para el constructo aceptabilidad se observa que existe una correlación estadísticamente significativa con las seis dimensiones, dentro de estas, las que presentaron mayor correlación fueron la “accesibilidad”, “enfoque biopsicosocial” y la “resolutividad”. Lo que evidencia que mientras mejor se aplique el Modelo de Salud Familiar mayores son los niveles de satisfacción usuaria.

En lo que respecta a la perspectiva del usuario y sus variables sociodemográficas es posible afirmar que el sexo presenta una débil correlación negativa con las expectativas de la dimensión continuidad, esto señala que los usuarios de sexo masculino tienen peores expectativas en relación a la continuidad, esto puede ser causado por la baja concurrencia de los hombres a los centros de salud, generando que solo esperen una atención de calidad sin importar quien la otorgue. Además el sexo también presenta una débil correlación negativa con el constructo experiencias de la dimensión continuidad, lo que quiere decir que los hombres tienen peores experiencias en lo que a continuidad se refiere. Esto puede ser consecuencia de lo descrito anteriormente, ya que esta baja concurrencia provoca que los usuarios no estén familiarizados con los profesionales que los atienden, sumado a esto se encuentran las constantes rotaciones del personal en los CESFAM lo que impide que la continuidad en la atención de salud sea aplicada.⁽⁴³⁾ En cuanto a la aceptabilidad, los resultados demuestran que el sexo no influye en la satisfacción de los usuarios, lo que coincide con lo investigado por Chang, M. Alemán M., Cañizares M., Ibarra A. y Seclén, J., Darras C. donde no se presentaron diferencias significativas de satisfacción entre mujeres y hombres.^{(42) (44)}

La variable edad presentó una débil correlación negativa con las expectativas de la dimensión “promoción y prevención”, lo que demuestra que las expectativas en cuanto a esta dimensión disminuyen en las personas de edad más avanzada. Esto puede ser debido a que según las estadísticas las personas de edad más avanzada poseen un mayor número de patologías, por lo que solo esperan que se trate la enfermedad o motivo principal de consulta, dejando fuera la importancia de la educación sobre prevención y promoción en salud. ⁽⁴⁵⁾ Mientras que para el constructo experiencias se presenta una débil correlación positiva en las dimensiones de “accesibilidad” y “resolutividad”. Esto quiere decir que las personas de edad más avanzada tienen mejores experiencias en cuanto a la “accesibilidad” y “resolutividad” de la atención en salud. Esto puede relacionarse con la alta demanda de los adultos mayores, ya que según lo mencionado por Seclén, J. las personas de mayor edad son conscientes de su vulnerabilidad para enfermar y ven que la atención es un proceso de interacción y responsabilidad compartida con el servicio ⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁶⁾ En cuanto al constructo de aceptabilidad se presentan correlaciones débiles positivas entre la edad y las dimensiones “accesibilidad” y “continuidad”, por lo tanto la satisfacción de estas, es mejor en usuarios de edad avanzada. Lo que concuerda con las investigaciones de Colunga, C. y Seclén, J. donde los adultos mayores se mostraron más satisfechos y calificaron más alta la calidad de la atención. Adicionalmente el actual perfil demográfico y epidemiológico en Chile muestra que existe una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, las cuales requieren para su cuidado integral un contacto continuo con los servicios de salud lo que a la larga establecerá una relación de confianza, mayor afinidad y seguridad importante entre el usuario y el servicio. Reafirmando la idea de Pender que establece que los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida. ⁽³²⁾⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁷⁾

En relación a la escolaridad no se presentaron correlaciones significativas con los constructos de la perspectiva del usuario y las dimensiones del Modelo de Salud Familiar, lo que descarta la hipótesis planteada en este estudio, ya que la evaluación que realizan

los usuarios al Modelo de Salud Familiar implementado en el CESFAM no depende de su escolaridad. Algo similar sucede para la previsión de salud, ya que tampoco presentó correlaciones significativas. Estos resultados difieren del estudio de opinión usuaria, ADIMARK donde se evidencia que existen diferencias en la opinión de los usuarios de distintos grupos de FONASA respecto a las prestaciones en salud. Sin embargo estos datos no pueden ser equiparables con otras investigaciones ya que no se encontraron estudios que correlacionen estas variables. ⁽³⁷⁾

Existe una correlación débil positiva entre edad y la aceptabilidad en general, lo que quiere decir que los usuarios de edad más avanzada tienen mayor satisfacción respecto a la aplicación del Modelo de Salud Familiar concordando con lo investigado por Seclén J., Darras C. También se observa que la variable sexo presenta una débil correlación negativa con las experiencias, lo que indica que los hombres evalúan de peor manera sus experiencias en el CESFAM. Por lo cual se rechaza la hipótesis planteada “Existe una mayor aceptabilidad, experiencia y expectativa de la atención en salud según la aplicación del modelo de salud familiar por parte de los usuarios del sexo femenino” debido a que las expectativas y la aceptabilidad no dependen del sexo. Por otro lado, también se observa que la perspectiva del usuario no depende de su tipo de previsión en salud. ⁽⁴⁴⁾

4.2 Limitaciones

- Escasos estudios de tipo correlacional relacionados con el tema de investigación.
- Retraso en la entrega de autorización por parte del establecimiento de salud para comenzar a realizar la investigación.
- Dificultad para acceder a información de los usuarios (domicilios), hecho que produjo una reorientación en la metodología a utilizar.

4.3 Sugerencias

- Considerar los resultados de este estudio como sustento para futuras investigaciones del tema.
- Debido principalmente a la longitud del instrumento, el encuestador debe tener la preparación necesaria para hacer una correcta aplicación de este.
- En una futura aplicación del instrumento, se recomienda evaluar las expectativas en escala Likert de 1 a 5, para hacer facilitar su posterior análisis.
- Para estudios futuros, se recomienda incluir otras variables que se pudiesen correlacionar con la evaluación del Modelo de Salud Familiar según las perspectivas del usuario, tales como: nivel socioeconómico, profesional con que se atiende, enfermedad crónica, entre otras; con el fin de poder realizar una evaluación más completa.

4.4 Conclusión

Respecto a la investigación y a los objetivos planteados se concluyó lo siguiente:

- La muestra se constituyó preferentemente por usuarios del sexo femenino, sin embargo no se observó una diferencia porcentual significativa entre ambos sexos. Los participantes se distribuyeron mayoritariamente en el tramo de edad de 20 a 64 años.
- El nivel de escolaridad de los participantes se concentró en mayor número en aquellos que presentaban estudios medios los que fluctuaban entre 9 y 12 años.
- La previsión de FONASA predominante de los participantes de este estudio fue FONASA grupo A.
- Este estudio obtuvo una elevada consistencia interna, significando que el instrumento “Cuestionario de experiencia y aceptabilidad de los CESFAM desde la perspectiva del usuario” es el adecuado para medir la percepción de los usuarios respecto al Modelo de Salud Familiar implementado en el CESFAM.
- La dimensión en que los usuarios presentan mayores expectativas es “prevención y promoción” ($2,75 \pm 0,00$ puntos), seguido por “accesibilidad” $2,67 \pm 1,00$). Por el contrario las menores expectativas se presentaron en la dimensión “resolutividad” con ($2,01 \pm 2,00$) puntos.
- La dimensión mejor evaluada en cuanto a las experiencias corresponde a “promoción y prevención” ($4,88 \pm 1,88$).
- La dimensión que genera mayor satisfacción corresponde a “resolutividad” con un puntaje promedio de $3,86 \pm 0,86$ puntos. Por otro lado, la dimensión que provoca mayores niveles de insatisfacción es la de “accesibilidad” $2,84 \pm 0,67$.
- Finalmente la percepción general de los usuarios en relación al centro de salud es regular, evidenciándose en la nota promedio 5,0 que fue otorgada.
- Las expectativas de la dimensión “continuidad” presentaron una correlación débil y estadísticamente significativa con sexo ($r = -0,19$; $p < 0,05$), por lo que los usuarios de sexo masculino tienen peores expectativas en relación a la continuidad.

- Las experiencias de la dimensión “continuidad” presentaron una correlación débil y estadísticamente significativa con el sexo ($r=-0,17$; $p<0,05$), ya que los usuarios del sexo masculino presentan las peores experiencias respecto a la continuidad de la atención.
- La satisfacción de las dimensiones “accesibilidad” y “continuidad” mostraron una correlación débil, aunque estadísticamente significativa con la edad ($r=-0,27$; $p<0,001$) ($r=0,16$; $p<0,05$) puntos, los usuarios de edad mas avanzada, tienen mayores niveles de satisfacción en cuanto a “accesibilidad” y “continuidad”.
- Para las experiencias y el sexo, se observa una correlación débil negativa, aunque estadísticamente significativa ($r=0,171$; $p<0,05$), las mujeres presentan las mejores experiencias.
- En cuanto a la satisfacción y la edad se presentó una correlación débil estadísticamente significativa ($r=0,214$; $p<0,01$); esto indica que a mayor edad, mayor es la satisfacción con el modelo de salud familiar.
- No influye en la satisfacción usuaria las características sociodemográficas tales como: sexo, escolaridad y previsión de salud. ($p>0,05$)

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Benitez J, Moura C. “Construcción de un Instrumento de medición del Modelo de Salud Familiar en CESFAM desde la perspectiva del usuario” Taller de Titulación. Instituto de Sociología PUC, Santiago, 2006, Chile.
- (2) Infante A, Paraje G. La reforma de salud en Chile. En: Las nuevas políticas de protección social Larrañaga O y Contreras C. editores. Santiago de Chile 2010. Ed.uqbar. p 1-44.
- (3) Diploma Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 6° Versión, Santiago, 2011, Chile. [Disponible en:http://www.medichi.cl/ugc/atencion_primaria_salud_familiar/descarga.pdf]
- (4) Carolina Oliva y Carmen Gloria Hidalgo. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. Revista scielo. 2004 [Acceso Octubre 2013]. [Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200013&script=sci_arttext]
- (5) Cisternas Ramírez C. Experiencias de aplicación en Redes de Salud en Chile. Centros de Gestión en Instituciones de Salud. Universidad de Talca, 2010. [Disponible en: http://www.cegisutalca.cl/docs/publicaciones/N12/EXPERIENCIAS_APLICACION_REDES_DE_SALUD_EN_CHILE.pdf]
- (6) Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa de Medicina Familiar y Comunitaria, una propuesta para contribuir al cambio. Santiago, Abril 2001. [Disponible en: <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/familiar.pdf>]
- (7) Subsecretaría de Redes Asistenciales, Manual de apoyo a la implementación del Modelo de atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario en establecimientos de

Atención Primaria. Chile: MINSAL, 2008. [Disponible en:<http://www.slideshare.net/DanteVallesH/modelo-de-salud-familiar-en-chile-y-mayor-resolutividad-de-la-atencin-primaria-de-salud-2012>]

(8) Peñaloza Hidalgo B. Informe Final: “Evaluación del modelo de Salud Familiar en Atención Primaria desde la perspectiva del usuario”. Santiago, Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2012.

(9) Gadallah MA, Allam MF, Ahmed AM, El-Shabrawy EM. Are patients and healthcare providers satisfied with health sector reform implemented in family health centres? QualSaf Health Care. 2010;19(6):e4.

(10) Mues KE, Resende JC, Santos OC, Perez LG, Ferreira JA, Leon JS. User satisfaction with the Family Health Program in Vespasiano, Minas Gerais, Brazil. RevPanamSaludPublica. 2012;31(6):454-60

(11) Servicio de Salud de Ñuble [Sitio Web]*. Chillán, Chile. Departamento de comunicación y RRPP Servicio de Salud Ñuble. [Acceso Octubre 2013]. Modelo Integral de Salud: Familiar y comunitario. [Disponible en: <http://www.serviciodesaludnuble.cl/sitio/modelo-integral/>]

(12) Montoya Cáceres P. Gestión y Salud. Escuela de Enfermería, Universidad del BioBio; 2014.

(13) Montero J, Téllez A, Herrera C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria en salud. Algunos aspectos críticos. Políticas Públicas Uc. [Revista en internet]* 2010; [acceso 17 marzo 2014]. 38(12). [Disponible en: http://politicaspUBLICAS.uc.cl/cpp/static/uploads/adjuntos_publicaciones/adjuntos_publicacion.archivo_adjunto.80d1727c57c4052a.53544133382e706466.pdf]

- (14) OMS/OPS Y UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata. Kazajistán 1978.
- (15) Nervi L. Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud. En: Retos para la Revitalización de la APS en las Américas. El Salvador. Cisas; 2008. p 1-5.
- (16) Martín A, Jodar G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. En: ELSEVIER. Atención familiar y salud comunitaria. España. 2011. p 1-16.
- (17) U cursos [Sede Web*]. Medicina 2008 [acceso 7 de Abril 2014] De Oyarzún E. Modelo biomédico y modelo biopsicosocial. [Disponible en: https://www.ucursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar?id_material=182943]
- (18) Cardenas C, Pinnighoff C. Modelo integral de salud con enfoque familiar y comunitario: Experiencias en la implementación desde un equipo de atención hospitalaria. Revista Chilena de salud pública. 2013; 17 (2) p 139-146.
- (19) Infante A, Paraje G. La reforma de salud en Chile. En: Las nuevas políticas de protección social Larrañaga O y Contreras C. editores. Santiago de Chile 2010. Ed.uqbar. p 1-44.
- (20) Manual de atención de familias para profesionales de la salud. Montero Ossandón L. Dois Castellón A. Ediciones UC. Santiago, Chile 2012.
- (21) Bello N, Cortés J, Lara R, Pincheira A, Montoya P. Factores familiares relacionados con control glicémico en pacientes diabéticos atendidos en la red de atención primaria de salud, Chillán-Chile. Enfermería Comunitaria [revista en internet]*; 2014 [Acceso abril 2014]; 10(1). [Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v10n1/ec9197r.php>]

- (22) C. Ferré Grau. Dimensiones del cuidado familiar en la depresión. Un estudio etnográfico. Scielo [revista en Internet]*. Septiembre 2008. [Acceso Octubre 2013]; 17(3). [Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300006]
- (23) L. Helena Alba. Familia y Práctica Médica. Universitas Médica [revista en Internet]*. Abril-junio 2012. [Acceso Octubre 2013]; 53(2). [Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v53n2/Familia%20y%20practica%20medica.pdf>]
- (24) Ministerio de salud, Gobierno de Chile. En el camino a Centro de Salud Familiar. 2008. P 7-131.
- (25) Peñaloza B, Rojas del Canto P, Rojas P, Téllez A. Modelo de atención de salud familiar: Una propuesta para contribuir al cambio. Pontificia Universidad Católica. Santiago 2001.
- (26) Calidad de salud Andalucía [Sede web]* Escuela Andaluza de salud pública. 2012 [Acceso 10 de Marzo 2014]. [Disponible en: <http://www.calidadsaludandalucia.com/es/accesibilidad.html>]
- (27) Mat. N. Ochoa/ E. U. M. E. López. SERVICIO DE SALUD DEL MAULE Departamento de Articulación y Desarrollo. Glosario de términos usados en el trabajo en red
- (28) Zurro M, Cano J.F. Atención primaria, conceptos, aplicación y práctica clínica. Madrid: Elsevier. 5° Edición año 2003.
- (29) Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción en salud. Noviembre 1986. Primera conferencia internacional sobre la promoción de salud. OMS. Carta de Ottawa.

- (30) Raddatz M., Rojas O., Sanhueza H., Bustamante j., Ordenes F., Riveras J.. Análisis de la percepción sobre la satisfacción de los usuarios en el hospital regional de Valdivia. UACH. Valdivia, Chile años 2003.
- (31) Superintendencia de Salud; Gobierno de Chile. Propuesta metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos. Agosto 2011.
- (32) Railer M, Marrier A. Modelos y teorías Modelos y teorías de enfermería 7° Ed. Barcelona, Elsevier, España 2011.
- (33) INE. Departamento de Epidemiología & Departamento de Promoción de la Salud. Encuesta nacional de calidad de vida y salud. Año 2006.
- (34) Gomez N., Riquelme Y., Jelvez A. Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile. Universidad del BioBio, Concepcion/ Talcahuano año 2009.
- (35) Pérez j., Aceituno L. Evaluación de la satisfacción usuaria en un centro de atención primaria de salud. Colegio médico [Revista en Internet]*. Junio – Noviembre 2013. [Acceso 18 de Abril] Chile. [Disponible en: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2013%5C53%5C4%5C53_4_6.pdf]
- (36) Ronzani TM, Silva Cde M. [Brazil's Family Health Program according to healthcare practitioners, managers and users]. Cien SaudeColet. 2008 13(1):23-34.
- (37) Superintendencia de Salud [Sitio Web]*. Santiago, Chile. Marzo 2011 [Acceso octubre de 2013]. Estudio Opinión Usuarios del Sistema de Salud Conocimiento y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la Reforma. [Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-6953_recurso_1.pdf]}
- (38) Hernández S, Fernández Collado, Baptista L. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. 5° Edición año 2010
- (39) PolitHungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5° Edición. México. Mc Graw Hill interamericana editores; 1995.

- (40) INE. Censo 2002.Síntesis de Resultados. Año 2002 . Chile. [Disponible en:
<http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>]
- (41) Compendio Estadístico. Estadísticas Demográficas. Año 2010.Chile. [Disponible en:http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2010/1.2_estdemograficas.pdf]
- (42) Chang de la Rosa M., Alemán Lage M., Cañizares PérezM., Ibarra A. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Revista Cubana de Medicina General Integral [Revista en Internet]* Septiembre- Octubre 1999 [Acceso 9 de abril 2014] Vol 15.(5). [Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000500009&script=sci_arttext]
- (43) Bass del Campo C. , Ruiz Contreras M. Identificación de factores de riesgo relacionados con la rotación laboral de los médicos que trabajan en centros de salud de atención primaria del Gran Santiago. [Tesis doctoral] Santiago: Centro de Políticas Públicas UC. Santiago; 2010.
- (44) Seclén-Palacin J., Darras C.Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Anales Facultad de Medicina, Perú [Revista en internet]* Abril- Junio 2005 [Acceso 10 de abril 2014] Vol 66(2). [Disponible en :http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832005000200007]
- (45)Superintendencia de Salud. Departamentos de estudios y desarrollo. Perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile. Octubre 2006. Chile. [Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf]
- (46) Ministerio de desarrollo social. Casen. Resultados del Adulto Mayor. 2011. Chile. [Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/RESULTADOS_ADULTO_MAYOR.pdf]

(47) Colunga C., López M., Aguayo A., Canales J. Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. Revista Cubana de Salud Publica [Revista en Internet]*Julio – Septiembre 2007 [acceso 25 de marzo 2014].vol 33(3). [Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300012]

(48) Diccionario de la lengua española [Sede web]*. E.E.U.U.; Baroni M., Eros Zanchetta E; [Acceso octubre de 2013].Definiciones de edad, sexo, escolaridad. [Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/>]

(49) Subsecretaria de Previsión Social [Sede web]*. Santiago, Chile. Subsecretaria de Previsión Social. [Acceso octubre de 2013]. Sistema de Salud. [Disponible en: http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?page_id=7229]

6. ANEXOS

ANEXO 1

Variables	Definiciones	
	Conceptual	Operacional
1. Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista. (48)	Edad en años
2. Sexo	Conjunto de características biológicas que diferencian a la especie humana en hombre y mujer. (48)	-Masculino -Femenino
3. Nivel de escolaridad	Nivel de conocimientos alcanzados de acuerdo a estudios terminados. (48)	-Sin escolaridad -Básica -Media -Superior
4. Previsión de Salud	Entidad encargada de administrar y distribuir los recursos destinado a salud tanto del sistema público o privado. (49)	-0 No sabe - 1 FONASA A - 2 FONASA B - 3 FONASA C - 4 FONASA D - 5 FONASA (no sabe grupo) - 6 ISAPRE - 7 NINGUNO - 8 FFAA y de Orden - 9 Otro
5. Experiencia del Usuario	Opinión del usuario de la estructura y proceso de los servicios (1)	-Alta -Baja
6. Expectativa del Usuario	Lo que usualmente el usuario espera como mínimo requerimiento ante su atención en Salud. (4)	-Alta -Mediana -Baja
7. Aceptabilidad del Usuario	Juicio del usuario sobre los resultados y satisfacción logrados a raíz de esa experiencia. (1)	-Alta Satisfacción -Baja Satisfacción



Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio	Evaluación del Modelo de Salud Familiar, según la perspectiva del usuario y su relación con características sociodemográficas. CESFAM Federico Puga. Chillán Viejo. 2014
Nombre de los investigadores	Victoria Díaz Molines, Tania Fuentes Darwitz, Natalí Garcés Lagos, Valentina Ortiz Santos
Dirección del grupo de investigación	Avda. Andrés Bello s/n
Número de teléfono de contacto	042-2-463133

Este documento se denomina **Consentimiento Informado**. Contiene una explicación del estudio en el que se le invita a participar y que se le solicitará que firme, si desea participar.

El propósito del estudio es Evaluar el Modelo de Salud Familiar según la perspectiva del usuario. Se calcula que se ofrecerá participación en este estudio a 171 personas. La participación en esta investigación científica no será remunerada. Para hacer esta investigación, y que sus resultados sean válidos y representativos, es necesario que todas las personas seleccionadas, como usted, colaboren. La colaboración consiste en responder por una vez, una entrevista de aproximadamente unos 25 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria y sus respuestas no le comprometen en nada. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. Si decide no participar o retirarse no recibirá ningún tipo de penalización o pérdida de beneficios de salud. La información que usted nos facilite es confidencial. Su nombre no aparecerá en ningún sitio. No hay datos personales que puedan identificarle. En los informes finales del estudio no figurará su nombre.

He leído y comprendo la información incluida en este documento de consentimiento informado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Acepto voluntariamente participar en este estudio. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

Nombre del Participante	Firma
Nombre de los investigadores	
Victoria I. DíazMolinés	
Tania B. Fuentes Darwitz	
Natalí A. Garcés Lagos	
Valentina B. Ortiz Santos	

Fecha: Chillán....., día /mes/ año

Anexo 3

Identificación Encuestador

ID Nº

Cuestionario de Experiencia y Aceptabilidad de los CESFAM desde la Perspectiva del Usuario

Buenos días/tardes. **Presentar Consentimiento Informado.** Si es un menor de 18 años, debe firmar formato ad hoc

Se considera que la encuesta puede ser respondida por los mayores de 15 años. En caso de ser el caso índice un menor de 15 años, **para responder la encuesta** pregunte por la persona que habitualmente acompaña al niño (a) al médico.

Recalque que en este caso, las respuestas deben ser referidas a la experiencia que la persona ha tenido cuando ha llevado al niño al centro y no cuando ha sido atendida él o ella.

1. Está Ud. inscrito en este centro de salud?
- | | | |
|----|---|--|
| Sí | 1 | Si contesta que sí, continúe con la encuesta. |
| No | 0 | Si contesta no, no puede responder la encuesta |

2. ¿Hace cuánto tiempo se atendió **por última vez con un medico en este Centro?** (Si el paciente es un niño, se refiere a **su** última atención en el centro)
- | | | |
|--|--|-------|
| | | meses |
|--|--|-------|
- | | | |
|--|--|------|
| | | Días |
|--|--|------|
- Si dice más de 1 año, agradezca y no siga con la encuesta.

3. Responda las próximas preguntas con toda sinceridad. No hay respuestas buenas o malas. Se le va a preguntar acerca de distintos temas relacionados con la atención en este centro, como los horarios de atención y la relación de los pacientes con los profesionales que lo atienden. Cuando se le pregunte acerca de los profesionales, se está hablando del médico, la matrona, el dentista, el paramédico, la enfermera, etc.

4. Con cuales de los siguientes profesional(es) se ha atendido en este Centro en el último año: **(1= si se ha atendido; 0= no se ha atendido, 3= No sabe /No responde)**
- | | | | |
|--|------------------|--|---------------------|
| | A. Médico | | E. Dentista |
| | B. Enfermera | | F. Kinesiólogo |
| | C. Matrona | | G. Psicólogo |
| | D. Nutricionista | | H. Asistente Social |

5 En general, usted diría que su salud es:
(o la salud del menor de 15 años, cuando corresponda)

5	Muy Buena
4	Buena
3	Regular
2	Mala
1	Muy Mala
0	No Sabe
9	No responde

6. Se ha atendido Ud. por algún motivo no urgente (p.e: si está resfriado, con lumbago, o le duele el estómago, control por enfermedad crónica) en el último año en este centro?

Si	1
No	0

Si responde Si, pase a la pregunta siguiente, si responde NO, pase a la siguiente sección.

7. En relación a la solicitud de horas de atención **no urgentes** (p.e: si está resfriado, con lumbago, o le duele el estómago) :

a. Cuando una persona está enferma y necesita una hora con un médico, ¿dentro de qué plazo cree usted que **se la deberían dar**?

	Días
	Días

b. Cuando **usted (o el niño)** está enfermo y necesita hora con un médico, habitualmente ¿dentro de qué plazo obtiene una hora de atención?

c. Este plazo le parece bien. (MOSTRAR TARJETA)

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe / No responde
5	4	3	2	1	0

8. En relación al tiempo de espera antes de entrar a la consulta con el médico:

- a. Cuánto tiempo cree usted que **un paciente debería** esperar desde la hora que fue citado hasta el momento en que es atendido por el médico.
- b. Habitualmente ¿Cuánto tiempo tiene que esperar **usted** en este Centro, desde la hora en que fue citado, hasta el momento que es atendido por el médico?
- c. Ese tiempo que tiene que esperar le parece bien. (MOSTRAR TARJETA)

	Minutos
	Minutos

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe / No responde
5	4	3	2	1	0

En una primera parte se le va preguntar acerca de **cómo deberían ser las cosas**, y en una segunda parte, se le va a consultar acerca de cómo las cosas **son en la realidad**, según su experiencia.

Entonces ahora responda pensando en cómo **usted** cree que **deberían ser** las cosas:

9. Cuando alguien necesita atención médica, en el Centro deberían:

- | | |
|---|---|
| 3 | a. Darle una hora que se acomode al horario disponible de esa persona. |
| 1 | b. Darle una hora, no importa si no se acomoda al horario disponible de la persona. |
| 0 | c. No sabe, no lo ha pensado. |

10. Pensando en cómo las cosas **deberían ser**, cuando alguien viene a este centro, debería:

- | | |
|---|--|
| 3 | a. Ser atendido en un lugar cómodo y limpio. |
| 2 | b. Ser atendido en un lugar limpio, aunque no sea tan cómodo. |
| 1 | c. No es tan importante cómo esté el lugar, sino ser atendido. |
| 0 | d. No sabe, no lo ha pensado. |

11. Pensando en cómo las cosas **deberían ser**, cuando un paciente necesita ver a un profesional de este Centro:

- | | |
|---|--|
| 3 | a. Debería atenderlo siempre el mismo profesional, incluso cuando necesita ser visto el mismo día. |
| 2 | b. Debería atenderlo siempre el mismo profesional, excepto cuando necesita ser visto el mismo día. |
| 1 | c. Cualquier profesional lo puede atender, no importa si no es siempre el mismo. |

0 d. No sabe, no lo ha pensado.

12. Pensando en cómo las cosas **deberían ser**, para ayudar a las personas a **mantener sanas**, el Centro:

3 a. Más que sólo atender a personas enfermas, debería **dar mayor importancia** a enseñar cómo prevenir enfermedades y cuidar la salud (p.e: a través de charlas educativas, folletos, control sano y chequeos médicos).

2 b. Debería preocuparse más en sanar a las personas enfermas, que enseñar a prevenir enfermedades y cuidar la salud.

1 c. Debería preocuparse solamente en sanar a las personas enfermas.

0 d. No sabe, nunca se lo ha preguntado.

13. Pensando en cómo las cosas **deberían ser**, referente a la capacidad para **solucionar los problemas de salud** de sus pacientes, el Centro debería:

3 a. Solucionar **la mayoría** de los problemas de las personas, **sin** tener que derivar al hospital.

2 b. Derivar a los especialistas del hospital **la mayor parte** de los problemas de las personas.

1 c. Debería haber un **acceso directo** a los especialistas del hospital, porque el Centro no puede resolver los problemas de las personas.

0 d. No sabe, nunca se lo ha preguntado.

Pensando en cómo las cosas **deberían ser**, para mejorar la organización de este Centro, por ejemplo, los horarios de atención, los remedios que se entregan, las campañas de vacunación, etc..., el Centro:

3 a. Debería preguntar a los pacientes la opinión **en todos los temas**.

2 b. Debería preguntar la opinión a los pacientes **sólo en algunos** temas, porque en general el Centro sabe lo que es mejor para las personas.

1 c. **No debería** preguntarle la opinión de los pacientes, porque sabe lo que es mejor para ellos.

0 d. No sabe, nunca se lo ha preguntado.

15. Pensando en cómo las cosas **deberían ser**, para hacer bien su trabajo los profesionales deberían:

3	a. Resolver la enfermedad del paciente, siendo muy amable y dándose el tiempo para escuchar a sus pacientes.
1	b. Dar énfasis en resolver la enfermedad del paciente, aunque no sea tan amable y no se dé tiempo para escuchar.
0	c. No sabe, nunca se lo ha preguntado.

16. Pensando en cómo las cosas **deberían ser**, para dar una buena atención a los pacientes, el profesional debería:

3	a. No sólo interesarse por la enfermedad del paciente, sino que preguntar también por problemas de salud en su familia y trabajo.
2	b. Interesarse por los síntomas del enfermo y sólo considerar temas personales cuando el paciente se los cuenta.
1	c. Sólo enfocarse en la razón (o motivo principal) de la consulta, y no preguntar por otros temas.
0	d. No sabe, nunca se lo ha preguntado.

A continuación comenzamos con la segunda parte de nuestra encuesta. Conteste qué tan seguido diría usted que le han sucedido las siguientes cosas o situaciones en este centro (en el caso de caso índice un niño, referirse a cuando ha llevado a su niño al centro):
(MOSTRAR TARJETA DE FRECUENCIA):

		Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca	NS/ NR	No se aplica.
17.	Los profesionales que lo atienden, lo conocen	5	4	3	2	1	0	
18.	Usted conoce a los profesionales que lo atienden	5	4	3	2	1	0	
19.	Tiene un equipo médico que se encarga de su salud.	5	4	3	2	1	0	
20.	Los profesionales que lo atienden, lo citan a control	5	4	3	2	1	0	
21.	El profesional que lo atiende, le pregunta acerca de enfermedades importantes que hayan afectado a alguno de sus familiares.	5	4	3	2	1	0	
22.	El profesional que lo atiende más habitualmente:							
	a. Se interesa por sus preocupaciones, temores y estado de ánimo.	5	4	3	2	1	0	
	b. Le pregunta detalladamente sobre sus molestias y	5	4	3	2	1	0	

	cómo usted se siente.							
23.	Cuando lo atienden en el Centro, le preguntan sobre la salud de su familia.	5	4	3	2	1	0	
	El profesional que lo atiende, le explica:							
24.	a. El tratamiento que debe seguir.	5	4	3	2	1	0	
	b. Para qué sirven los medicamentos indicados	5	4	3	2	1	0	
	c. Los posibles efectos secundarios de los medicamentos indicados.	5	4	3	2	1	0	
25.	El tiempo que el profesional le dedica durante la consulta es suficiente.	5	4	3	2	1	0	
26.	En este Centro le pueden hacer los exámenes que le indican	5	4	3	2	1	0	
		Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca	NS/ NR	No se aplica.
27.	Los resultados de los exámenes que le han hecho en este Centro se los entregan a tiempo.	5	4	3	2	1	0	
28.	Cuando le indican un medicamento, lo encuentra en la farmacia de este Centro.	5	4	3	2	1	0	
29.	En la farmacia de este Centro son lentos y tramitadores para entregar los medicamentos.	1	2	3	4	5	0	
	Le han dicho en el Centro que:							
30.	a. Fumar hace mal para la salud	5	4	3	2	1	0	9
	b. El ejercicio es bueno para la salud.	5	4	3	2	1	0	
	c. Cuál es el tipo de comida sana.	5	4	3	2	1	0	
	d. Cómo prevenir los accidentes en los niños.	5	4	3	2	1	0	9
	e. Cómo evitar las caries en los niños pequeños.	5	4	3	2	1	0	9

f.	Cómo prevenir caídas en personas mayores.	5	4	3	2	1	0	9
31.	Los profesionales le indican hacerse algún examen preventivo.	5	4	3	2	1	0	
32.	Los profesionales le dicen que es importante hacerse exámenes preventivos.	5	4	3	2	1	0	
33.	En este Centro le invitan a dar su opinión, informando cómo hacer sus sugerencias y reclamos.	5	4	3	2	1	0	
34.	En este Centro existe un lugar disponible donde ir a hacer reclamos y sugerencias.	Si	1	No	0			
35.	Tiene usted un médico de cabecera o un médico que mejor conozca mejor su caso.	Si	1	No	0			

A continuación, por favor responda según su experiencia en este centro, qué tan de acuerdo está con las siguientes frases: (MOSTRAR TARJETA)

Muy de De Ni acuerdo En Muy en NS/ No se
Acuerdo Acuerdo Ni desacuerdo desacuerdo desacuerdo NR aplica

36.	Cuando quiere pedir una hora tiene que hacer cola	1	2	3	4	5	0	
37.	Cuando necesita atención, le piden muchos trámites	1	2	3	4	5	0	
38.	Es fácil pedir hora en el Centro.	5	4	3	2	1	0	
39.	El personal de admisión responde dudas y ofrece soluciones	5	4	3	2	1	0	
40.	Cuando pide hora, le preguntan día y horario que más le conviene.	5	4	3	2	1	0	
41.	Cuando quiere pedir hora por teléfono, puede comunicarse fácilmente.	5	4	3	2	1	0	
42.	Cuando viene al Centro, el lugar está limpio y ordenado.	5	4	3	2	1	0	
43.	Ha dejado de venir a este Centro porque el horario de funcionamiento no le acomoda	1	2	3	4	5	0	
44.	Es fácil pedir una hora por teléfono	5	4	3	2	1	0	

45.	Cuando tiene que esperar a ser atendido, puede hacerlo cómodamente.	5	4	3	2	1	0	
46.	Si usted necesita atención médica urgente, consigue ser visto el mismo día.	5	4	3	2	1	0	
47.	El personal de admisión lo trata bien y es amable.	5	4	3	2	1	0	
48.	Usted confía en su médico	5	4	3	2	1	0	

		Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	NS/ NR	No se aplica
49.	Después de consultar, los profesionales que lo atienden se preocupan por cómo sigue su enfermedad.	5	4	3	2	1	0	
50.	Los profesionales demuestran preocupación por mantener a las personas sanas y evitar que enfermen	5	4	3	2	1	0	
51.	Con la información que le entregan, usted ha aprendido cómo evitar enfermedades y cuidar la salud de su familia.	5	4	3	2	1	0	
52.	Después de ser atendido en el Centro, Usted siente que:	5	4	3	2	1	0	
	a. Entiende las indicaciones que le entrega el profesional							
	b. Entiende mejor su problema o enfermedad que antes	5	4	3	2	1	0	
	c. Puede manejar su problema o enfermedad mejor que antes	5	4	3	2	1	0	
53.	Si le dan un tratamiento, usted logra seguirlo completamente.	5	4	3	2	1	0	
54.	Si los médicos en este consultorio le diagnostican una enfermedad, ellos no se equivocan.	5	4	3	2	1	0	
55.	Después de atenderse en este Centro, lo más probable es que necesite consultar en otra parte para poder solucionar su problema	1	2	3	4	5	0	
56.	Los profesionales que lo atienden demuestran interés por su	5	4	3	2	1	0	

	problema de salud.							
57.	Los profesionales que lo atienden se preocupan de usted como persona.	5	4	3	2	1	0	
58.	Los profesionales que lo atienden lo tratan con dignidad y respeto.	5	4	3	2	1	0	
59.	Los profesionales de ese Centro son buenos y saben lo que hacen.	5	4	3	2	1	0	
60.	Con la información que le entregan en este Centro, usted ha aprendido cómo manejar situaciones difíciles dentro de su familia.	5	4	3	2	1	0	
61.	Si pudiera cambiarse a otro consultorio, lo haría.	1	2	3	4	5	0	
62.	Desearía que le cambiaran el equipo que lo atiende	1	2	3	4	5	0	
63.	Considerando todo lo que hemos conversado, de 1 a 7, qué nota le pondría a este centro:							

Datos Personales

62. ¿Tiene usted alguna enfermedad crónica (o de más de 6 meses de duración) como diabetes, presión alta, artritis/artrosis, depresión u otra? (o su niño)	Sí	1
	No	0
63. Cuál? (marcar todas las que menciona el paciente)		
1 Hipertensión arterial		
2 Diabetes Mellitas 2		
3 Depresión		
4 Asma bronquial		
5 Enfermedad bronquial obstructiva crónica (EPOC)		
6 Otra, Cual.....		
64. ¿Fuma Ud. Uno o más cigarrillos al día?	Sí	1
	No	0
65. 64. ¿Le han tomado la presión arterial en el centro en el último año?	Sí	1
	No	0
66. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece usted?	1 FONASA Grupo A	
	2 FONASA Grupo B	
	3 FONASA Grupo C	
	4 FONASA Grupo D	
	5 FONASA. No sabe el grupo	
	6 ISAPRE	
	7 Ninguno	
	8 FF. AA. Y de orden	

9 Otro

0 No sabe

70. ¿Cuál fue el último año de educación que cursó Ud.?

Años.

71. Edad del menor de 15 años

	Años		Meses
--	------	--	-------

72. Sexo del menor de 15 años

M	F
---	---

73. Edad de quien responde la encuesta

	Años
--	------

74. Sexo de quien responde la encuesta

M	F
---	---

1 Padre

2 Madre

73. Parentesco de quien responde la encuesta con el menor de 15 años.

3 Abuelo (a)

4 Otro pariente

5 No es pariente

6 No sabe / no responde

	1	Estudiante
	2	Dueña de casa
71. Ocupación	3	Trabajador activo
(de quien responde la	4	Jubilado
encuesta)	5	Cesante
	6	Otro
	7	No sabe/ No responde

Muchas Gracias.

