



Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura
Carrera de Obstetricia y Puericultura

“El Rol de la Matrona/ón en su interacción con el Equipo de Salud de la Atención Primaria en la Provincia de Valparaíso”

Tesis para obtener el grado de Licenciada en Obstetricia y Puericultura.

María Belén Arellano Cid.
Katherine Catalán Quiroga.
Marycarmen González González.
Victoria Hernández Silva.
Jannefer Rodríguez Merino.
Verónica Vejar del Amo.

Profesor Guía
Renán Jorge Chuaqui Kettlun

Octubre 2010

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras familias, quienes nos han apoyado durante todo el desarrollo de nuestra Tesis, brindándonos la contención necesaria para poder sobrellevar las adversidades de este proceso, cooperando en todo sentido, desde tiempo, recurso económico hasta el calor humano al momento de enfrentar las situaciones difíciles.

En segundo lugar a nuestro Profesor guía, Renán Jorge Chuaqui Kettlun, por la dedicación, paciencia y entusiasmo suficiente para motivarnos a seguir adelante en esta gran tarea.

Y en último lugar, a cada uno de los profesionales involucrados en este estudio, que cooperaron desinteresadamente y proporcionaron la información necesaria para esta investigación.

Resumen

Investigación de Tipo Cualicuantitativo, de diseño descriptivo experimental.

El proyecto se inscribe en el marco de la **Sociología de la Salud** y más específicamente de la Sociología de los Profesionales de la Salud. Tiene un carácter descriptivo, por lo que no pretende validar ninguna teoría o hipótesis, sino describir el **Rol de la Matrona/ón en interacción** con otros profesionales de la Salud. No obstante, para seleccionar los ítems o temas en los que se indagó, además de la exploración cualitativa previa, a través de entrevistas en profundidad a Médicos directores de Consultorios y Matronas/es, se consideraron aspectos relevantes extraídos de la bibliografía sociológica.

Seguida a esta etapa de selección de áreas de investigación, se aplicó un cuestionario estructurado elaborado, a una muestra intencionada de Matronas/es y profesionales de la Salud que interactúan dentro del ambiente de la Atención Primaria de Salud de la provincia de Valparaíso; muestra estructurada a partir de variables que permiten diferenciar a los Consultorios de los **CESFAM**, de acuerdo a características relevantes que dieron cuenta de las principales diferencias pertinentes al tema.

Los resultados de éstas entrevistas se digitaron y procesaron computacionalmente, junto con ser analizados de forma estadística, para describir las características del desempeño empírico de tales roles, apoyos y coordinaciones de los profesionales de la Salud, resguardando debidamente la confidencialidad y anonimato. Posteriormente, analizadas las respuestas, se elaboró un sin número de conclusiones y sugerencias, en relación al proyecto.

En cuanto a los resultados obtenidos destaca la completa preparación de las Matronas/es en las diversas áreas señaladas en el estudio, y en relación a la interacción del equipo de Salud no se encontraron grandes problemas de relaciones entre los profesionales.

Se concluyó que a pesar del buen desempeño de la Matrona/ón en la Atención Primaria, se sugiere realizar capacitaciones continuas en las diversas áreas, para complementar aún más su rol y mantenerlo actualizado, favoreciendo la coordinación e interacción con el equipo multidisciplinario.

Palabras claves: *Sociología de la Salud, Interacción, Rol de la Matrona, CESFAM.*

Tabla de Contenidos

	Página
Introducción	1
1. Formulación del Problema de Investigación	3
1.1 Fundamentación del Problema de Investigación	3
1.2 Delimitación del Problema de Investigación	5
1.3 Objetivo General	5
1.4 Objetivos Específicos	5
2. Marco Teórico	6
2.1 Introducción	6
2.2 Marco Conceptual	6
2.2.1 Conceptos Sociológicos	6
2.2.2 Conceptos en Salud	9
2.3 Sociología y Salud	10
2.3.1 Aplicación Práctica de la Sociología en la Salud	12
2.4 Rol en Sociología	12
2.5 Rol en Salud	15
2.6 Historia de la Matrona	16
2.7 Reforma de la Salud en Chile	19
2.7.1 Modelo Integral de Salud: Familiar y Comunitario	22
2.7.2 Equipo de Salud Territorial y su Organización	24
2.7.3 Resumen de la Reforma de la Salud en Chile	25
2.8 Centros de Salud Familiar	26
2.8.1 Recursos Humanos de un CESFAM	27
2.9 Actividades de la Matrona/ón e interacciones en un CESFAM	30
2.9.1 Nivel de Atención Primaria	30
2.9.2 Programa Chile Crece Contigo	31
3. Marco Metodológico	35
3.1 Tipo de Estudio	35
3.2 Tipo de Diseño	36
3.3 Universo y Muestra	36
3.3.1 Marco Muestral	38
3.3.2 Fundamentos de la elección de profesionales encuestados	41
3.4 Técnica de Producción de datos	45
3.5 Técnica de Análisis	49
3.5.1 Análisis de contenidos de la Primera Etapa referente al estudio cualitativo	49
3.5.2 Análisis de contenidos de la Segunda Etapa referente al estudio cuantitativo	50
3.6 Calidad de Diseño	51
4. Análisis de las características de la Muestra	52
4.1 Datos de los Consultorios	52
4.2 Datos de los Profesionales	58
5. Análisis de los Resultados	78
5.1 Área Nutrición	78
5.2 Área Salud Mental	86
5.3 Área Morbilidad Gineco-Obstétrica	94
5.4 Área Aspectos Sociales	97
5.5 Área Educación y Promoción en Salud	104
5.6 Otras áreas	114
5.7 Área Programa Chile Crece Contigo	181
6. Conclusiones	208
7. Sugerencias	214
8. Referencias Bibliográficas	215
9. Anexos	217

Siglas

ACHED: Asociación chilena para el estudio del dolor.

APS: Atención primaria de salud.

CECOF: Centro comunitario Familiar.

CES: Centros de Salud.

CESFAM: Centros de Salud Familiar.

CHCC: Chile Crece Contigo.

CORMUVAL: Corporación municipal de Valparaíso.

CORMUVIÑA: Corporación municipal de Viña del Mar.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

ISAPRE: Institución de Salud Previsional.

IMC: Índice de masa corporal.

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

MINSAL: Ministerio de Salud.

OIRS: Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización no gubernamental.

PACAM: Programa de alimentación complementaria del Adulto Mayor.

PNAC: Programa de Alimentación Complementaria.

PNI: Programa Nacional de Inmunizaciones.

PSF: Programa de Salud Familiar.

RN: Recién Nacido.

SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia.

SSVQ: Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

SSVSA: Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

VDI: Visita Domiciliaria Integral.

VIF: Violencia Intrafamiliar.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Introducción

La Carrera de Obstetricia y Puericultura ofrece a todo su alumnado la oportunidad de formar a profesionales Matrona/ón capaces de trabajar con un enfoque social en la comunidad, cuidando de manera integral la Salud de las personas, preocupándose desde una perspectiva biopsicosocial de sobrepasar los obstáculos que existen en el entorno, para favorecer una atención de calidad. A lo largo de la formación, como futuras Matronas/es, se vivencia el proceso del conocimiento de esta profesión en diversos ámbitos y áreas, desde actividades que se relacionan con lo teórico como también en lo práctico, desde lo más simple a lo más complejo.

En la última etapa de la formación profesional, se genera el espacio de explorar en diversos campos de investigación en los cuales se expongan las inquietudes y problemáticas que fueron observadas durante la experiencia como alumnas, se hace difícil escoger un área de interés mutuo entre las integrantes del grupo tesista y que sea un aporte para la comunidad matronil, como también para futuras generaciones.

Durante el proceso de elección del tema de investigación, se plantea la inquietud de explorar en profundidad el área sociológica, puesto que se considera como área transversal relacionada con cualquier otra profesión. En el caso de la profesión Matrona/ón, se puede observar desde diversas perspectivas: desde el punto de vista de las usuarias que pueden estar influenciadas por su entorno social, las nuevas prácticas en Salud que pueden influenciar en el actuar de los profesionales y la interacción de los mismos equipos de Salud tomando un enfoque social en el quehacer en Salud.

Lo anterior señalado, más la experiencia clínica en el quehacer como alumnas, genera la inquietud de saber cómo se relacionan los diversos profesionales con lo que le corresponde hacer a la Matrona/ón en un contexto dado, puesto que la nueva Reforma de Salud imparte un manejo de la atención de manera humanizada e integral. En dicho contexto se hace fundamental la elección de la Atención Primaria de Salud Pública, puesto que en ella se sitúa una mayor interacción de los Matronas/es con más profesionales de la Salud, lugar en donde se hace más cercano el contacto con la comunidad, por lo que se requiere mayor comunicación y trabajo en equipo y multidisciplinario.

El tema seleccionado es: “El Rol de la Matrona/ón en su interacción con el equipo multidisciplinario de la Atención Primaria de Salud en la Provincia de Valparaíso”, una investigación que busca describir las percepciones del equipo multidisciplinario con el que se relaciona la Matrona/ón en la Atención Primaria de Salud Pública. En donde las Matronas/es tengan que interactuar con otras directrices, sin dejar de lado lo que atañe a su profesión, buscando en otros profesionales un complemento para una óptima atención.

Introducción

Bajo este contexto se abren diversas interrogantes relacionadas sobre el rol de la Matrona/ón en el actuar clínico y social de la Atención Primaria para formar un profesional integral de acuerdo a los parámetros exigidos en la actualidad en la Salud Pública en Chile.

Formulación del Problema

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Las nuevas políticas públicas que estipulan los Objetivos sanitarios del 2000-2010 tienen como meta principal el fortalecimiento de la Salud en la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad y reducir las desigualdades en Salud, mejorando la Salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad. Estas temáticas se anexan a Reformas de Salud de años anteriores, destacando el cambio en el modelo de atención asistencial a uno familiar y comunitario para los Consultorios. En cuanto al área en la que se desarrollarán las futuras Matronas/es, estarán en continua interacción con el antiguo Programa de Salud de la Mujer (Edición, 1997) y más recientemente con el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (Edición, 2008), que tiene como propósito el desarrollo físico, mental y social de la mujer en todas las etapas de su ciclo vital con un enfoque que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su Salud, y tomando en cuenta a la familia en que se encuentra inmersa y a su comunidad.

Estableciendo un análisis de la realidad e indagando a través del desarrollo y experiencia como estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, cada vez se aprecia con más asombro las múltiples áreas en las que se desarrolla una Matrona/ón cumpliendo roles que muchas veces son desconocidos, ya sea por los usuarios o por los mismos funcionarios de la Salud.

Los avances de la ciencia, los cambios en Salud, epidemiología y tecnología obligan a los profesionales a alcanzar nuevos rumbos y adquirir nuevos tipos de organización para poder ofrecer un mejor servicio. Sin embargo, muchas veces estos cambios requieren de un tiempo o se ven enfrentados a dificultades cuando la comunicación o información no es clara, o por el contrario estos sucesos son precursores de nuevos descubrimientos a favor de los profesionales, de los usuarios o como sería lo ideal, de ambos.

Si se observa la situación de la Obstetricia en sus inicios, ésta era muy diferente: los partos eran atendidos en los propios domicilios por parteras quienes traspasaban su conocimiento por la experiencia y cuyo dominio del área era netamente femenino.

En Julio de 1834 Don Joaquín Tocornal crea por decreto la primera Escuela de Obstetricia y Puericultura dependiente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Su fundador y director fue el Dr. Lorenzo Sazié. Este acontecimiento elevó el status a nivel profesional de la Matrona/ón hasta lo que es actualmente y llevó la misión de tener conocimientos científicos a favor de ejercer una buena atención y disminuir con gran éxito la tasa de mortalidad materno-infantil.

Formulación del Problema

Hoy en día, en el ámbito Gineco-obstétrico esta dinámica no deja de estar ausente, la tasa de natalidad va en descenso en contraposición a los embarazos adolescentes, la población va envejeciendo y es un mito que la sexualidad desaparece con la edad. Por otro lado, las proyecciones de vida que van en aumento traen consigo múltiples patologías crónicas u oncológicas. Además se intenta priorizar la humanización de las prácticas, ya que es sabido que los paradigmas en Salud han cambiado, enfrentando los problemas desde una perspectiva más humana, teniendo en cuenta que la Salud es un asunto multifactorial. Por lo mismo, el perfil que debe caracterizar al funcionario Matrona/ón hace referencia a un profesional con sólidos conocimientos científicos, técnicos, humanísticos, éticos y socio-culturales, por ende facultados para entregar una atención profesional integral en las diferentes áreas de trabajo pertenecientes a su quehacer; Salud Gineco-obstétrica, Perinatología, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Salud Familiar y Comunitaria. Todo esto a través de actividades asistenciales de extensión, educativas, administrativas, de investigación y docencia.

Estas facultades, los roles de cada profesional, su fundamento, interacción con el sistema de Salud y entre los mismos profesionales; y las nuevas adaptaciones con la realidad son temas de gran envergadura, porque finalmente afecta a todos los usuarios del Nivel Primario de la Atención Pública en nuestro país. ¿Pero, están los profesionales preparados para trabajar con éstas causas multifactoriales, donde no solo es necesario el conocimiento biológico sino también es de vital importancia una comunicación efectiva con los demás profesionales inmersos en el sistema de Salud?, ¿Es difícil trabajar estas perspectivas en el sistema organizacional del ámbito de la salud?, ¿Existe eficacia en estas relaciones? y si no ¿De qué depende?

La motivación por la investigación está justificada en éstos cambios; en describir, observar las apreciaciones sobre el Rol de la Matrona/ón, ya sea desde la experiencia de la Matrona/ón misma, como del conjunto de profesionales que conforman el equipo de Salud en la Atención Primaria, y como ellos enfrentan estos roles y desarrollan su trabajo en el nuevo modelo de atención con un enfoque biopsicosocial, resultado que obtendremos gracias a las opiniones de los mismos profesionales involucrados.

Se cree en la relevancia de la investigación, porque evalúa la interacción del equipo de Salud, dentro de la realidad a la que se ve enfrentada, donde las relaciones y la comunicación dentro del equipo de trabajo afectarán a las personas a quienes se les entrega esta atención, que de una u otra forma acuden a los servicios de Salud Pública con algún grado de vulnerabilidad, cuyas atenciones repercutirán en ellas con gran relevancia.

Formulación del Problema

Se confía en que una buena relación en el equipo de Salud, desencadenará resultados positivos y ambientes más gratos, lo que ayudará a una mejor comunicación entre los usuarios y el equipo de Salud, además de una mejor organización.

1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el rol de la Matrona/ón en su interacción con el equipo de Salud de la Atención Primaria en la Provincia de Valparaíso?

1.3 OBJETIVO GENERAL.

Determinar las percepciones del equipo de Salud del rol que desempeña la Matrona/ón en la Atención Primaria de Salud Pública en la Provincia de Valparaíso.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar las competencias de la Matrona/ón, que comprende la Atención Primaria de la Salud Pública.
2. Detectar la capacidad de adaptación del Rol de la Matrona/ón y del equipo multidisciplinario frente a innovaciones en la Atención Primaria de la Salud Pública.
3. Describir el contexto laboral en que se desempeña la Matrona/ón en la Atención Primaria de la Salud Pública.
4. Identificar las relaciones interpersonales de cooperación que establece la Matrona/ón con el equipo multidisciplinario en la Atención Primaria de la Salud Pública.
5. Determinar las relaciones de discrepancias entre la Matrona/ón con el equipo multidisciplinario en la Atención Primaria de la Salud Pública.
6. Identificar la implementación, avance y conocimiento del Programa Chile Crece Contigo en la Atención Primaria de Salud.

2.1 INTRODUCCIÓN.

La Sociología y Salud son ciencias cuya unión genera un fuerte fortalecimiento pudiendo generar diversos aportes a los eventos de la vida diaria.

Por medio de este estudio, se pretende describir, cuales son las apreciaciones de los diversos profesionales en cuanto al rol de la Matrona/ón, utilizando los fundamentos sociológicos, la importancia del rol y las interacciones en los equipos de trabajo.

La Matrona/ón es un profesional cuyo origen escapa a los diversos patrones de la salud, en diversas culturas existió una persona, generalmente mujer con la experiencia en la atención del parto, años más tarde estos conocimientos fueron complementados con los modelos de Salud siendo integrado un nuevo profesional al equipo como es la Matrona/ón.

Así comenzó la inclusión de la Matrona/ón y sus adaptaciones a las realidades en Salud, reformas de Gobierno y normas de actividades descritas.

Se vive en una época en la cual, la interdisciplinariedad es discutida e indicada como un remedio para todas las “dificultades en el mundo de hoy”. Esta representa toda actividad desarrollada y vivida a partir de distintos enfoques, integrando diferentes contenidos y llegando al mismo objetivo. En otras palabras, abarca un fenómeno que debe ser analizado bajo la óptica de diversas ramas del conocimiento de tal forma, que los profesionales involucrados lo aprecien en su totalidad.

Hoy por hoy la interdisciplinariedad es la forma de trabajo en los servicios de Salud, es por lo mismo que las interacciones y relaciones que se establecen son primordiales para la realización de un buen trabajo.

En las próximas páginas se indagará sobre los fundamentos y motivaciones que llevaron a la realización de la investigación.

2.2 MARCO CONCEPTUAL.

2.2.1 Conceptos sociológicos.

Sociología: “La Sociología es una ciencia social que estudia, describe y analiza los procesos de la vida en la sociedad; busca comprender las relaciones de los hechos sociales por medio de la historia; mediante el empleo de métodos de investigación, quiere saber donde están los problemas en la sociedad y sus relaciones con los individuos”.¹

¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Sociologia>

Marco Teórico

Organización Social: “La disposición de las partes que constituyen la sociedad, la organización de las posiciones sociales y la distribución de las personas dentro de esas posiciones”.²

Estructura Social: “La estructura se refiere al patrón dentro de la cultura y organización a través del cual tiene lugar la acción social; disposiciones de roles, organizaciones, instituciones y símbolos culturales que llegan a ser estables con el transcurso del tiempo, a menudo inadvertidos, y en un proceso de cambio casi invisible. La estructura permite y restringe a la vez lo que es posible en la vida social. Si un edificio fuese una sociedad, la base, con sus columnas y vigas, sería la estructura que limita y posibilita los distintos tipos y disposiciones de espacios y habitaciones (roles, organizaciones e instituciones). Los esquemas y recursos (materiales y humanos) a través de los cuales la acción social tiene lugar, se convierten en algo modelado e institucionalizado. Incorpora tanto cultura como recursos de organización social”.²

Socialización: “Proceso de aprendizaje de lo necesario de las costumbres y tradiciones de una sociedad para formar parte de ella. Es, fundamentalmente, el proceso de aprendizaje del comportamiento señalado por el rol”.²

Interacción Social: “La conducta social depende de la influencia de otros individuos y la interacción social es una de las claves de este proceso. Si la conducta es una respuesta al estímulo social producido por otros, incluido los [símbolos](#) que ellos producen, la interacción social puede ser concebida como la secuencia de esas relaciones estímulo – respuesta. La interacción social produce efectos sobre la [percepción](#), la [motivación](#) y, especialmente sobre [el aprendizaje](#) y la adaptación del individuo”.²

Rol: “Comportamiento esperado de una persona que adquiere un status particular. Cada persona puede ocupar varios status y por lo tanto se espera que desempeñe diferentes roles apropiados a cada uno de ellos. Un status no tiene un solo rol, sino diversos roles que se ínter-relacionan unos con otros”.²

Status: “Nivel o posición que una persona ocupa en un grupo, o un grupo en relación a otros grupos. El status nos señala una serie de privilegios y obligaciones; el Rol, por su parte, nos indica que debemos desempeñar esos privilegios y obligaciones, y cómo hacerlo”.²

² Merton, “Social Theory and Social Structure”

La teoría de rol: “La teoría de los roles iniciada por J.L. Moreno (El teatro de la Espontaneidad, Viena 1923) plantea al hombre como un ser que se integra en la medida en que en un constante nosotros logra individuarse y diferenciarse lo suficiente como para crear nuevos nosotros o matrices que Moreno define como el “locus” o lugar de acontecerse que brinda continente a la acción creadora. Para Moreno un acto fundante espontáneo – reacción adecuada a un momento del universo- da origen a la vida en la matriz cósmica que se establece en una nueva forma, dentro de la cual se da el salto a la hominización, cuando en un posible nosotros una vinculación en un espacio-tiempo preciso origina la matriz genética humana.”³

Pobreza: “Es una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del [nivel](#) y [calidad de vida](#) de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la [asistencia sanitaria](#) o el acceso al [agua potable](#). También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el [desempleo](#), la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. También puede ser el resultado de procesos de [segregación social](#) o [marginación](#). En muchos países del [tercer mundo](#), se dice que uno está en situación de pobreza cuando su salario (si es que tiene un salario), no alcanza para cubrir las necesidades que incluye la canasta básica de alimento.”⁴

Línea de pobreza: “La “línea de pobreza” está determinada por el ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de dos veces una canasta mínima individual para la satisfacción de las necesidades alimentarias (de esta forma se están considerando las necesidades no alimentarias también). Los hogares pobres son aquellos cuyos ingresos no alcanzan para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros.”⁵

2.2.2 Conceptos en Salud.

Equipo de Salud: “Es un grupo de personas con saberes y funciones diferentes, que comparten un mismo objetivo, responden a una organización y tienen un coordinador. Este grupo tiene la habilidad de brindar colectivamente con la sumatoria de voluntades, habilidades e intereses de todos sus integrantes, un servicio de salud más eficiente y efectivo.”⁶

³ <http://www.scribd.com/doc/29035695/Teoria-de-Los-Roles>

⁴ <http://es.wikipedia.org/wiki/Pobreza>

⁵ <http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Pobreza>

⁶ http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/aps_gordillo.pdf

Marco Teórico

Salud: “Salud (del [latín](#) "salus, -ūtis") “es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o [enfermedades](#). También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro ([celular](#)) como en el macro ([social](#)).El concepto Salud abarca el estado biopsicosocial, los aspectos que un individuo desempeña. En 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS: "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto.”⁷

Obstetricia: “Es una rama de las [ciencias de la Salud](#) que se ocupa del [embarazo](#), [parto](#) y [puerperio](#), comprendiendo también los aspectos Psicológicos y sociales de la [maternidad](#). Los profesionales de la Salud especializados en atender los partos normales se llaman, dependiendo del país, [matrona](#)/matrón u obstetrix/obstetra.”⁸

Matrona/ón: “Profesional que se encarga del cuidado de la Salud de las mujeres durante el [embarazo](#), así como de la asistencia al parto y del seguimiento del [postparto](#), así como también de la regulación de la fecundidad (métodos anticonceptivos). Es un término derivado del latín que, a pesar de no tener forma masculina aceptada, es el más utilizado, siendo también correcto comadrón/comadrona y partero/partera. Además de la asistencia a la mujer embarazada, también están capacitadas para prestar atención ginecológica a mujeres sanas (p. ej. realización de [citologías](#)), asesorar en la planificación familiar y atender a las mujeres durante la [menopausia](#). Las Matronas/es son personal sanitario especializado en el seguimiento de los embarazos de bajo riesgo, la atención al parto y el cuidado de la embarazada durante el periodo de postparto. Apuestan por una asistencia no medicalizada, intentando que el parto sea lo más [natural](#) posible. Aunque la formación de la Matrona/ón también comprende la asistencia al parto en determinadas situaciones anormales, como los partos de nalgas (utilizando siempre técnicas no invasivas), están capacitadas para reconocer aquellas situaciones de riesgo donde es necesaria la intervención médica, siendo los Gineco-obstetras los especialistas encargados de prestar la asistencia en tales situaciones. La función de la matrona se complementa con la del obstetra, al cual son derivadas las mujeres que necesitan cuidados que están más allá del ámbito de actuación de las Matronas/es. Aunque en muchos sistemas de Salud ambos profesionales trabajan en colaboración, hay zonas del mundo donde las Matronas/es tradicionales (renombrados como “asistentes tradicionales al parto” por la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS) y otros grupos) son las únicas autorizadas para proveer cuidados a la mujer embarazada.”⁹

⁷ <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>

⁸ <http://es.wikipedia.org/wiki/Obstetricia>

⁹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Matrona>

2.3 SOCIOLOGÍA Y SALUD.

En el ambiente de la Salud se trabaja directamente con personas y hoy en día es un hecho que el entorno que rodea al ser humano es fundamental para enfrentar y entender los temas en Salud, respetando sus intereses, y considerando la dignidad humana. Es así como cada día es más relevante la unión de estas ciencias, para tener una mirada global y ofrecer una atención integral, ya que cada ciencia por separado nos daría una visión descontextualizada y errada, considerando que los seres humanos a quienes se quiere brindar Salud, son personas que piensan, sienten, actúan y se desarrollan en sociedad.

La consideración de lo social en las ciencias y la práctica médica, así como la determinación social de la Salud y la necesidad de las Ciencias Sociales para su comprensión científica, es algo ampliamente reconocido, argumentado y que se remonta a los orígenes de las Ciencias Sociales y de la Salud, puesto que las condiciones históricas que en el siglo XVIII dieron origen al pensamiento clínico fueron las mismas que posibilitaron el surgimiento paralelo o interior de las distintas ciencias del hombre.

Este abordaje social de los problemas de Salud ha asumido distintas perspectivas en dependencia de cual sea la disciplina que las sustenta: Medicina Social, Sociología Médica, Higiene Social, Epidemiología Social, Medicina Colectiva, etcétera, y en su devenir histórico no ha carecido de situaciones problemáticas y dilemas prácticos a causa tanto del predominio histórico de una concepción biológica, como del relativo menor desarrollo que ha tenido la Sociología de la Salud como rama de las Ciencias Sociológicas, si se le compara con la sociología política o la histórica. También hay que tener en cuenta que la enorme velocidad de acumulación de conocimientos entre los especialistas de un campo específico, la velocidad de intercambio entre campos científicos diferentes se convierte en una limitante del proceso creativo.

Sin dudas, lo que hoy se denomina Sociología de la Salud es una rama del conocimiento aún en construcción, donde deberá definirse qué grado de autonomía y qué tipo de relación tiene la esfera de la salud con la totalidad social y/o con cada una de sus partes; y cómo han influido las diferentes corrientes sociológicas en las investigaciones y acciones de Salud, campo en el cual los Sociólogos tienen posibilidades para desarrollar sus potencialidades como científicos capaces de transformar la realidad en su nivel de competencia.

Como disciplinas particulares, la Sociología de la Salud y la Salud pública tienen en común que ambas son resultado de una profunda revolución filosófica y social, cuya

esencia consiste en abordar los fenómenos y procesos en el marco de sus relaciones más generales. Ambas requieren de un pensamiento integrador y de una visión holística de la realidad. Su nivel de análisis es la población, así como los distintos grupos y estratos sociales que conforman la sociedad.

La Salud pública como ciencia, como campo de acción y como doctrina, constituye la orientación básica en lo conceptual y en lo práctico de la relación e interacción de las Ciencias Sociales y la Salud, mientras el conocimiento sociológico ha sido determinante para reconocer y explicar los problemas de Salud colectiva, punto de partida de las características estructurales de las distintas sociedades.

2.3.1 Aplicación práctica de la Sociología en la Salud.

El abordaje sociológico resulta muy útil en la práctica de las acciones de Salud para determinar el problema en su carácter multifactorial. Junto a la Epidemiología, ayuda a medir su impacto; pero, además, facilita el establecimiento de las relaciones existentes entre las condiciones de vida, determinadas conductas y factores de riesgo que pueden desarrollar enfermedades. Al afrontar esta relación entre los factores sociales, la Salud y la enfermedad, el profesional de Salud se adentra en relaciones de mayor complejidad, tales como la influencia de la enfermedad o la Salud sobre las conductas y viceversa; dependencia recíproca que a su vez es influida por la relación del hombre con su entorno social, por la posición socioeconómica que ocupa en este entorno y por su conducta social propiamente dicha.

De todo lo anterior se desprende que el desarrollo de la Salud no es un problema individual, sino una condición y consecuencia de la acción social, pero que, a su vez, tiene una respuesta individual que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad.

Ahora bien, este abordaje multifactorial del problema de Salud, mediante el paradigma médico-social, que lejos de excluir de su consideración la esencia de los fenómenos biológicos, los enriquece con un análisis más profundo y generalizador, obliga a la discusión del segundo aspecto de la aplicación práctica de la sociología a la esfera de la Salud: la producción de conocimientos mediante la incorporación de los métodos y técnicas de la investigación social que abordan al hombre en su integridad y ayudan a identificar problemas y alternativas de solución desde la perspectiva de las audiencias-metas involucradas en dichos problemas.

2.4 ROL EN SOCIOLOGÍA.

Rol social se refiere al conjunto de [funciones](#), [normas](#), comportamientos y derechos definidos social y [culturalmente](#) que se espera que una persona ([actor social](#)) cumpla o ejerza de acuerdo a su [status social](#) adquirido o atribuido. En todo grupo hay miembros de diverso status, unos de rango superior y otros de rango inferior y a cada status corresponde un rol, es decir, un determinado comportamiento en presencia de otros. Así pues, el rol es la forma en que un status concreto tiene que ser aceptado y desempeñado por el titular. Algunos status conceden al titular ciertas inmunidades al desempeñar el rol, como por ejemplo; al enajenado mental se le permiten comportamientos que no se les aceptan a otras personas. Si el individuo no desempeña su rol de la forma esperada, puede tener riesgo de exponerse a sanciones.

La teoría del rol tiene un origen sociológico que se remonta a Cooley (1902, 1909), Mead (1934) y Waller (1932, 1938), entre otros. En años recientes, la teoría del rol ha captado mayor atención, en especial en el campo de la Psicología y la Psiquiatría. Aunque primitivo, el enfoque popularizado de la teoría del rol se refleja en el libro de Eric Berne: "Games People Play" (Juegos que juega la gente, 1964); mucho más académico es el enfoque que presenta Cameron en: The Psychology of the Behavior Disorders (La Psicología de los trastornos de la conducta, 1947), y que relaciona ciertos conceptos de rol con la psicopatología.

Sarbin fue quien hizo una exposición más amplia y sistemática de la teoría del rol. Sus trabajos proporcionan el modelo de rol que sirve de base a esta investigación. Según este psicólogo, todas las sociedades se dividen en grupos y, a su vez, estos grupos están estructurados en posiciones, estatus o cargos. La posición se define como un sistema de expectativas del rol. Los roles se definen en términos de las acciones que ejercen las personas para ratificar la posición que ocupan.

Sarbin describió las teorías del rol en los siguientes términos: "La teoría del rol intenta conceptualizar la conducta humana a un nivel relativamente complejo. En cierto sentido, es una teoría interdisciplinaria pues sus variables se derivan de estudios de la cultura, la sociedad y la personalidad. Las amplias unidades conceptuales de la teoría son el rol, como unidad de la cultura; la posición, como unidad de la sociedad y el sí mismo, como unidad de la personalidad"¹⁰.

Al entender el comportamiento en un sentido teórico del rol, Sarbin propuso tres variables principales: 1) la precisión o la validez de la percepción del rol, es decir, cuán bien la persona ubica su posición con respecto a la otra; 2) la habilidad para representar

¹⁰ Sarbin, 1954

un rol, en otras palabras, la efectividad de una persona para desarrollar sistemas de acciones o representar roles relacionados con posiciones; 3) la organización del sí mismo, es decir, cómo una persona se ve a sí misma, su autoconcepto. Sarbin escribió:

“El concepto del sí mismo se coordina con el rol. Sus orígenes y dimensiones se describen en términos cognitivos. Las unidades últimas del sí mismo son cualidades deducidas, su conceptualización está apoyada por el uso de términos calificativos, tales como los adjetivos”¹¹.

La cuestión que ha sido especialmente debatida en torno a la conceptualización del rol, es si esas expectativas que definen al concepto, tienen existencia propia, independientemente de los individuos que puedan desempeñarlas, o se agota en su efectividad personal. Sociólogos como Dahrendorf remarcan la primera posibilidad caracterizando el rol como complejos normativos cuasi objetivos y, en principio, independientes del individuo; siendo “la sociedad quien le proporciona contenido específico y connotando un grado de obligatoriedad a la que el individuo debe responder”¹². Este autor, adscribe a los grupos de referencia la responsabilidad de establecer las normas y sanciones en relación al rol.

Ahora bien, la lectura del rol desde posiciones más psicosociales (Heine, 1973) aportan una lectura del rol en la que junto a los determinantes “externos” como las instituciones y las normas; se deslizan variables “internas” como la adecuación misma del desempeño que supone elementos de subjetividad.

Jiménez Burillo esquematiza las características y propiedades del rol de la siguiente manera:

- “Son acciones abiertas, conductas ejecutadas por individuos, aprendidas a través del proceso de socialización.
- De alguna manera están limitados por la situación
- Pueden ser más o menos “generales”, según el número de personas que los ejecuten en diferentes ocasiones.
- Varían en complejidad, que, a su vez, depende de la “amplitud” del rol (el espectro de conductas características dentro del rol), de su dificultad (grado de destreza exigida para su desempeño) y de su coherencia (grado en que los componentes de un rol pueden ejecutarse con facilidad, bien simultáneamente, bien sucesivamente)

¹¹ Sarbin, 1954

¹² Jiménez Burillo, 1984

- Varían en “visibilidad”, según su desempeño ante una audiencia”¹³.

2.5 ROL EN SALUD.

El equipo de Salud se define como un grupo de personas que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común, un equipo operativo como un grupo pequeño, cuyos miembros colaboran entre sí y están en contacto y comprometidos en una acción coordinada, respondiendo responsable y entusiásticamente a la tarea.

Como modelo organizacional que es, el equipo puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinar sus actividades, y en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común.

Bajo esta perspectiva, en un equipo deben cumplirse los principios básicos de la teoría organizacional, como son:

- Debido a que cada miembro del equipo posee diferentes habilidades, no deberá haber duplicidad de funciones.
- Un miembro no puede reemplazar a otro, por lo que se espera que cada uno desempeñe el papel que le corresponda.
- La necesidad de coordinación requiere la existencia de canales adecuados de comunicación que favorezca el trabajo conjunto y eficiente.
- Como cada miembro debe contribuir con sus conocimientos específicos, es de suponer que asumirá también su responsabilidad y dirigirá los aspectos propios de su área.
- Es esencial que todos los miembros del equipo se pongan de acuerdo sobre los objetivos comunes y acepten, como grupo, la responsabilidad de alcanzar dichos objetivos.
- La eficiencia total del equipo debe ser mayor que la suma de sus componentes.
- Finalmente, el equipo de trabajo no es una meta en sí mismo, sino el medio para lograr los objetivos propuestos.

Se ha pasado, por tanto, del concepto de equipo a describir aquellas condiciones que deben existir para que el trabajo que realiza un grupo de personas sea verdaderamente un trabajo de equipo y a la vez darse la ausencia de un dominio profesional específico. Ello implica el reconocimiento en un nivel de igualdad de la

¹³ Jiménez Burillo, 1981:102

competencia técnica de todos los miembros del equipo y que el actuar de cada uno de ellos venga determinado por aquéllas y no por órdenes emitidas por otro, para que un equipo o grupo sea eficiente, los miembros del mismo deben contar con un ambiente de apoyo, claridad de funciones, metas superiores y un adecuado liderazgo, ambiente propicio basado en un clima de organización, confianza y compatibilidad que sus miembros han tenido la oportunidad de conocer y comprender los roles o funciones de aquellos con los que están trabajando.

La existencia de metas superiores ayudará a mantener a los equipos de trabajo más concentrados, a unificar los esfuerzos y favorecer la cohesión del grupo, los miembros de un equipo requieren de un tiempo para conocerse, pero después suele ser habitual que se cierren las nuevas formas de analizar problemas conforme se va aislando de su ambiente. Para prevenir este estancamiento, puede ser conveniente la entrada de nuevos miembros, así como una cuidadosa conjunción de liderazgo con el nuevo ambiente creado.

2.6 HISTORIA DE LA MATRONA.

“Las Matronas tienen su origen en las comadronas, quienes eran mujeres que ayudaban a las madres durante el parto. Existen dos tipos de comadronas; comadronas enfermeras, que ayudan a dar a luz bajo la supervisión de un Médico; y las parteras de oficio; que ayudan a los nacimientos por su cuenta. La Obstetricia o partería es una de las formas más antiguas de atenciones y cuidados disponibles para las mujeres. Como describen Rose Weitz y Deborah Sullivan (1986) en la historia de la Obstetricia, las comadronas atendían prácticamente todos los nacimientos en la América colonial. En realidad incluso en el siglo XVIII se consideraba indigno que los Médicos varones se encargaran de las mujeres embarazadas y atendieran en los partos. La función era considerada “trabajo de mujeres”. Lo que cambió esta situación fue una creencia creciente en el progreso científico entre la población general y el desarrollo de la Obstetricia como nueva especialidad Médica. Los nacimientos asistidos por comadronas comenzaron a disminuir rápidamente a medida que los Médicos iban encargándose del nacimiento de los bebés. Entretanto la profesión médica desarrolló una fuerte oposición a la partería, argumentando que las habilidades quirúrgicas y los conocimientos de medicaciones, así como las mejores condiciones sanitarias de las salas de partos de los hospitales eran muy superiores a cualquier servicio que pudiesen proporcionar las parteras. Weitz y Sullivan descubrieron que en 1900 solamente la mitad de los nacimientos en los Estados Unidos fueron asistidos por comadronas; para 1951 la partería cesó en todas partes salvo en áreas remotas.”¹⁴

¹⁴ William C. Cockerham, *Medical Sociology*, Tenth Edition, 2007:251

Marco Teórico

“El nacimiento en el período precolombino se consideraba un hecho importante para la familia. El parto era un ritual para mujeres y ocurría como en el caso de los Onas y Araucanos, alejado de las moradas y en estrecho contacto con la tierra.

La presencia del padre se traducía en un mejor aporte de alimentos a la mujer y al niño, el padre tenía una activa participación en los rituales de celebración.

Al igual que en Europa, las matronas empíricas adquirieron valor en la sociedad rural. En las ciudades, durante la colonia, mujeres pobres con necesidad de sobrevivir ejercían el oficio de Matronas. A medida que la población crecía, las cifras de mortalidad materna e infantil principalmente por té tanos, hacen surgir las primeras medidas de protección de la salud a través de la difusión de la "Cartilla para El arte de Partear" destinado a examinar a las Matronas españolas desde 1652.

Aunque la primera matrona autorizada por el protomedicato español para ejercer en Chile vino desde Perú en 1568, solamente a partir de 1760 un informe al parlamento da cuenta de la necesidad de proteger la salud materna e infantil a través de la apertura de una casa para parturientas.

Más tarde, en 1790 José Antonio Ríos, profesor de Medicina de la Universidad de San Felipe, propone la formación universitaria para matronas. Hasta el año 1833, donde se funda la primera Escuela de Medicina, la situación de la partera fue vulnerable por razones políticas, por falta de recursos docentes para crear una escuela que las formara pero también por falta de estudiantes interesadas capaces de cumplir con los requisitos exigidos en las cátedras de Medicina.

Finalmente por la necesidad de controlar la práctica liberal de la Matrona empírica y al mismo tiempo mejorar los indicadores de salud materna e infantil, se crea la Escuela de Matronas el 16 de julio de 1834, donde el Doctor Lorenzo Sazié proveniente de la Escuela francesa, inaugura la primera cátedra, quedando en la historia como fundador del “Colegio de Obstetricia”.

Hoy, se ejerce la profesión de Matrona y Matrón luego de realizar 9 a 10 semestres académicos en la Facultad de Medicina, el cumplimiento exitoso del plan de estudios está sancionado con el grado de Licenciado en Obstetricia y Puericultura, en este marco formativo se insertan las 9 Escuelas y/o Carreras de Obstetricia a lo largo de Chile.

Inspirada en su vocación de servicio hacia las mujeres, en la formación recibida y en el juramento formulado al titularse, la matrona ejerce guiada por los principios éticos de apego a la vida, respeto y compromiso con el bienestar de la mujer y por extensión, de su familia y comunidad, los mismos principios que la validaron hace miles de años.”¹⁵

De acuerdo con la [Confederación Internacional de Matronas](#) (una definición que también ha sido adoptada por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), se define de la siguiente forma: “Una Matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de Obstetricia, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en obstetricia y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la Obstetricia. La Matrona está reconocida como el profesional del control, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La Matrona participa activamente en el asesoramiento y la educación para la Salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la Salud de mujeres, la Salud Sexual o Reproductiva, y el cuidado de los niños. Una Matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de Salud.”¹⁶

2.7 REFORMA DE LA SALUD EN CHILE.

“En 1981 se producen dos reformas importantes. En primer lugar, basado en la aplicación del Decreto con Fuerza de Ley 1-3.063, de 1980, se comienza con el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria. Por el mismo decreto se traspasa, desde 1981 hasta 1988, un porcentaje estimado en 70% de los establecimientos de atención primaria del SNSS a las municipalidades. Los consultorios de atención primaria tienen a su cargo la atención de Salud del recién nacido hasta niños de 14 años, la consulta por morbilidad y el control de Salud del adulto y del adolescente, el control del embarazo y la planificación familiar.

¹⁵ Historia de la Matrona en el Contexto de las Sociedades. Profesora Sra. Paulina López Orellana, docente carrera de Obstetricia y Puericultura-Universidad de Valparaíso, Chile.

¹⁶ Confederación Internacional de Matronas,...

Marco Teórico

En segundo lugar, con la dictación del Decreto Ley 3.626 y con el Decreto con Fuerza de Ley que lo reglamenta, se establece la formación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). De esta manera, se permite la libertad de elección para el trabajador dependiente para optar a comprar su seguro obligatorio de Salud, ya sea del sistema público (FONASA) o del recién creado sistema privado (ISAPRE)¹⁷.

“El Ministerio de Salud inicia en el año 1992, en Atención Primaria, la transformación de los Consultorios a Centros de Salud (CES), poniendo la preocupación por la Salud y la persona como lo esencial de la relación con los usuarios, enfatizando la prevención y promoción como actividades centrales del proceso de atención e incorporando a la comunidad, como entidad participante en la atención de salud.

A partir de 1998 se avanza en intencionar un cambio paradigmático del comprender la Salud enfermedad. Si el proceso anterior mantenía su mirada desde la perspectiva técnica de priorizar la prevención y promoción, el nuevo desafío se aboca a incorporar el enfoque biopsicosocial (Centros de Salud Familiar- CESFAM) y con él la perspectiva humana de la Salud- enfermedad, con conceptos de malestar, vivencia de la enfermedad, atribuciones y significados personales del sufrimiento, etc.

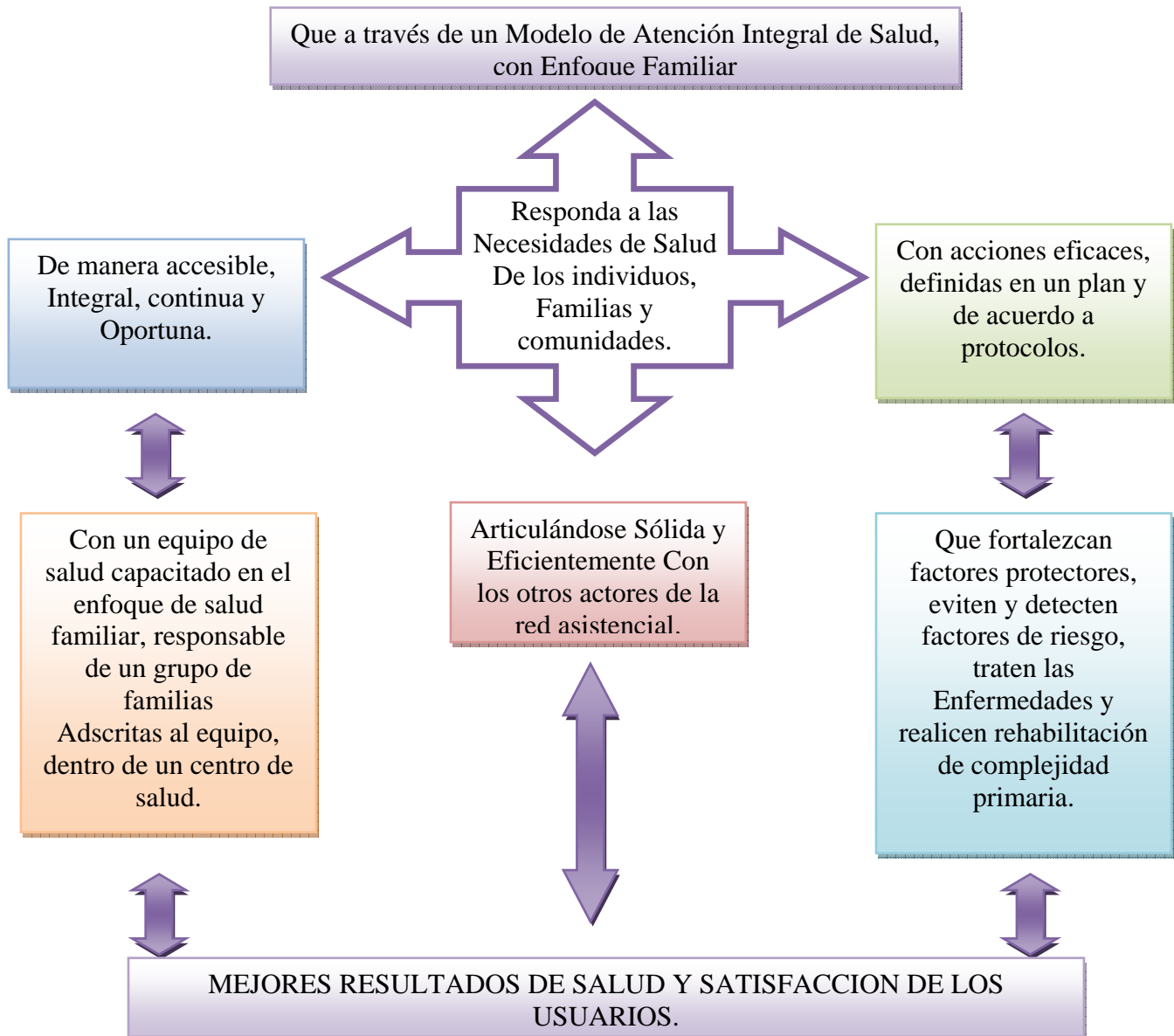
Con la Reforma de la Salud, se introduce el concepto de redes y el Modelo iniciado en Atención Primaria, se hace coherente con un cambio global. El modelo entonces, debe impregnar a la Red Asistencial.”¹⁸

¹⁷ Las Reformas en la Salud en Chile, capítulo 14.

¹⁸ Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo 2008, capítulo 2.MINSAL

Marco Teórico

Reforma de Salud: Define una Atención Primaria...



El Ministerio de Salud, estableció como eje fundamental un cambio en el modelo de atención de los Servicios de Salud en nuestro país, a uno más integral, enfatizando un conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención con mayor eficiencia, eficacia y oportunidad. Que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, como seres pertenecientes a diferentes familias, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Con este propósito, el Gobierno, mediante el Ministerio de Salud, fue desarrollando iniciativas para fortalecer la estrategia de Atención Primaria como soporte de este modelo integral, que consiste en promover la vida saludable, prevenir la enfermedad y, en caso de que ocurra, enfrentarla tempranamente. El modelo de Salud familiar constituye el pilar fundamental. Este modelo se centra en el equipo de Salud familiar, y entre sus profesionales cuenta con Médico, Enfermera/o, Matrona/ón, Nutricionista, Psicóloga/o, Asistente Social, entre otros, superando la idea del Médico

Marco Teórico

de cabecera, dado que permite desarrollar un concepto interdisciplinario, apuntando a la promoción de estilos de vida más saludables, no sólo a curar la enfermedad.

El objetivo de la atención es la familia, entendiendo que la Salud y la enfermedad se dan en un contexto fuertemente determinado por esta estructura social. Para el sustento del modelo, es necesario contar con profesionales especializados en Salud familiar, así como con infraestructura y tecnologías adecuadas. Un profesional dedicado a la salud familiar es una persona con un fuerte componente social y comunitario, con destrezas para el trabajo en equipo. Requiere calidad técnica para responder de manera adecuada a la demanda prevalente, que sepa determinar la oportunidad de las derivaciones, comprometido con la Salud y no con la enfermedad, que no sólo conoce a su paciente sino a su grupo familiar.

A principios de los '90, el Ministerio de Salud inició la preparación de Médicos en Medicina Familiar. La estrategia consistía en favorecer que las Universidades abrieran campos de formación. Se promovieron becas y diplomados en salud familiar para distintos profesionales, financiando pasantías tanto nacionales como en el extranjero.

En los últimos años, el Gobierno ha incrementado sustancialmente los recursos en Atención Primaria, con un sostenido aumento del financiamiento y la construcción de numerosos Consultorios. Desde este año, los consultorios serán diseñados con el propósito de adecuar la planta física a los nuevos requerimientos del modelo de Salud familiar. La base es transformar todos los Consultorios del país en centros de Salud familiar.

Los elementos fundamentales de este enfoque se resumen en lo siguiente:

- Que esté centrado en el usuario, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en Salud.
- Que tenga un énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados.
- Que sea integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos.
- Que garantice la continuidad de la atención, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada.
- Que trabaje en Red tanto sanitaria como social y que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en Salud.
- Que tienda al cuidado ambulatorio.

- Que abra espacios para la participación en salud y la intersectorialidad.

2.7.1 Modelo Integral de Salud: Familiar y Comunitario.

Las barreras entre Salud y enfermedad no son tan claras, la Salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales. La comprensión diferente de la situación Salud enfermedad, necesariamente debe traducirse en la búsqueda de respuestas más integrales, tanto desde el sistema de cuidado familiar como desde el equipo de Salud. La posibilidad de abrirse a respuestas innovadoras es mucho mayor.

En el Modelo de Atención Integral propuesto, se releva como foco de atención, la familia. La familia influye en la Salud y en la enfermedad de sus miembros. Así la situación de Salud de cada miembro influye al sistema en su conjunto. Esta relación se ha expresado como la existencia en la familia de características que pueden ser factores protectores o de riesgo para determinadas alteraciones en la Salud, en determinadas pautas de conducta, en la forma cómo la familia reacciona frente a la enfermedad, como cuidadora, como conceptualiza la Salud o cómo se organiza el funcionamiento familiar frente a la enfermedad.

La continuidad del cuidado es una aspiración de las personas y se constituye en uno de los principios relevantes del enfoque centrado en la familia. La atención personalizada y mantenida a lo largo del tiempo, permite un conocimiento acumulativo de las personas y familias a cargo, desarrollo de vínculos y un compromiso profundo entre los integrantes del equipo de Salud y su población a cargo. En un sentido global, como sistema de Salud, la continuidad puede ser comprendida, como la respuesta continua que se otorga a las personas en los distintos puntos de la Red de Salud, tanto en los cuidados primarios como especializados, ya sea ambulatorio como en la atención cerrada, e independiente del lugar geográfico del país donde la persona se encuentre por razones laborales u otras.

En el análisis de situaciones de Salud, el trabajo en equipo no jerarquizado es una característica esencial y condición necesaria para el enfoque multidisciplinario. La confluencia de miradas desde diferentes disciplinas aporta a un análisis más integral de la situación de Salud, no sólo de individuos y familias, sino de la comunidad en su conjunto. El equipo de Salud se hace parte de las estrategias que la potencian, en miras a una mejor calidad de vida. El equipo necesita introducirse en el contexto social, comunitario y familiar para mejorar la comprensión de las distintas dimensiones en que ocurre la vida de la población a cargo y una mejor utilización de los recursos existentes

a nivel familiar, comunitario y social. La conformación de equipos de Salud multidisciplinarios a cargo de poblaciones pequeñas facilita el acercamiento.

Se establece una relación equipo-comunidad que enfatiza una mayor responsabilidad por el autocuidado y el cuidado del entorno. La comunidad es parte del desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida.

Características del modelo de Salud Familiar:

- Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad.
- Sectorización de la población inscrita.
- Formación de equipos de Salud territoriales multi-profesionales (equipo de Salud familiar).
- Continuidad de la atención y de los cuidados de Salud.
- Prestación de servicios integrados.
- Resolutividad.
- Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la Salud de su familia y de cada uno de sus integrantes.
- Participación social.
- Promoción de Salud.
- Interculturalidad.
- Impacto sanitario.
- Enfoque de Género.

2.7.2 Equipo de Salud territorial y su organización.

“En el modelo antiguo los equipos de Salud estaban organizados alrededor de los programas de Salud, cada profesional cumplía su labor de acuerdo a la programación local, contando con la supervisión de los Jefes de programas designados por la dirección del establecimiento.

En el nuevo modelo, el equipo de Salud esta conformado en forma multiprofesional en el cual existe una organización interna, que facilita la comunicación y el intercambio de experiencias, una participación real de todos sus miembros y decisiones interdisciplinarias. La comunicación debe ser clara, precisa, oportuna y compartida por todo sus miembros. Debe contar con un líder o coordinador elegido por los miembros del equipo, que cumpla con todos los requisitos para un liderazgo efectivo.

Este equipo debe disponer del tiempo suficiente para reunirse en forma periódica para ir evaluando su grado de madurez y desarrollo, además de participar en reuniones recreativas, deportivas o sociales, que permita mantener un clima laboral adecuado, libre de tensiones, sano y no estresante, características que los equipos han ido adquiriendo a través del desarrollo y la madurez de estos”¹⁹.

2.7.3 Resumen de la Reforma de la Salud en Chile.

El nuevo modelo de atención, actualmente denominado “Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria de Salud” (Ministerio de Salud, División de Gestión de la Red Asistencial, 2006), comenzó a aplicarse en forma sistemática a partir de la creación de los Centros de Salud Familiares (CESFAM), el año 1997. Este modelo propone una atención centrada en las personas y familias y la aplicación de un enfoque biopsicosocial en reemplazo del tradicional enfoque biomédico. Además, propone la constitución de equipos de salud de cabecera que ofrezcan una atención personalizada y continuada, con énfasis en aspectos preventivos y con una fuerte participación de la comunidad.

Progresivamente la autoridad ha ido exigiendo y controlando la ejecución de los servicios ligados específicamente con este modelo, como la consejería familiar, la visita domiciliaria integral así como, las actividades y programas asociados con la mayor capacidad resolutiva que se espera de los CESFAM.

Sin embargo, el nuevo modelo de atención exige un cambio más profundo, que afecta especialmente la relación entre el equipo de Salud y la población. Se trata de establecer una relación estable, que favorezca el conocimiento y confianza mutua; una relación más horizontal, que incentive a las personas, familias y comunidades a adquirir mejores competencias y a hacerse más responsables de su cuidado.

Los equipos de Salud primarios han estado sometidos a crecientes demandas y responsabilidades, muchas de las cuales no están asociadas a la implementación del modelo de Salud Familiar, sino más bien, a mejorar las coberturas y el acceso a actividades tradicionales. En este panorama, la implementación del nuevo modelo es una tarea más, que debe coexistir con un amplio espectro de exigencias. En esta competencia por el qué hacer, tiende a postergarse el nuevo modelo, pues como

¹⁹ De Consultorios a Centros de Salud Familiar, Cambios en los Equipos de Salud Familiar. Wilma Gatica, Myrna Herrera y Heriberto Llanos. Diplomado en Salud Pública, UACH.

cualquier cambio, está sujeto a resistencias y además, aún no está asociado a indicadores de evaluación que incentiven su desarrollo.

Actualmente, en la Región de Valparaíso existen “15 Centros de Salud Familiar, 10 pertenecientes a la ciudad de Viña del Mar y 5 a la ciudad de Valparaíso. En esta última, encontramos además 10 Consultorios que aún no transforman su modelo de atención a CESFAM”²⁰.

2.8 CENTROS DE SALUD FAMILIAR.

Un Centro de Salud Familiar, además de considerar el Modelo de Atención Integral y Biopsicosocial, debe sectorizar a su población. Por esta razón, es necesario entender cómo se trabaja en un CESFAM.

¿En qué consiste la Sectorización?

1. Consiste en dividir geográficamente un territorio de acción correspondiente al Centro de Salud Familiar; es dividir, delimitar geográficamente al territorio, considerando el número de familias beneficiadas.
2. Es una estrategia de acercamiento a la población usuaria, que comprende un ordenamiento de la población usuaria a nivel territorial como acción externa al centro de Salud.
3. Igualmente, determina una acción interna orientada hacia la reorganización de los aspectos administrativos y técnicos por cada uno de estos espacios:
 - Disponer de mapas.
 - Reordenamiento de las fichas y tarjeteros.
 - Implementar un sistema de señalética en el establecimiento.
 - Definir el sistema de registro estadístico.
 - Preparar la OIRS para orientar adecuadamente al público.

¿Qué es un Sector?

- Es una subdivisión de un área territorial y/o jurisdiccional del Centro de Salud Familiar.

²⁰ Fuente: Minsal, Sistema Nacional de Servicios de Salud. Establecimientos

Marco Teórico

- Se propone que cada sector cuente con 5000 beneficiarios aproximadamente.
- Consiste en realizar un trabajo en equipo con la comunidad interna y externa en la cual se practican varios tipos de comunicación (ascendentes, diagonal y laboral) favoreciendo con ello el desarrollo de sus integrantes.
- Es un área geográfica delimitada, y con un número determinado de personas para la intervención en Salud. Se divide en sub-sectores atendiendo a los recursos humanos disponibles (médicos de familia 6000-6500 habitantes); por la cercanía de los sectores. En general, se focalizan los sectores de mayor riesgo.
- Originalmente se realiza en función de las siguientes variables: familias inscritas, variable geográfica, que permita una acción que tenga efectos operativos; variables de riesgo biopsicosocial; recursos humanos.

Para ello, cada Sector es entendido como un espacio en torno al cual se producen variados procesos en torno al cual desarrollar el trabajo en Salud.

El equipo encargado de sector debería asumir la responsabilidad de la acogida, integración, apoyo y asistencia a las familias, incorporando actividades de Salud para responder a las necesidades de sus familias con respecto a:

- Acogida y apoyo en las diferentes etapas del ciclo vital para anticipar vulnerabilidad y evitar riesgo (crisis normativas).
- Crisis no normativas, acoger y vincular en caso de: embarazo adolescente, duelo, cesantía, separaciones, abandono, etc.
- Riesgos familiares, alcoholismo, drogas, VIF, etc.
- Aparición de enfermedad crónica en alguno de sus miembros, revisión de los estilos de vida, pautas de autocuidado y reorientación de prácticas.
- Acompañamiento en sus procesos de Salud y enfermedad, familias con enfermos terminales, familias que esperan su primer hijo, etc.
- Cuentan con mecanismos para enfrentar y resolver problemas.

2.8.1 Recursos Humanos de un CESFAM.

La concepción del nuevo modelo de atención descansa no sólo en un rediseño organizacional. Supone la existencia de equipos de Salud conformados por profesionales y técnicos preparados para enfrentar los nuevos desafíos y para asumir el cuidado de Salud de una población de manera integral utilizando el enfoque familiar en Salud.

El Centro de Salud Familiar es el núcleo organizacional del sistema de Salud. Sin embargo, podrá estar conformado por uno o más equipos de Salud, cada uno de los

Marco Teórico

cuales asume el cuidado de un número definido de personas. Cada equipo de Salud estará conformado por profesionales y técnicos de la Salud, (Médico, Enfermera/o, Asistente Social, Matrona/ón, Nutricionista, Técnicos Paramédicos, Odontólogos, Psicólogos, Kinesiólogos, etc.) quienes son especialistas en Medicina Familiar o cuentan con algún tipo de capacitación formal en el Enfoque Familiar en Salud.

Cada equipo de Salud asume la responsabilidad de un segmento de la población claramente identificada. La conformación del universo de personas a cargo de un equipo de Salud podrá efectuarse en base a los criterios que el equipo gestor estime conveniente. A continuación presentamos dos propuestas:

1.- De acuerdo a lo sugerido por el Documento “El Modelo de Atención-Atención Primaria-1998” de la División de Salud de las Personas y el Departamento de Atención Primaria del MINSAL. Esta es sólo una información referencial de acuerdo a las actividades con enfoque familiar propuestas en el Plan de Salud Familiar 2.

La estimación de requerimiento de recursos humanos para sectores de 6.500 o 13.000 inscritos (aproximadamente 1500 a 3000 familias), que se presenta a continuación, corresponde a un ejercicio realizado a partir del módulo de 10.000 habitantes utilizado para el costeo del PSF 2, sólo se presenta como dato referencial para las estimaciones locales.

	Dotación estimada según población inscrita (horas diarias)		
RRHH	10.000 habts.	6.500 habts.	13.000 habts.
Médico	12.99	8.44	16.88
Enfermera/o	16.10	10.46	20.93
Asistente Social	10.13	6.58	13.16
Matrona/ón	8.27	5.37	10.74
Nutricionista	7.09	4.61	9.21
Psicóloga/o	4.92	3.20	6.39
Téc. Paramédico	12.35	8.03	16.05
Odontóloga/o	10.04	6.76	13.52
Kinesióloga/o	3.35	2.18	4.35
Total	75.20	55.64	111.28

2.- De acuerdo a una propuesta formulada por el Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en su documento “Modelo de Atención en Salud Familiar – Una propuesta para contribuir al cambio” Santiago, Abril 2001, dice:

Marco Teórico

“El equipo debería estar conformado por personas pertenecientes a distintas disciplinas, que sean especializadas; es decir, con formación específica en el área de la Atención Primaria. Esto es especialmente importante, en relación con los profesionales. En este sentido, es necesario que el centro cuente con Médicos especialistas en Medicina Familiar, en cantidad o proporción adecuada (al menos uno en cada equipo), para aumentar la resolutivez y eficiencia de los equipos de Salud. Asimismo, es recomendable la existencia de especialización de los otros miembros que los conforman (Enfermera/o, Matrona/ón, Nutricionista, Odontólogos, Asistente Social, Técnicos Paramédicos, Administrativos).

El equipo de Salud debería ser claramente identificable por sus usuarios, para ello, es necesario que exista un espacio físico definido para cada equipo.

La composición de los equipos de Salud deberá definirse en el nivel local, de acuerdo con las necesidades, prioridades y objetivos de Salud.

El tamaño del grupo de usuarios que se debería relacionar con cada equipo, es variable. Dependerá de las condiciones del centro, del espacio disponible y de las personas que componen el equipo. En un Centro de Salud que atienda 20.000 personas, deberían existir entre 3 y 4 equipos de Salud.

Cada equipo debería contar con un Médico por cada 2.000 habitantes. Esta cifra se basa en una tasa de consulta anual de 3 por habitante, y un rendimiento en la atención de 4 consultas por hora; destinando además, un 20% de la jornada laboral a actividades de gestión clínica, trabajo en equipo y otras labores de atención, no contempladas en la consulta (visitas domiciliarias, trabajo comunitario, etc.). La relación entre número de usuarios y otros miembros del equipo debería, también, ser mejorada, en relación con los estándares actuales.

En este Modelo, la toma de decisiones clínicas debe ser reflexiva y racional, basada en criterios comunes, sean estos científicamente probados o, bien, convenidos (apoyándose en la metodología de Cuidados de Salud basado en evidencia). Este proceso significa un cambio permanente en el “rendimiento” de los recursos humanos: no existe posibilidad de gestión clínica, sin la oportunidad de evaluar el camino recorrido y planificar el futuro. En este Modelo, se plantea que, al menos, el 20% del tiempo de un profesional, especialmente del médico, debería ser dedicado a actividades de gestión clínica.”²¹

²¹ Orientaciones para una Mejor y más Efectiva Acción en Salud con las personas, sus familias y comunidades. Servicio de Salud del Maule, Dirección de Atención Primaria, año 2000.

2.9 ACTIVIDADES DE LA MATRONA/ÓN E INTERACCIONES EN UN CESFAM.

En el Modelo de Salud Familiar dentro de un CESFAM, deben interactuar obligadamente Médicos generales o especialistas, Matronas/es, Psicólogas/os, Nutricionistas, Enfermeras/os, Asistentes sociales, Odontólogas/os, Educadoras/es de Párvulo, Kinesiólogos/as, Técnicos Paramédicos, funcionarios Administrativos, etc. Sin embargo para nuestro estudio relacionamos sólo las áreas en donde la Matrona/ón interactuaba más con otros profesionales de la Atención Primaria, de esta forma a continuación se detallaran las actividades a realizar en este nivel de atención en Salud.

2.9.1 Nivel de Atención Primaria.

“Actividades Básicas:

- Control Pre-concepcional.
- Control Pre-natal.
- Control de Puerperio.
- Control de Salud del Recién Nacido.
- Consulta de Lactancia Materna.
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Control de Regulación de Fecundidad (Paternidad responsable).
- Control Ginecológico Preventivo.
- Consulta de Morbilidad Obstétrica.
- Consulta de Morbilidad Ginecológica.
- Control de Climaterio.
- Consulta por Enfermedad de Transmisión Sexual.
- Derivar en caso de ser necesario a los distintos niveles de atención.

Actividades Complementarias:

En las cuales se deriva o se trabaja en conjunto con Médicos, Psicólogos/as, las/los Nutricionistas, Odontólogos/as, las/los Asistentes Sociales y Técnicos Paramédicos.

- Educación para la Salud y Promoción de la Salud (individual y/ó grupal).
 - Consulta Nutricional en el Proceso Reproductivo.
 - Consulta Nutricional para la Mujer No Gestante.
 - La Consejería anti tabáquica.
 - Entrega de Complemento Nutricional (PNAC).
-

- Consulta Social.
- Visita Domiciliaria Integral.
- Trabajo Comunitario.
- Salud Buco-dental.
- Salud Ocupacional.

Actividades Administrativas:

- Capacitación del Personal.
- Reuniones Técnicas.
- Reuniones de Coordinación entre los distintos niveles de atención.
- Control y Supervisión.
- Análisis de Información y Auditoria²².

2.9.2 Programa Chile Crece Contigo.

“En el mes de Octubre del año 2006, se anunció la creación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, dirigido a todos los niños y niñas del país, de forma de acompañarlos y apoyarlos en su desarrollo, desde la gestación hasta que ingresen a pre-kinder en el sistema escolar.

Chile Crece Contigo entrega a los niños y niñas un acceso expedito a los servicios y prestaciones que atienden sus necesidades y apoyan su desarrollo en cada etapa de su crecimiento. Adicionalmente, apoya a las familias y a las comunidades donde los niños y niñas crecen y se desarrollan, de forma que existan las condiciones adecuadas en un entorno amigable, inclusivo y acogedor de las necesidades particulares de cada niño y niña en Chile.

Desde el mes de septiembre del año 2009 la ley 20.379 crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza Chile Crece Contigo, transformándose así en una política pública estable y que le da continuidad a todo lo avanzado.

Dicha ley establece que los niños y niñas se integran a Chile Crece Contigo desde su primer control de gestación en el Sistema Público de Salud, y son acompañados y apoyados durante toda su trayectoria de desarrollo hasta que ingresan al sistema escolar.

²² Referencia Programa Salud de la Mujer 1997, complementado con el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo 2008

Marco Teórico

Adicionalmente, se establecen garantías de acceso a ayudas técnicas, salas cuna, jardines infantiles, y a Chile Solidario a aquellas familias en situación de mayor vulnerabilidad. Así se establece un acceso preferente de las familias a toda la red de servicios y prestaciones sociales del Estado.

Las prestaciones y servicios del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial se agrupan en las siguientes áreas o dimensiones:

1. Fortalecimiento del desarrollo Prenatal.

- Enfatizando la detección del riesgo biopsicosocial y el desarrollo de planes de cuidado con enfoque familiar.
- Fortalecimiento de los cuidados prenatales.
- Entrega de bebida láctea "Purita Mamá".
- Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial.
- Formulación de plan de salud personalizado para cada Gestante y su familia, en situación de vulnerabilidad psicosocial.
- Incorporación al programa de Visita Domiciliaria Integral a gestantes en situación de vulnerabilidad psicosocial.
- Activación de la Red Comunal Chile Crece Contigo.
- Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a).

2. Atención personalizada del proceso de nacimiento.

- Atención integral y personalizada a la mujer gestante y su acompañante, durante los distintos procesos del nacimiento.
- Atención personalizada del parto.
- Manejo oportuno del dolor (analgesia).
- Generar condiciones adecuadas para la atención de la mujer y favorecer el primer contacto físico con el hijo/a.
- Atención integral en el puerperio
- Entrega de atención integral que favorezca el desarrollo del vínculo madre, padre e hijo/a.
- Fortalecimiento de la lactancia, entrega de información, apoyo profesional en caso de necesitarlo, detección de riesgos, coordinación con Centros de Salud.
- Coordinación oportuna con el equipo de Salud de Atención Primaria.

3. Atención integral al niño o niña hospitalizada, que enfatiza los cuidados para el desarrollo.

Marco Teórico

4. Fortalecimiento del control de salud del niño o niña, con énfasis en el logro de un desarrollo integral.
5. Fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral.
6. Prestaciones diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas.

De esta forma, este programa se anexa a las actividades en la Atención Primaria, e involucra a todos los profesionales.

En cuanto a las actividades preferenciales para la matrona en el nivel primario de Atención estipuladas en el Programa Chile Crece Contigo, encontramos:

- Atención Preconcepcional.
- Atención Prenatal.
- Evaluación de Riesgo Psicosocial durante la Gestación.
- Talleres de Educación Prenatal.
- Visita Domiciliaria Integral Gestante/ Puérpera y Recién Nacido²³.

²³ Referencia Programa Chile Crece Contigo 2006 .MINSAL

3.1 TIPO DE ESTUDIO: Cualicuantitativo.

Este estudio posee un carácter mixto, ya que en el inicio se enmarca en un enfoque cualitativo que se define como: “Un tipo de investigación que ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan o sienten. Este tipo de investigación es de índole interpretativa y se realiza con grupos pequeños de personas...”²⁴. Utilizando la entrevista semi-estructurada con preguntas abiertas en primera instancia de la investigación favoreciendo la mayor obtención de información y así lograr un acercamiento a la realidad que se buscaba, en el contexto de la atención primaria de salud pública.

De acuerdo a la obtención y codificación de estos datos se elaboró un cuestionario base de tipo estructurado con preguntas abiertas y cerradas que contenía las diferentes áreas levantadas en las entrevistas pasando así de un estudio cualitativo a uno cuantitativo descrito como: “Donde se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población”²⁵.

Dado lo anterior la investigación comienza a tomar un sentido sociológico, ya que busca describir la realidad encontrada en la interacción de ciertos profesionales tomando como eje principal el rol de la Matrona/ón en la Atención Primaria de Salud Pública, no buscando la comprobación de una hipótesis sino más bien visualizar la realidad anteriormente expuesta. “En este enfoque, la investigación cuantitativa no solo contiene técnicas de análisis de datos o de producción de información, sino también como una perspectiva epistemológica respecto a la realidad, de la forma de conocerla y de los productos que podemos obtener de la investigación social”²⁶.

3.2 TIPO DE DISEÑO: Transversal - Descriptivo – Exploratorio.

De acuerdo a la definición de diseño de estudio “Se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea.”² El tipo de diseño que se acomoda al estudio es de tipo transversal descriptivo exploratorio.

Transversal: En éste tipo de diseño, “Se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos”.²

²⁴ Pineda, Alvarado y Canales, 1994.

²⁵ Hernández, Fernández, Baptista, 2003.

²⁶ Canales, 2006

Marco Metodológico

Descriptivo: Caracteriza y expone interacciones entre profesionales y técnicos de la Salud basada en la descripción del rol de la Matrona/ón en la Atención Primaria de Salud Pública.

“Los diseños transversales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables a ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación”.²

Exploratorio: La temática de la investigación al ser poco estudiada, se enmarca a esta variante de diseño, ya que, “... el propósito de este diseño es comenzar a conocer una comunidad, un contexto, un evento, una situación, una variable o un conjunto de variables. Se trata de una exploración inicial en un momento específico”.²

3.3 UNIVERSO Y MUESTRA.

En la investigación se pretende determinar las percepciones del equipo de Salud del rol que desempeña la Matrona/ón en la Atención Primaria de Salud Pública en la Provincia de Valparaíso.

En este caso, se pensó en los tres tipos de atención en Salud pública de la Provincia de Valparaíso; hospitales; Atención Terciaria, policlínicos de especialidades; Atención Secundaria y Consultorios; Atención Primaria. En una primera instancia se descartó la Atención Secundaria, porque no cumplió con los objetivos propuestos en la investigación. El estudio en Atención Terciaria en paralelo con la primaria sería un poco extenso de acuerdo al tiempo con que se contaba para realizar la investigación y a los imprevistos que se podían encontrar, ya que en los diferentes hospitales había demasiada burocracia para obtener los permisos necesarios extendiéndose el tiempo de obtener resultados. En consecuencia se eligió la Atención Primaria de Salud, ya que cumplía a cabalidad con los requerimientos teóricos, económicos y de factibilidad de realización del estudio.

Área de estudio.

Luego de tener elegida el área de estudio, que correspondió a la Atención Primaria de Salud Pública se debió delimitar la zona en que se realizaría el trabajo de campo que fue la Provincia de Valparaíso, en las zonas de Valparaíso y Viña del Mar. Acudiendo a las corporaciones respectivas que competen a las ciudades mencionadas.

Corporación Municipal de Salud de Valparaíso.

Tiene a su cargo 12 Consultorios generales urbanos, 2 SAPU, 1 Posta en Laguna Verde y un Centro comunitario Familiar.

Su visión; “Ser parte fundamental de la Red de Salud de Valparaíso reconocido por su resolutiveidad y calidad en Atención Primaria”.²⁷

Su misión; “Contribuir como el integrante más cercano de la Red Asistencial de Salud, a una mejor calidad de vida de las personas en Valparaíso”.⁴

Corporación Municipal de Salud de Viña Del Mar.

Tiene a su cargo 6 Consultorios y 4 Centros de Salud generales urbanos, 4 SAPU y 3 CECOF.

Su visión; “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población de Viña de Mar, con un sistema de salud, resolutivo y de excelencia que satisfaga oportunamente las necesidades de la comunidad, constituyendo un modelo de referencia para el desarrollo de la salud del país”.²⁸

Su misión; “Estar llamados a construir un sistema comunal de salud dinámico, participativo e integrado que facilite el trabajo y desarrollo del equipo de salud, permitiendo con estrategias innovadoras y sustentables, el logro de los objetivos y metas de nuestra institución”.⁵

Universo: Corresponde a todos los profesionales y técnicos de todos los Consultorios, CES y CESFAM, del área de estudio definida en la investigación.

3.3.1 Marco Muestral.

De acuerdo a lo anterior se inició la investigación para conocer el tipo de Consultorios, CES y CESFAM que tienen a su cargo las respectivas corporaciones para así elegir la muestra de la investigación.

²⁷ <http://www.cmvalpo.cl/inst/salud/mision.htm>

²⁸ <http://www.cmvm.cl/salud/index.php?nombre=Categorias&area=141&seccion=301>

Marco Metodológico

La elección fue de manera “intencionada”, es decir, fueron lugares estratégicos, con el fin de favorecer la recolección de datos correspondientes a diversos Consultorios.

Se comenzó por la elaboración de variables, es decir, lo que se buscaba como parámetros de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación.

Variables a evaluar:

1. Población que abarca cada Consultorio.

Número de personas inscritas y validadas por cada establecimiento, mediante el sistema de certificación de FONASA.

Dentro de la estimación de la muestra se obtuvieron Consultorios que cubrían los tres rangos que se establecen con anterioridad los cuales se detallan:

Rango	Tipo de consultorio	Habitantes inscritos y validados en consultorios
Primer	Pequeño	1- 15.000
Segundo	Mediano	15.001- 30.000
Tercer	Grande	30.001- 60.000

2. Nivel Socioeconómico de la Población que abarcan los Consultorios.

La definición de nivel socioeconómico, es señalada como “Un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros, determinado en variables relacionadas con la vivienda, el nivel de hacinamiento, los ingresos medios, la educación y el trabajo del jefe de hogar. A partir de esto se clasificaron los hogares en 5 grupos de mayor a menor pobreza: bajo, medio-bajo, medio, medio-alto y alto”²⁹.

Esta variable fue valorada desde una perspectiva subjetiva, ya que no se pudo recoger en los Consultorios datos precisos que señalaran explícitamente la caracterización socioeconómica atendida en dichos lugares. Lo que sí se pesquiso fue que las personas atendidas en estos Consultorios eran predominantemente de clase media y baja.

3. Años de Existencia de los Consultorios.

²⁹ MINTRAB.cl, 2010

Marco Metodológico

Este Parámetro clasifica a cada Establecimiento como Moderno o Tradicional, lo cual es una característica que determina la muestra. Dentro de los Consultorios escogidos, se verificó que cubran todos los rangos de años que se especifican a continuación:

Tipo de consultorio	Años de existencia
Moderno	1 a 15 años
Tradicional	16 y más

Con las variables anteriormente mencionadas se delimitó la muestra en donde se intentó abarcar tanto consultorios como centros de salud de todo tipo, para así obtener diferentes realidades. Por lo señalado se escogieron, además de la muestra oficial, dos Centros de Salud Familiar del extra sistema como fue el CESFAM “Jean y Marie Thierry” que depende directamente del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio y CESFAM Concón que depende directamente de la municipalidad de dicha zona. Estos últimos también cumplían con las exigencias de las variables del estudio.

Los Consultorios, CES, CESFAM elegidos de acuerdo a las variables anteriores fueron:

	Variable 1			Variable 2			Variable 3	
	Pequeño	Mediano	Grande	Alto	Medio	Bajo	Moderno	Tradicional
Consultorios								
Jorge Kaplán		•				•	•	
Cienfuegos		•			•			•
Gómez Carreño			•		•			•
Con – Con			•		•		•	
Padre Damián	•					•	•	
Barón		•				•		•
Jean y Marie Thierry	•				•		•	
Quebrada Verde			•			•		•
Placilla	•				•		•	

Variable 1: Población que abarca el Consultorio.

Variable 2: Nivel Socioeconómico de la Población.

Variable 3: Años de Existencia Consultorio.

3.3.2 Fundamentación de la elección de profesionales encuestados.

De acuerdo al Programa de Salud de la Mujer (edición, 1997), el cual establece la atención durante el Ciclo Vital de la Mujer en los tres Niveles de Atención de Salud, este es liderado por la profesión Matrona/ón. De este documento se extrae para el estudio, la participación de las Matronas/es en el contexto de Atención Primaria de la Salud Pública, que es detallado en el Programa como el trabajo multidisciplinario en diversas áreas como Nutrición, Aspectos sociales, Visita Domiciliaria, Salud Mental, Educación y Promoción.

Otro documento que fundamentó la elección de los profesionales a encuestar fue el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (edición, 2008), en este, Matrona/ón también es partícipe de los cuidados del proceso reproductivo proponiendo una atención integral con el enfoque familiar recuperando los aspectos psicológicos de la gestación y el nacimiento.

El manual es parte del aporte que se realiza al Programa Chile Crece Contigo, el cual es una base para que los equipos de Salud acompañen a las mujeres durante el control de su gestación, parto y cuidados de los recién nacidos, siendo este último una reestructuración en la atención postparto agregando al control del 7° día de puerperio a la atención en conjunto con los recién nacidos (binomio), acto asistencial realizado anteriormente por la Enfermera/o.

Muestra: Todos los profesionales encuestados de los Consultorios anteriormente seleccionados, los cuales son Matrona/ón, Enfermera/o, Asistente Social, Nutricionista, Psicóloga/o y Técnico Paramédico.

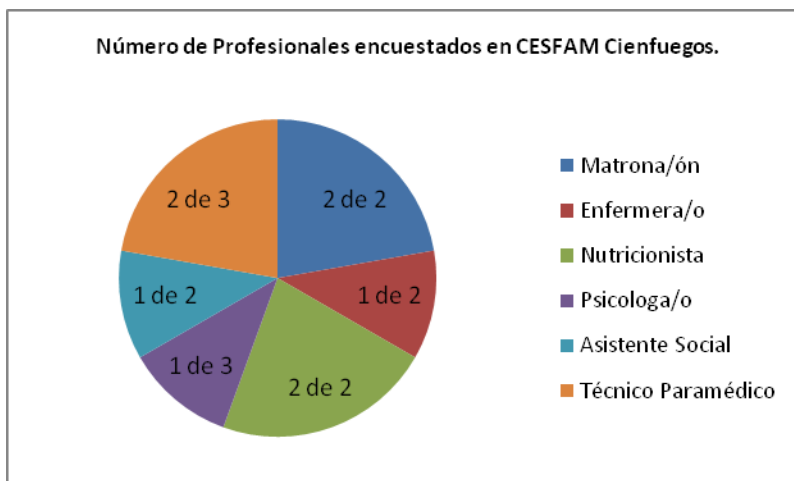
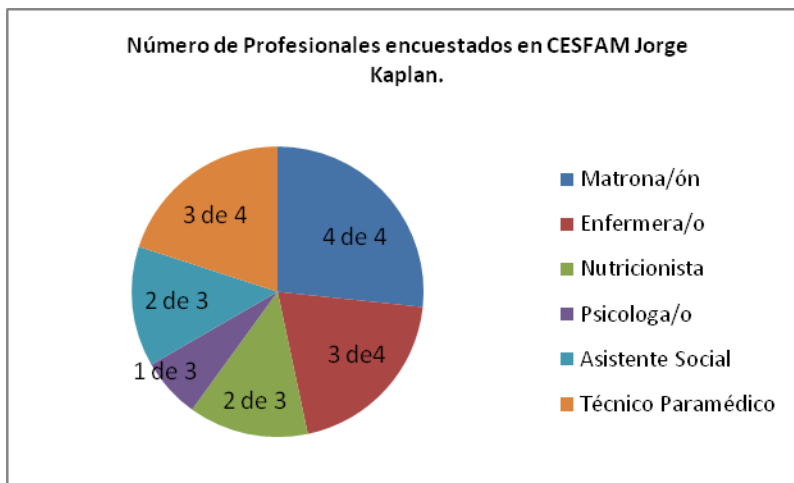
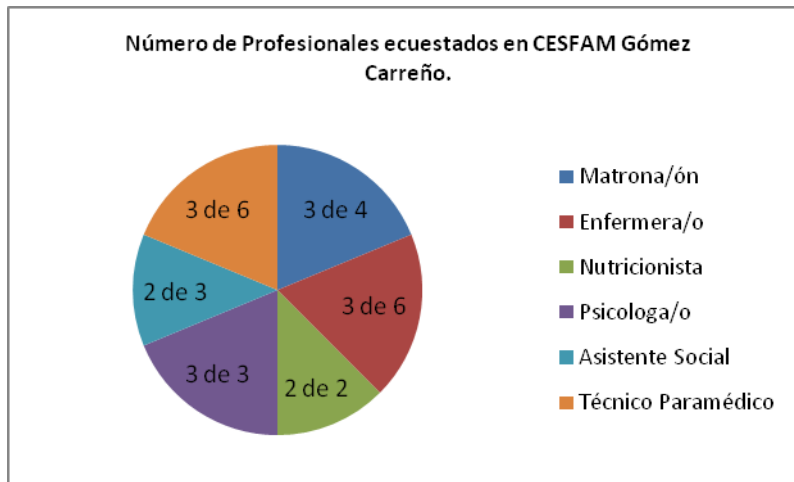
El funcionario Técnico Paramédico se agregó, ya que dentro de la rutina laboral de la Matrona/ón permanece en contacto frecuente al momento de realizar todas las actividades, anteriormente señaladas.

El número de profesionales, fue extraído de las corporaciones de la Salud respectivas con previa entrega de cartas (Ver Anexo N° 1), firmadas por Escuela de Obstetricia y Puericultura.

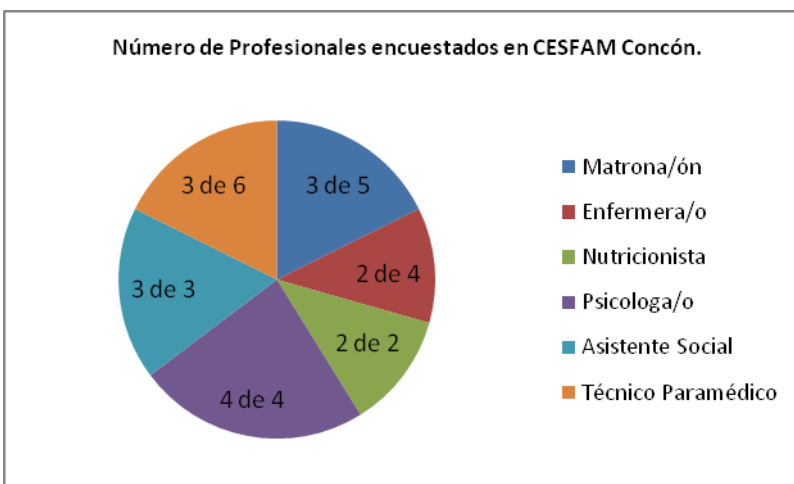
A continuación se muestran los gráficos con la cantidad de profesionales encuestados de cada consultorio, CES y CESFAM.

Marco Metodológico

Zona Viña del Mar.

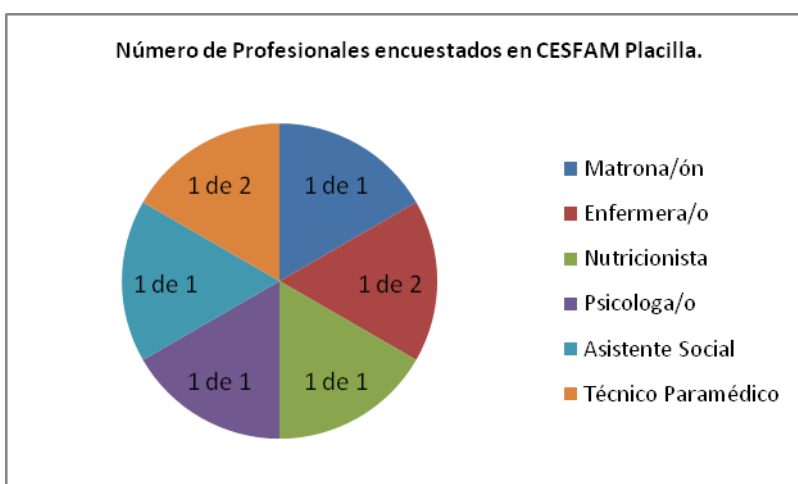
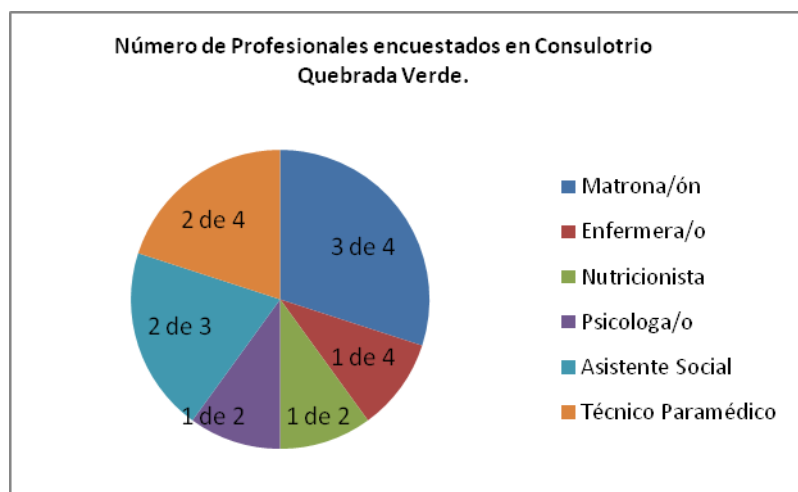
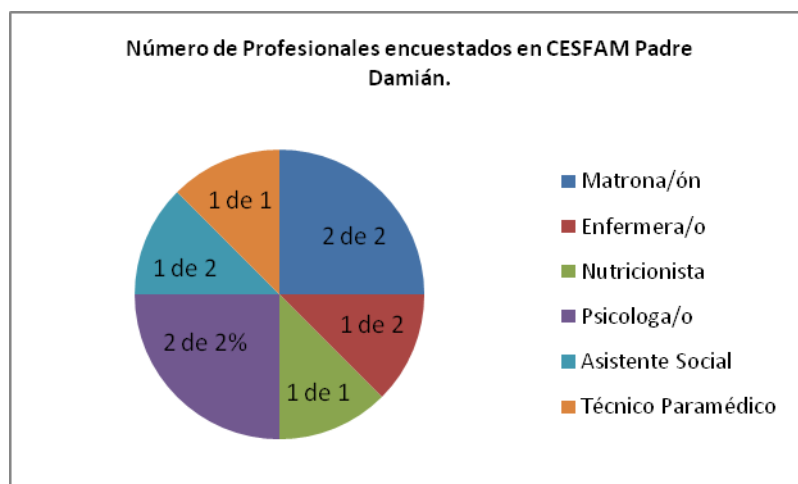
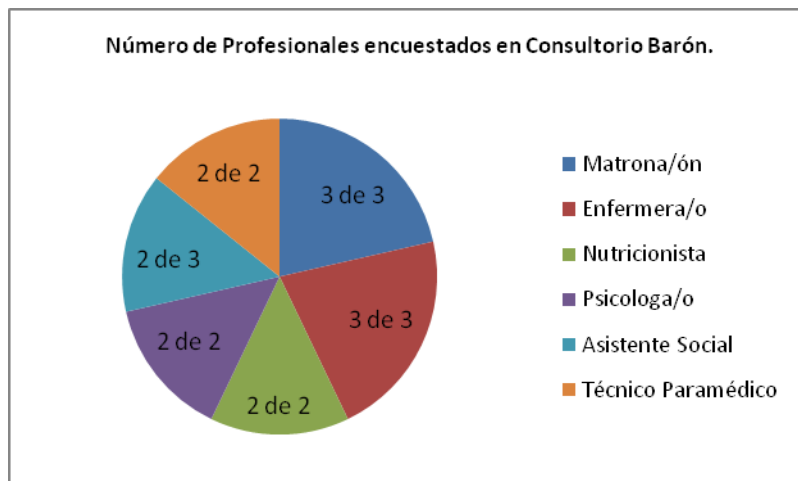


Zona Concón.

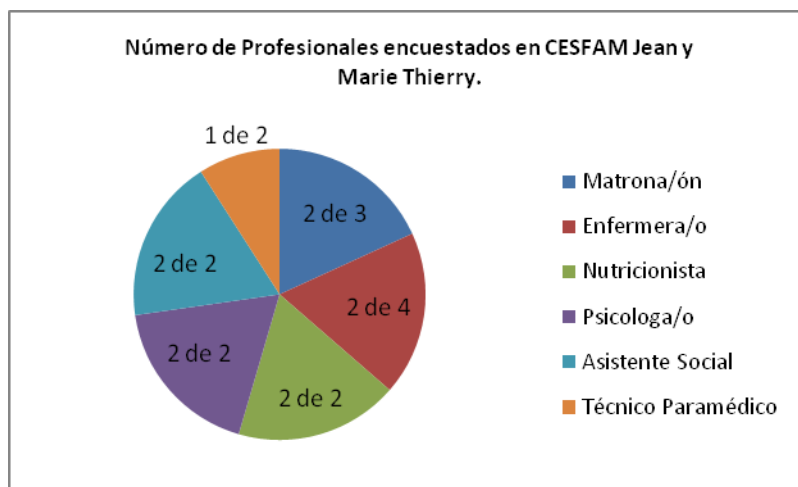


Marco Metodológico

Zona Valparaíso.



Marco Metodológico



Por otro lado el Médico general no fue considerado dentro de la muestra final, puesto que sus impresiones fueron tomadas durante el estudio cualitativo. Otros profesionales como Kinesiólogas/os y Odontólogas/os tampoco fueron considerados, porque su desempeño asistencial en Atención Primaria de Salud pública no representa una interacción directa con la Matrona/ón, es decir, que está sujeto solo a derivaciones puntuales.

3.4 TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS.

Etapa 1: Entrevistas semi-estructuradas con preguntas de tipo abierta.

El proceso por el cual se llegó a la selección del instrumento para la recolección de la información luego de haber definido el problema de investigación, los objetivos, el universo y la muestra se basó en comenzar por realizar entrevistas a los diferentes directores de Consultorios de Atención Primaria de la Salud pertenecientes a la Provincia de Valparaíso, elegidos de forma aleatoria, pero que por profesión fueran Médicos. También se escogieron para esta labor Matronas/es con experiencia en Atención Primaria y docentes encargadas de la asignatura de Salud Comunitaria de la Universidad de Valparaíso. En total 6 profesionales, por lo que se acudió al Consultorio Las Torres, ubicado en forestal, CESFAM Los Pinos, ubicado en Quilpué, Consultorio de Nueva Aurora, ubicado en la ciudad de Viña del Mar y CESFAM Quebrada Verde, ubicado en Valparaíso.

La elección de la técnica para levantar datos fue de la entrevista semi-estructurada con preguntas de tipo abiertas considerando que ésta es una forma de conversación en que predomina la acción comunicativa expresiva.

La entrevista es, “Un acto de interacción personal, espontáneo o inducido, libre o forzado, entre dos personas, entre entrevistador y entrevistado, en el cual se efectúa un intercambio de comunicación cruzada, a través de la cual, el entrevistador transmite

Marco Metodológico

interés, motivación, confianza, garantía y el entrevistado, devuelve, a cambio, información personal en forma de descripción, interpretación y evaluación”³⁰.

De acuerdo a lo señalado, la entrevista se dirigió a los profesionales anteriormente mencionados con el fin de obtener información de índole teórica, experiencia personal y profesional de cómo se desarrolla el rol de la Matrona/ón en el contexto de Atención Primaria de Salud pública. Esta entrevista se redactó en base al Programa de Salud de la Mujer (edición, 1997) y el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (edición, 2008). Estuvo compuesta por 5 áreas donde se incluyó Nutrición, Aspectos Sociales y Trabajo Comunitario, Salud Mental, Educación y Promoción y Morbilidad Gineco- obstétrica; donde cada una de ellas tuvo 5 preguntas (Ver Anexo N° 2).

Antes de ser realizadas las entrevistas se solicitaron los permisos respectivos, redactando cartas que contenían el título, objetivos de la investigación junto con los datos correspondientes del profesor guía de tesis, alumnas participantes, carrera, Universidad y año cursado, las cuales fueron firmadas por la Escuela de Obstetricia y Puericultura y por la docente a cargo de la asignatura. Estas fueron enviadas a las diferentes corporaciones de Valparaíso y Viña del Mar. (Ver Anexo N° 3). Luego de varios intentos se realizaron las entrevistas previamente señaladas.

La primera incursión como rol de entrevistador no fue fácil, ya que se comenzó por estudiar a cabalidad cada tema expuesto para así cumplir con las metas propuestas.

La recepción por parte de los entrevistados fue mejor de lo esperado, ya que se pensó encontrar a profesionales poco accesibles a dar la información que se esperaba y a compartir sus experiencias personales en Salud Primaria. Se obtuvo una buena acogida e incluso críticas constructivas, para así enfocar de forma adecuada el trabajo de campo de la investigación.

Al considerar que las entrevistas fueron de tipo abierta, se debió elegir una herramienta que aplicara con el registro de toda la información sin perder detalles de lo que nos expusieran los diferentes profesionales, por lo que fue elegida la grabación de éstas. Luego de haber realizado todas las entrevistas se comenzó por transcribir cada una de ellas para así proseguir con la codificación de las respuestas obtenidas e ir sintetizándolas hasta obtener los temas de interés (Ver Anexo N° 4). Después se realizaron las codificaciones pertinentes, las que estaban compuestas por

³⁰ Ruiz Olabunaga, 1989

Marco Metodológico

conocimientos, experiencias y opiniones de los entrevistados acerca del rol de la Matrona/ón en la Atención Primaria de Salud (Ver Anexo N° 5), dando inicio a la operacionalización de las variables de este estudio.

De acuerdo a lo anterior, se construyeron áreas que generaron el Pre- test inicial (Anexo N° 6) solo para Matronas/es, que se planteó en formato de cuestionario con preguntas estructuradas de tipo abiertas y cerradas, aplicable por un encuestador, ya que se consideró que si fuese auto-aplicable se podría caer en sesgos tales como que el comentario entre profesionales al responder, que las preguntas no fuesen entendidas a cabalidad, entre otras.

Etapa 2: cuestionario inicial estructurado con preguntas de tipo abiertas y cerradas.

La realización de este Pre- test o cuestionario inicial se fundamentó en precisar de manera más óptima las preguntas del instrumento final de levantamiento de datos para así eliminar subjetividades, sesgos y preguntas inutilizables.

Este Pre- test contenía consentimiento informado y se dividió en diferentes áreas tales como: Datos del Consultorio, Datos del Profesional, Nutrición, Salud Mental, Morbilidad Gineco-obstetricia, Aspectos Sociales, Educación y Promoción de la Salud, Otras Áreas y el Programa Chile Crece Contigo. Las preguntas fueron de tipo abiertas y cerradas.

Las áreas señaladas contenían preguntas sobre percepciones de Matronas/es de acuerdo a sus conocimientos teóricos, coordinación con otros profesionales, relaciones interpersonales, satisfacción laboral y personal y acerca del Programa Chile Crece Contigo.

El cuestionario inicial fue aplicado al 17% de la muestra de Matronas/es, siendo solo una de esta parte de la muestra original, en este caso también fueron elegidas aleatoriamente. Considerando Matronas/es de Consultorio Nueva Aurora (2), CECOF Achupallas (1) y CESFAM Padre Damián (1).

Para aplicar este Pre-test se utilizaron las cartas anteriores (Ver Anexo N° 1), ya que contenían el tema y los objetivos de la investigación, mostradas directamente a las Matronas/nes encuestados.

La recepción por parte de las Matronas/es fue muy buena, pero siempre con los imprevistos como la falta de tiempo, las interrupciones y largas esperas. De esto se obtuvo críticas constructivas como, que el cuestionario era muy extenso, que no sería

Marco Metodológico

posible realizarlo en Atención Primaria por la recarga laboral de los profesionales, que algunas preguntas no eran totalmente comprensibles, que era más fácil si fuese auto - aplicable y por otro lado que faltaban algunas áreas que abarcar. Con todo lo antes mencionado se realizó las correcciones pertinentes al pretest para así obtener el cuestionario final.

Etapas 3: Cuestionario final aplicable a la muestra del estudio (Ver Anexo N° 7).

El instrumento siguió siendo un cuestionario con preguntas estructuradas de tipo abiertas, cerradas y aplicable por el encuestador; solo con modificaciones en el número de preguntas, redefinición de algunas de éstas para que fueran totalmente comprensibles manteniendo las mismas áreas nombradas en la etapa anterior y así conseguir los objetivos del estudio, la cual se dividió en nueve partes, destinando a extraer información de las Matronas/es. En el inicio del cuestionario se presenta el consentimiento informado y luego en las dos primeras partes se hace referencia a preguntas basadas en definir tanto los tipos de Consultorio como a los Funcionarios que trabajan en los diversos servicios. Las siete partes restantes se caracterizaron por determinar el rol de la profesión Matrona/ón en áreas que la relaciona con los demás profesionales, como también la interacción que se produce dentro del equipo de Salud Multidisciplinario.

De éste Cuestionario base, aplicado a Matrona/ón se extraen cinco tipos de cuestionarios (Ver Anexo N° 8), aplicados a los demás profesionales de la Muestra (Nutricionistas, Psicólogos/as, Enfermeras/os, Asistentes Sociales) y Técnicos Paramédicos. En éstos se seleccionaron algunas de las áreas anteriormente mencionadas, con el objetivo de extraer información de la percepción de cada miembro del equipo acerca del rol de la Matrona/ón en el área que atañe su profesión, como también de preguntas generalizadas en relación a la interacción del equipo de Salud.

Para la realización de los cuestionarios finales, fueron entregadas en las respectivas corporaciones municipales y servicio de Salud, cartas de solicitud del permiso correspondiente (Ver Anexo N° 9).

Marco Metodológico

La siguiente tabla describe las áreas contenidas en cada tipo de cuestionario aplicados a los diferentes funcionarios de la muestra.

Áreas	Cuestionario Nutricionista	Cuestionario Psicólogo/a	Cuestionario Asistente Social	Cuestionario Enfermera/o	Cuestionario Técnico Paramédico
P1 Datos del consultorio					
P2 Datos personales	•	•	•	•	•
P3 Área nutrición	•				
P4 Área salud mental		•			
P5 Área morbilidad gineco-obstétrica					
P6 Área aspectos sociales			•		
P7 Área educación y promoción en salud.	•	•	•	•	
P8 Otras áreas	•	•	•	•	•
P9 Área Chile Crece Contigo	•	•	•	•	•

3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS.

3.5.1 Análisis de contenido de la Primera Etapa referente al Estudio Cualitativo.

Durante el transcurso de esta etapa de Investigación se analizaron las diversas entrevistas, codificando cada una ellas, interpretando la intencionalidad de cada frase como también el contexto en los cuales se estaba efectuando tal situación. Por lo tanto es importante señalar que “El análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto”³¹. “El análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa”³².

Con el objetivo de crear un instrumento confiable para la segunda etapa del Estudio, se busca interpretar la realidad que visualiza cada entrevistado acerca del Rol de la Matrona/ón en el contexto de Atención Primaria de Salud Pública, lo cual se hace más interesante al momento de elegir a profesionales Médicos Directores de Consultorios, quienes tendrían una mirada más objetiva de lo que esperan del actuar profesional de dichos funcionarios, como también se entrevistaron a Matronas con experiencia en Atención Primaria, las cuales tendrían una intencionalidad diferente al momento de contestar las preguntas.

³¹ Krippendorff, 1990

³² Berelson, 1952

3.5.2 Análisis de la Segunda Etapa referente al Estudio Cuantitativo.

En esta segunda etapa, se comenzó con la Codificación de las preguntas abiertas de los Cuestionarios confeccionados durante el Estudio Cualitativo.

Las respuestas obtenidas del cuestionario final de los profesionales y técnicos de la muestra, fueron agrupadas en Categorías y a continuación se plasmaron en un Libro de Códigos (Ver Anexo N° 10) en conjunto con las preguntas cerradas de dicho Cuestionario.

Este Libro de Códigos se divide en las Partes correlativas al Cuestionario Base, considerando en su totalidad, las preguntas del Cuestionario de Matrona/ón agregando también las de los demás profesionales y técnicos. Este Instrumento se empleó para la elaboración de una Base de Datos del Programa Computacional EPI Data, logrando ingresar un total de 104 Cuestionarios.

De lo anterior se realizó un análisis de los datos mediante sistema de Estadística Descriptiva para cada Variable. Estas Variables se obtuvieron de las categorías precisadas en la codificación de los datos. En este análisis se utiliza la distribución de Frecuencias “Una distribución de frecuencias es un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías”³³, buscando las respuestas más repetitivas que se interpretan de manera objetiva, y así establecer las impresiones de los diversos profesionales y técnicos acerca del rol de la Matrona/ón en las diversas áreas desarrolladas en el estudio y de la interrelación de dichos funcionarios en la Atención Primaria de Salud Pública.

3.6 CALIDAD DE DISEÑO.

Para hacer referencia a la calidad de diseño de acuerdo a la etapa de la investigación de tipo cualitativa y así asegurar la veracidad, generalización y consistencia del estudio. Los criterios utilizados son los siguientes:

Validez: Este criterio es fundamental dentro de la investigación, ya que “Es una propiedad no solo de los instrumentos, sino más bien de las interpretaciones que hacemos de sus resultados. Desde ese punto de vista podemos entender la validez como el grado en que son legítimas las interpretaciones que deducimos de un instrumento”³⁴.

³³ Hernández, Fernández, Baptista, 2003

³⁴ Navas Ara, 2001

Marco Metodológico

En el estudio, los datos obtenidos de las entrevistas, toman un carácter certero, ya que fueron conseguidos de profesionales altamente calificados como lo son directores de Consultorios, los cuales son elegidos por sus variadas capacidades y habilidades, destacándose en su profesión. Lo que garantiza que la información recopilada de estos profesionales fuese fidedigna y no artificial para la elaboración de los cuestionarios finales.

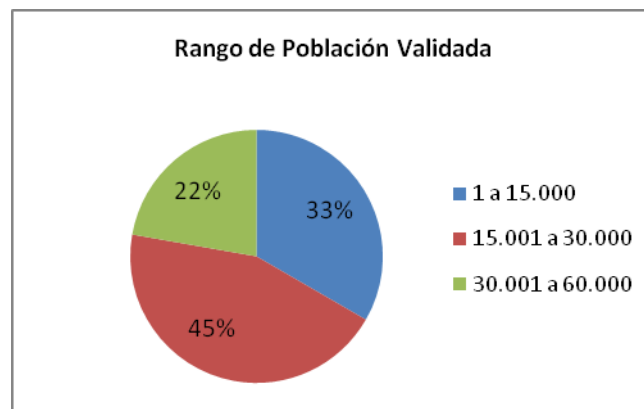
Confiabilidad: Con el fin de transparentar el proceso y otorgarle mayor confiabilidad al estudio, es fundamental que la información se encuentre disponible para todo aquel que quiera explorarla y evaluarla, respetando los criterios de confidencialidad establecidos en las encuestas aplicadas a los diferentes profesionales de la Atención Primaria de Salud pública, todo esto por medio de consentimientos informados.

Análisis de las Características de la Muestra

Los resultados obtenidos, fueron recopilados a través de las entrevistas realizadas a los profesionales de los Consultorios de la muestra, por lo que la información obtenida se basa en sus conocimientos respecto de los distintos temas que se analizarán. De acuerdo a estos datos se recopiló la información, la cual posteriormente fue tabulada y luego analizada; análisis que se detalla a continuación, dividido en 8 partes: Datos de Consultorios, Datos de los Profesionales, Área de Nutrición, Área de Salud Mental, Área de Morbilidad Gineco-Obstétrica, Área de Aspectos Sociales, Área de Educación y Promoción en Salud, Otras Áreas y finalmente Área Chile Crece Contigo. Cada área se desglosa con sus respectivos gráficos y análisis.

4.1 DATOS DE LOS CONSULTORIOS.

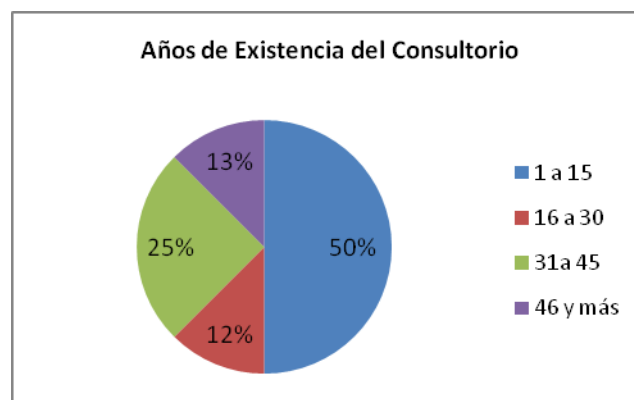
GRÁFICO N° 4.1.1



La población inscrita validada de cada Consultorio, es un dato proporcionado por la Corporación de cada Municipalidad. La población validada fue según el proceso de certificación de FONASA, SSVSA y SSVQ, del año 2009 (Ver Anexo N°11).

El 45% de los Consultorios de la muestra están clasificados en el rango de población de “15.001-30.000 habitantes”, entonces se podría inferir que pertenecen a una categoría de “Mediana” población según la estimación de la población validada en cada Consultorio. El 33% se clasifica en “Pequeña” población y sólo 22% están en la categoría de “30.001-60.000 habitantes”, población “Grande” dentro del Consultorio.

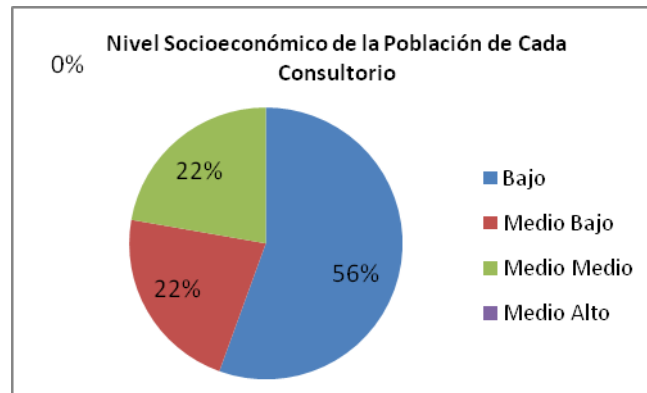
GRÁFICO N° 4.1.2



Análisis de las Características de la Muestra

Del gráfico se desprende que 50% de los Consultorios de la muestra tiene de “1 a 15 años” de existencia, lo que indica que son “Modernos” de acuerdo a la descripción de los años que llevan funcionando. Todo el resto tiene más de 16 años de existencia que ocuparían la clasificación de “Tradicional”.

GRÁFICO N°4.1.3

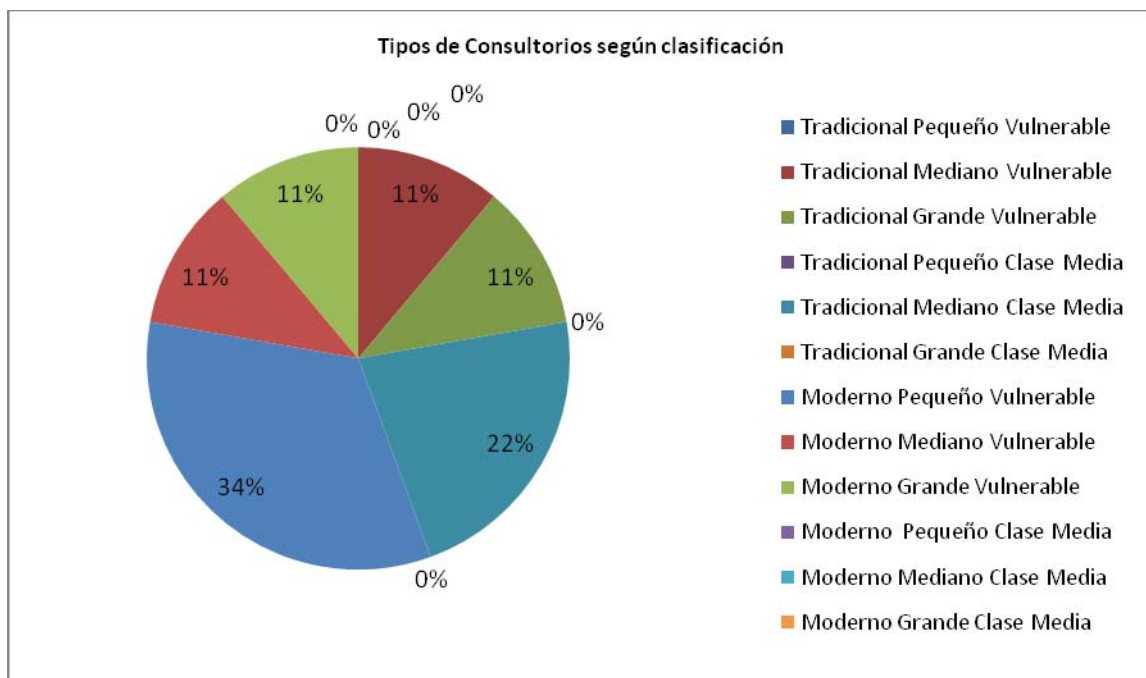


El 56% de los Consultorios de la muestra atiende a una población de Nivel Socioeconómico “Bajo”. El 22% atiende a una población de Nivel Socioeconómico “Medio Bajo” y el mismo porcentaje presenta “Medio Medio”.

Según estudios del Departamento de Planeamiento Institucional en el año 2009, la Estimación de los Beneficiarios del Seguro Público de Salud a nivel Nacional, fue de 73,5% y la participación en el Sistema Privado de Salud fue de 16,3%. Si tomamos estos datos de FONASA a nivel regional, por tramos de ingreso de la población, encontramos que los beneficiarios que se encuentran en los tramos A, B y C por ingreso, corresponden a 61.3% de la Población Beneficiaria del Sistema de Salud Pública; lo que podría sostener que el Sistema de Atención Primaria de Salud tuviera una Población en su gran mayoría de Nivel Socioeconómico “Bajo” y “Medio-Bajo” por los tramos de ingresos que poseen los beneficiarios de FONASA. En los Consultorios de la muestra no existe población clasificada según rango en Nivel Socioeconómico “Medio- Alto” y “Alto”, sino que se encuentra el Nivel Socioeconómico “Medio-medio”, entre otros, concentrándose en el 22% de la muestra.

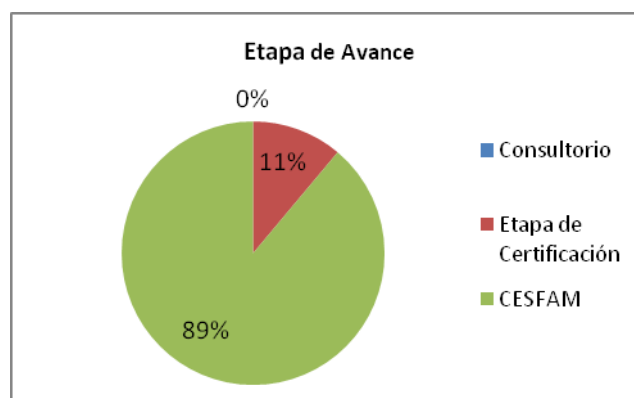
Análisis de las Características de la Muestra

GRÁFICO N°4.1.4



El 34% de los Consultorios fueron clasificados en “Moderno Pequeño Vulnerable”; es decir “Moderno” por los años de existencia clasificados en menor a 15 años, “Pequeño” porque poseen una población inscrita validada menor o igual a 15000 habitantes y “Vulnerable” por el Nivel Socioeconómico Bajo y Medio Bajo que poseen las poblaciones a la cual atiende cada Consultorio. El 22% corresponde a “Tradicional Mediano de Clase Media” y el porcentaje restante se divide en proporciones iguales para las clasificaciones de “Tradicional Mediano Vulnerable”, “Tradicional Grande Vulnerable”, “Moderno Mediano Vulnerable” y “Moderno Grande Vulnerable”, lo que está indicando que la muestra representa bien la variabilidad que se da en los distintos tipos de Consultorios.

GRÁFICO N° 4.1.5



El 89% de los Consultorios de la muestra se encuentra certificado como “CESFAM” y un 11% de la muestra está en “Etapa de Certificación”, lo que mostraría una amplia gestión de las direcciones de los Consultorios para facilitar el traspaso al nuevo Modelo de Salud.

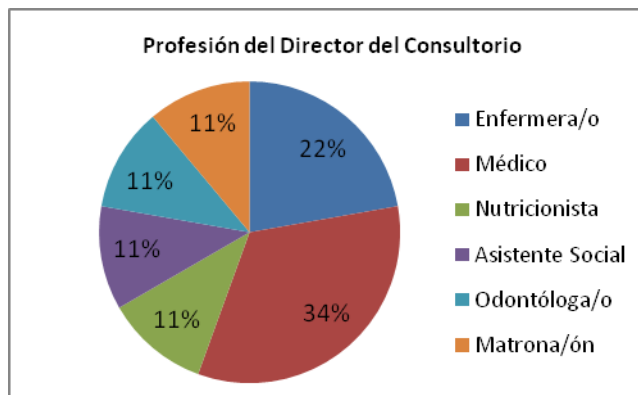
Análisis de las Características de la Muestra

GRÁFICO N° 4.1.6



El 34% del total de la muestra de Consultorios se ubica en el rango de “0 a 30” números de profesionales, lo que se compara con el porcentaje de Consultorios tipo Pequeño: a menor población inscrita, es menor el número de profesionales que deben trabajar en cada CESFAM. El 33% se ubica en el rango de “61 a 90” número de profesionales. En general la muestra refleja la variabilidad de los Consultorios en cuanto al número de profesionales.

GRÁFICO N° 4.1.7



De acuerdo al total de la muestra se desprende del gráfico que la profesión predominante para ejercer el cargo de Director de Consultorio es la del “Médico” con un 34%; le sigue en frecuencia la “Enfermera/o” con un 22% del total. En igual proporción se encuentran “Nutricionistas”, “Asistentes Sociales”, “Odontólogos” y “Matrona/ón” con un 11%.

GRÁFICO N°4.1.8



Análisis de las Características de la Muestra

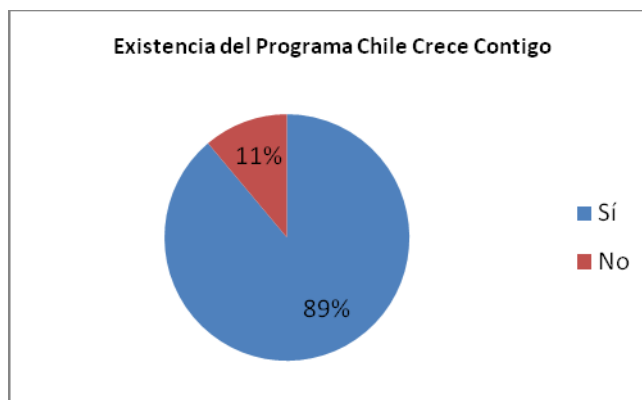
En la mayoría de los Consultorios de la muestra, se desprende del gráfico que un 67% de ellos “No” poseen especialidades. Dentro de los Consultorios que “Sí” cuentan con especialidades encontramos las siguientes, desprendidas del Libro de Códigos: “Cirugía Menor”, “Medicina Interna”, “Psiquiatría”, “Oftalmología”, “Ginecología” y “Pediatria”.

GRÁFICO N°4.1.9



Como visualiza el gráfico, un 78% de los Consultorios de la muestra “No” poseen actividades recreativas; se destaca en la opción “Sí”, la presencia de 2 categorías: “Actividades de Autocuidado” y “Actividades Recreativas”, especificadas en el Libro de Códigos. Cabe destacar que el porcentaje de los que “No” las poseen es bastante alto, siendo que este punto es un ítem inmerso en los requerimientos para la transformación de CES a CESFAM, ya que como se mostró en el gráfico de Avance de los Consultorios la mayoría de la muestra son CESFAM.

GRÁFICO N°4.1.10

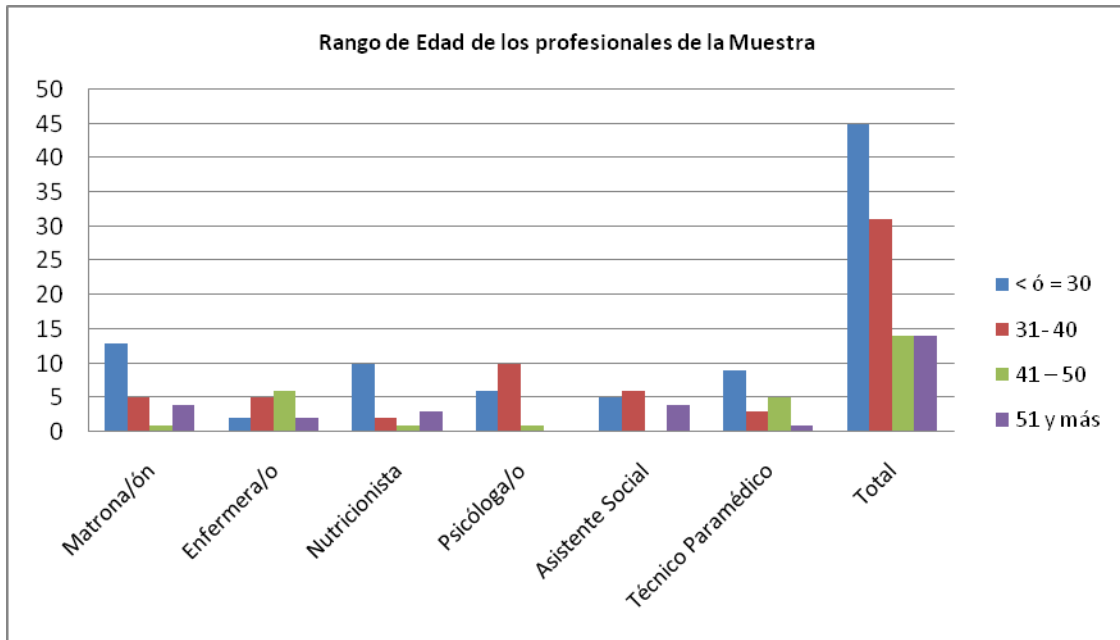


En un 89% de la muestra, en relación a la existencia del Programa Chile Crece Contigo, respondió que este se encuentra funcionando dentro de los Consultorios, pero no se infiere en qué condiciones se desarrolla, considerando temas como: “Infraestructura y Materiales”, “Capacitación”, “Dotación de Profesionales” y “Tiempo para Desarrollarlo”, que se detallan en la parte 9 de nuestro análisis.

Análisis de las Características de la Muestra

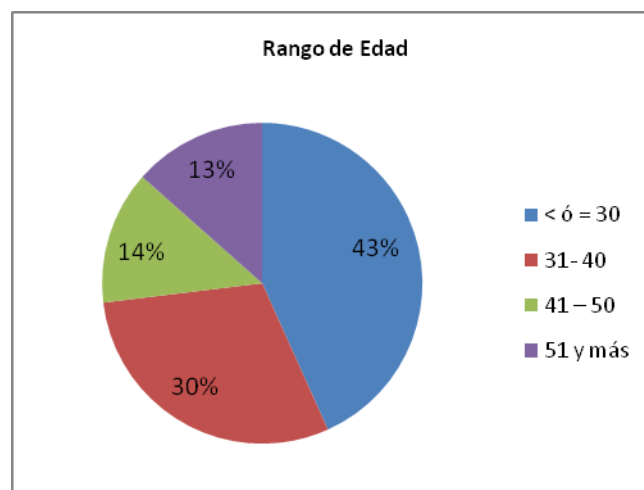
4.2 DATOS DE PROFESIONALES DE LA MUESTRA.

GRÁFICO N° 4.2.1



Según la Teoría de desarrollo Psicosocial que postuló Eric Erikson, pionero del Ciclo Vital, expuso que este consta de 8 etapas, destacando en él la Etapa de Adultez Temprana que va desde los 20 a los 40 años, Adultez Intermedia que va desde los 40 a 65 años de edad. Al relacionar esta teoría con lo observado en el gráfico, se desprende la siguiente información: encontramos que en Matronas/es, Nutricionistas y Técnicos Paramédicos el rango de edad que posee con mayor frecuencia es el de “< o igual a 30”, que es de un Adulto temprano. No así en los Asistentes Sociales, ya que el rango de edad con mayor reiteración es el de “31-40” años, y le sigue a éste las edades de “51 y más” años. Entre los “41-50” años de edad se representan ampliamente en las Enfermeras/os. Las Psicólogas/os se encuentran con mayor frecuencia en el rango de “31-40” años de edad.

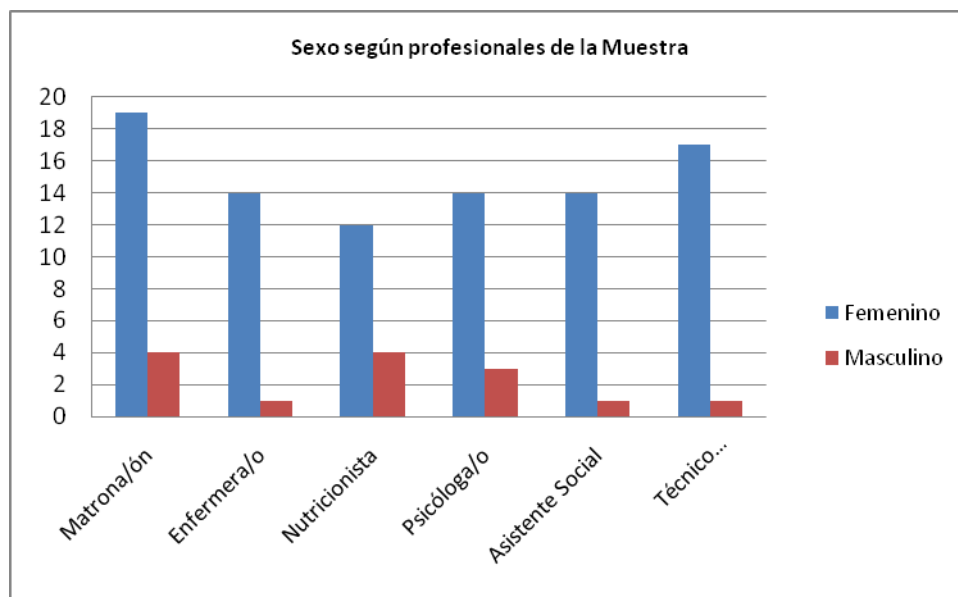
GRÁFICO N° 4.2.2



Análisis de las Características de la Muestra

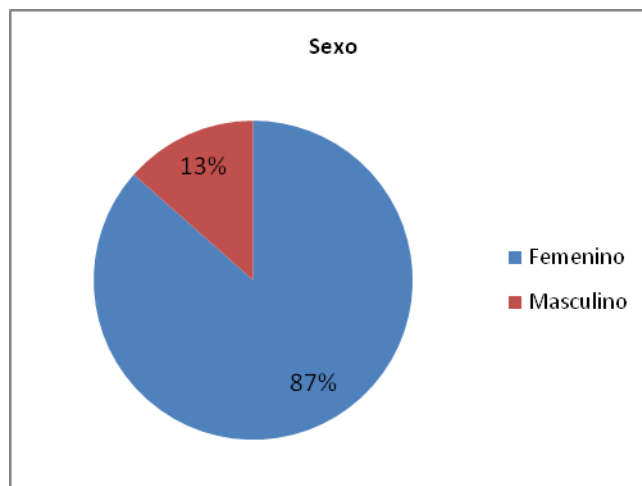
El 43% del total de los profesionales se ubica en el rango de edad “< o igual a 30”, en segundo lugar se sitúa el rango de “31 a 40” años. Se puede destacar que actualmente en los Consultorios de la muestra la etapa del ciclo vital predominante entre los profesionales es la Adultez Temprana, esto nos indica que existe un recambio de generación en el contexto laboral.

GRÁFICO N°4.2.3



El género predominante en todas las profesiones de la muestra es el “Femenino” ampliamente, distante del “Masculino”. Las profesiones que poseen mayor frecuencia del género “Masculino” son las de Matrona/ón, Nutricionista y Psicólogo/a.

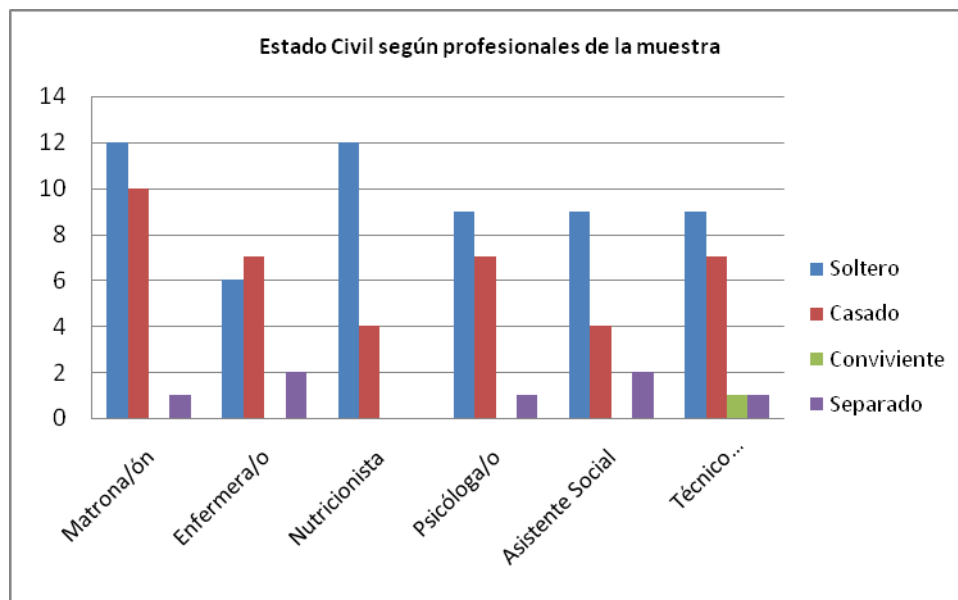
GRÁFICO N°4.2.4



El 87% de los Profesionales de la muestra son mujeres y sólo un 13% son hombres.

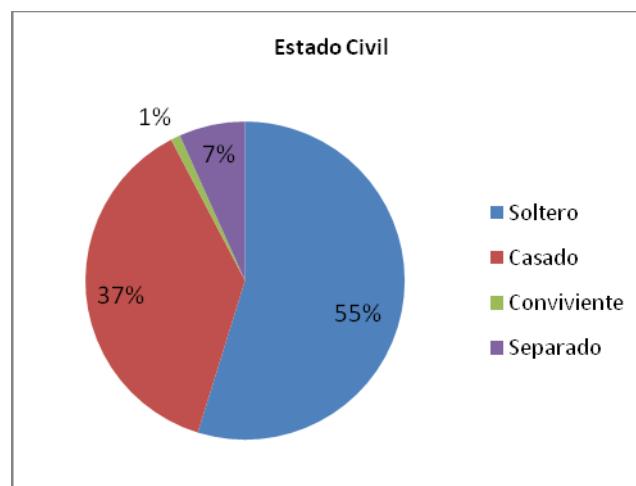
Análisis de las Características de la Muestra

GRÁFICO N°4.2.5



El estado civil "Soltero" es el que posee mayor frecuencia en todas las profesiones, exceptuando en la Enfermera/o, en donde predomina el "Casado". El estado civil "Separado" es minoría y no existe dentro de los Nutricionistas. Sólo dentro de los Técnicos Paramédicos se da el hecho de ser "Conviviente".

GRÁFICO N°4.2.6

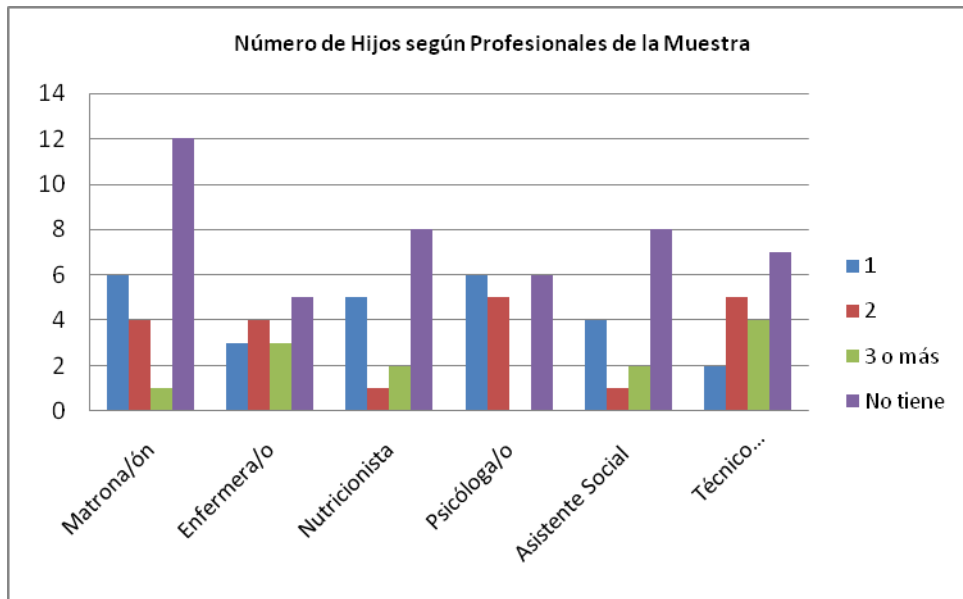


*Gráfico referente al Total de la Muestra

Un 55% de los profesionales es "Soltero" y un 37% se encuentra "Casado". Esto es congruente, ya que el ciclo vital en el que se encuentra gran parte de los profesionales de la muestra es la Adultez Temprana, por ende muchos aún mantienen la soltería y otros están casados.

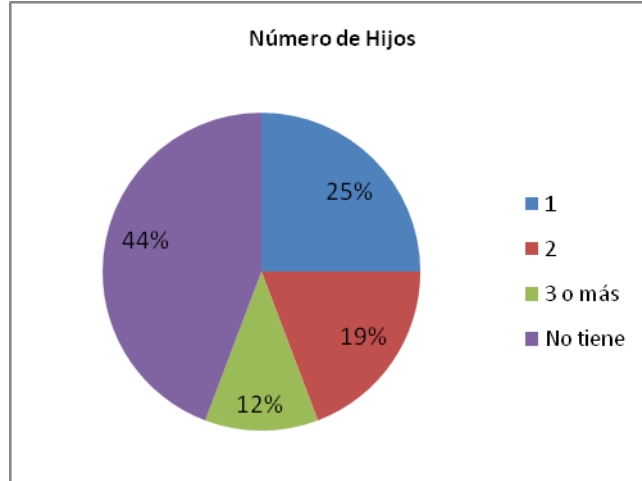
Análisis de las Características de la Muestra

GRÁFICO N°4.2.7



Se observa mediante el gráfico que la categoría con mayor frecuencia en todas las profesiones es “No tiene hijos”, exceptuando la Psicóloga/o, la cual posee en igual proporción la categoría de “1 hijo”. Los Técnicos Paramédicos son los que tienen la mayor frecuencia de la categoría “3 o más hijos”.

GRÁFICO N°4.2.8

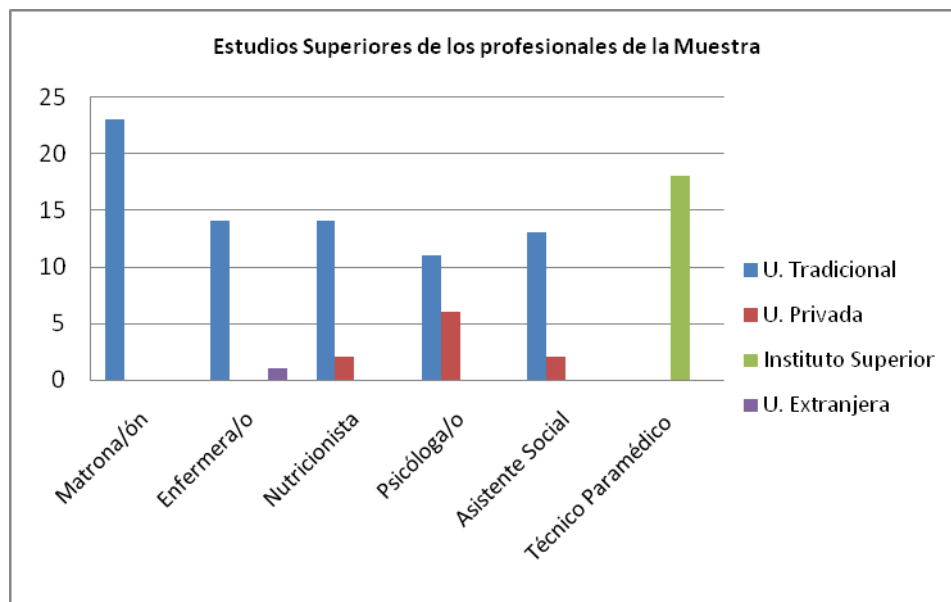


*Gráfico referente al Total de la Muestra

Del total de la muestra el 44% de los profesionales “No Tiene” hijos, un 25% posee sólo “1” hijo, el 19% tiene “2” y sólo un 12% tiene “3 o más” hijos. Esto concuerda con la etapa de vida en la que se encuentra la mayoría de los profesionales y el estado civil predominante.

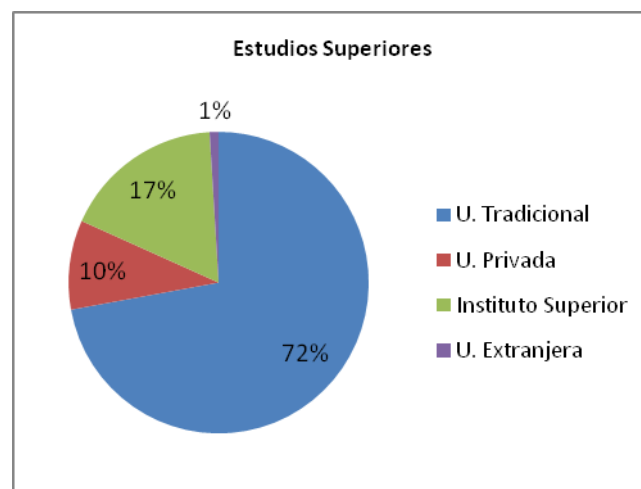
Análisis de las Características de la Muestra

GRÁFICO N°4.2.9



Todos las Matronas/es estudiaron en “Universidades Tradicionales”, como también la Enfermera/o, exceptuando un caso que estudió en “Universidad Extranjera”. Dentro de los Nutricionistas, Psicólogos/os y Asistentes Sociales hay quiénes estudiaron en “Universidades Privadas”, siendo las Psicólogas/os los que presentan el mayor número de egresados provenientes de éstas Universidades. Los Técnicos Paramédicos en su totalidad egresaron de algún “Instituto de Educación Superior”.

GRÁFICO N°4.2.10

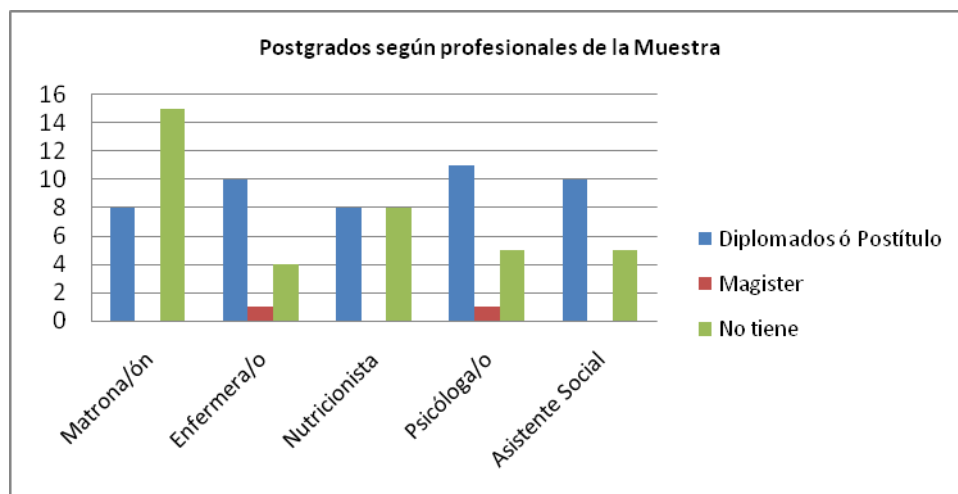


*Gráfico referente al Total de la Muestra

Del total de la muestra el 72% de los entrevistados egresó de “Universidades Tradicionales”, contrarrestando de manera significativa el 10% de aquellos que egresaron de “Universidades Privadas”. El 17% corresponde al total de Técnicos Paramédicos.

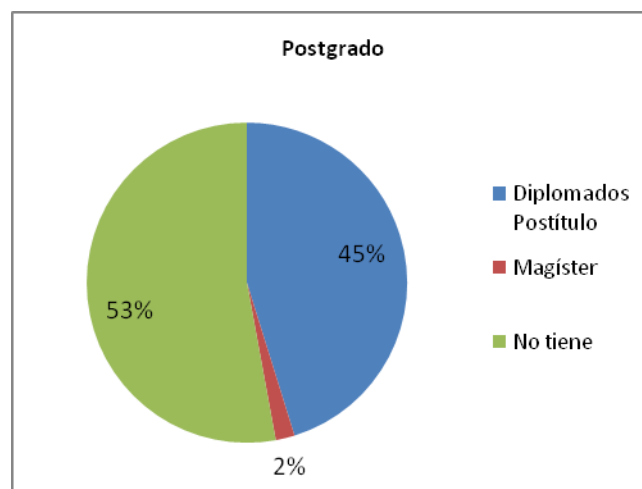
Análisis de las Características de la Muestra

GRÁFICO N° 4.2.11



Cabe destacar que la profesión que posee mayor cantidad de “Diplomados” es la del Psicóloga/o y Asistente Social en igual proporción que Enfermera/o, y finalmente en menor frecuencia Matrona/ón y Nutricionista. Las dos profesiones que poseen “Magíster” dentro de su currículum académico son Enfermera/o y Psicóloga/o. Aquellos profesionales que “No Tiene Postítulo”, en primer lugar, encontramos a Matrona/ón, le sigue a ésta Nutricionista, en igual proporción Asistente Social con Psicóloga/o y en último lugar con menor frecuencia se ubica la Enfermera/o.

GRÁFICO N° 4.2.12

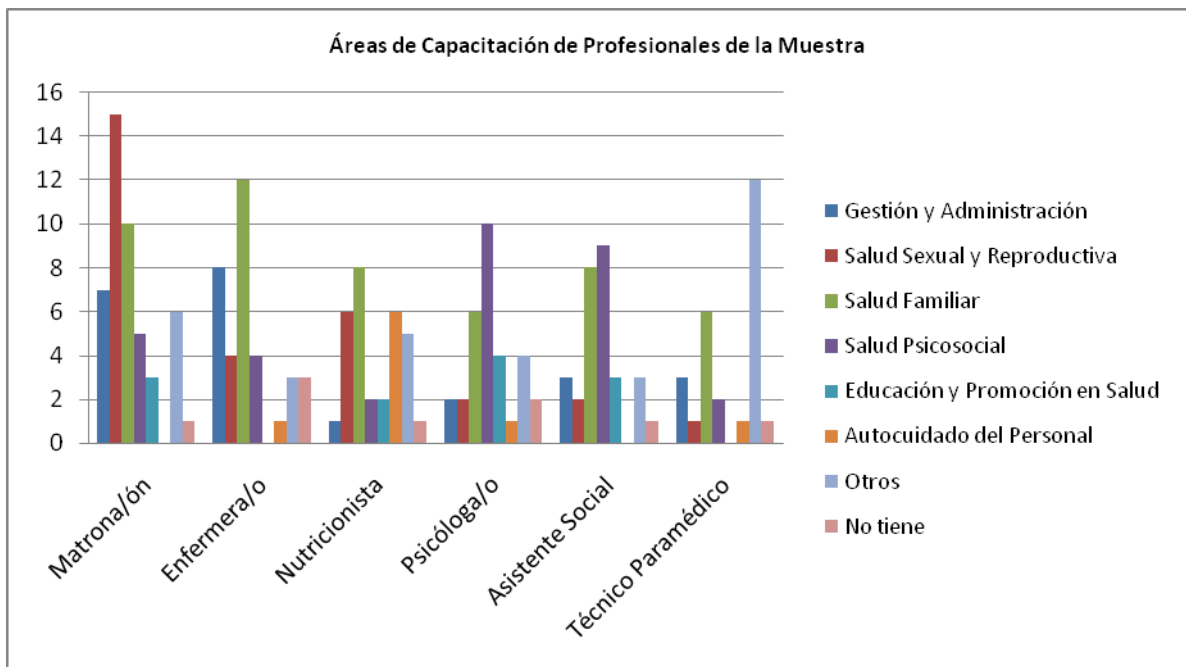


*Gráfico referente a la Muestra exceptuando a Técnicos Paramédicos.

El 55% de los Profesionales de la muestra, con excepción de los Técnicos Paramédicos, poseen algún tipo de “Diplomado” y el 43% de éstos “No tiene” ningún estudio de postgrado; se contrapone con los que estudiaron algún “Magíster” que sólo pertenece al 2% de la muestra. Quienes tienen “Postítulo”, representan más de la mitad de la muestra de profesionales, sin embargo, cabe destacar el alto porcentaje de los que “No Tiene” estudios de Postgrado, lo cual deja la inquietud de plantear no sólo el por qué, sino más bien, la razón de los profesionales jóvenes, de no estar interesados en realizar los estudios que los perfeccionan y especializan.

Análisis de las Características de la Muestra

GRÁFICO N° 4.2.13

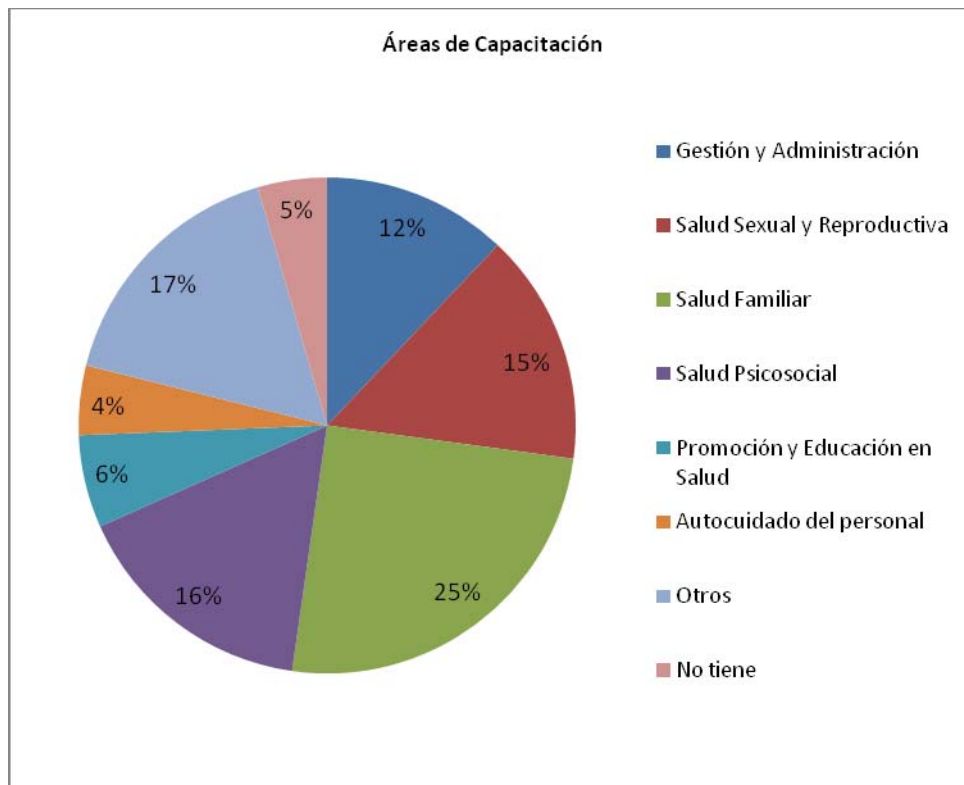


Las capacitaciones se categorizaron en las áreas que muestra el gráfico, las cuales se encuentran especificadas en el Libro de Códigos (Ver Anexo N°10).

Mediante este gráfico se puede observar que los profesionales se caracterizan por capacitarse en aquellas áreas que más se relacionan con su profesión siendo la Matrona/ón la que posee mayor capacitación en “Salud Sexual y Reproductiva”, le sigue a ésta el área de “Salud Familiar”. La Enfermera/o, tiene una mayor adherencia al área de “Salud Familiar” y le siguiéndolo la categoría de “Gestión y Administración”, lo que podría explicar la mayor frecuencia en cargos de Dirección de la Muestra que poseen las Enfermeras/os. Dentro de las Psicólogas/os y Asistentes Sociales muestran mayor capacitación en el Área de “Salud Psicosocial”. Los Nutricionistas por su parte poseen alta adherencia en “Salud Familiar” y “Autocuidado del Personal”, que podría reflejar las temáticas de hábitos saludables que practica su profesión. Los Técnicos Paramédicos poseen alta capacitación en temas diversos que no se pueden agrupar a un área específica, sin embargo poseen cursos en “Salud Familiar”, al igual que el resto de los profesionales; esto, en general, se produce por el cambio al nuevo modelo de Salud Familiar.

Análisis de las Características de la Muestra

GRÁFICO N° 4.2.14

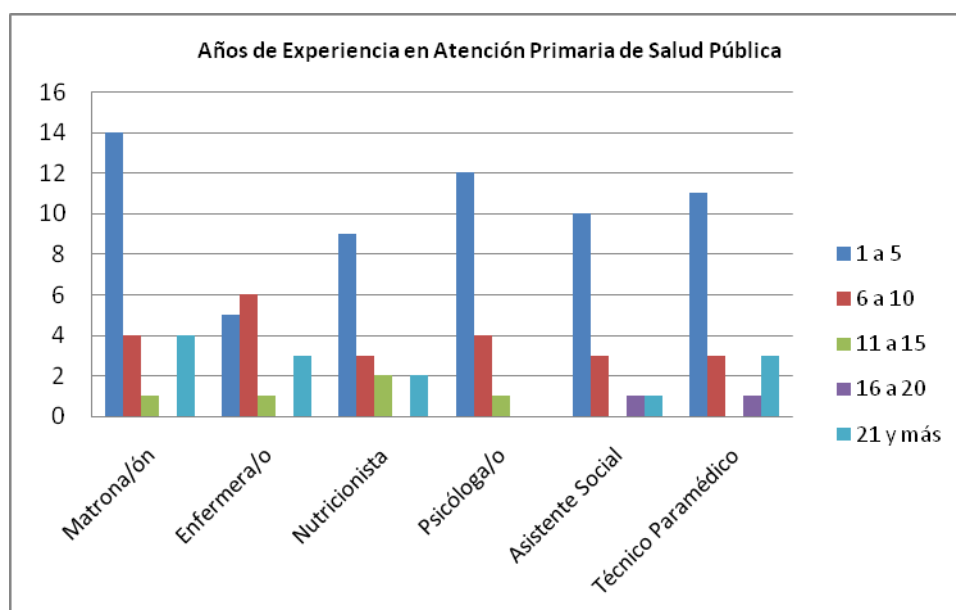


*Gráfico referente al Total de Capacitaciones

Referente a todas las categorías de las áreas de capacitación; el 24% del total posee actualización en “Salud Familiar” y le sigue con 17% capacitación en “Otros” y casi en igual proporción “Salud Sexual y Reproductiva” y “Salud Psicosocial” con 15 y 16% respectivamente. Cabe destacar la capacitación en “Gestión y Administración” con 12%, área que difiere de la actividad asistencial de cada profesional.

Solo el 5% “No Tiene” capacitación en ninguna categoría, lo que podría significar que están siendo actualizados continuamente mediante la gestión de la dirección de los respectivos establecimientos.

GRÁFICO N° 4.2.15

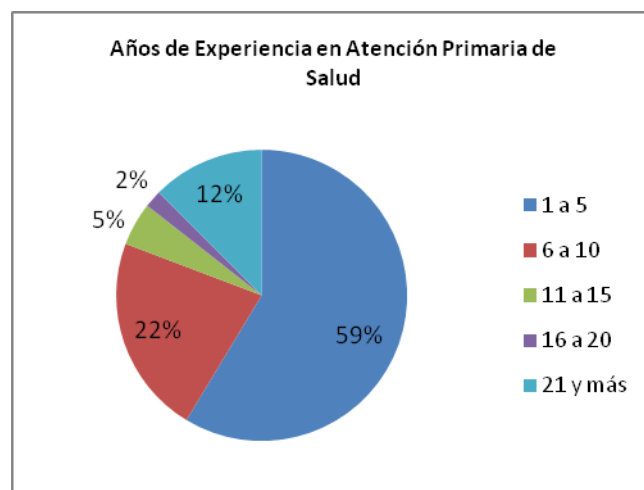


Análisis de las Características de la Muestra

La mayoría de los profesionales como se muestra en el gráfico, se ubican en el rango de “1- 5” años de experiencia en Atención Primaria de Salud (APS), lo que podría significar el nuevo recambio de profesionales en este sistema, y la concordancia del predominio de la Adulthood Temprana, sin embargo la Enfermera/o se encuentra en el rango de “6- 10” años de experiencia en APS. Se observa una gran diferencia en la proporción entre ambos rangos anteriormente mencionados.

Quienes poseen mayor experiencia en APS en el rango de “21 y más” años, son los profesionales Matronas/es, les siguen los Técnicos Paramédicos con Enfermeras/os en igual proporción y en más baja frecuencia los Nutricionistas y Asistentes Sociales.

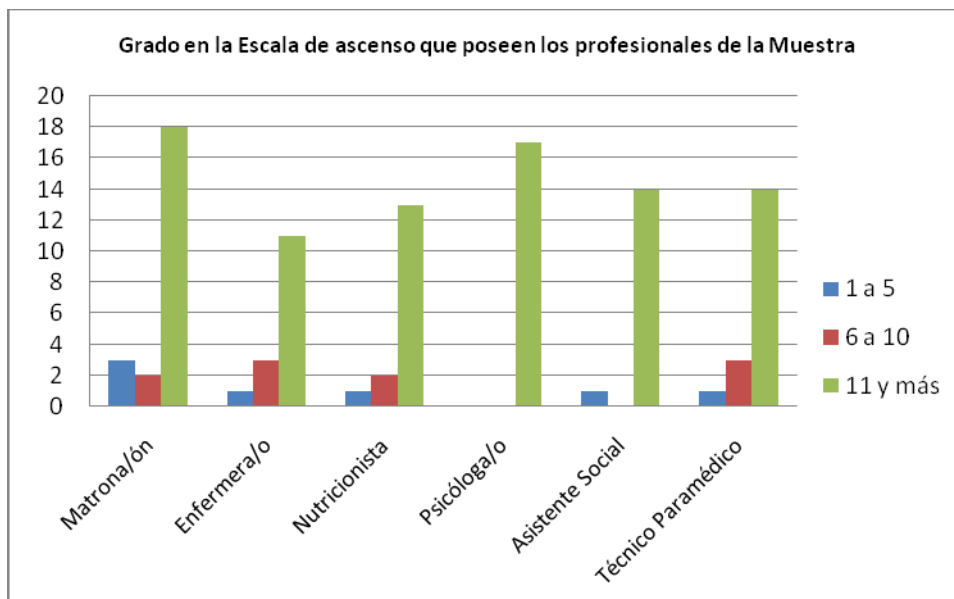
GRÁFICO N° 4.2.16



*Gráfico referente al Total de la Muestra

Del total de los profesionales se observa el 59% de funcionarios con experiencia de “1- 5” años, encontrándose visiblemente la diferencia con los demás rangos de los años de experiencia en Atención Primaria de Salud. Esto indica la existencia de un amplio personal con baja experiencia en este Sistema de Salud.

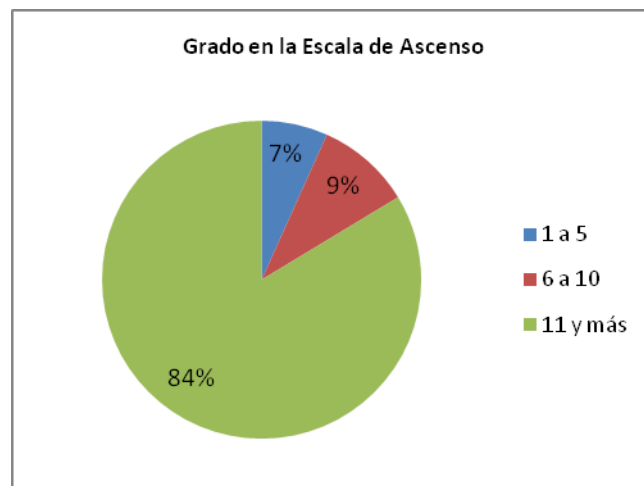
GRÁFICO N° 4.2.17



Análisis de las Características de la Muestra

La mayoría de los encuestados se ubican en el rango de grado en la escala de ascenso de “11 y más”, lo cual indica la baja experiencia en APS de acuerdo a los años de ejercicio de su profesión en este Sistema (detallado en el gráfico anterior); junto a esto, se le suma el nuevo recambio de generación que se produce en los Consultorios y el predominio de la Adultez Temprana. Cabe señalar que Matrona/ón posee una mayor frecuencia en la categoría de “1 a 5 “en la escala de ascenso, no así en los demás profesionales de la muestra.

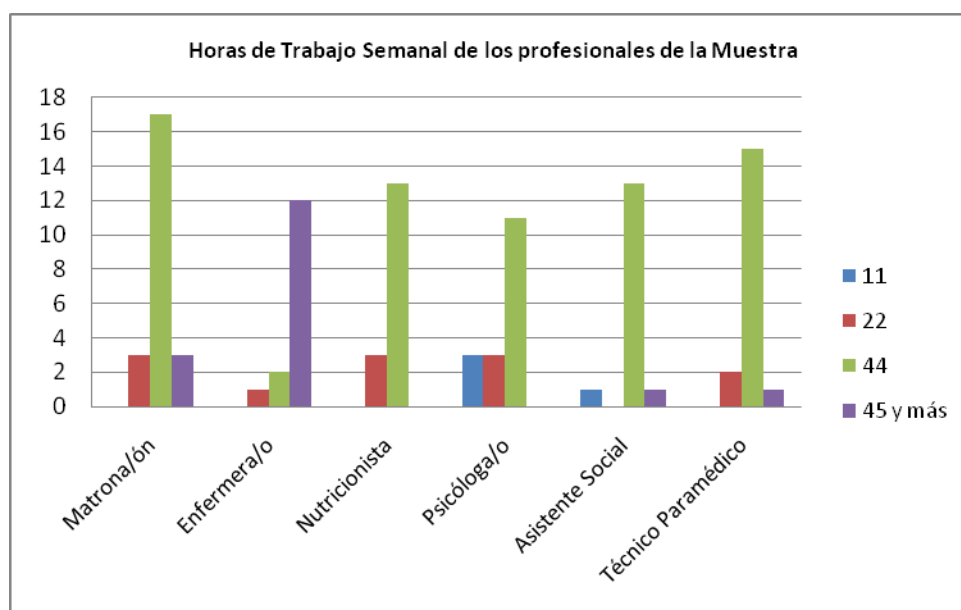
GRÁFICO N° 4.2.18



*Gráfico referente al Total de la Muestra

El 84% del total de la muestra posee un “11 y más” en la escala de ascenso, lo que concuerda con el gráfico de la experiencia en APS y la edad que tienen los profesionales de la muestra. En un 9% encontramos grados que van de “6 a 10” y por último en un mínimo porcentaje se sitúan las escalas de “1 a 5” grados con tan sólo un 7% del total de la muestra.

GRÁFICO N° 4.2.19

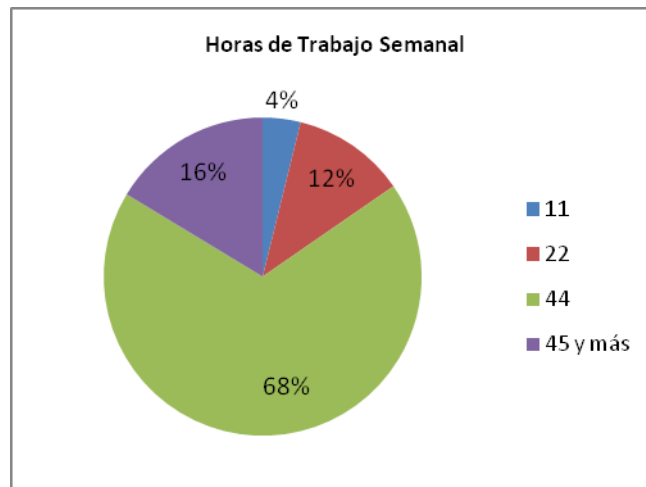


Se observa que la mayoría de los profesionales de la muestra trabajan las “44” hrs. correspondientes a una jornada completa laboral en los Consultorios a los cuales

Análisis de las Características de la Muestra

pertenecen, sin embargo, la Enfermera/o realiza horas extras de “45 y más”, le sigue a ésta la Matrona/ón y en igual proporción Asistente Social y Técnico Paramédico

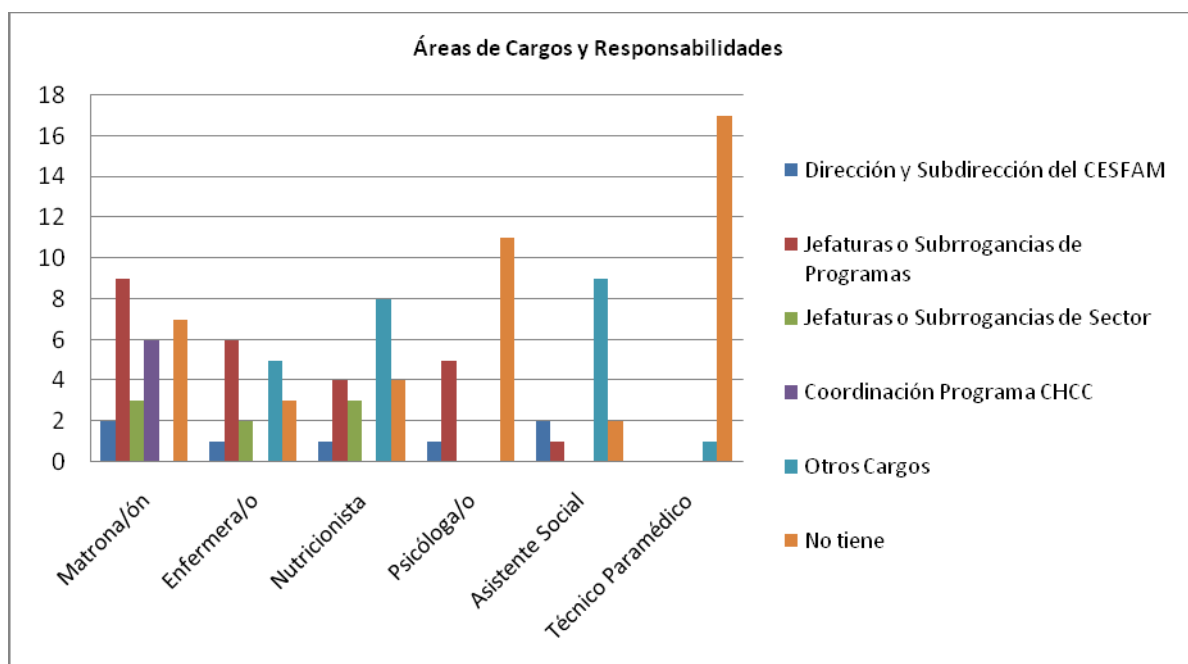
GRÁFICO N° 4.2.20



*Gráfico referente al Total de la Muestra

El 84% de los profesionales de la muestra trabaja en jornada laboral completa de “44 horas”, el 16% de los profesionales realiza horas extras de “45 y más”, llámese así extensión horaria de los días de semana o los días sábados. Sólo el 12% trabaja a media jornada de “22 horas” y el 4% trabaja “11 horas”.

GRÁFICO N° 4.2.21

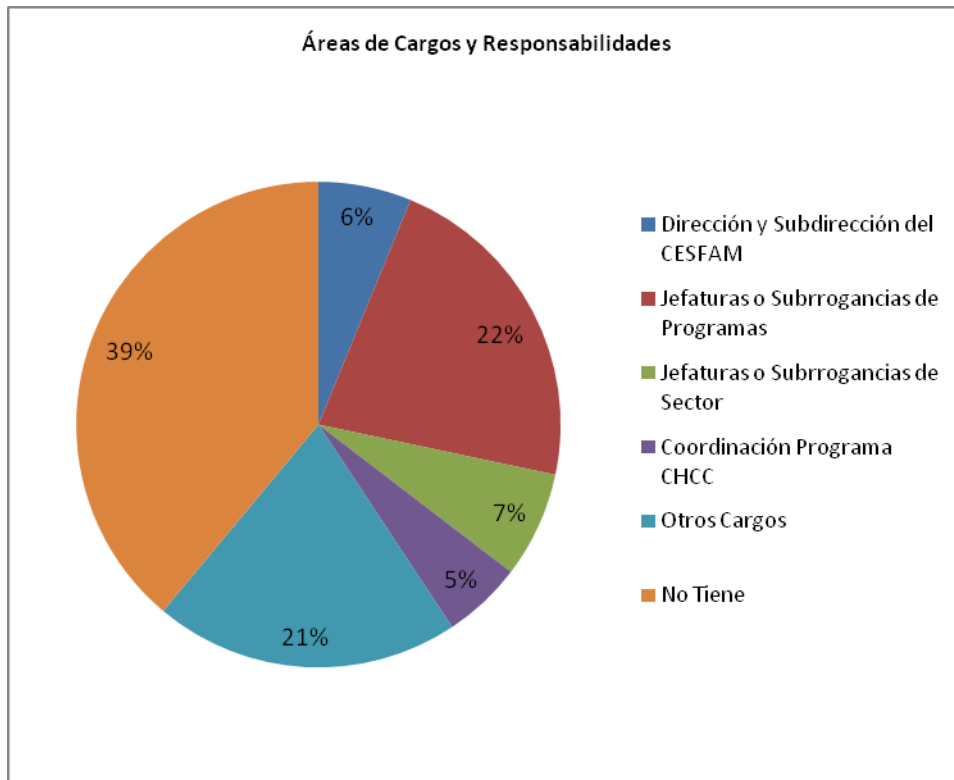


Se describe a raíz de este gráfico que hay una mayor proporción de Asistentes Sociales y Matrona/ón ocupando cargos de “Dirección y Subdirección del CESFAM”; Matronas/es ejerciendo cargos de “Jefaturas o Subrogancias de Programas” y en menor proporción Enfermeras/os ocupando los mismos cargos. En “Jefaturas y Subrogancias del Sector” se encuentran los Nutricionistas y en segundo lugar Enfermeras/os. La “Coordinación del Programa Chile Crece Contigo” está a cargo completamente de la Matrona/ón. En la categoría “Otros Cargos”, que se describen en

Análisis de las Características de la Muestra

el Libro de Códigos, se sitúa en mayor proporción los Asistentes Sociales y los Nutricionistas. Quienes no poseen cargos en gran mayoría se concentran en los Técnicos Paramédicos, Psicólogos/os y luego Matronas/es.

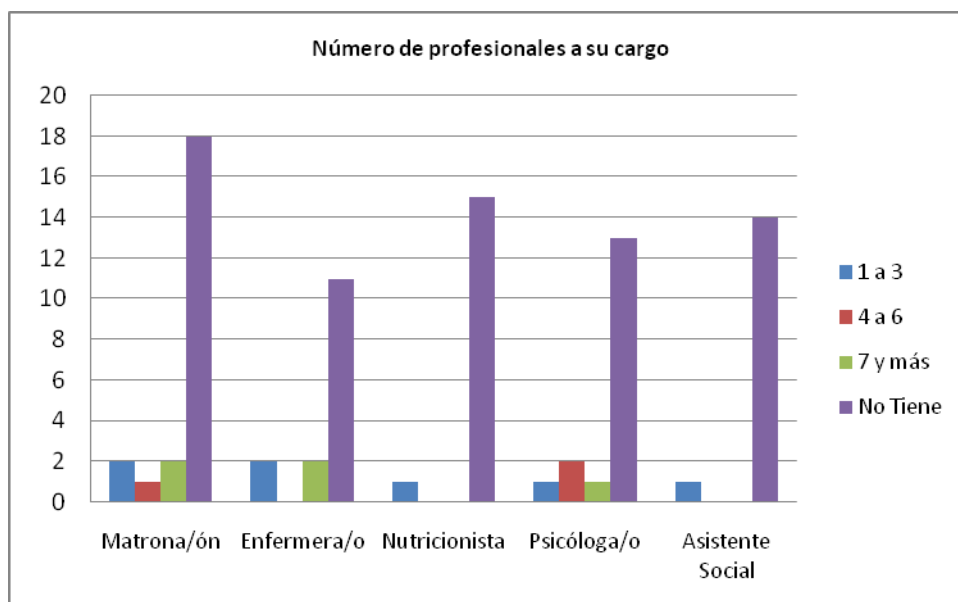
GRÁFICO Nº 4.2.22



*Gráfico referente al Total de la Muestra

Del total de la muestra el 39% no tiene cargos dentro del Consultorio, el 22% ocupa cargos de “Jefaturas y Subrogancias de Programas” y el 21% se sitúan en la categoría “Otros Cargos”, descripción señalada en el Libro de Códigos. La Coordinación de “Programa Chile Crece Contigo” la poseen un 5% de la muestra.

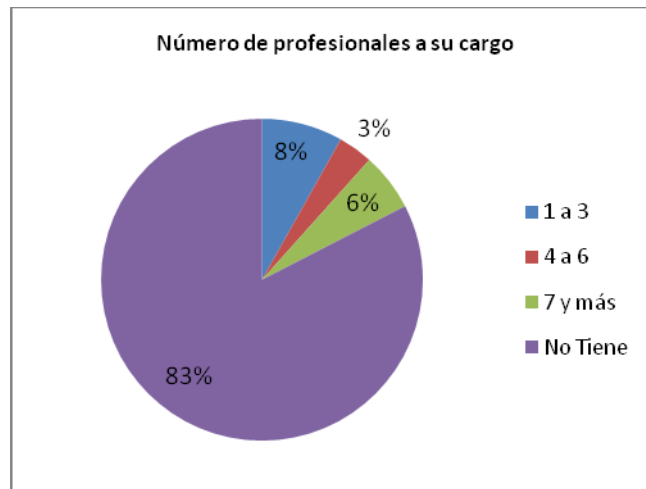
GRÁFICO Nº 4.2.23



Análisis de las Características de la Muestra

La mayoría de los encuestados “No Tiene” a su cargo profesionales, ya sea de su misma profesión o de otra, se observa que los que sí tienen a cargo profesionales en el rango de “1 a 3” se ubican todos los profesionales, en el rango de “4 a 6” Matrona/ón y Psicóloga/o, en el rango de “7 y más profesionales”, se ubican en primer lugar Matrona/ón y Enfermera/o, continuando en menor frecuencia Psicóloga/o.

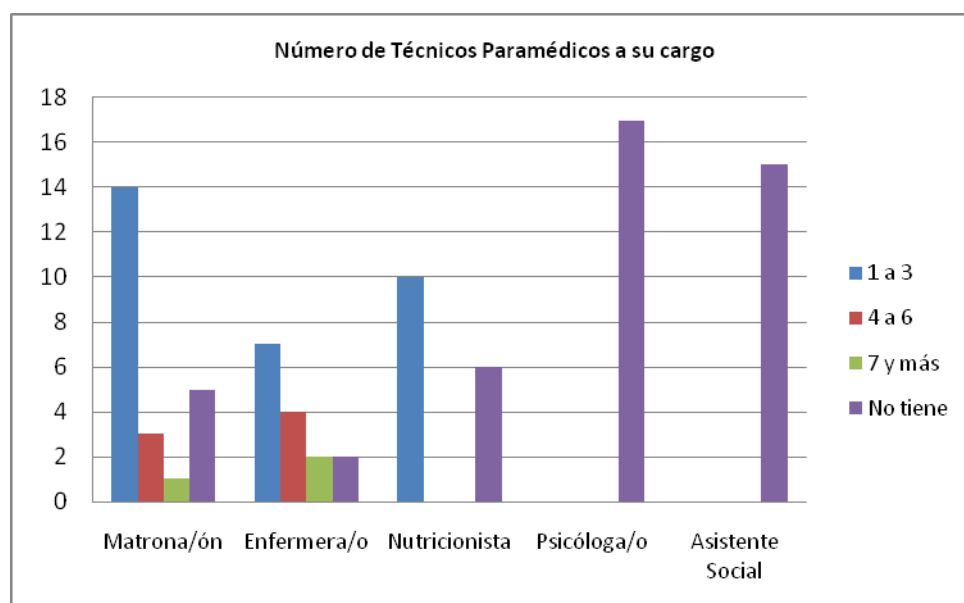
GRÁFICO Nº 4.2.24



*Gráfico referente al Total de la Muestra

El 83% de la muestra “No Tiene” profesionales a su cargo, el 8% tiene de “1 a 3” profesionales y en menor porcentaje se ubican el resto de los rangos.

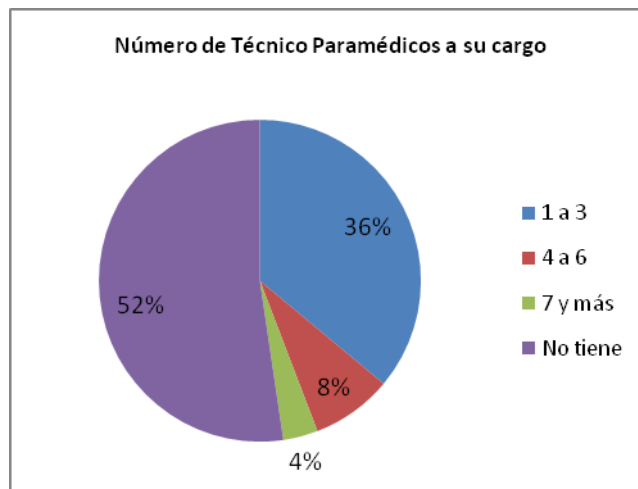
GRÁFICO Nº 4.2.25



Se observa en el gráfico anterior que los que poseen Técnicos Paramédicos a su cargo son Matrona/ón, Enfermera/o y Nutricionistas. Los Psicólogos y Asistentes Sociales no poseen Técnicos Paramédicos a su cargo, esto se explica porque su atención no necesita de preparación previa de sus pacientes. Se destaca que Matronas/es poseen mayor frecuencia del rango “1 a 3” Técnicos Paramédicos a su cargo y Enfermera/o se sitúan notoriamente en el rango “4 a 6” Técnicos Paramédicos a su cargo.

Análisis de las Características de la Muestra

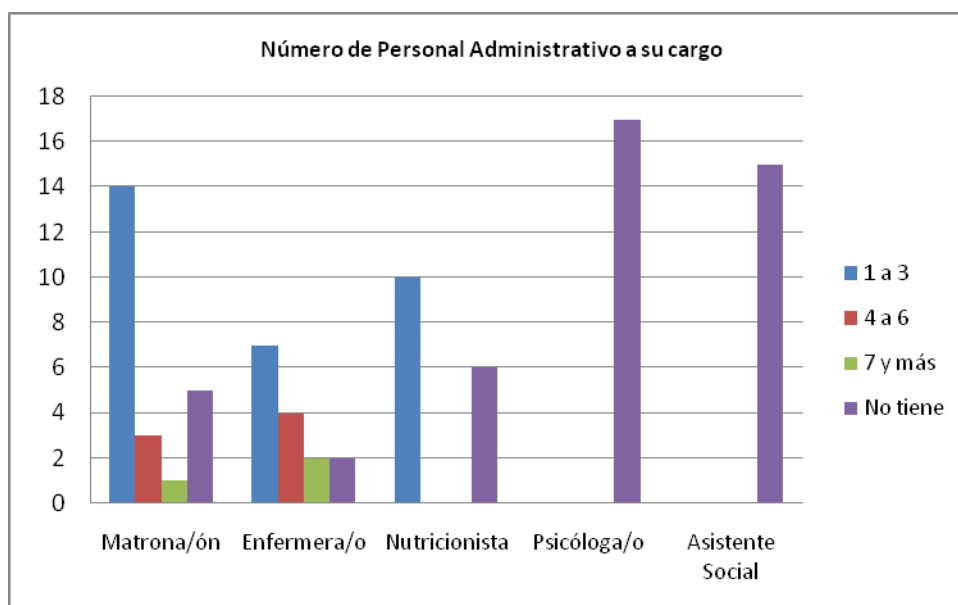
GRÁFICO Nº 4.2.26



*Gráfico referente al Total de la Muestra

De la muestra el 52% “No tiene” Técnicos Paramédicos a su cargo, dentro de este grupo se encuentran los Psicólogos y Asistentes Sociales, algunas Matronas/es, Enfermeras/os y Nutricionistas. El 36% de la muestra tiene de “1 a 3” Técnicos Paramédicos a su cargo.

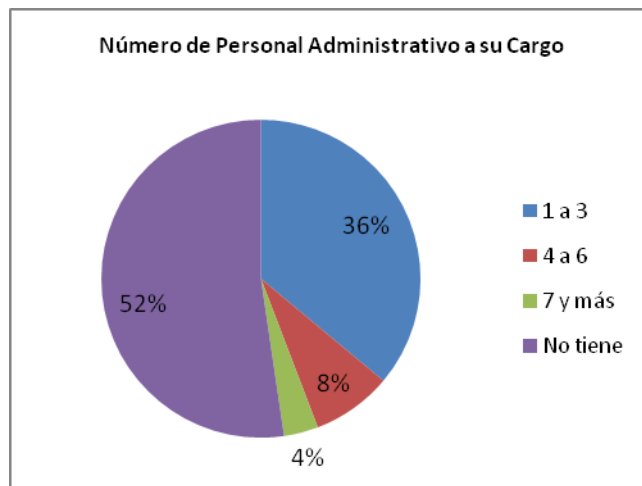
GRÁFICO Nº 4.2.27



Sólo profesionales Matrona/ón, Enfermera/o y Nutricionista tienen a su cargo personal administrativo, entre ellos se destaca Matrona/ón y Nutricionista en el rango de “1 a 3” administrativos a su cargo. En el rango de “4 a 6” y de “7 y más” se sitúan Enfermera/o y Matrona/ón.

Análisis de las Características de la Muestra

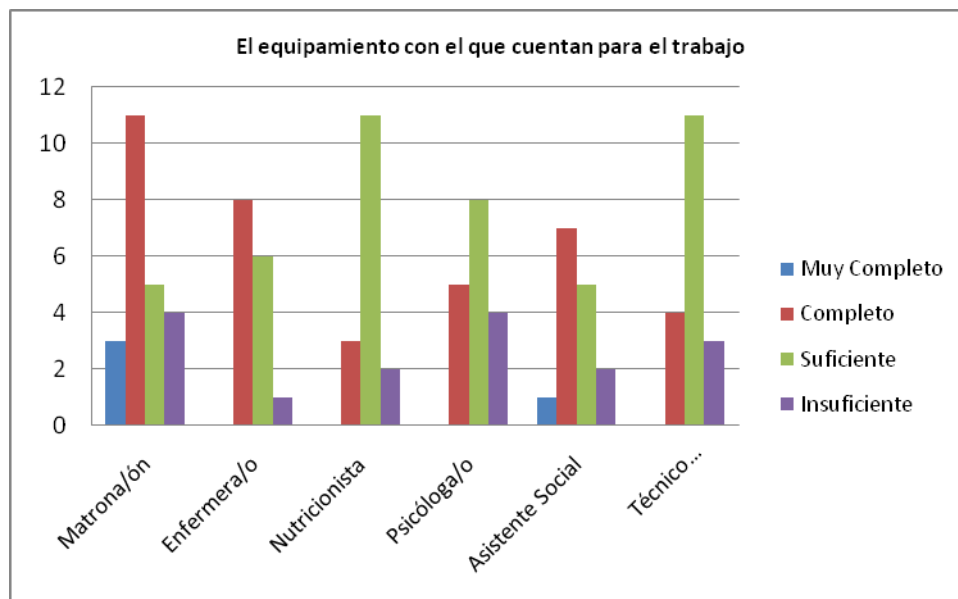
GRÁFICO Nº 4.2.28



*Gráfico referente al Total de la Muestra

Un 52% de los profesionales de la muestra “No Tiene” personal administrativo a su cargo, esto se explica por el total de Psicólogas/os y Asistentes Sociales que se encuentran dentro de este rango.

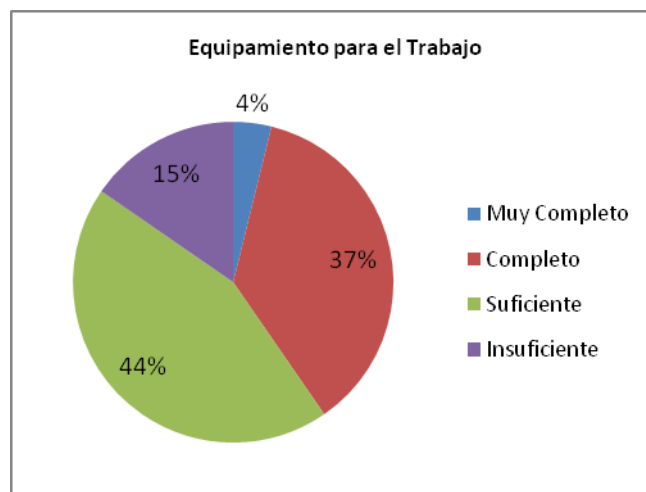
GRÁFICO Nº 4.2.29



De todos los profesionales sólo la Matrona/ón y Asistente Social respondieron que el equipamiento para el trabajo es “Muy Completo”. Entre Matrona/ón, Asistente Social y Enfermera/o se destaca con mayor frecuencia la respuesta “Completo”. La variable “Suficiente” tiene mayor frecuencia entre Nutricionistas y Técnicos Paramédicos. Nos parece relevante destacar que, si bien, un gran número de Matronas/es considera que el equipamiento que tiene para su trabajo es “Completo”, existe un gran número de ellos que lo considera “Insuficiente”. Las Psicólogas/os poseen mayor frecuencia de respuestas “Insuficientes” junto con la Matrona/ón.

Análisis de las Características de la Muestra

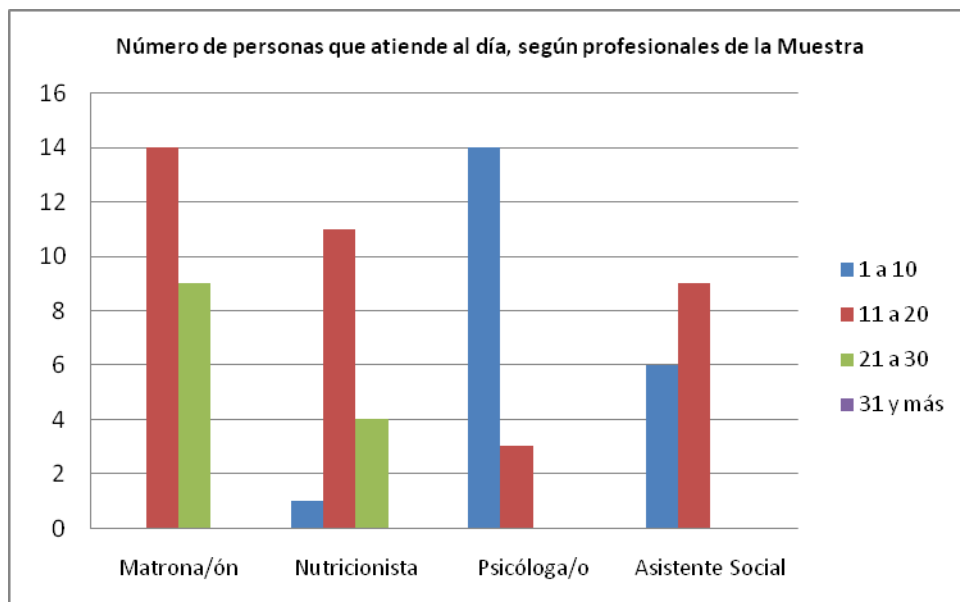
GRÁFICO Nº 4.2.30



*Gráfico referente al Total de la Muestra

El 44% de los profesionales de la muestra consideran que el equipamiento que cuenta para realizar su trabajo es “Suficiente”, un 37% de los profesionales considera que es “Completo”. Un 15% considera “Insuficiente” el equipamiento para su trabajo, lo cual representa una cierta disconformidad con lo necesario para cumplir con sus labores asistenciales.

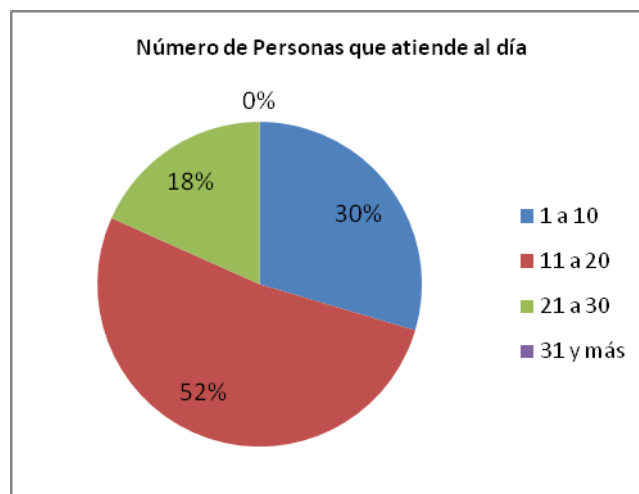
GRÁFICO Nº 4.2.31



Las Psicólogas/os son los que se ubican en mayor proporción en el rango de “1 a 10” pacientes atendidos al día. En el rango de “11 a 20” se ubican en mayor proporción la Matrona/ón, Nutricionista y Asistente Social. De “21 a 30” pacientes diarios se encontró que sólo Matrona/ón y Nutricionista se ubican en este rango. No se refleja en el gráfico atenciones diarias de “30 y más” usuarios.

Análisis de las Características de la Muestra

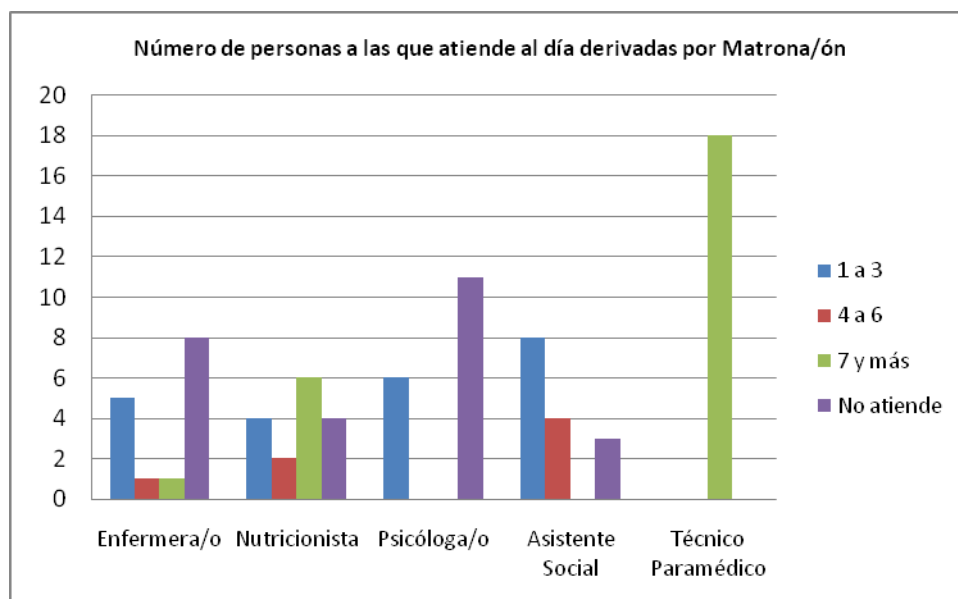
GRÁFICO Nº 4.2.32



*Gráfico referente al Total de la Muestra

El 52% de los profesionales, atiende diariamente entre “11 a 20” usuarios. El 30% de los mismos atiende de “1 a 10”. Cabe destacar que sólo un 18% de la muestra se sitúa en el rango de “21 a 30” personas al día, este porcentaje concuerda con el 16% de los profesionales que realizan horas extras en los Consultorios de la muestra, lo que explicaría el mayor número de atenciones que realizan diariamente.

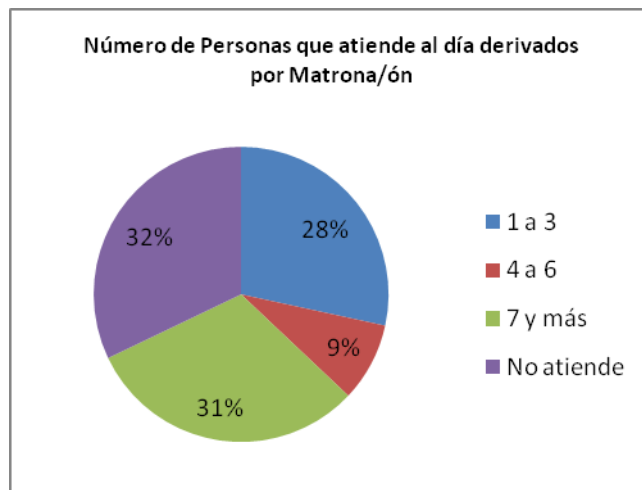
GRÁFICO Nº 4.2.33



El Técnico Paramédico es quien atiende en mayor proporción usuarios derivados por Matrona/ón, debido a su colaboración directa con dicho profesional. Toda usuaria/o que sea atendido por Matrona/ón es previamente preparado por el Técnico Paramédico. Quien recibe mayor número de derivaciones desde Matrona/ón son Nutricionistas, luego le sigue Asistente Social y Enfermera/o, en último lugar las derivaciones se dirigen a Psicólogo/a. Este resultado se puede explicar por el hecho de que en algunos Consultorios las derivaciones de Salud Mental se realizan mediante profesional Asistente Social y/o Médico.

Análisis de las Características de la Muestra

GRÁFICO N° 4.2.34



*Gráfico referente al Total de la Muestra

Cabe destacar que la diferencia entre el porcentaje de profesionales que atiende usuarios derivados por la Matrona/ón en el rango de “7 y más” y el porcentaje de profesionales que “No Atienden” estas derivaciones, es mínima. El 68% de los encuestados atienden en diferentes rangos, usuarios derivados por Matrona/ón.

Análisis de los Resultados

5.1 ÁREA NUTRICIÓN.

Véase Tablas en Anexo N°12.

En el ciclo vital de la mujer encontramos diversos momentos en los que ésta debe realizar modificaciones a sus hábitos alimenticios, de manera de adaptarse a los cambios nutricionales en cada una de las etapas, específicamente: Etapa Preconcepcional, Prenatal, Postnatal, Climaterio entre otras.

Se hace trascendental que la coordinación y el manejo sean efectivos a la hora de evaluar las necesidades del ciclo vital de la mujer, especialmente del ciclo reproductivo, donde Matrona/ón y Nutricionista cumplen un rol fundamental en educación y promoción de estilos de vida saludables. Esta área describe las percepciones de estos profesionales acerca de las fortalezas y debilidades en su interacción, así como también la visión que posee la/él Nutricionista acerca del rol nutricional de Matrona/ón.

GRÁFICO N°5.1.1

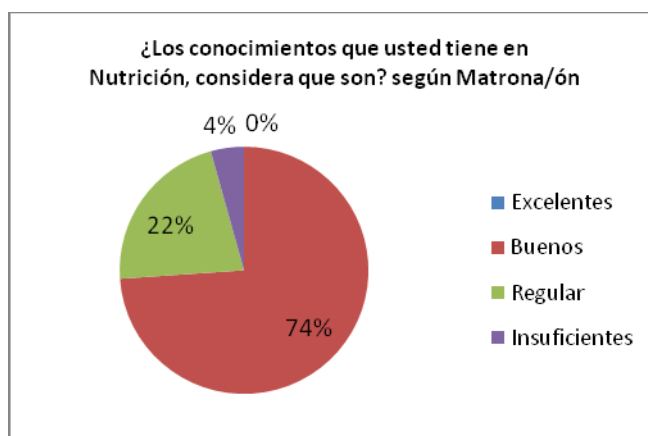
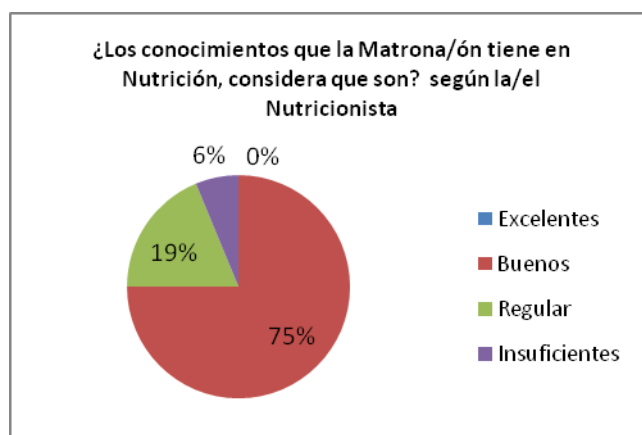


GRÁFICO N°5.1.2



Frente a la pregunta del gráfico, tanto Matrona/ón como Nutricionista coinciden con un estrecho margen, que los conocimientos que tiene la Matrona/ón respecto a nutrición son “Buenos”.

Sólo un 4% de Matrona/ón y un 6% de Nutricionista consideran que los conocimientos de la Matrona/ón son “Insuficientes” respecto al área de Nutrición.

Cabe destacar que ninguno de los profesionales consideró como “Excelentes” los conocimientos de Matrona/ón respecto de Nutrición.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.1.3

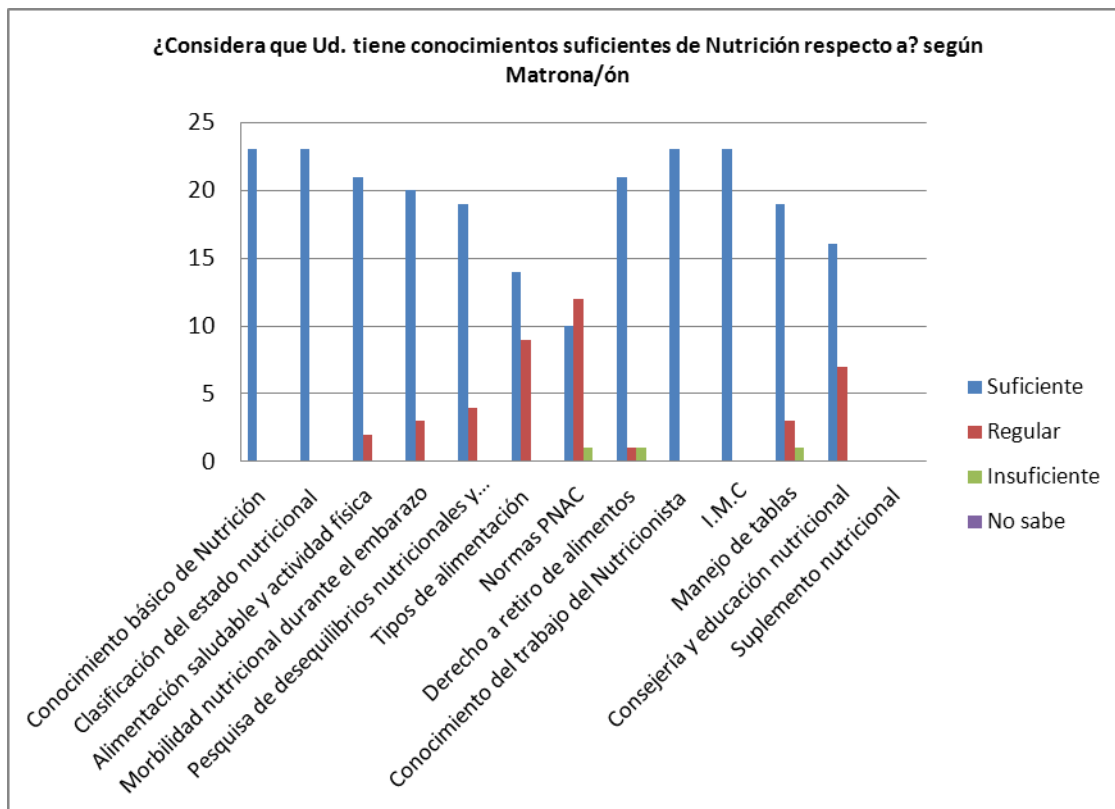
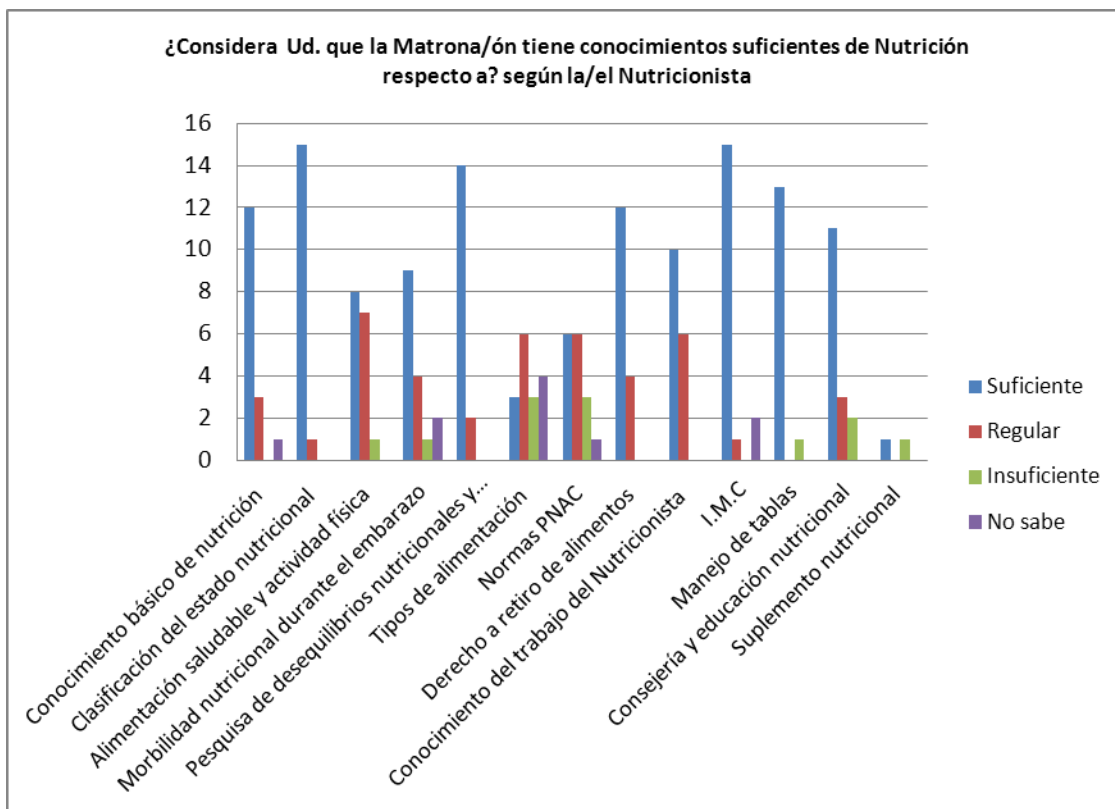


GRÁFICO N°5.1.4



En la mayoría de las categorías sobre los conocimientos que tiene la Matrona/ón fueron considerados “Suficientes” por parte de los mismos profesionales, a excepción de la categoría “Normas del Programa de Alimentación Complementaria”, donde estos conocimientos son considerados “Regulares”, como también y en menor proporción, la categoría sobre “Tipos de Alimentación”. Sólo en una mínima proporción los profesionales Matrona/ón encontraron “Insuficiente” los conocimientos sobre: “Normas

Análisis de los Resultados

del Programa de Alimentación Complementaria”, “Derecho a retiro de Alimentos” y “Manejo de Tablas Nutricionales”.

Coincidentemente los Nutricionistas consideraron los conocimientos en la mayoría de las categorías como “Suficientes” con excepción de: “Normas del Programa de Alimentación Complementaria” y “Tipos de Alimentación” que sólo fueron clasificados como “Regular”. Otra parte de los Nutricionistas consideraron como “Insuficiente”, los conocimientos sobre: “Tipos de Alimentación”, “Normas del PNAC” y “Consejería y Educación Nutricional”. Las consideraciones de cada profesional son similares tanto en los conocimientos “Suficientes”, como en los “Regulares” e “Insuficientes”. Hay un amplio conocimiento del rol nutricional que debiera tener la Matrona/ón para desarrollar su profesión.

GRÁFICO N°5.1.5

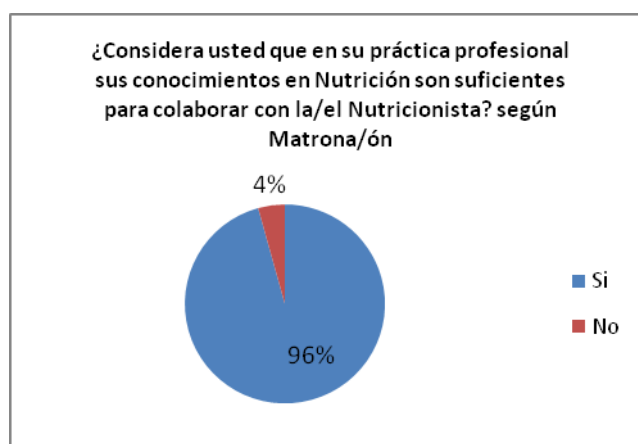
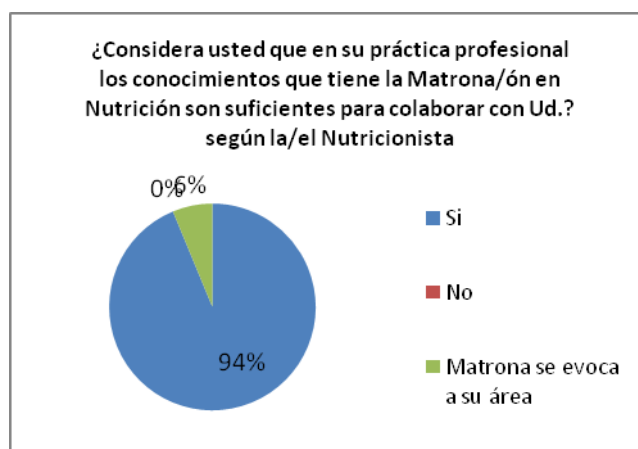


GRÁFICO N°5.1.6



Un 96% de los profesionales Matrona/ón consideran que los conocimientos que poseen son “Suficientes” para colaborar con la/el Nutricionista. Estos últimos responden con un 94% con la misma aseveración.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.1.7

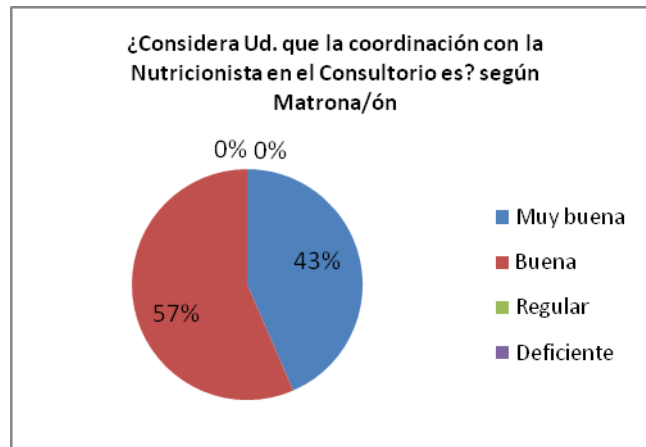
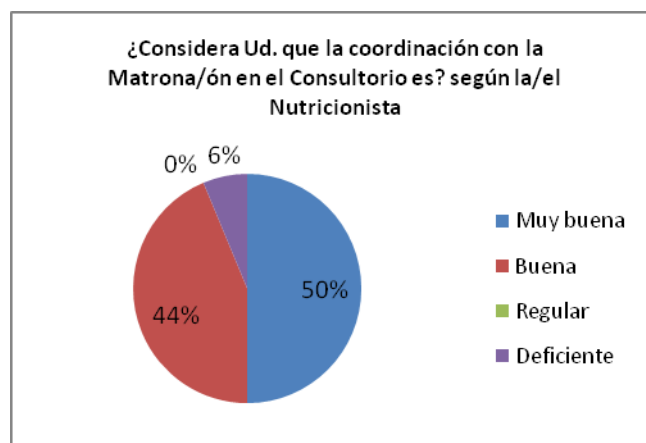


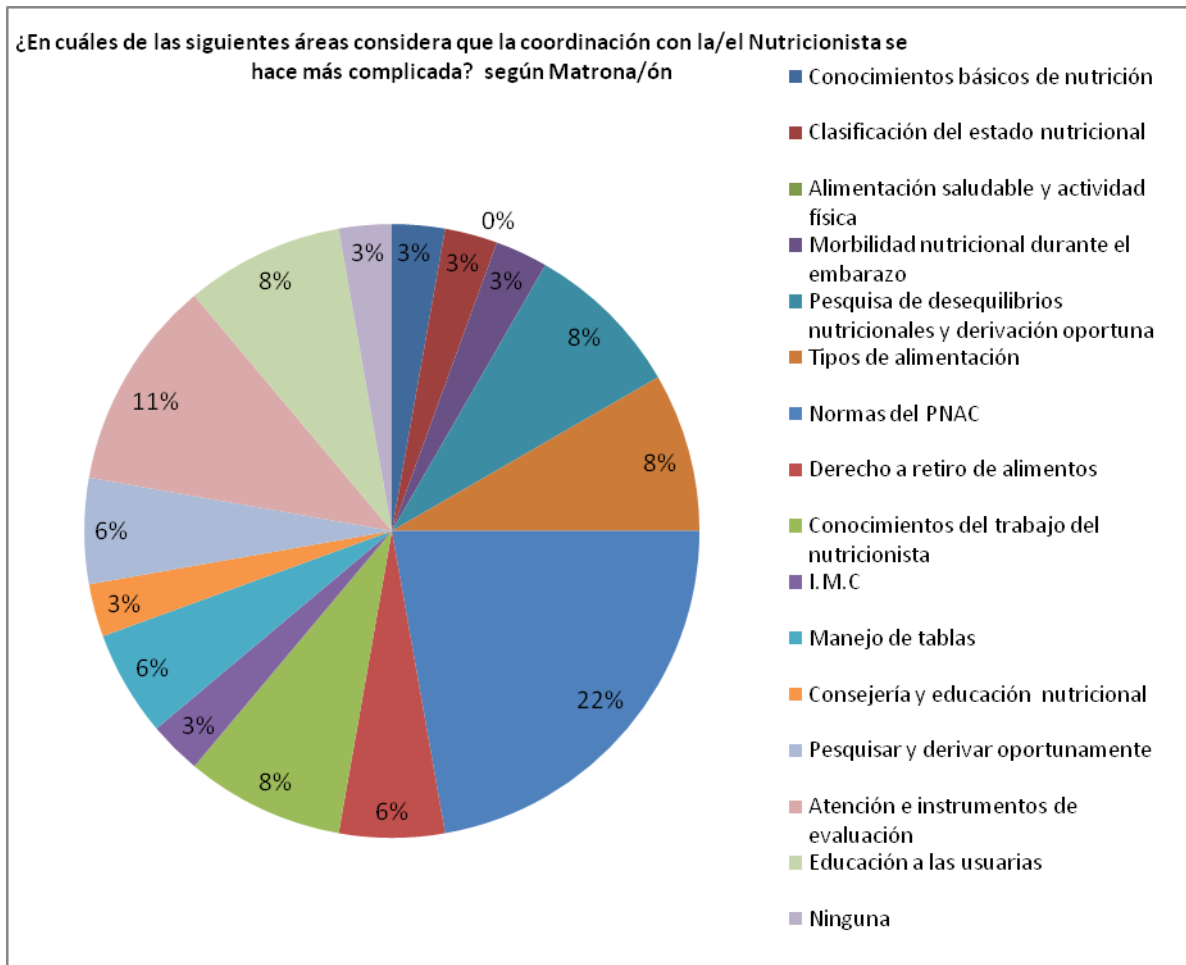
GRÁFICO N°5.1.8



Según Matrona/ón la coordinación con la/el Nutricionista es “Muy Buena” en un 43% y “Buena” en un 57%. Ninguno de ellos considera “Regular” ni “Deficiente” dicha coordinación. La apreciación de los Nutricionistas es muy similar a la de Matrona/ón, el 50% considera “Muy Buena” la coordinación con la Matrona/ón y un 44% la califica como “Buena”; se destaca que dentro de estos profesionales existe un 6% que cree que la coordinación es “Deficiente”.

Análisis de los Resultados

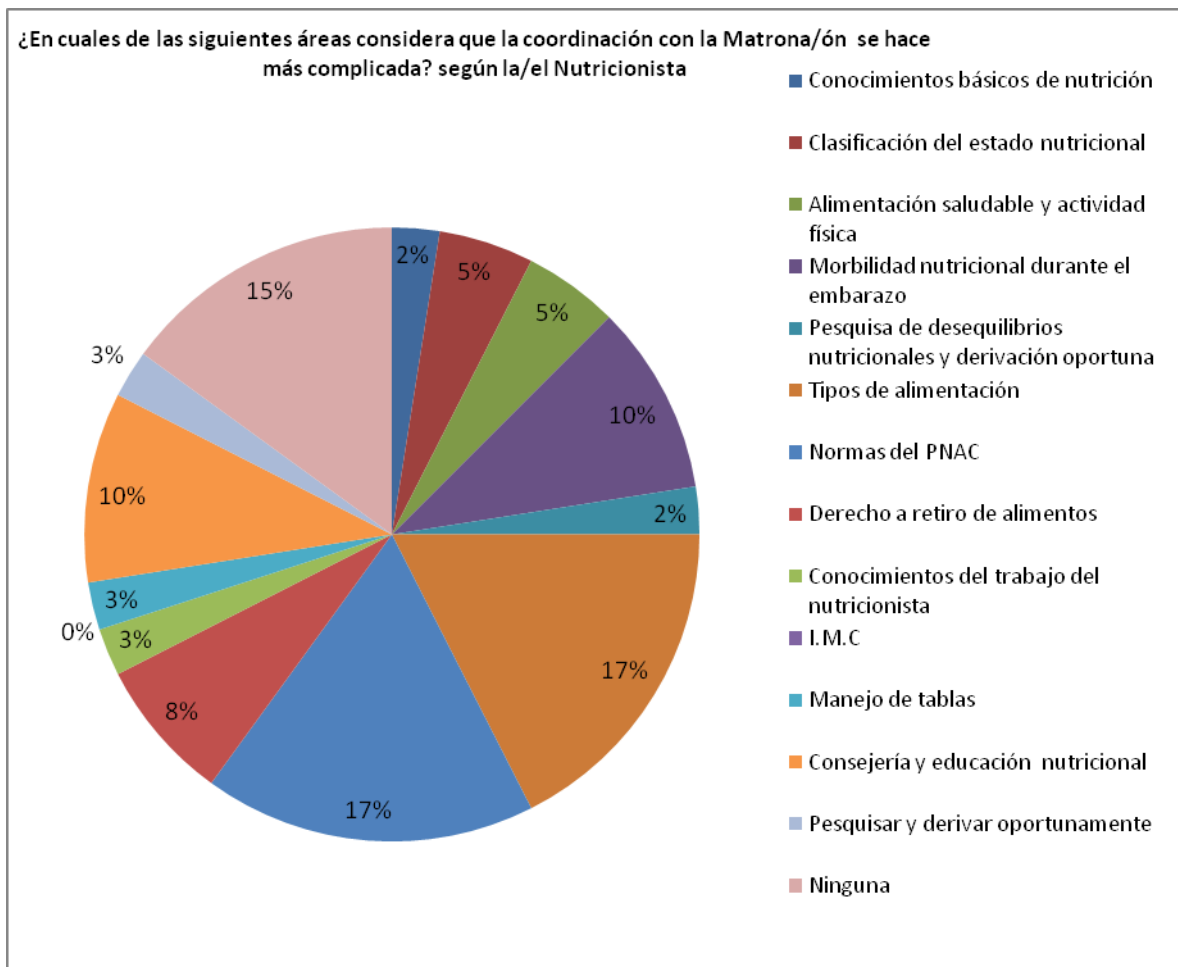
GRÁFICO N°5.1.9



Del gráfico se desprende que un 22% de las respuestas de Matrona/ón señalan que la coordinación con Nutricionista se hace más complicada en el área de “Normas del PNAC” y en un 11% en “Atención e Instrumentos de Evaluación”.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.1.10



Según Nutricionistas, las áreas que hacen más complicada la coordinación con Matrona/ón son: “Tipos de Alimentación” y “Normas del PNAC”, ambas con un 17%. Sin embargo, el 15% de las respuestas corresponden a la categoría “Ninguna”, es decir, que la coordinación no se hace complicada en estas áreas. Con un 10% se ubican las áreas del “Morbilidad Nutricional durante el Embarazo” y “Consejería y Educación Nutricional”.

Los Nutricionistas consideran que se hace más complicada la coordinación en más áreas que aquellas que indica Matrona/ón. Ambos profesionales destacan que la coordinación se complica en lo que respecta a “Normas del PNAC”, se infiere que esto puede ser producto de que algunos Nutricionistas consideran que los conocimientos de Matrona/ón en dicha área son “Regulares” e “Insuficientes”.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.1.11

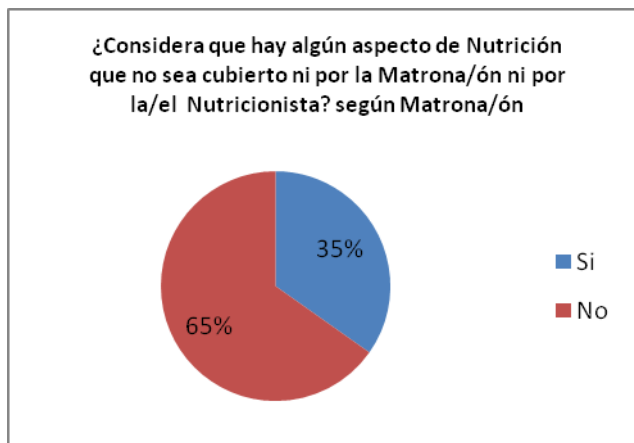
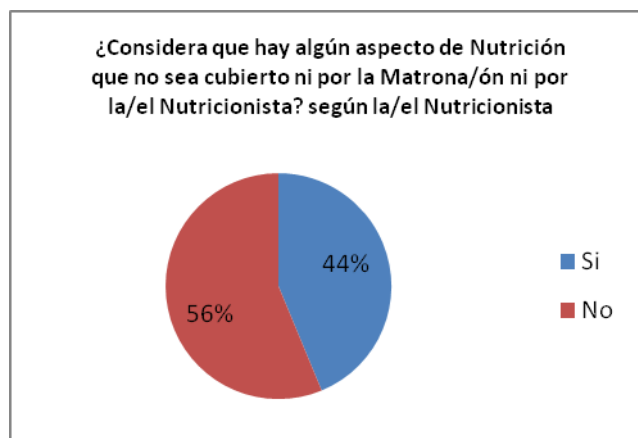
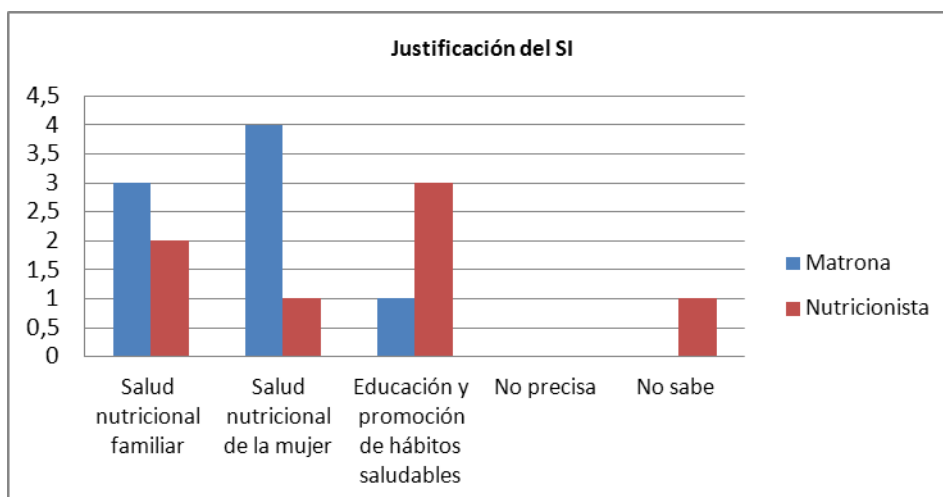


GRÁFICO N°5.1.12



El 35% de Matrona/ón considera que existen aspectos de nutrición que no están cubiertos ni por Nutricionistas ni por Matrona/ón. El 44% de los Nutricionistas responde de la misma manera ante esta pregunta. Se destaca que, si bien, la mayoría de estos profesionales cree que están todos los aspectos cubiertos, es necesario tener conocimientos y saber cuáles de estos aún faltan por cubrir. En el siguiente gráfico se conocerán en detalle los aspectos que no están cubiertos, referidos por ambos profesionales.

GRÁFICO N°5.1.13



Análisis de los Resultados

Matrona/ón y Nutricionista consideran las siguientes áreas, clasificadas en categorías, como no cubiertas: “Salud Nutricional Familiar”, “Salud Nutricional de la Mujer”, “Educación y Promoción de Hábitos Saludables”. Estas categorías se encuentran especificadas en el Libro de Códigos.

Matrona /ón responde con mayor frecuencia a la categoría “Salud Nutricional de la Mujer”, debido a que la mujer es la principal usuaria que acude a este profesional a lo largo de todo su ciclo vital, conociendo en profundidad las necesidades de las mujeres frente a diversos temas. En contraposición, los Nutricionistas consideran en mayor proporción que los aspectos sin cubrir están más relacionados con la categoría “Educación y Promoción de Hábitos Saludables”.

Análisis de los Resultados

5.2 ÁREA SALUD MENTAL.

Véase Tablas en Anexo N°13.

La gestación corresponde a un periodo en el cual aumenta la vulnerabilidad biológica, psicológica y social, donde es necesario que los profesionales Matrona/ón, Psicóloga/o y Asistente Social trabajen en conjunto en la pesquisa de aspectos psicosociales protectores, ya que favorecen y estimulan la resiliencia ante condiciones ambientales y sociales desfavorables, que deterioran el estado de Salud. Los factores de riesgo psicosocial y la desigualdad pueden aumentar la probabilidad de iniciar algún problema de Salud.

Es necesario tomar en consideración estos aspectos desde el ámbito del ciclo vital y reproductivo de la mujer, para así realizar una atención integral hacia la usuaria, considerando familia y entorno social. A continuación se describen las percepciones de los profesionales Matrona/ón y Psicóloga/o acerca de las fortalezas y debilidades en la interacción entre ambos, así como también la visión que posee Psicóloga/o acerca del rol psicosocial que tiene la Matrona/ón en esta área.

GRÁFICO N°5.2.1

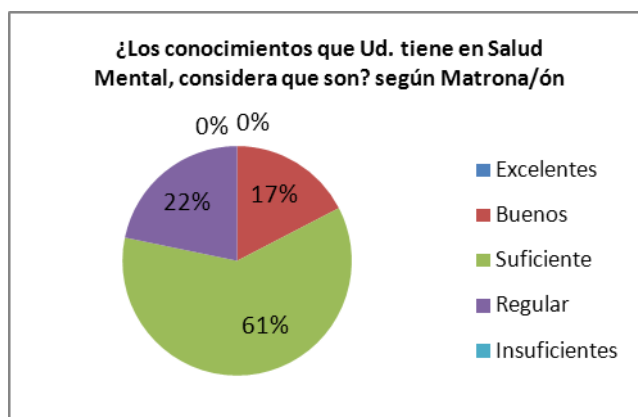
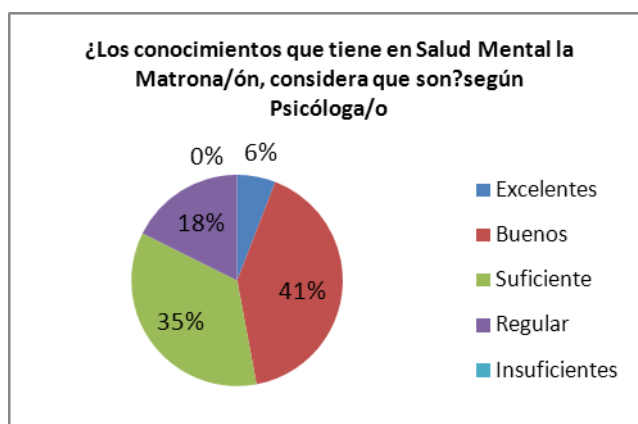


GRÁFICO N°5.2.2



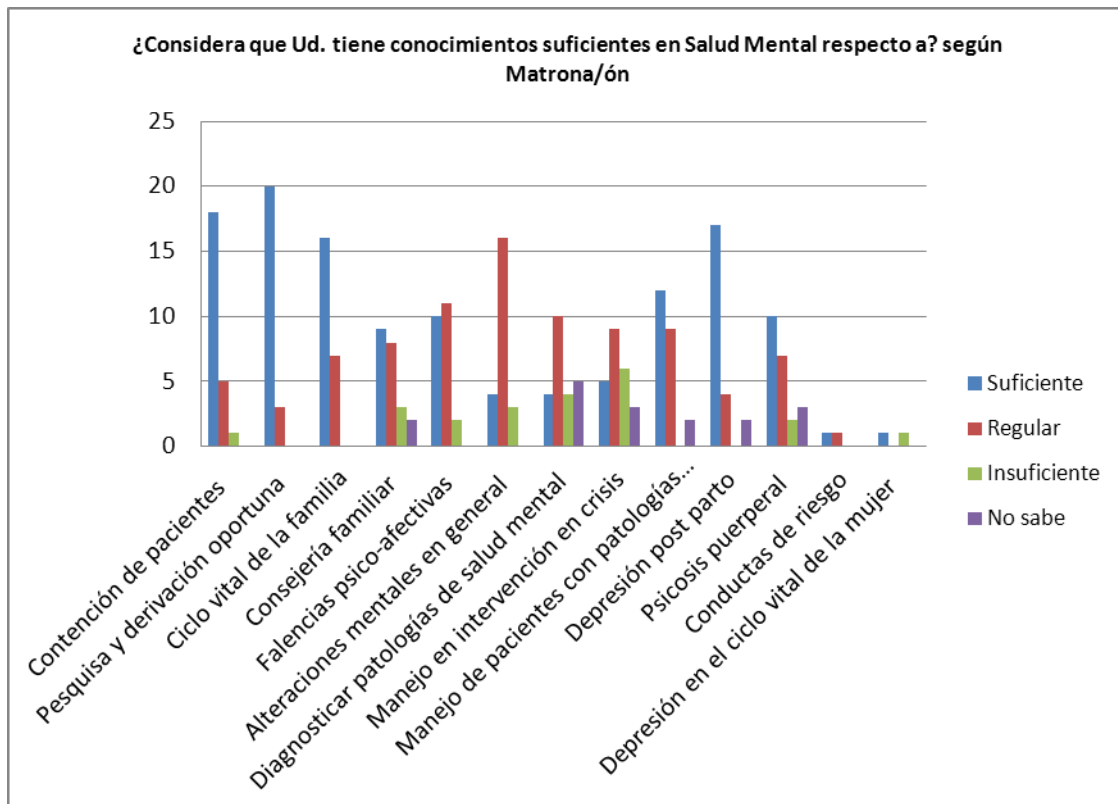
El 61% de los profesionales Matrona/ón considera que sus conocimientos respecto a Salud Mental son “Suficiente”, mientras que 22% refiere y cataloga como “Regular” los conocimientos respecto a la misma pregunta. Categóricamente no hay profesionales Matrona/ón que refieran conocimientos “Excelentes” e “Insuficientes”.

Por su parte las Psicólogas/os consideran a la misma pregunta que 41% que los conocimientos de Matrona/ón referente al área de Salud Mental son “Buenos” y 35%

Análisis de los Resultados

los califica como “Suficientes”; por otro lado, hay un porcentaje del 18% que los considera “Regular”.

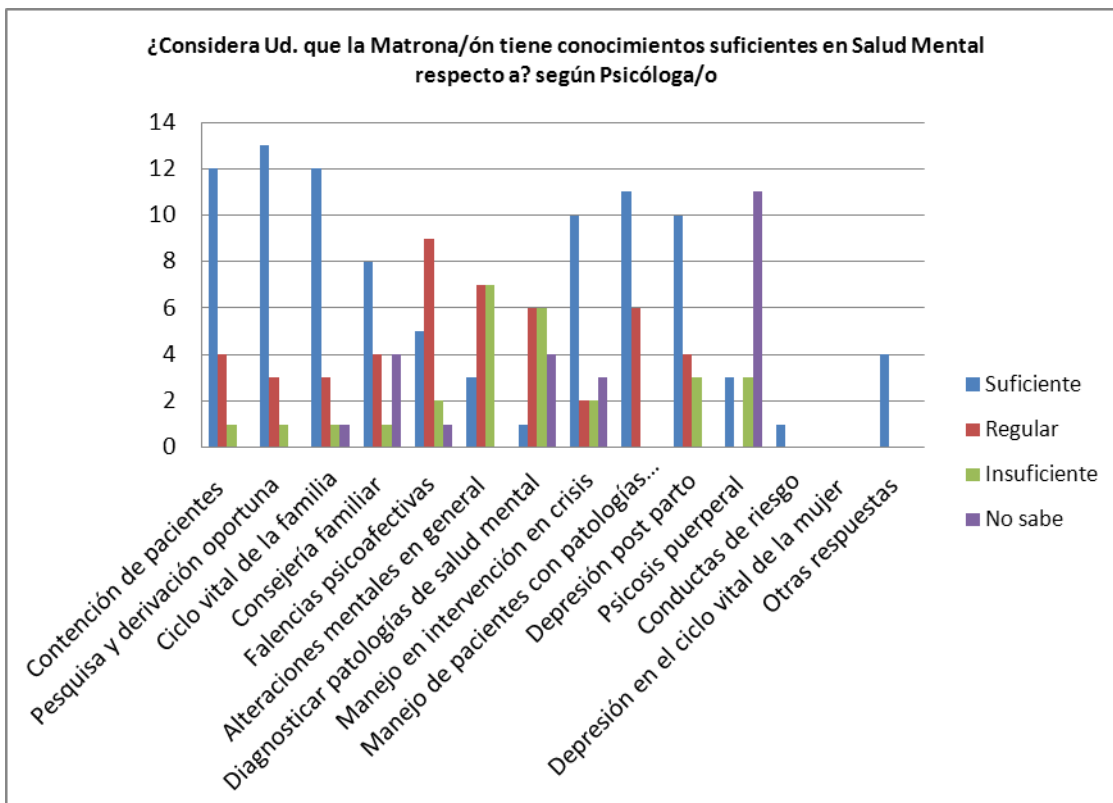
GRÁFICO N°5.2.3



En este gráfico se aprecia una tendencia irregular de sus categorías: Matrona/ón refiere tener conocimientos “Suficiente” ampliamente en “Contención de Pacientes”, “Pesquisa y Derivación Oportuna”, “Ciclo Vital de la Familia” y “Depresión Postparto”, sin embargo, hay una tendencia en todas las áreas de calificarlas como “Regular”, destacándose entre las respuestas “Alteraciones Mentales en General”, “Falencias Psicoafectivas”, “Diagnóstico de Patologías de Salud Mental” y “Manejo en Intervención en Crisis”. Se consideran como “Insuficientes” áreas como “Manejo en Intervención en Crisis” y “Diagnóstico de Patologías de Salud Mental”. En la aseveración de “No sabe”, responden en mayor frecuencia “Diagnóstico de Salud Mental”, puesto que esta categoría es netamente del rol de Psicóloga/o.

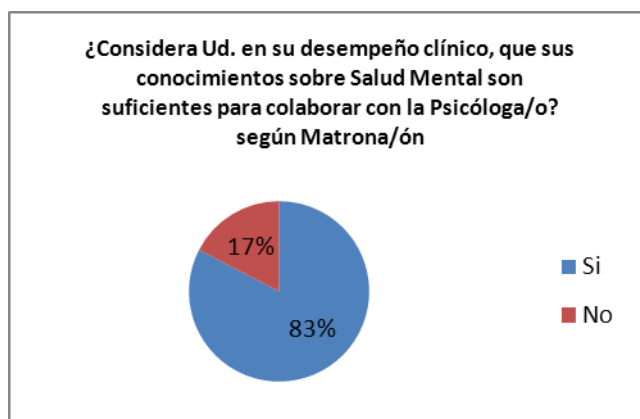
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.2.4



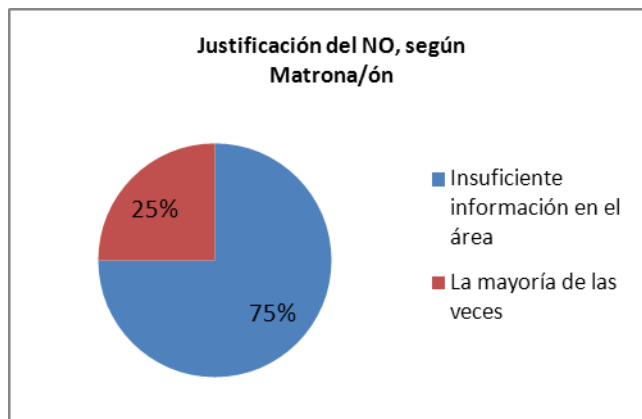
Los profesionales Psicólogos/os son aún más categóricos con respecto a las respuestas “Regulares”, destacándose: “Falencias Psicoafectivas”, “Alteraciones Mentales en General”, “Diagnóstico de Patologías de Salud Mental” y “Manejo de Pacientes con Patologías Mentales Controladas”. Las áreas más anunciadas en la aseveración “Suficiente” son: “Contención de Pacientes”, “Pesquisa y Derivación Oportuna”, “Ciclo Vital de la Familia”, “Consejería Familiar”, “Manejo en Intervención en Crisis”, “Manejo de Pacientes con Patologías Mentales Controladas”, “Depresión Postparto” y “Otras Respuestas”, esta última descrita en el Libro de Códigos como: “Vínculo” y “Disfunciones Sexuales”. Dentro de las categorías “Alteraciones Mentales en General” y “Diagnóstico de Patologías de Salud Mental” son calificadas como “Insuficientes” en cuanto a los conocimientos que posee Matrona/ón.

GRÁFICO N°5.2.5



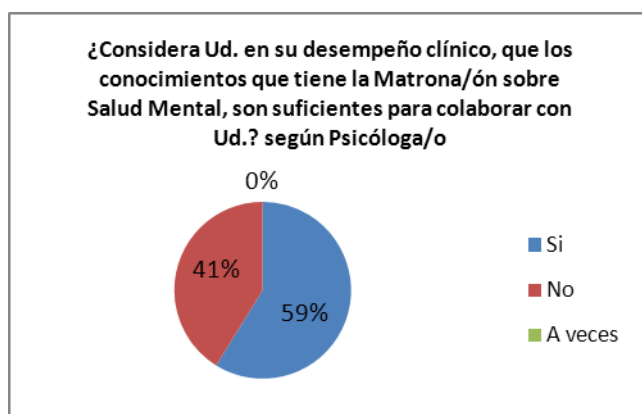
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.2.6



Un 83% de los profesionales Matrona/ón cree que los conocimientos que poseen respecto a Salud Mental “Sí” son suficientes para colaborar con Psicólogos/as. Y el 17% contestó que sus conocimientos “No” son suficientes para colaborar con ellos. Frente a esta última aseveración, el 75% refiere que es por “Insuficiente Información en el Área” y el otro porcentaje justificó su respuesta agregando que “La Mayoría de las Veces” tenían conocimientos suficientes.

GRÁFICO N°5.2.7



En 59% de los Psicólogos de la muestra consideraron que los conocimientos que tienen las Matronas/es “Sí” son suficientes para colaborar con ellos, aún siendo alto este porcentaje, cabe señalar que los que “No” consideran que son suficientes, tienen un porcentaje mayor de lo referido por Matronas/es. Se puede decir que lo señalando concuerda con los datos obtenidos en el gráfico 4.4.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.2.8

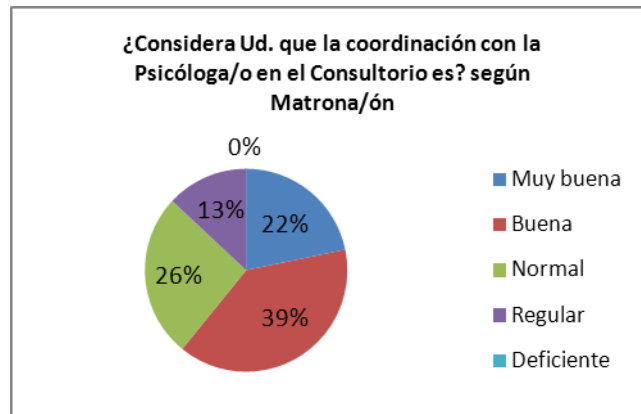
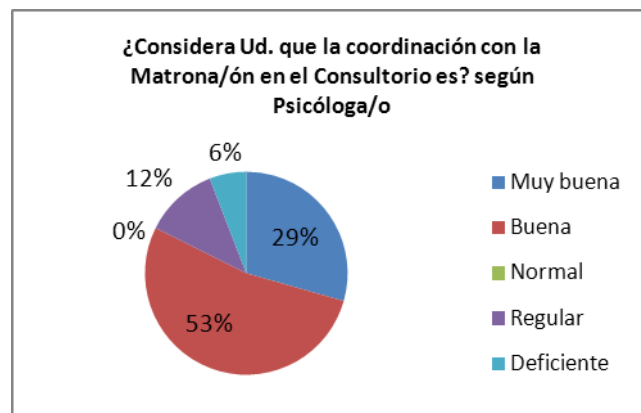


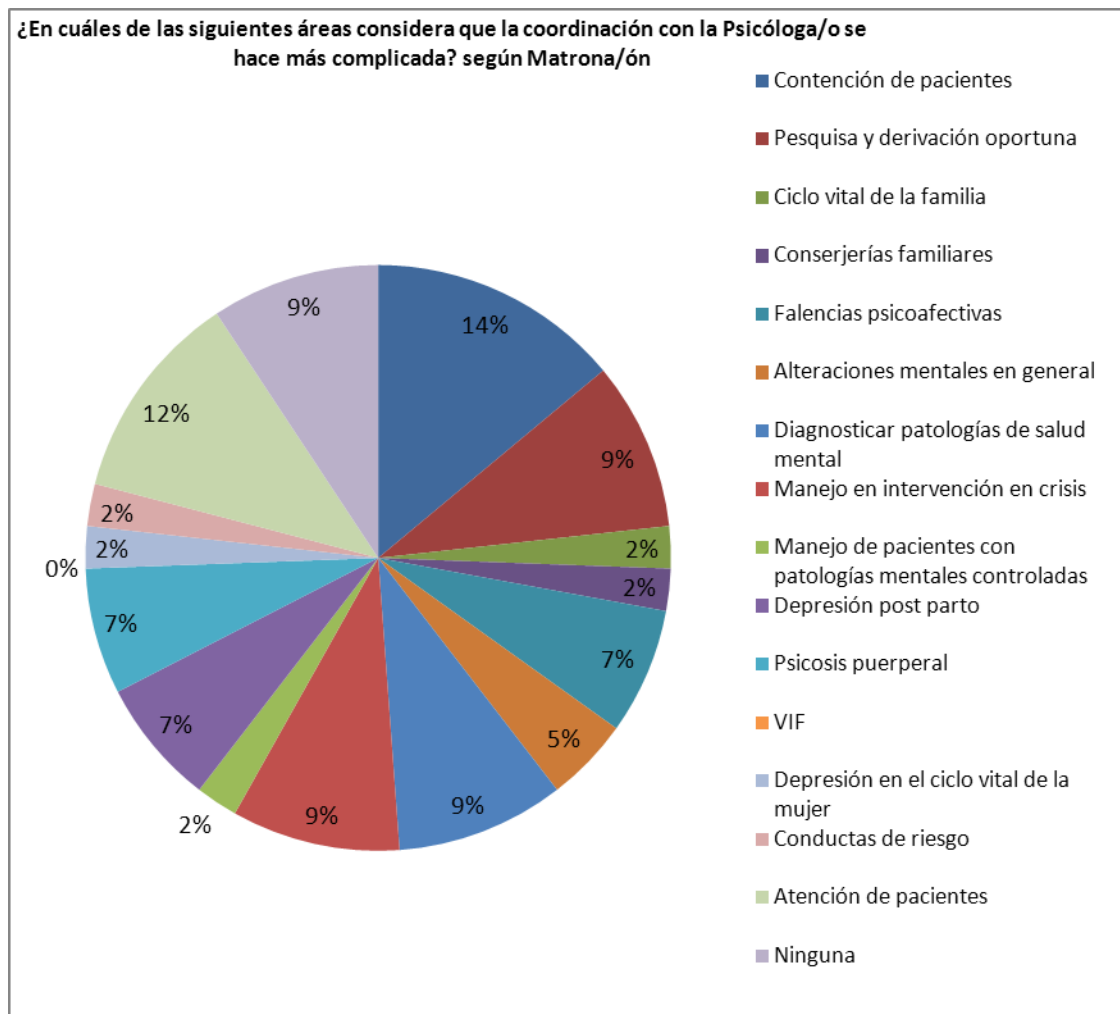
GRÁFICO N°5.2.9



El 39% de la Matrona/ón considera que es “Muy Buena” la coordinación con la Psicóloga/o, el 26% “Normal” y el 13% refiere que la relación de coordinación es “Regular”. Ante esta misma pregunta las Psicólogas/os respondieron con un 53% que la relación de coordinación con Matrona/ón es “Buena” y 29% que es “Muy Buena”, sin embargo, hay respuestas de los Psicólogos con un porcentaje del 6% que denomina como “Deficiente” la coordinación con dichos profesionales.

Análisis de los Resultados

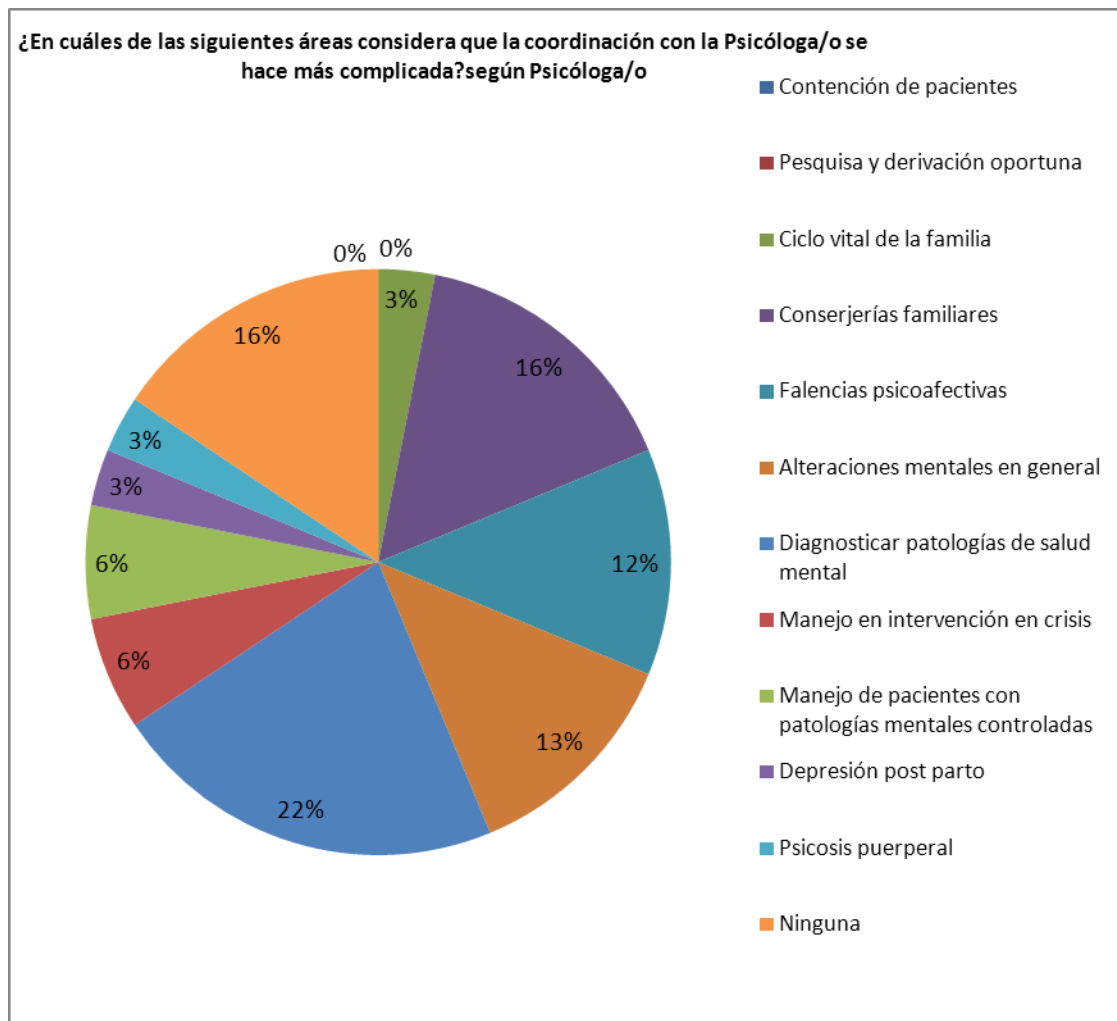
GRÁFICO N°5.2.10



Un 14% de las respuestas de Matrona/ón señala que la coordinación con la Psicóloga/o se hace más complicada en el área de "Contención de Pacientes", un 12% en "Atención de Pacientes" y un 9% en "Pesquisa y Derivación Oportuna", "Diagnóstico de Patologías de Salud Mental" y "Manejo en Intervención en Crisis". A su vez señalaron que en un 9% no tenían problemas de coordinación a través de "Ninguna".

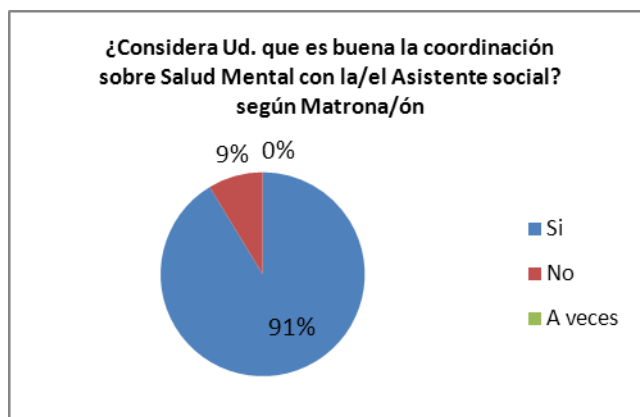
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.2.11



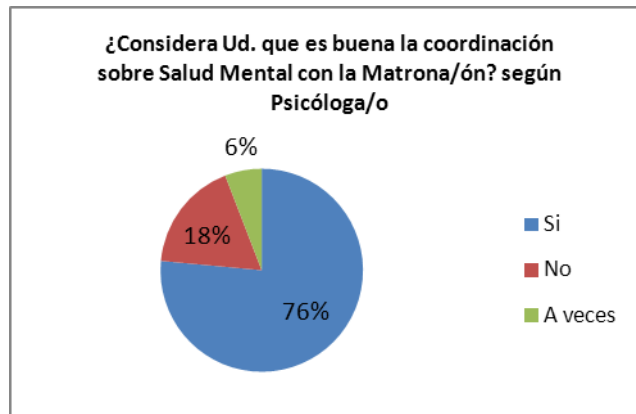
Un 22% de las respuestas de Psicóloga/o consideran que la coordinación con Matrona/ón se hace más complicada en el área de “Diagnósticos de patologías de Salud Mental”, con un 16% “Consejerías Familiares” y “Ninguna”, cuando no hay problemas de coordinación con Matrona/ón. Con 13% señalaron “Manejo en Intervención en Crisis”. De acuerdo a esto, hay concordancia con el gráfico anterior sólo en “Manejo en Intervención en Crisis”, en las demás áreas las consideraciones son variadas y no llegan a consenso.

GRÁFICO N°5.2.12



Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.2.13



El 91% de Matronas/es considera que “Sí” es buena la coordinación con Psicólogo/a y sólo un 9% responde que “No”. Los Psicólogos/as por su parte difieren en porcentaje frente a la misma pregunta, ellos consideran en un 76% que la coordinación con Matrona/ón “Sí” es buena y un 18% que “No” es así, el 6% restante responde con un “A veces”. Esto difiere de las respuestas de los gráficos anteriores, los cuales mostraban la existencia de áreas que dificultaban la coordinación entre ambos profesionales.

Análisis de los Resultados

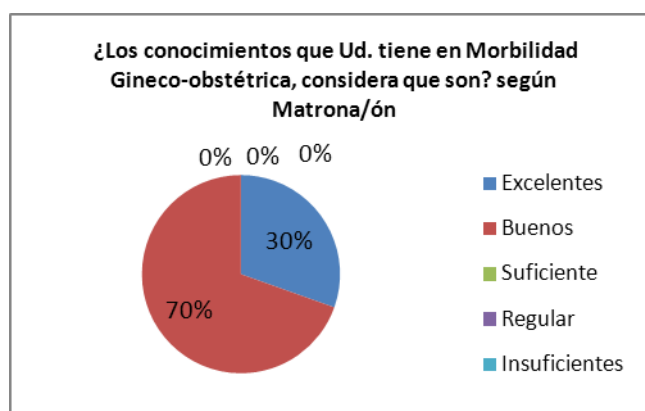
5.3 ÁREA MORBILIDAD GINECO-OBSTÉTRICA.

Véase Tablas en Anexo N°14.

El rol de la Matrona/ón actualmente en Chile, es considerado fundamental en la Atención Primaria de Salud, puesto que es este profesional quien posee las competencias necesarias para desenvolver sus conocimientos sobre Ginecología y plenamente desarrollar las capacidades formadas en Obstetricia. “La Salud reproductiva es una parte esencial del desarrollo humano tanto en su función reproductora de la especie, en lo que concierne a la reproducción de su potencial intelectual y creativo, basado éste en la experiencia personal en que se sustenta la sociedad” (J.A.Solis, 1999).

La Matrona/ón se desempeña con autonomía en esta área, ya que es el único profesional dentro de la Atención Primaria de Salud que pesquisa, diagnostica, deriva y realiza tratamientos acorde con su límite profesional. En esta área se describen y analizan las percepciones de ellos frente a las competencias que posee en el ámbito Gineco – obstétrica.

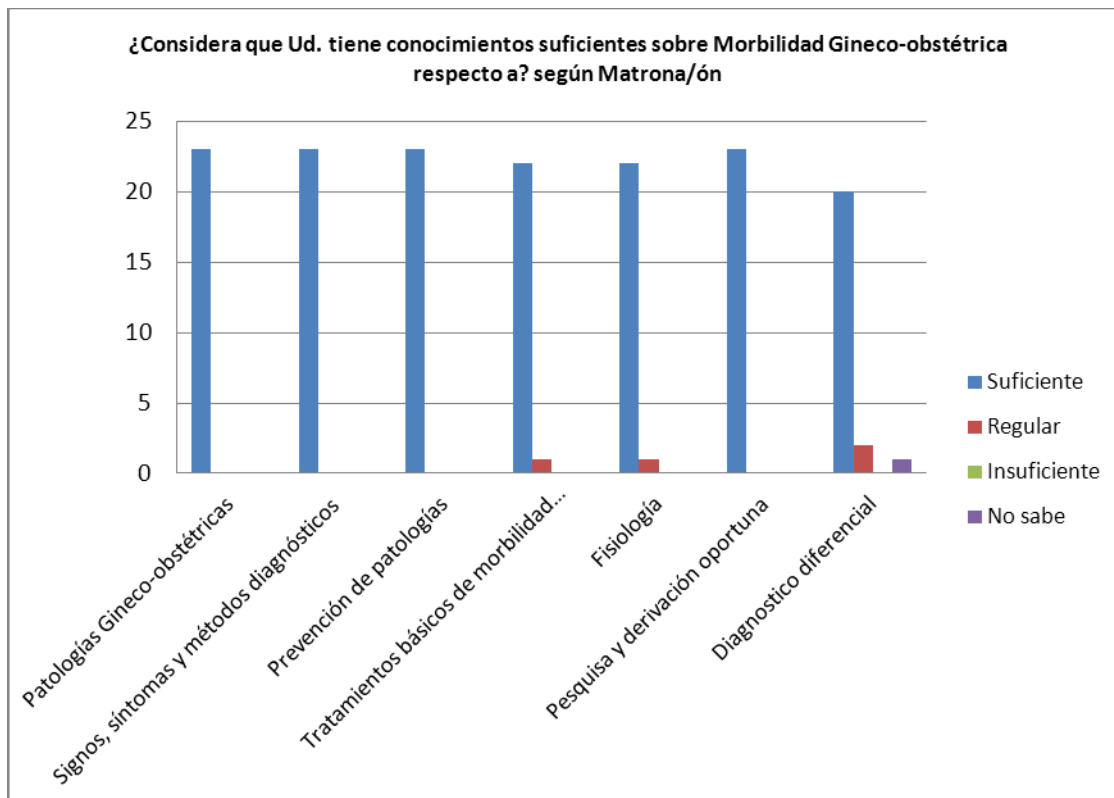
GRÁFICO N°5.3.1



En un 70% de Matrona/ón, frente a la pregunta, consideran que sus conocimientos en el área de Morbilidad Gineco-obstétrica son “Buenos” y el 30% los consideran “Excelentes”. Cabe destacar que ningún profesional considera que sus conocimientos son “Suficientes”, “Regulares” e “Insuficientes”.

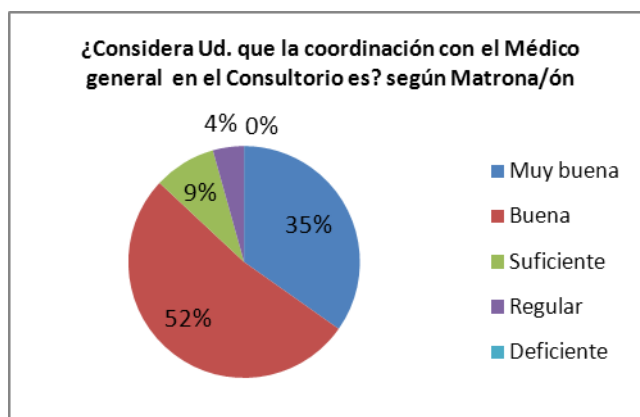
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.3.2



Se puede desprender del gráfico anterior que la mayor parte de Matrona/ón consideran “Suficientes” sus conocimientos respecto a Morbilidad Gineco-obstétrica, en todas las áreas muestra en el gráfico anterior. Sin embargo, hay una mínima proporción que considera “Regular” categorías como: “Diagnóstico Diferencial”, “Fisiología y Tratamientos Básicos de Morbilidad Gineco-obstétrica”. En la respuesta “No sabe” categorizaron el área de “Diagnóstico Diferencial”.

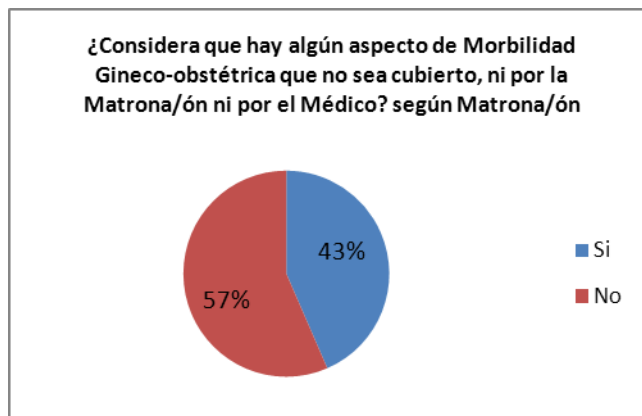
GRÁFICO N°5.3.3



Un 52% de Matrona/ón considera “Buena” la coordinación con el Médico General del Consultorio. Un 35% de los mismos la califican como “Muy Buena”, sin embargo, existe un mínimo porcentaje que refiere que la coordinación es “Suficiente” y “Regular”. En las preguntas fueron considerados los Médicos Generales, ya que en los Consultorios de la muestra en su gran mayoría no existe la especialidad de Ginecología, pues los pacientes son derivados a Nivel Secundario de Atención.

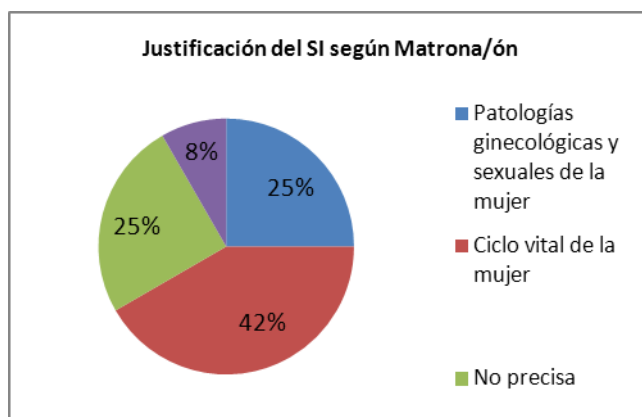
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.3.4



El 57% de Matrona/ón consideran que “No” hay ningún aspecto de Morbilidad Gineco-obstétrica que no está siendo cubierto por Médicos ni por ellos. Es necesario que los profesionales que “Sí” consideran que hay aspectos sin cubrir, señalen y especifiquen las áreas que creen que les faltan. El siguiente gráfico justifica la respuesta de aspectos antes mencionados

GRÁFICO N°5.3.5



El 42% de Matronas/es que contestaron que existen aspectos que quedan sin cubrir, señalaron que el aspecto más frecuente es en relación a la categoría “Ciclo vital de la Mujer”, esta área fue categorizada en el Libro de Códigos e incluye aspectos de: “Seguimiento de Climaterio”, “Evaluación Terapia Hormonal de Reemplazo” y “Ginecología Infantil”. Un 25% considera que “Patologías Ginecológicas y Sexuales de la Mujer”, especificando en esta categoría: “Incontinencia Urinaria”, “Prolapso”, “Trastornos Menstruales” e “Infecciones de Transmisión Sexual”.

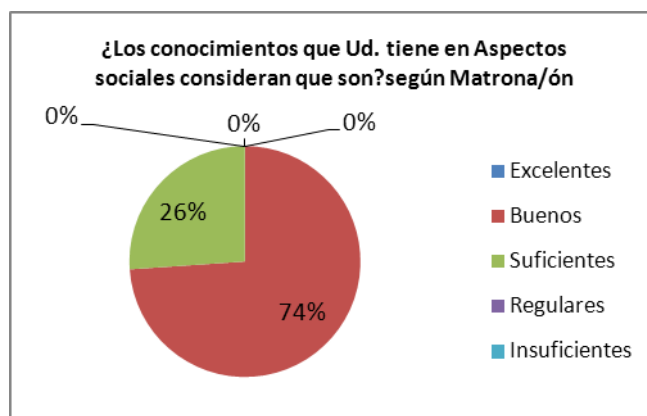
5.4 ÁREA ASPECTOS SOCIALES.

Véase Tablas en Anexo N°15.

Sin duda el área social en el ámbito de la Salud, tiene relevancia con el ciclo vital de la mujer, la interacción entre Matrona/ón, usuario y entorno social determinan la influencia de factores psicosociales en la Salud de las personas, como factores de riesgo o protectores de ella. Los factores que inciden en el desarrollo de una Salud adecuada son variados, lo que hace trascendental un trabajo multidisciplinario e intersectorial, con una participación social activa, como ente protagonista el usuario y su familia. Las acciones que tienen estos profesionales determinan cómo se desenvuelve el entorno social de los usuarios, por ello es trascendental comprender qué preparación poseen estos profesionales en el área de Aspectos Sociales. Según el Programa de Acción del año 1994, de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo “La Salud Sexual y Reproductiva está centrada en las personas y en sus derechos y reconoce a éstas como sujetos activos que participan junto a los profesionales de la Salud, en la búsqueda de una mejor calidad de vida para sí mismas, sus parejas y familias”.

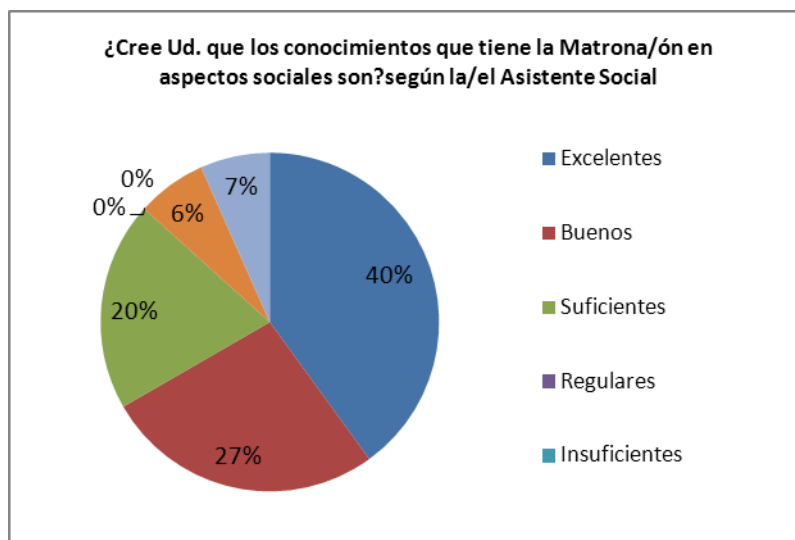
Matrona/ón y Asistente Social cumplen un rol de pesquisa de estos factores que influyen en la Salud de las personas, positiva o negativamente. De acuerdo a esto, es necesario conocer cómo se relacionan estos profesionales en cuanto a conocimientos, coordinación y la interacción de los mismos. A continuación se presenta la descripción y el análisis del área señalada.

GRÁFICO N°5.4.1



Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº5.4.2

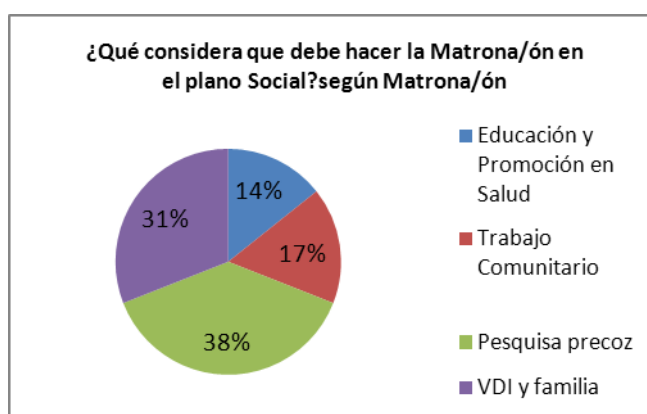


Del gráfico se desprende que un 74% de Matrona/ón considera “Buenos” los conocimientos que tiene sobre Aspectos Sociales y un 26% los califica de “Suficientes”, respecto de las otras categorías no hay consideraciones.

Por su parte los Asistentes Sociales consideran en un 40% que son “Excelentes” los conocimientos que posee Matrona/ón. Un 27% “Buenos”, sin embargo, existe un 13% que refiere ante esta pregunta que “Depende de cada Profesional” y “No le compete evaluar a otros Profesionales”.

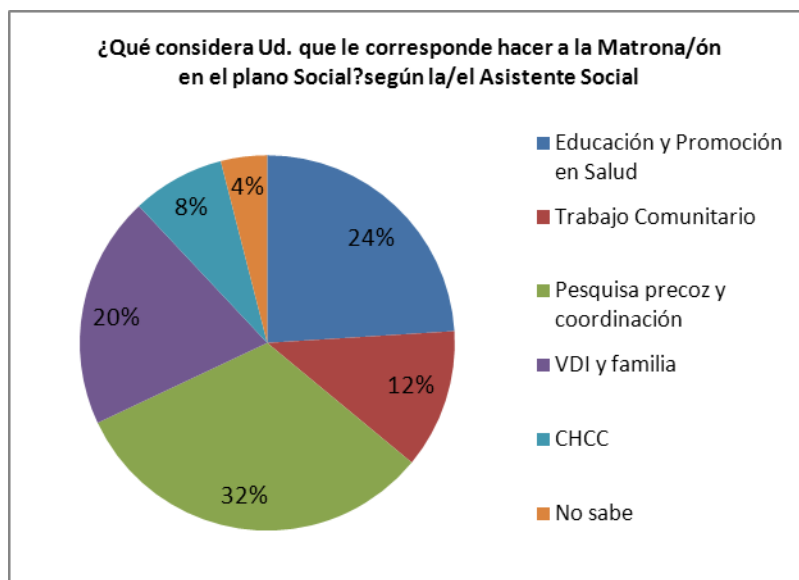
Las apreciaciones que tienen éstos son similares, ya que se infiere que hay conocimiento acerca del rol profesional de Matrona/ón en cuanto a Aspectos Sociales, tanto de Matrona/ón como de Asistente Social.

GRÁFICO Nº5.4.3



Análisis de los Resultados

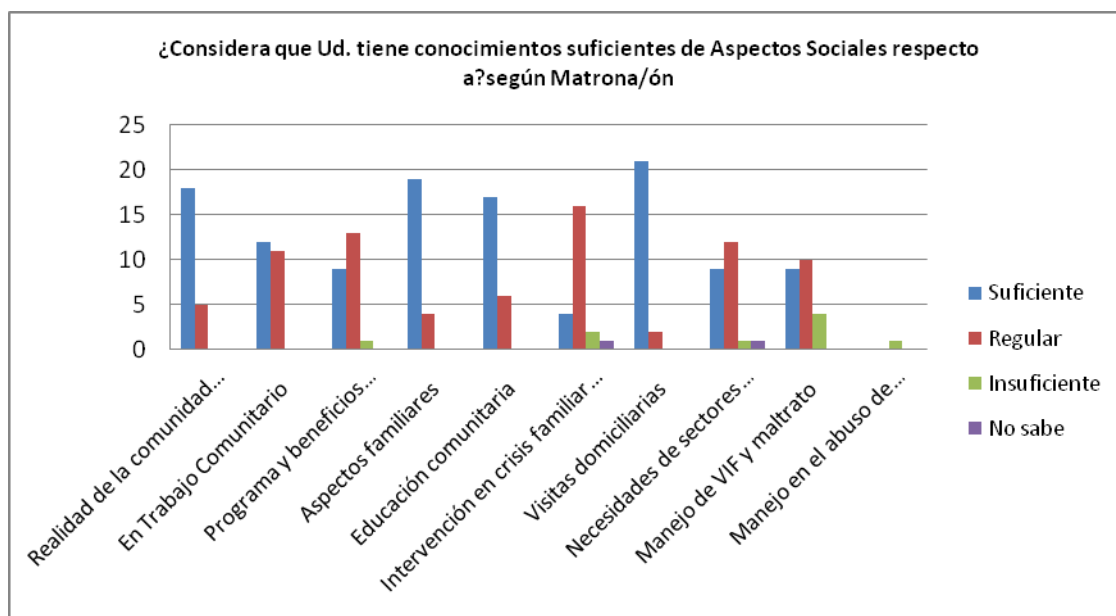
GRÁFICO Nº5.4.4



Un 38% de Matrona/ón considera que le corresponde realizar “Pesquisa Precoz” en el área social. Un 31% cree que le corresponde realizar según la categoría “VDI y Familia”, descrita en el Libro de Códigos como: “Seguimiento”, “Contención de Pacientes”, “Estudios de Familia”, “Visualización de Redes de Apoyo” y “VDI”.

Asistente Social considera que Matrona/ón debe realizar en un 32% “Pesquisa Precoz y Coordinación”, en un 24% “Educación y Promoción en Salud” y en un 20% “VDI y Familia”. Las referencias de los Profesionales son coincidentes en cuanto a las apreciaciones del rol que tiene Matrona/ón en el ámbito social.

GRÁFICO Nº5.4.5

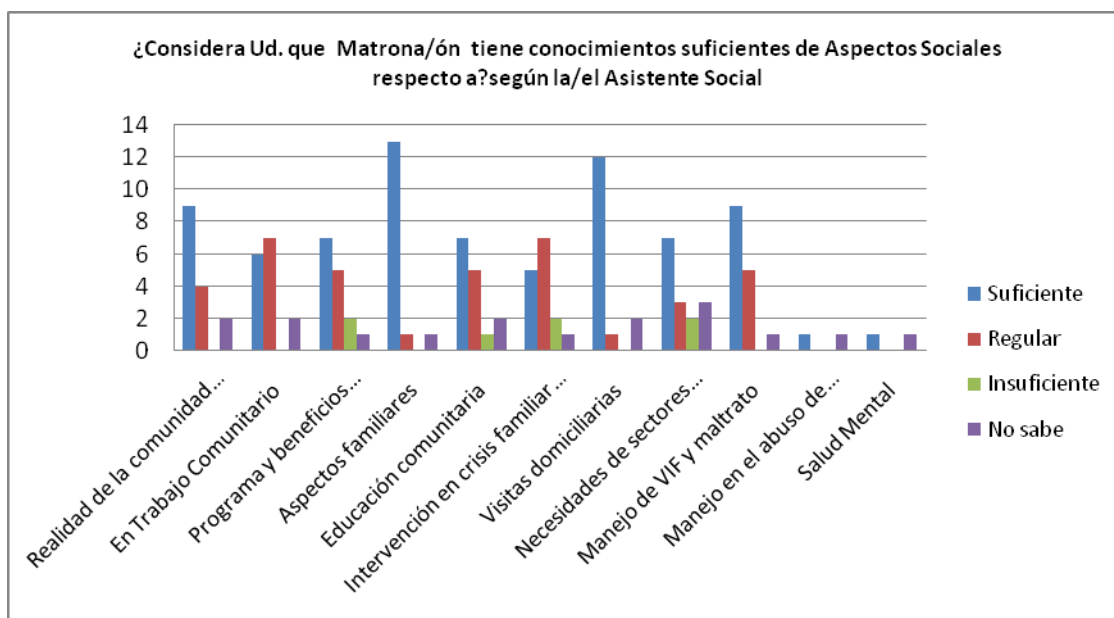


Matrona/ón considera que tiene conocimientos “Suficientes” respecto a: “Realidad de la Comunidad que Abarca el Consultorio”, “Trabajo Comunitario”, “Aspectos Familiares”, “Educación Comunitaria” y “Visita Domiciliaria”. En lo respecto a las categorías restantes, los conocimientos son considerados como “Regular”, destacando

Análisis de los Resultados

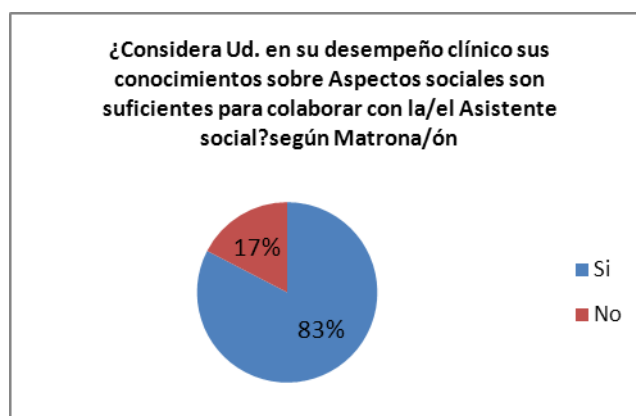
entre ellos “Intervención en Crisis Familiar y Social”, “Programa y Beneficios Sociales para la Usuaría” y “Necesidades de Sectores Postergados”. Se señala como “Insuficiente”, “Manejo de VIF” y Maltrato”. En esta área, Matrona/ón no se ha destacado por tener conocimientos suficientes en la mayoría de las categorías, como sucedió en el resto de las áreas anteriormente mencionadas, es aún más rigurosa respecto de sus apreciaciones.

GRÁFICO Nº5.4.6



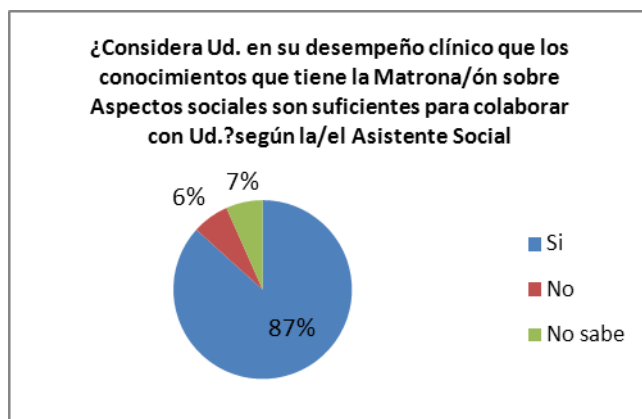
Los Asistentes Sociales consideran en la mayor parte de las categorías que los conocimientos que tiene Matrona/ón, son “Suficientes”, entre estos se encuentran: “Realidad de la Comunidad que abarca el Consultorio”, “Aspectos Familiares”, “Educación Comunitaria”, “Visitas Domiciliarias”, “Necesidades de los Sectores Postergados” y “Manejo de VIF y Maltrato”, concordando con Matrona/ón como muestra el gráfico anterior. Además los Asistentes Sociales agregan dos aspectos que se incluyen en el gráfico: “Manejo en el Abuso de Sustancias” y “Salud Mental”. Catalogaron como “Regular” los conocimientos de Matrona/ón en cuanto a “Trabajo Comunitario” e “Intervención en Crisis Familiar y Social”. Es destacable que los Asistentes Sociales consideran “Suficientes” los conocimientos de Matrona/ón en más categorías que estos últimos.

GRÁFICO Nº5.4.7



Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.4.8



Un 83% de Matronas/es consideran “Suficientes” los conocimientos sobre Aspectos Sociales para colaborar con los profesionales de dicha área, contraponiendo en cifras lo destacado en el gráfico anteriormente expuesto. La cifra de los Asistentes Sociales es más menos similar, un 87% consideran que “Sí” son “Suficientes” los conocimientos de Matrona/ón para colaborar con ellos. Disminuye el porcentaje de los que refieren que “No”, debido a que el 7% de ellos consideró que “No Sabe” respecto a la pregunta.

GRÁFICO N°5.4.9

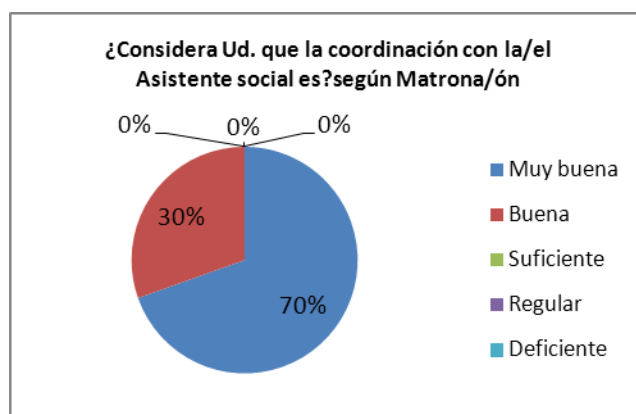
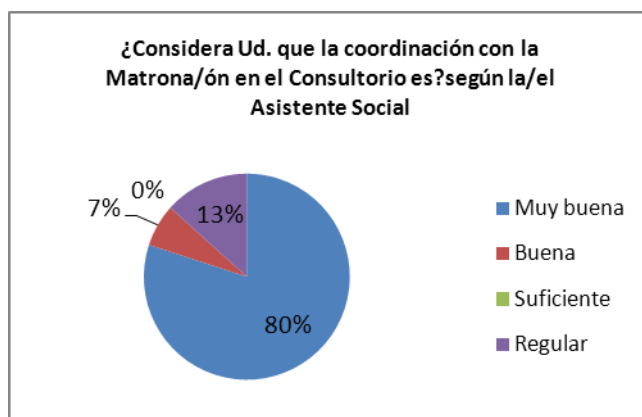


GRÁFICO N°5.4.10

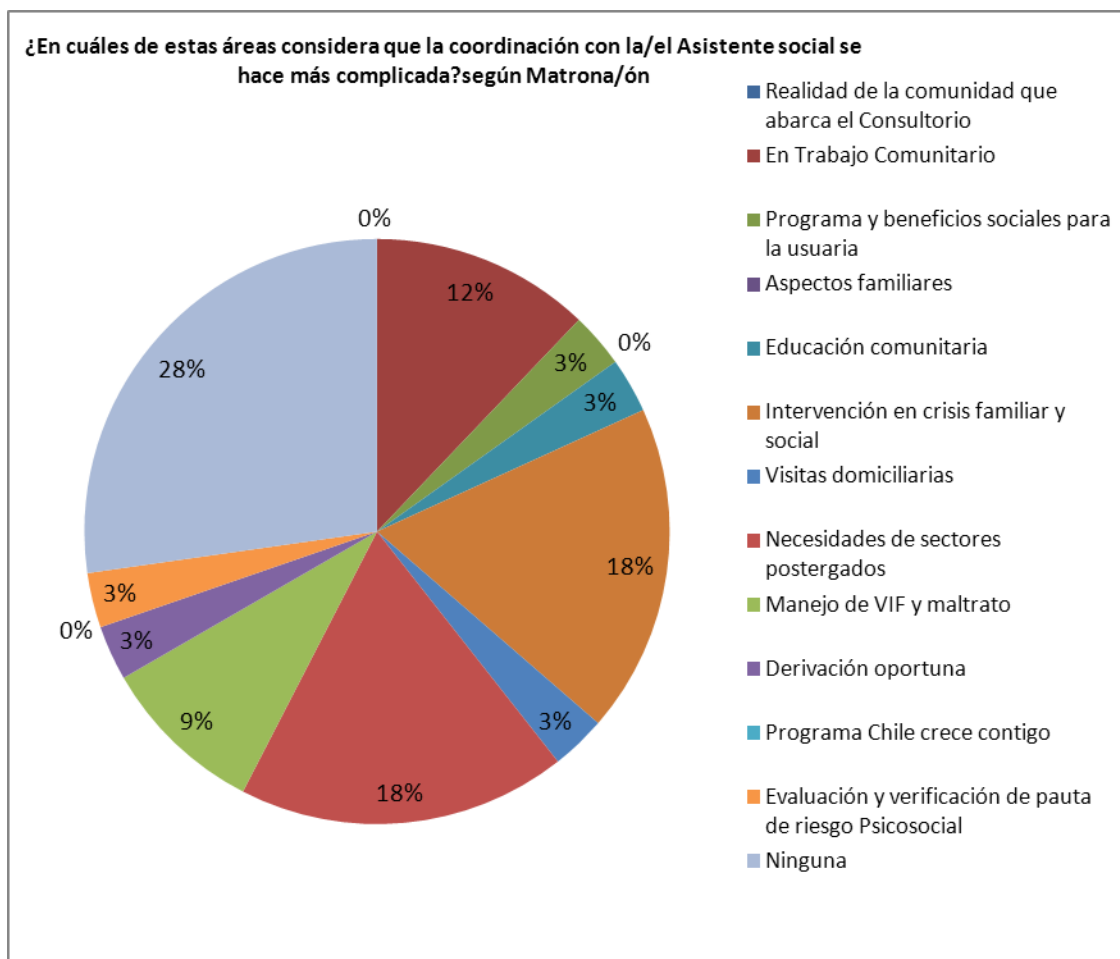


Un 70 % de Matronas/es cree que la coordinación con Asistente Social es “Muy Buena” y un 80% de los éstos califica la coordinación con la misma respuesta. El 30%

Análisis de los Resultados

restante de Matronas/es refiere que es “Buena”, en cambio sólo un 7% de los Asistentes Sociales la califica como tal, el resto considera “Regular” dicha coordinación, sin embargo, cabe destacar que ningún profesional, de ambas áreas, calificó como “Deficiente” la coordinación entre ellos.

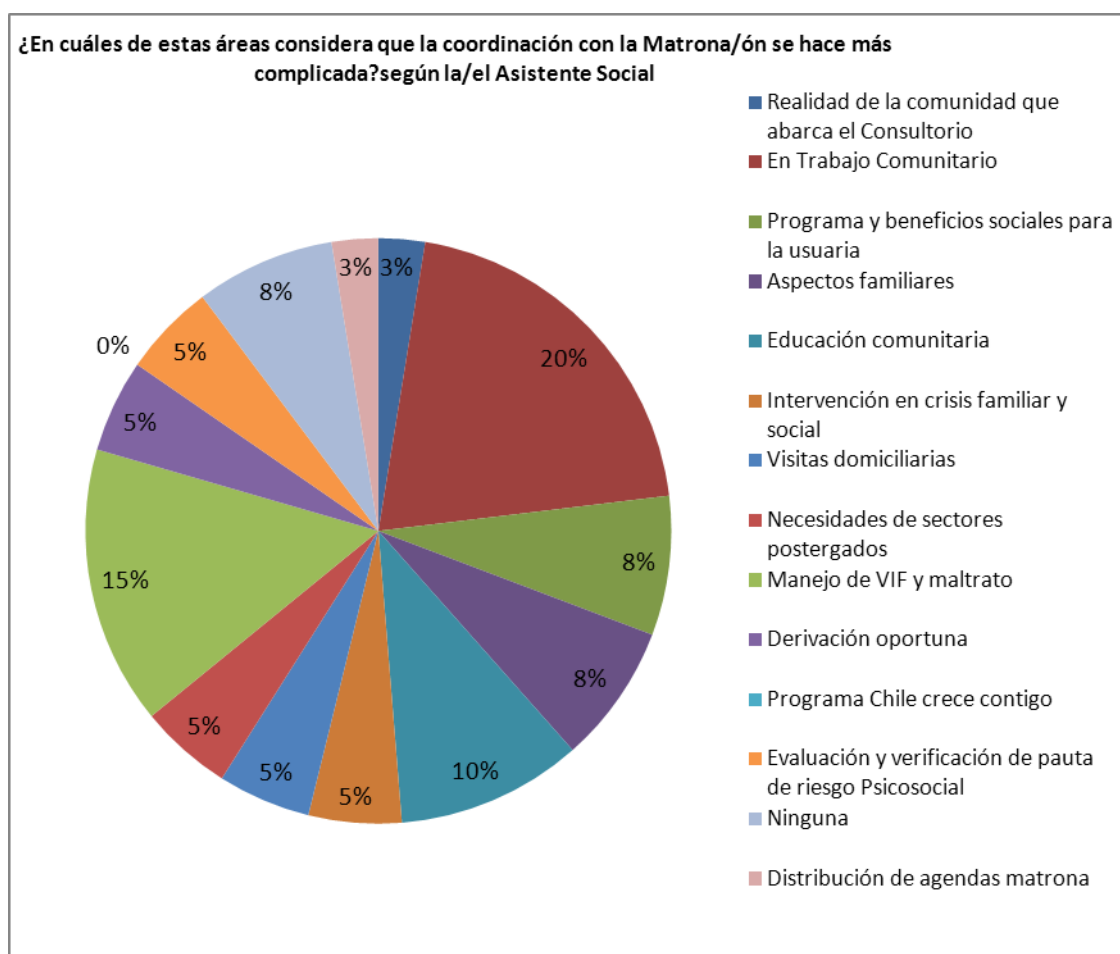
GRÁFICO N°5.4.11



Matrona/ón en un 28%, considera que no hay áreas que hagan más complicada la relación de coordinación con Asistentes Sociales, pero existe un 18% que considera que hay problemas de coordinación con dichos profesionales en las categorías de: “Intervención en Crisis Familiar y Social”, “Necesidades de Sectores Postergados” y 12% refiere que en “Trabajo Comunitario”. Se demuestra que pocas categorías generan diferencias entre estos profesionales.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº5.4.12



Comparando con el gráfico anterior de Matrona/ón, se aprecia que el porcentaje de Asistentes Sociales que consideran que “Ninguna” categoría hace más complicada la relación de coordinación con Matrona/ón, éste porcentaje es menor a las expuestas por tales profesionales. Los porcentajes de este gráfico están ampliamente divididos, pero destacan entre las categorías las siguientes: con un 20% de las respuestas los Asistentes Sociales consideran que “Trabajo Comunitario” genera mayor complicación en la coordinación con Matrona/ón y en un 15% “Programas y Beneficios Sociales para las Usuaris”, luego con un 10% el “Programa Chile Crece Contigo”.

Análisis de los Resultados

5.5 ÁREA EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD.

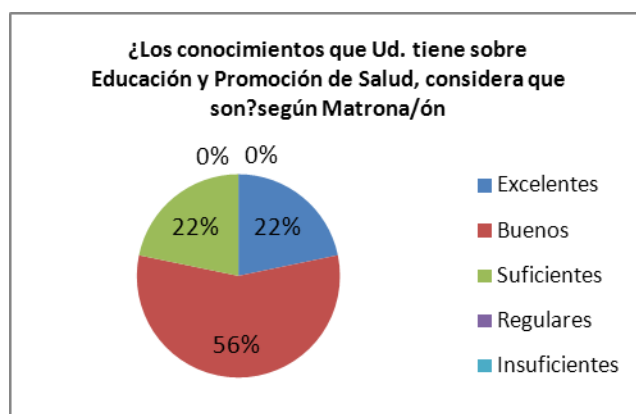
Véase Tablas en Anexo N°16.

Dentro del rol de los profesionales en el contexto de Atención Primaria de Salud, la Educación y Promoción son actividades fundamentales, puesto que la misión de estos establecimientos es promocionar estilos de vida saludables, con el fin de prevenir enfermedades y así descongestionar los demás niveles de Salud.

Esta área involucra el trabajo del equipo multidisciplinario en su totalidad y complementa la actividad asistencial, lo que va a ser un núcleo de interacción permanente, por ende la comunicación y coordinación van a ser elementos claves para el buen funcionamiento de este trabajo en el Centro de Salud.

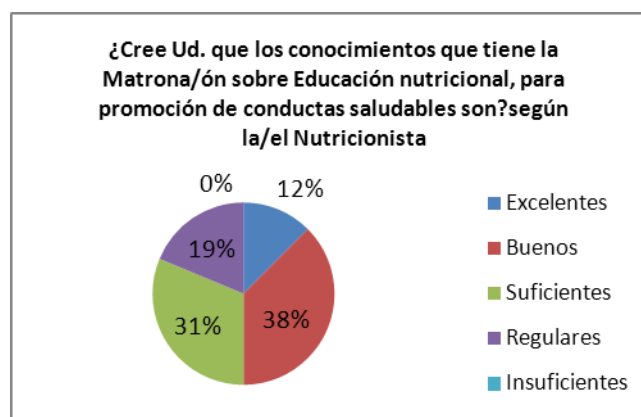
A continuación se presentan las opiniones extraídas de los diversos profesionales de la muestra respecto a esta área.

GRÁFICO N°5.5.1



Un 56% de Matrona/ón consideran que sus conocimientos sobre Educación y Promoción en Salud son “Buenos”, 22% “Excelentes” y 22% “Suficientes”, no hay consideraciones respecto de las otras aseveraciones.

GRÁFICO N°5.5.2

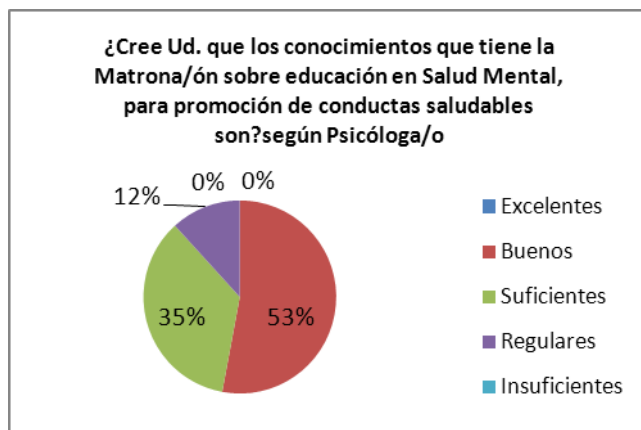


Un 38% de Nutricionistas creen que los conocimientos que tiene Matrona/ón respecto a “Educación Nutricional” son “Buenos”; 31% los considera “Suficientes”, lo destacable es que existe un 19% que considera que estos conocimientos son

Análisis de los Resultados

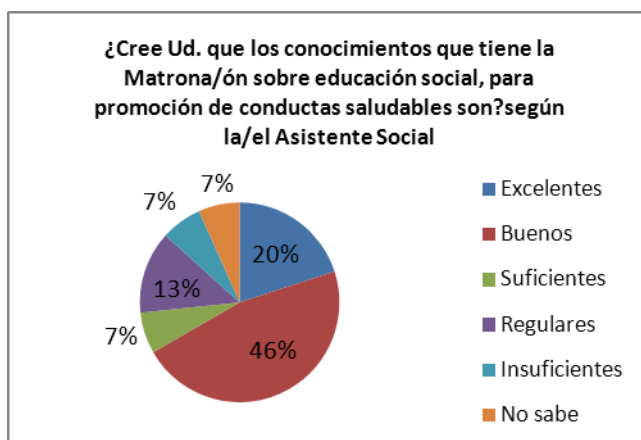
“Regulares”. Comparando con el gráfico de los profesionales Matrona/ón quienes no consideran estas aseveraciones dentro de sus respuestas.

GRÁFICO Nº5.5.3



Un 53% de las Psicólogas/os cree que los conocimientos de Matrona/ón sobre “Educación en Salud Mental” son “Buenos” para la “Promoción de Conductas Saludables”, 35% que son “Suficientes” y 12% los considera como “Regulares”.

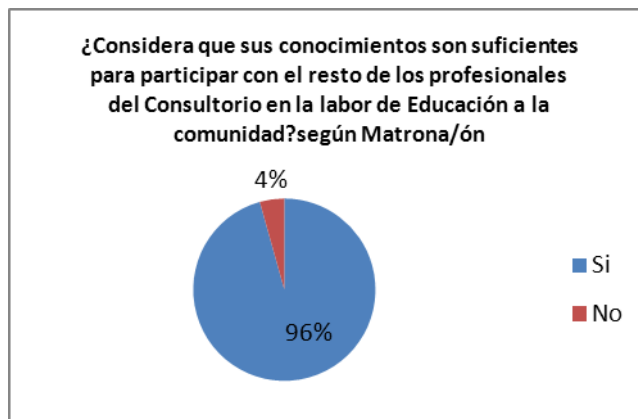
GRÁFICO Nº5.5.4



Un 46% del total de Asistentes Sociales considera “Buenos” los conocimientos de “Educación Social” que tienen las Matronas/es, 20% “Excelentes” y 13% “Regulares”, pero, si bien, es buena la consideración que tienen con estos profesionales, existe 7% que considera como “Insuficientes” estos conocimientos sobre “Educación Social”, lo que tampoco refleja la apreciación que tienen las Matronas/es respecto a esta área de Educación y Promoción de Salud.

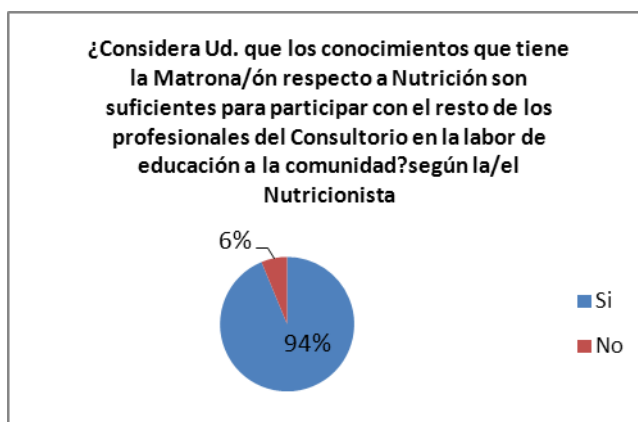
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.5.5



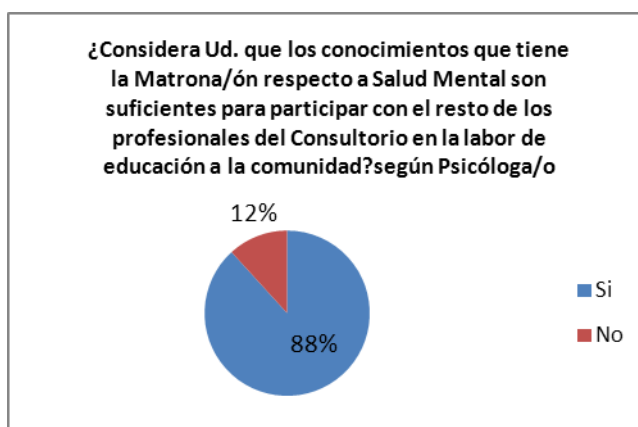
Un 96% de Matrona/ón consideran que los conocimientos sobre “Educación a la Comunidad” son “Suficientes” para colaborar con los demás profesionales del área Salud.

GRÁFICO N°5.5.6



Un 94% de Nutricionistas refiere que “Sí” son “Suficientes” los conocimientos de Matrona/ón respecto a “Educación Nutricional” para participar con el equipo de Salud en la tarea de educación a la comunidad. Se asimila bastante los porcentajes a las referencias de las Matronas/es, los cuales estarían capacitados para colaborar con éstos en la educación hacia la población de los respectivos Consultorios de la muestra.

GRÁFICO N°7.7



En menor porcentaje que los Nutricionistas, pero siendo aún un 88%, las Psicólogas/os creen que las Matronas/es “Sí” tienen conocimientos “Suficientes” en

Análisis de los Resultados

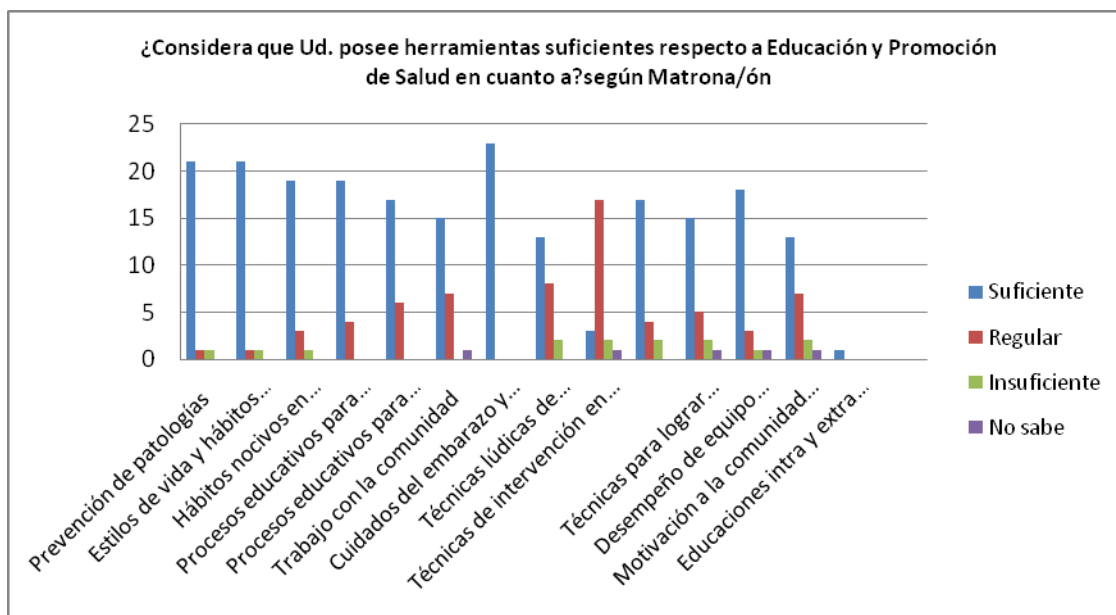
“Educación sobre Salud Mental” para participar con el equipo de Salud en la tarea de educar a la comunidad.

GRÁFICO Nº5.5.8



Un 93% de Asistentes Sociales consideran que Matrona/ón “Sí” tiene conocimientos suficientes respecto al área social para participar con los demás profesionales en la tarea educativa a la población de los respectivos Consultorios de la muestra, al igual que los demás profesionales de los gráficos anteriormente analizados, concuerdan que la Matrona/ón tiene conocimientos para colaborar en la educación a la comunidad.

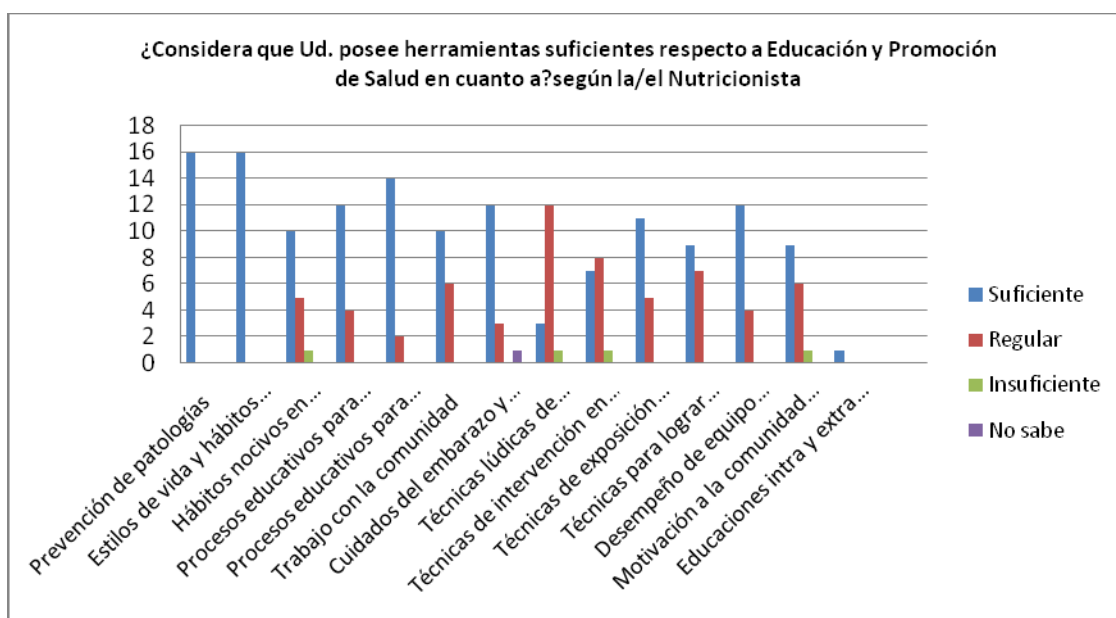
GRÁFICO Nº5.5.9



Se observa en el gráfico que en la mayor parte de las categorías mencionadas, Matrona/ón cree que son “Suficientes” las herramientas que posee en estas áreas, con excepción de la categoría “Técnicas en Intervención en Crisis” que se considera mayormente como “Regular”, esto concordaría con las áreas de Aspectos Sociales falentes. Las consideraciones “Insuficiente” y “No sabe” son las mínimas.

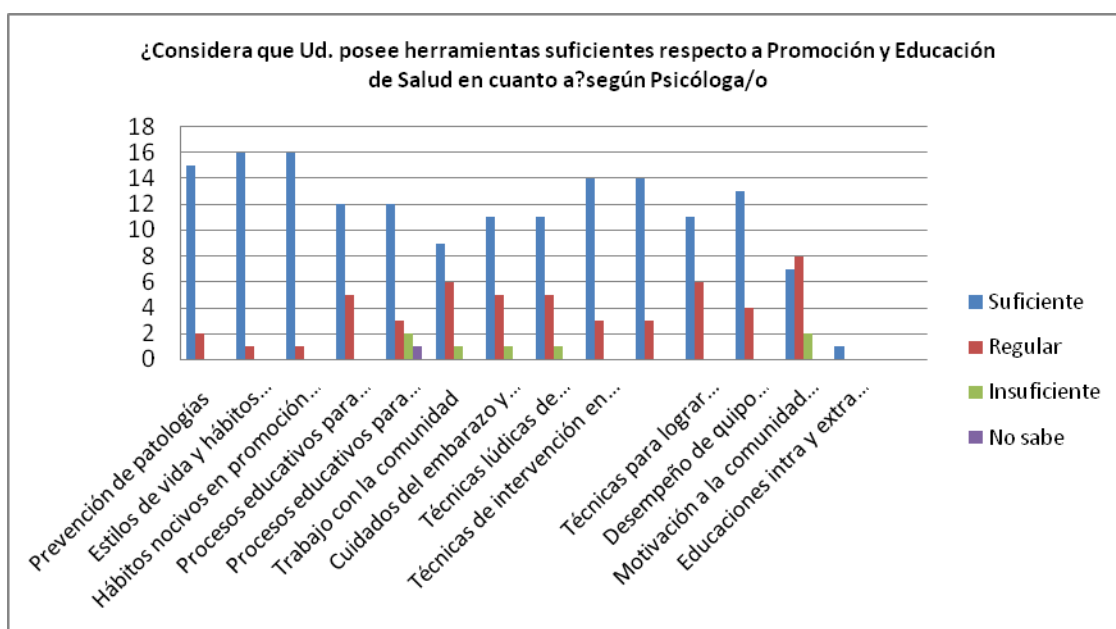
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº5.5.10



En la mayoría de las categorías los Nutricionistas consideran que poseen herramientas “Suficientes” para la Educación y Promoción en Salud. La categoría “Técnicas Lúdicas de Transmisión de Conocimientos” y “Técnicas de Intervención en Crisis”, son consideradas por parte de los profesionales como “Regular”. La única categoría catalogada como “No sabe” se considera “Cuidados del Embarazo y Puerperio”, puesto que esta categoría es netamente del rol profesional de Matrona/ón y no es facultativo del área Nutricional.

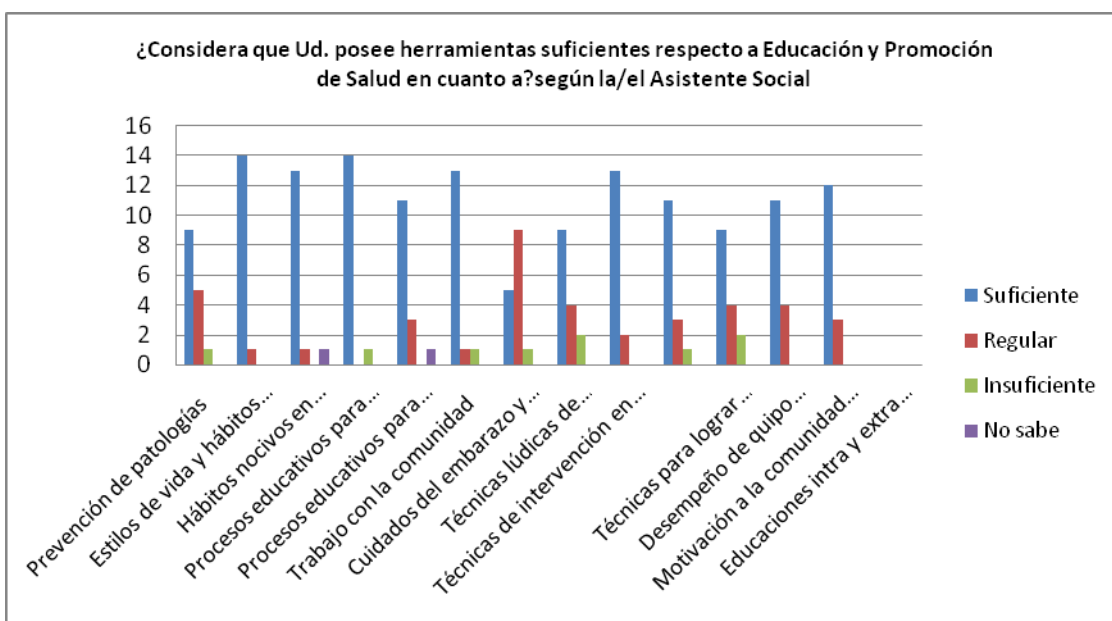
GRÁFICO Nº5.5.11



Psicólogas/os catalogan como “Suficiente” la mayor parte de las categorías anteriormente expuestas en el gráfico, con excepción de “Motivación a la Comunidad para Concurrencia a Talleres” que sólo la consideran “Regular”. La categoría “Procesos Educativos para Adultos” fue la única que obtuvo como respuesta la calificación “No sabe” como también la respuesta “Insuficiente”

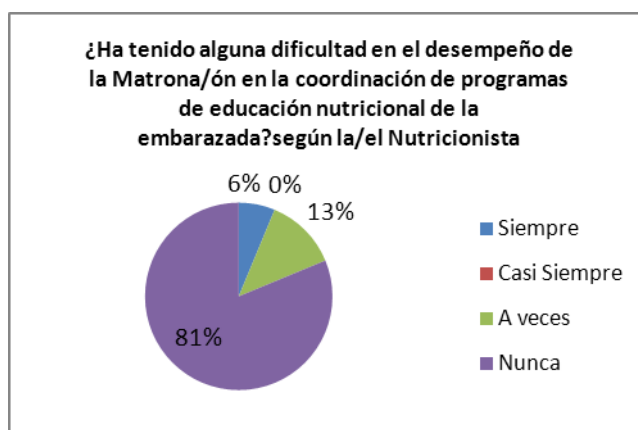
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº5.5.12



Los Asistentes Sociales refieren poseer herramientas “Suficientes” en todas las categorías, exceptuando “Cuidados del Embarazo y Puerperio” que con mayor frecuencia es calificada como “Regular”; esto concuerda con lo expuesto por Nutricionistas, ya que esta área no es propia de dicho profesional, si bien es necesario que tenga conocimientos básicos respecto al tema, no es relevante su especialización en ella.

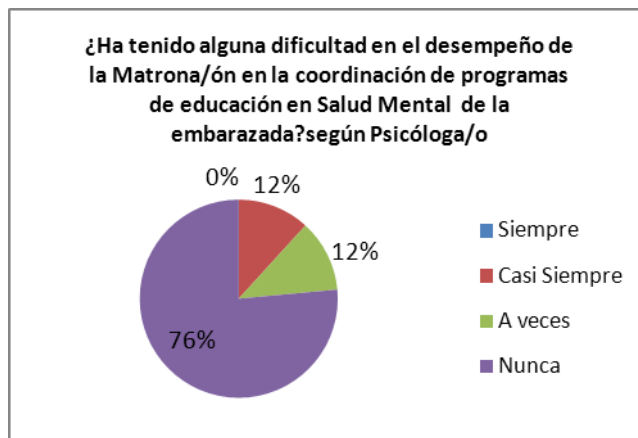
GRÁFICO Nº5.5.13



Un 81% de Nutricionistas relata que “Nunca” ha tenido dificultad en la coordinación de “Programas de Educación Nutricional de la Embarazada” con Matrona/ón, sin embargo, 13% refiere tener “A veces” dificultad en este aspecto, pero 6% de ellos considera que “Siempre” tiene problemas en la coordinación con Matrona/ón.

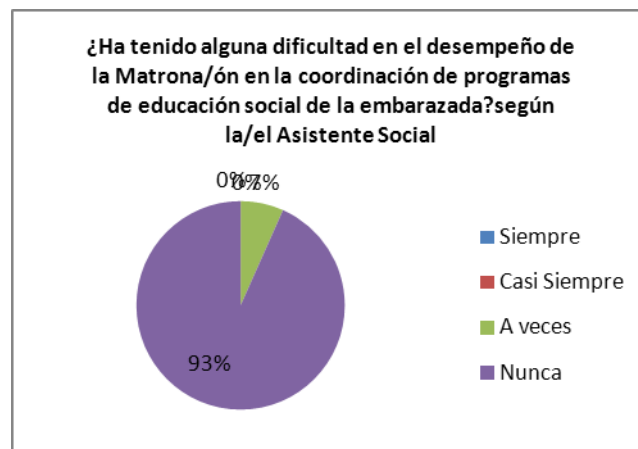
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.5.14



Un 76% de Psicólogas/os refiere “Nunca” tener dificultad en la coordinación con Matrona/ón en cuanto a “Programas de Educación en Salud Mental de la Embarazada”. Mientras que 12% califica esta respuesta como “Casi Siempre” y “A veces”, pero el porcentaje es mínimo. En general concuerda con Nutricionistas que hay buena coordinación en la elaboración de estrategias educativas para las embarazadas con Matrona/ón.

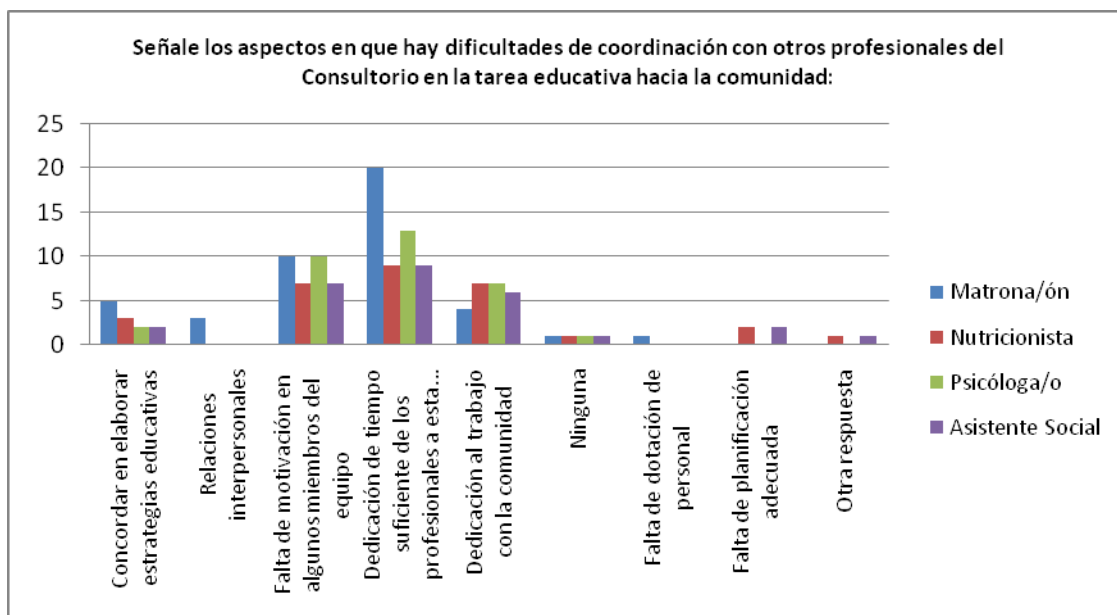
GRÁFICO N°5.5.15



Asistentes Sociales consideran en 93% que “Nunca” tienen dificultad en la coordinación con Matrona/ón en “Programas de Educación Social de la Embarazada” y 7% relata que “A veces” ha tenido alguna dificultad.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº5.5.16



Del gráfico se desprende que la mayoría que respondieron a esta pregunta señalan que el aspecto en donde se encuentra dificultad en la coordinación con los demás profesionales en la tarea educativa hacia la comunidad es por la “Falta de Dedicación de Tiempo Suficiente a esta Tarea”. Se infiere que éstos priorizan el cumplimiento de las metas y las labores asistenciales que realizan en el Consultorio, antes que la tarea educativa hacia la comunidad. La segunda tendencia que refieren es por la “Falta de Motivación en algunos Miembros del Equipo”.

GRÁFICO Nº5.5.17

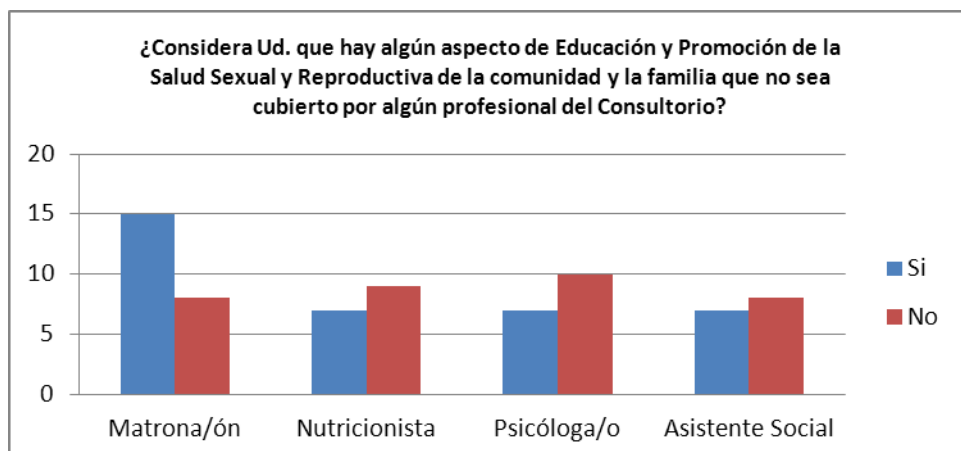
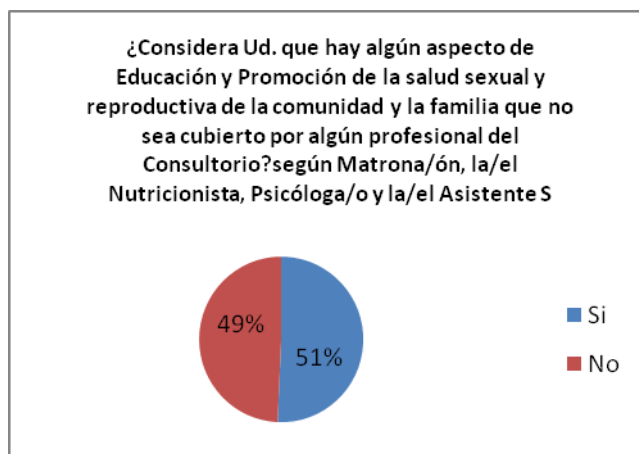


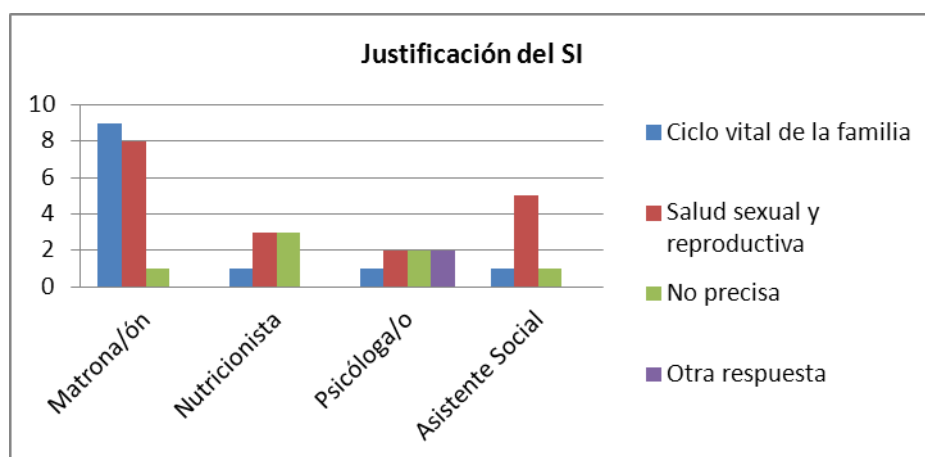
GRÁFICO Nº5.5.18



Análisis de los Resultados

Matrona/ón sostiene con mayor frecuencia que hay aspectos de Educación y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva que no están cubiertos por algún profesional del Consultorio. La tendencia del resto de los profesionales es que no existen aspectos sin cubrir en esta área. Sin embargo, las respuestas son bastante equitativas para ambas opciones. El 51% cree que “Sí” hay aspectos sin cubrir y el 49% considera que “No”. Es necesario conocer cuáles son los aspectos que los profesionales consideran “No” cubiertos. El siguiente gráfico da a conocer dichos aspectos.

GRÁFICO Nº5.5.19



Matrona/ón refiere con mayor frecuencia que la categoría que no está siendo cubierta es “Ciclo Vital de la Familia”, en la cual se incluyen los siguientes aspectos: “Pre- escolar”, “Adolescentes” y “Hombre Adulto”. La mayoría del resto de los profesionales junto a Matronas/es, respondieron a la categoría “Salud Sexual y Reproductiva”, especificando los siguientes aspectos: “Climaterio”, “Promoción del Ca Cu”, “Sexualidad y Afectividad en la Adolescencia”, “Vida sexual en la Mujer”, “Disfunciones Sexuales”, “Reproducción en Parejas”, “Sexualidad en Pacientes”, “Consejería en Sexualidad Saludable”, “Anticonceptivo”, “Puerperio”, “Embarazo Adolescente” y “VIH”.

Análisis de los Resultados

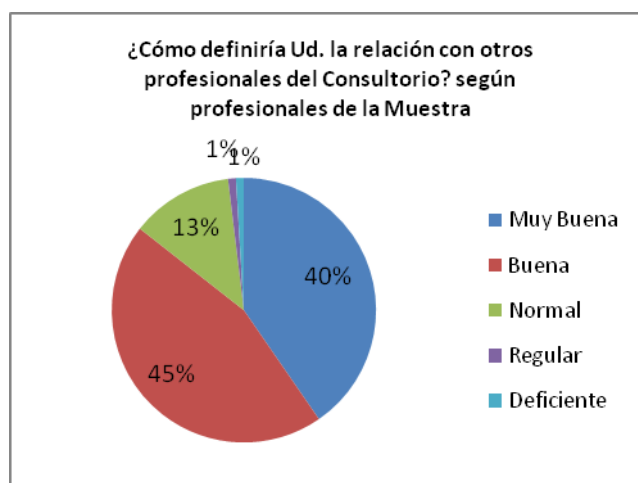
5.6 OTRAS ÁREAS.

Véase Tablas en Anexo N°17.

Esta área representa las relaciones humanas existentes dentro del equipo de salud, la interacción que se produce entre los profesionales de los Consultorios de la muestra y además las características que tiene el clima laboral. También considera cómo ven ellos las responsabilidades que cumplen dentro de cada Consultorio, el nivel de stress generado por las labores desempeñadas en su trabajo, así como también las condiciones que debieran mejorar para favorecer su desempeño laboral.

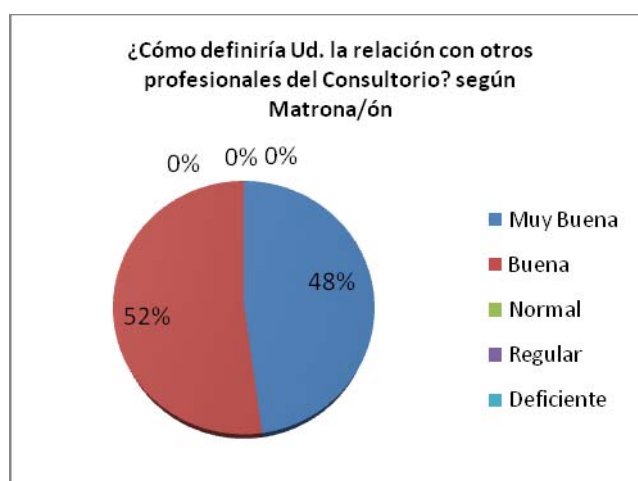
A continuación se responde, por el total de profesionales de la muestra compuesta por: Matrona/ón, Nutricionista, Psicóloga/o, Asistente Social, Enfermera/o y Técnico Paramédico.

GRÁFICO N° 5.6.1



El 45% de la muestra califica como “Buena” la relación con el resto de los profesionales del Consultorio, 40% la identifica como “Muy Buena” y un pequeño porcentaje la considera “Normal”.

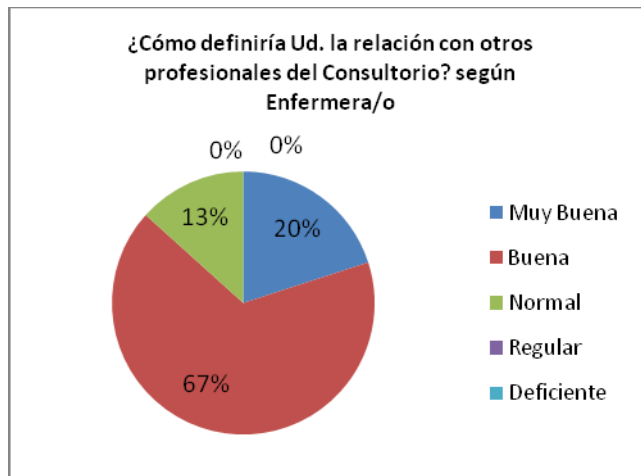
GRÁFICO N° 5.6.2



Análisis de los Resultados

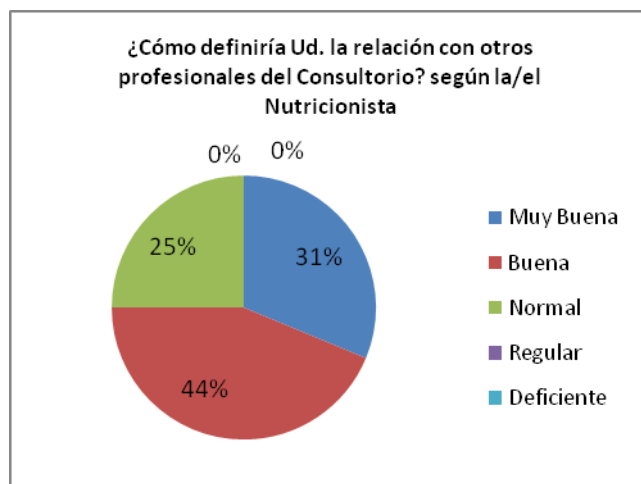
El 52% de las Matronas/es considera que la relación con otros profesionales del Consultorio es “Buena” y el excedente la califica como “Muy Buena”. Las otras aseveraciones no tiene representatividad en el gráfico.

GRÁFICO N° 5.6.3



Un 67% de las Enfermeras/os consideran como “Buena” la relación existente con los demás profesionales del Consultorio, 20% la califica como “Muy Buena” y 13% la considera como “Normal”.

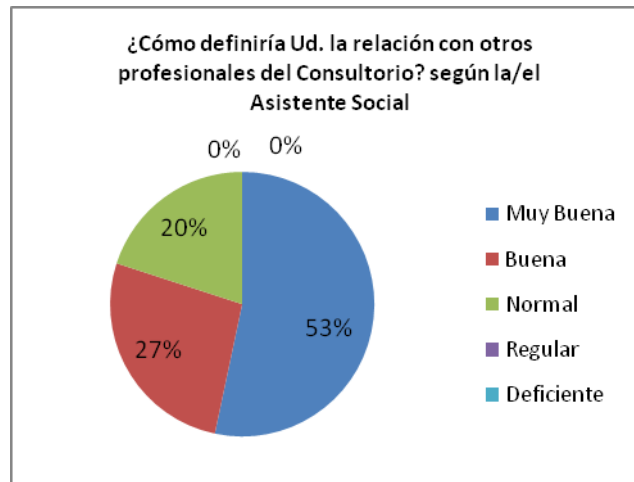
GRÁFICO N° 5.6.4



El 44% de los Nutricionistas considera la relación con el resto de los profesionales como “Buena”, 31% la califica como “Muy buena” y 25% cree que es “Normal”.

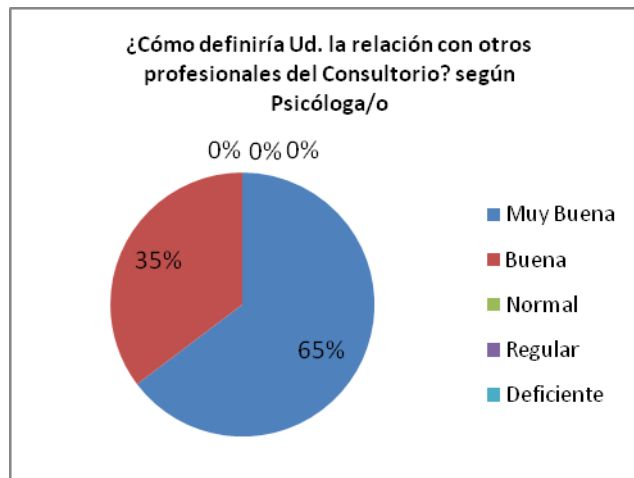
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.5



El 53% de los Asistentes Sociales refieren que la relación con los otros profesionales del Consultorio es “Muy Buena”, 27% “Buena” y 20% “Normal”, cabe destacar que esta aseveración se da con más frecuencia que en los demás profesionales que contestaron la misma pregunta.

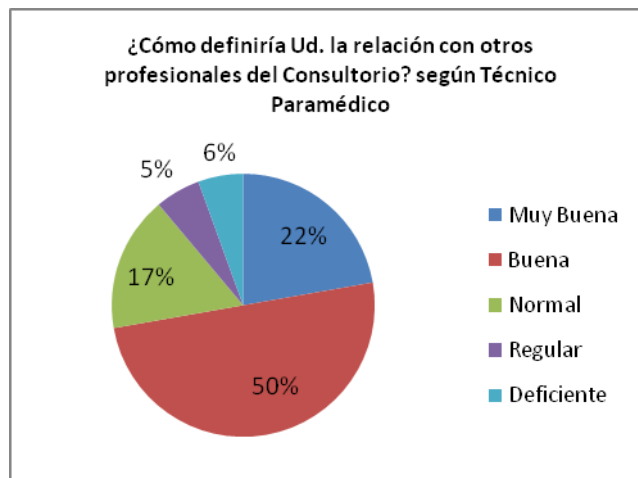
GRÁFICO Nº 5.6.6



El 65% de las Psicólogas/os considera “Muy Buena” la relación existente con el resto de los profesionales y 35% como “Buena”. Cabe destacar que este profesional es el único que no considera las demás aseveraciones de la pregunta.

Análisis de los Resultados

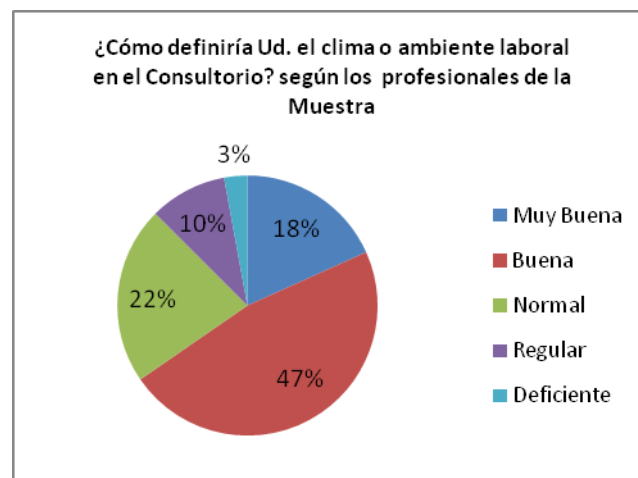
GRÁFICO Nº 5.6.7



El 50% de los Técnicos Paramédicos considera que la relación existente con los demás profesionales es “Buena”, 22% “Muy Buena” y 17% la considera “Normal”. Se destaca que este gráfico es el único donde aparecen las aseveraciones “Regular” y “Deficiente” con un 11%.

En general los profesionales califican como “Buena” la relación entre los demás profesionales de la muestra.

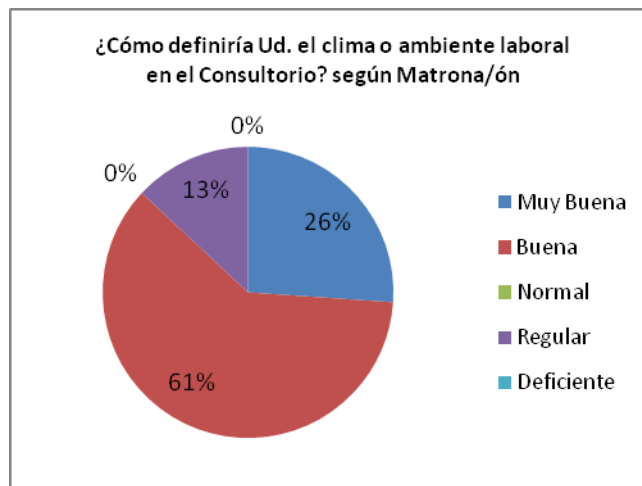
GRÁFICO Nº 5.6.8



Del total de encuestados 47% cree que el clima laboral es “Bueno”, 22% que es “Normal” y 18% que es “Muy Bueno”. Sin embargo existe un 13% que lo cataloga de “Regular” y “Deficiente”, lo que no representa lo anteriormente detallado por los profesionales y donde se asemeja el porcentaje de “Bueno” mas no los de “Regular” y “Deficiente”.

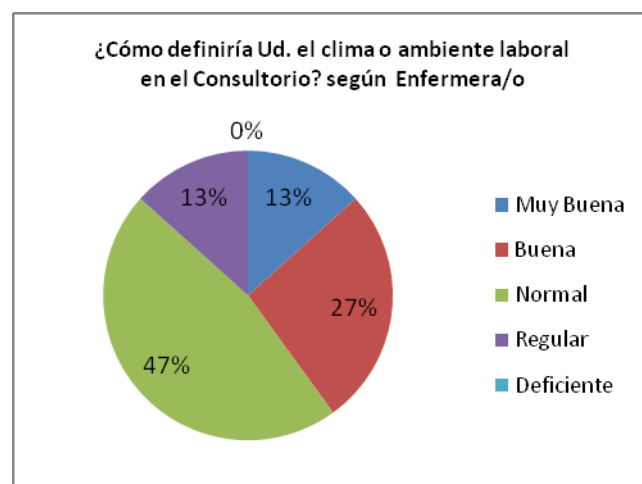
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.9



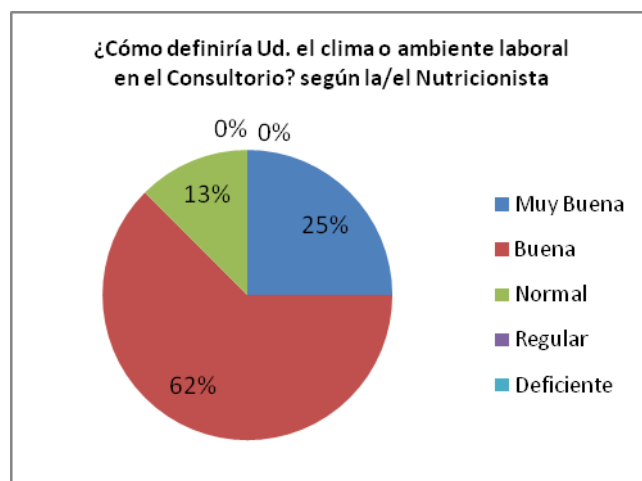
Un 61% de Matrona/ón considera el clima laboral como “Buena”, 26% “Muy Buena” y 13% “Regular”. El resto de las aseveraciones no tuvieron frecuencia en los datos.

GRÁFICO Nº 5.6.10



Un 47% de las Enfermeras/os consideran el clima laboral como “Normal”, 27% lo cataloga de “Buena” y un porcentaje no menor del 13% lo define como “Regular”. Este profesional es más riguroso para calificar el clima laboral que las Matronas/es.

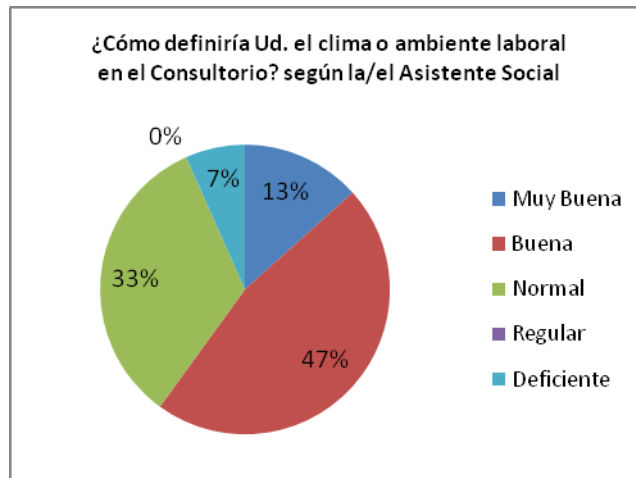
GRÁFICO Nº 5.6.11



Análisis de los Resultados

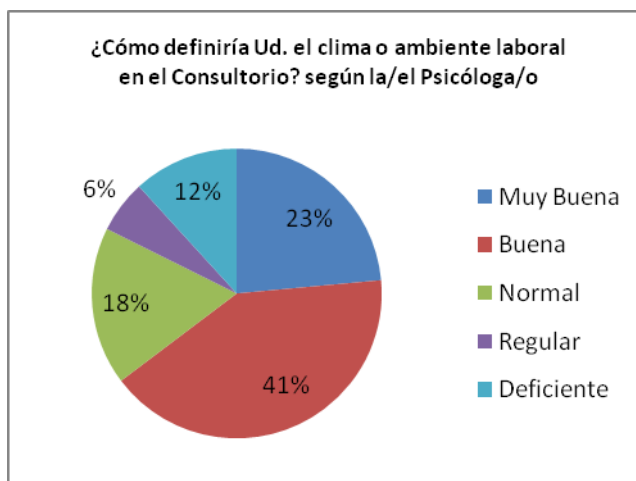
El 62% de los Nutricionistas considera “Bueno” el clima laboral, 25% “Muy Bueno”, estas consideraciones son más representativas que las de Matrona/ón y resta un 13% de profesionales que consideran el clima laboral como “Regular”.

GRÁFICO Nº 5.6.12



Un 47% de Asistentes Sociales refieren que el clima laboral es “Bueno”, 33% lo califica como “Regular”, este porcentaje se ve aumentado con respecto a los profesionales anteriormente mencionados y existe un 7% que responde a esta pregunta como “Deficiente”, es un porcentaje pequeño pero que refleja junto con lo anteriormente mencionado que existe discrepancia con respecto a este tema.

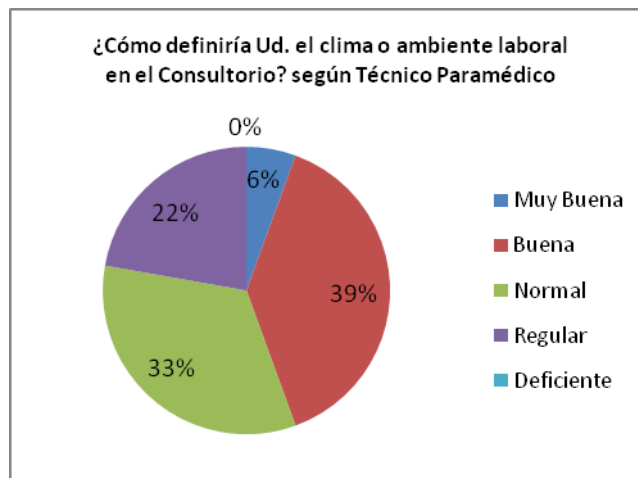
GRÁFICO Nº 5.6.13



Un 41% de Psicólogas/os describe el clima laboral como “Bueno”, 23% lo considera “Muy Bueno” y una cifra no menor lo califica como “Regular” al igual que las Enfermeras/os y Asistentes Sociales, por otro lado Psicólogas/os en un porcentaje del 6% . Se destaca dentro de este grupo que hay un 12% que reconoce en el clima laboral un ambiente “Deficiente”.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.14



El Técnico Paramédico califica el clima laboral con menor porcentaje en la aseveración “Bueno” en comparación con las respuestas anteriores obtenidas de acuerdo a los gráficos de esta misma pregunta, refiriendo un 39% y sostiene con un 33% que el clima laboral es “Normal”. Un porcentaje del 22% califica este ambiente como “Regular” y la mínima parte de ellos sólo con un 6% lo considera “Muy Bueno”.

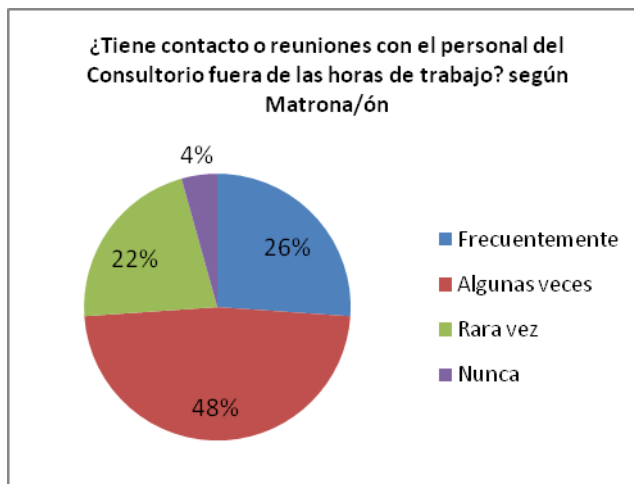
GRÁFICO Nº 5.6.15



Un 34 % de los profesionales de la muestra refieren que “Algunas Veces” tienen contacto con personal del Consultorio fuera de las horas de trabajo, con un 24% aseveran que “Frecuentemente”, por esto se infiere que existe una relación de tipo primaria o afectiva, es decir, una interacción entre los profesionales pertenecientes a cada Consultorio. Por otro lado responden 24% “Rara vez” y un porcentaje no menor, del 18% refiere que “Nunca” tiene contacto con personal fuera del horario de trabajo. Los porcentajes están divididos y no representan ampliamente alguna diferencia entre ellos. Se aprecia en los siguientes gráficos como se desprende esta pregunta por cada profesional de la muestra.

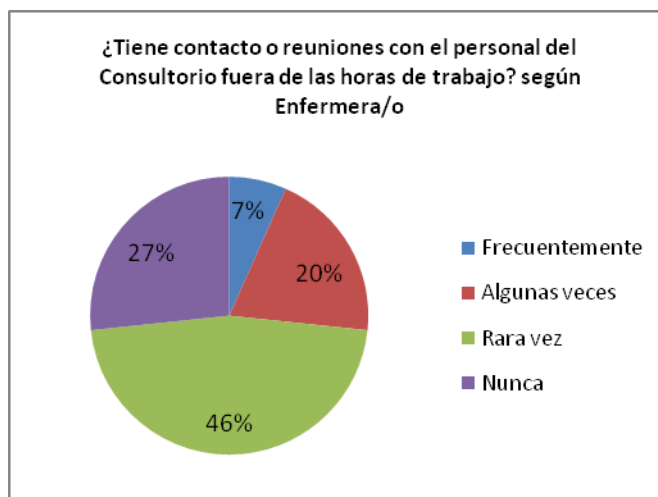
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.16



Del total de Matronas/es, 48% refiere tener “Algunas veces” contacto o reuniones con personal del Consultorio fuera del horario de trabajo, 26% considera que “Frecuentemente” tiene estas reuniones, 22% de ellos considera que “Rara vez” tienen reuniones fuera del horario de trabajo y un 4% que “Nunca”.

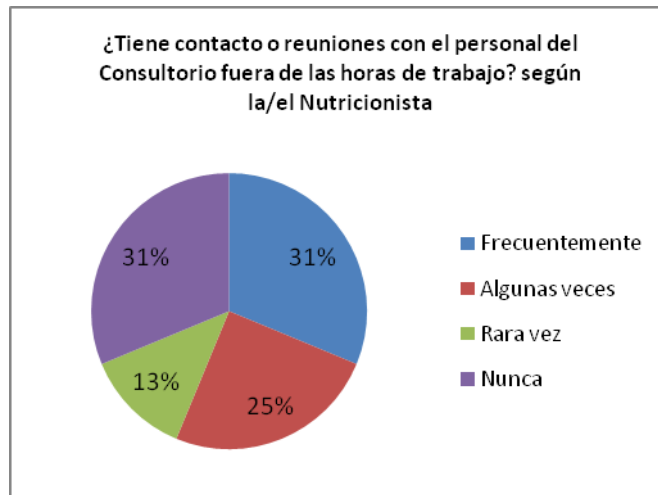
GRÁFICO Nº 5.6.17



Un porcentaje del 46% de las Enfermeras/os refiere que “Rara vez” tiene contacto con otros profesionales fuera del horario de trabajo y 27% que “Nunca”, éstos se diferencian en la opinión que da la Matrona/ón, pues la tendencia a tener contacto o reuniones fuera de las horas laborales disminuye en comparación con estos últimos. Un 20% refiere que “Algunas Veces” tiene reuniones con los demás profesionales fuera de la jornada laboral y sólo 7% refiere que “Frecuentemente”

Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.18



Del total de Nutricionistas no existe una tendencia clara, ya que los mayores porcentajes se encuentran divididos entre las categorías de “Frecuentemente” y “Nunca”, obteniendo un 31% en ambas, resultado que no se ha dado en los otros profesionales. Un 25% refiere que “Algunas veces” y 13% relata que “Rara vez” ha tenido reuniones con personal fuera de las horas de trabajo.

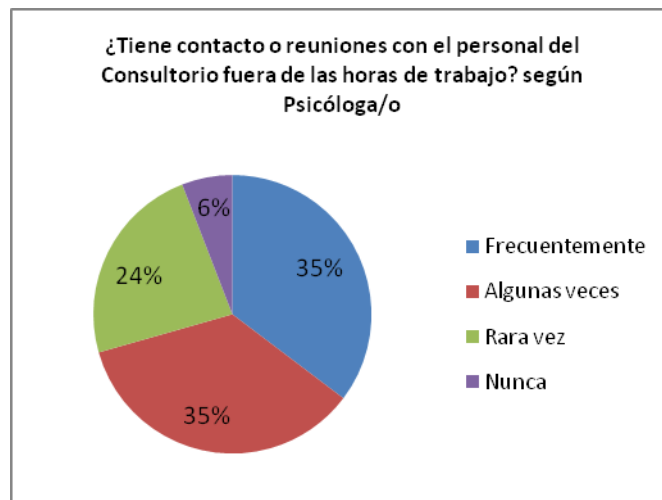
GRÁFICO Nº 5.6.19



En Asistentes Sociales se produce una semejanza, en cuanto a los porcentajes que se analizaron en el gráfico anterior, ya que 33% consideran que “Frecuentemente” tienen contacto o reuniones con personal del Consultorio fuera del horario de trabajo, 27% refiere que “Algunas veces” y 20% responde que “Rara vez” y “Nunca”.

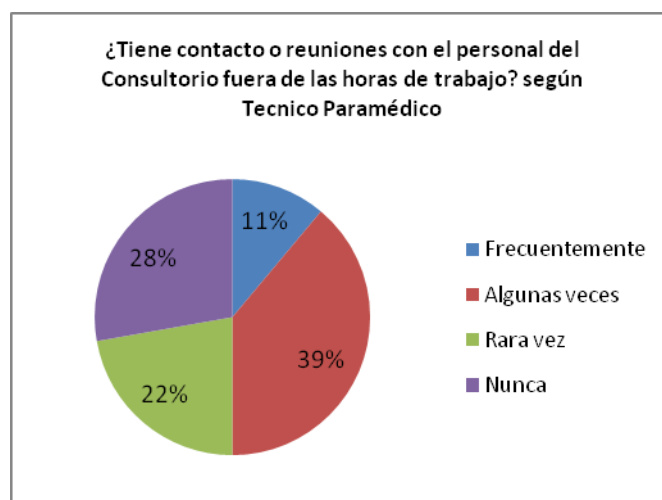
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.20



El 35% de las Psicólogas/os refiere tener “Frecuentemente” y “Algunas veces” reuniones con el personal del Consultorio fuera de las horas de trabajo, 24% relata que “Rara vez” y sólo un 6% que “Nunca”. Esta apreciación es similar a la que tiene Matrona/ón.

GRÁFICO Nº 5.6.21



Según Técnicos Paramédicos 39% refiere “Algunas Veces” tener reuniones con personal del Consultorio fuera de las horas de trabajo, 28% refiere que “Nunca”, 22% que “Rara vez” y sólo 7% “Frecuentemente”. Estas aseveraciones marcan una pequeña tendencia a que no muy a menudo tienen contacto extra laboral con los demás profesionales del Consultorio.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.22

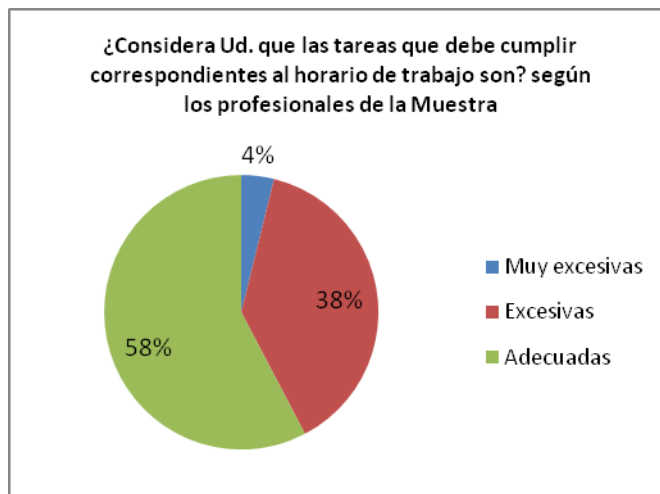
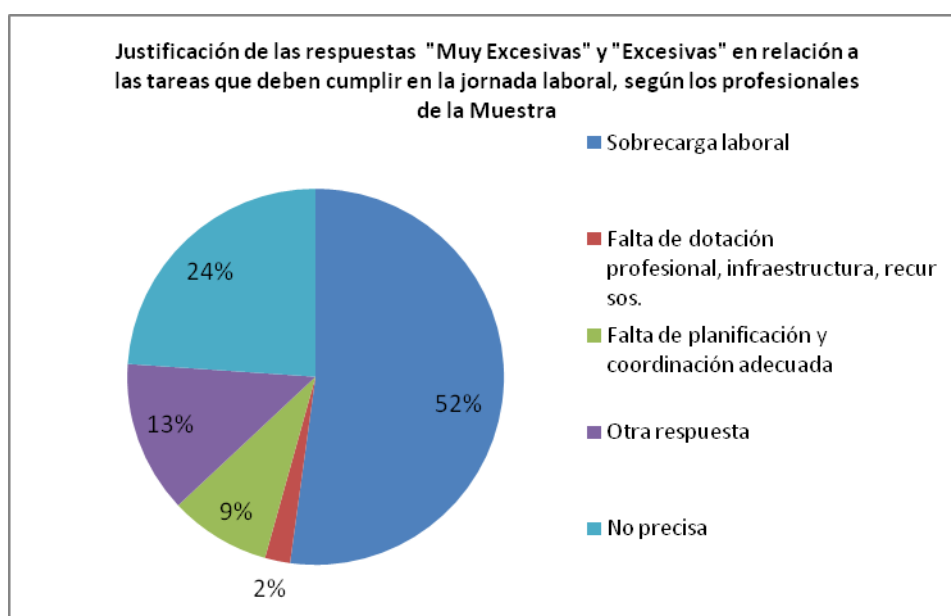


GRÁFICO Nº5.6.23



De los profesionales de la muestra 58% de ellos consideran "Adecuadas" las tareas que deben cumplir en el horario de trabajo, 38% las considera "Excesivas" y 4% "Muy excesivas".

El total de encuestados refiere "Muy excesivas" y "Excesivas" las horas laboras justificando a estas en un 52% por "Sobrecarga Laboral" y 24% "No Precisa" su respuesta.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.24

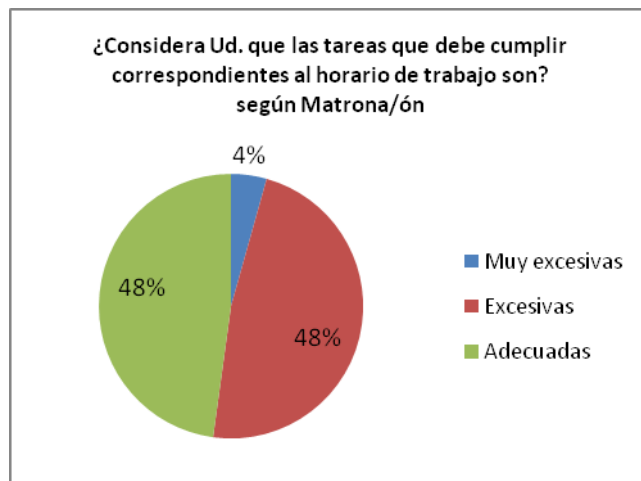


GRÁFICO Nº5.6.25



Un 48% de las Matronas/es consideran “Excesivas” las tareas que debe cumplir dentro del horario de trabajo, con este mismo porcentaje hay quienes las consideran “Adecuadas” y 4% “Muy Excesivas”.

De las Matronas/es que consideran “Muy Excesivas” y “Excesivas” las tareas que deben cumplir dentro del horario de trabajo, el 67% opina que se debe a la “Sobrecarga Laboral”.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.26

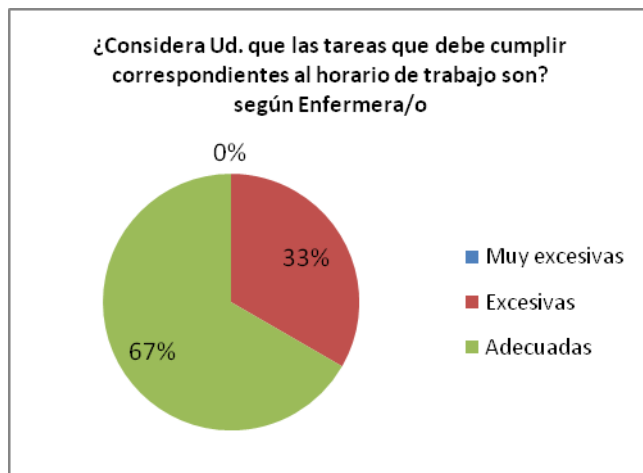
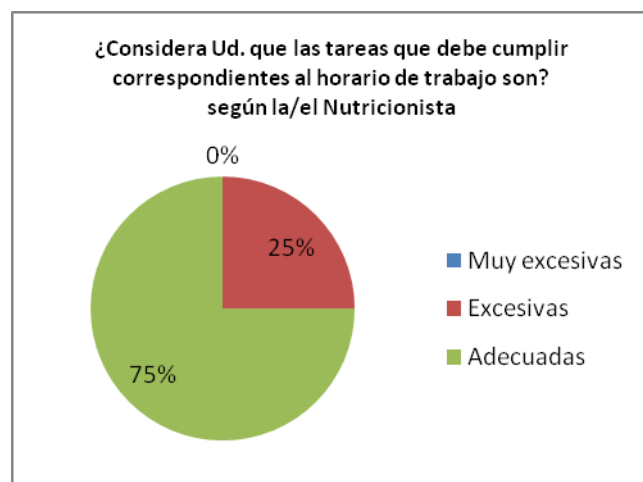


GRÁFICO Nº5.6.27



El 67% de Enfermeras/os consideran "Adecuadas" las tareas que deben realizar en el horario de trabajo, 33% restante las califica como "Excesivas". De éste porcentaje un 100% le otorga responsabilidad a la "Sobrecarga Laboral".

GRÁFICO Nº 5.6.28



Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.29



El 75% de Nutricionistas considera que las tareas que deben cumplir correspondientes al horario de trabajo son "Adecuadas", 25% restante las califica como "Excesivas". De éste porcentaje un 60% refiere que es debido a la "Sobrecarga Laboral".

GRÁFICO N° 5.6.30

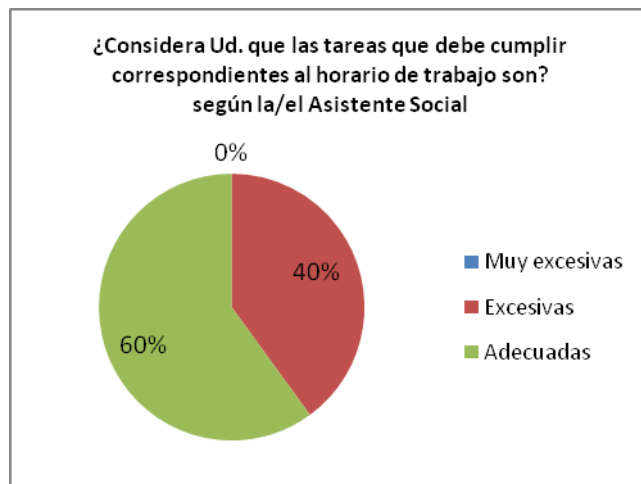
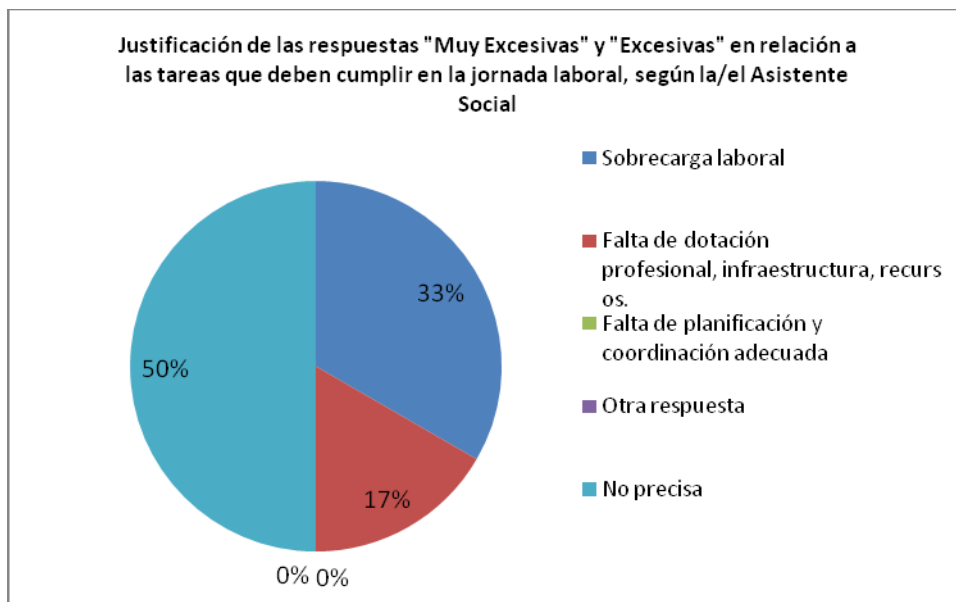


GRÁFICO N° 5.6.31



Análisis de los Resultados

El 60% de Asistentes Sociales consideran que las tareas que debe cumplir dentro de las horas de trabajo son “Adecuadas” y un 40% “Excesivas”. De los profesionales que consideran “Excesivas” estas tareas el 50% “No Precisa” respuesta, 33% lo asocia a “Sobrecarga laboral” y 17% a “Falta de Dotación Profesional, Infraestructura y Recursos”.

GRÁFICO Nº 5.6.32

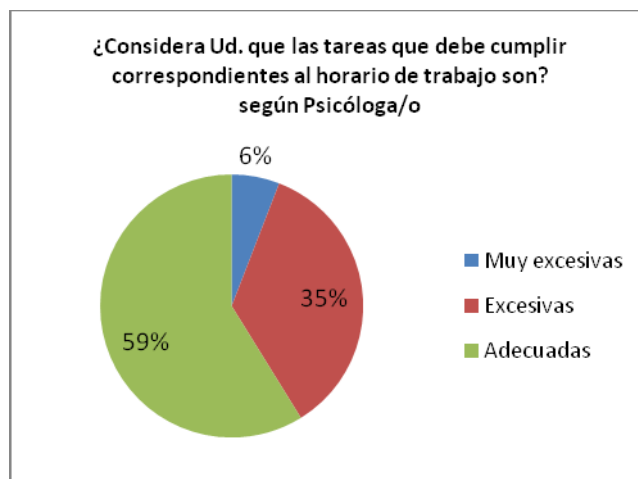
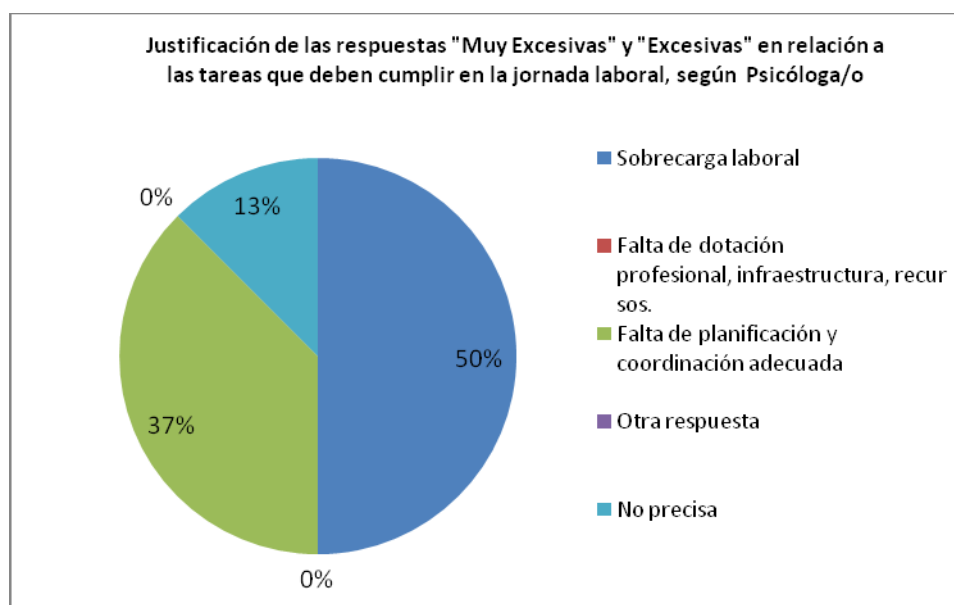


GRÁFICO Nº 5.6.33



El 59% de las Psicólogas/os consideran “Adecuadas” las tareas que deben realizar en el horario de trabajo, 35% “Excesivas” junto al 6% que las considera “Muy Excesivas”. De las respuestas “Excesivas” y “Muy excesivas”, el 50% refiere que se debe a “Sobrecarga Laboral” y 37% por “Falta de Planificación y Coordinación Adecuada”.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.34

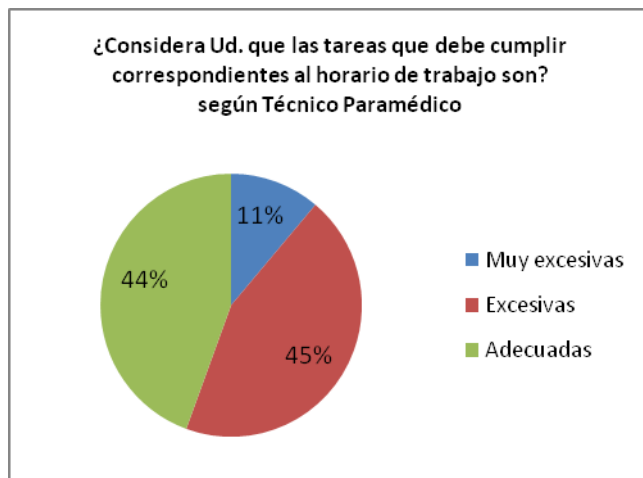
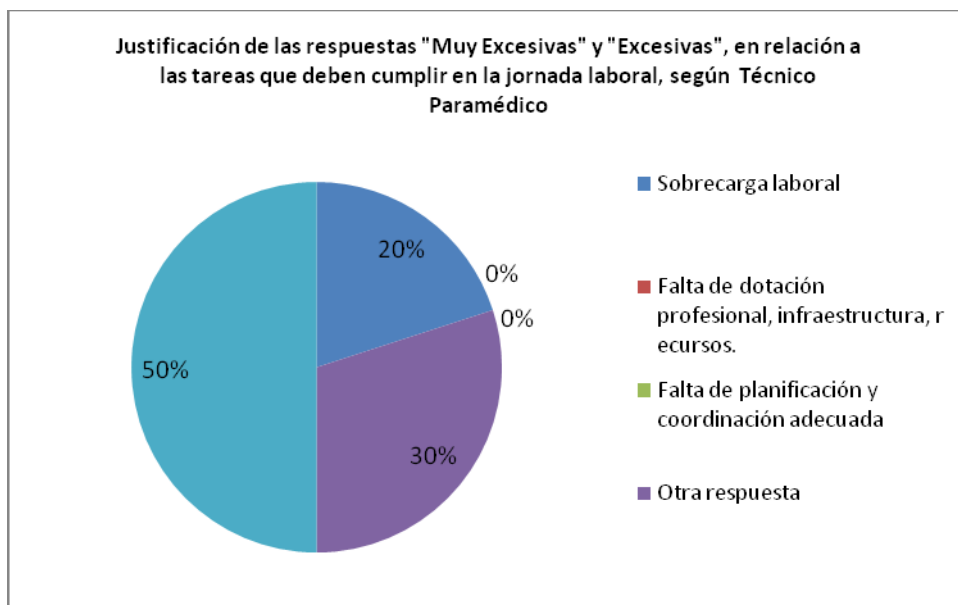
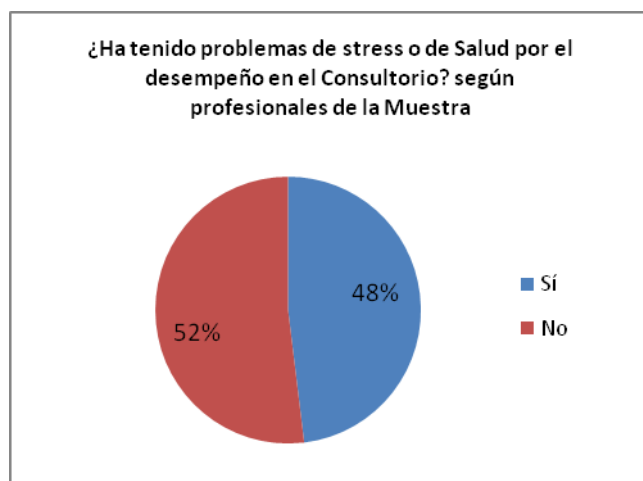


GRÁFICO Nº 5.6.35



El 45% de los Técnicos Paramédicos considera que las tareas que debe cumplir en el horario de trabajo son "Excesivas", en similar porcentaje con 44% que son "Adecuadas" y 11% cree que son "Muy Excesivas". Cabe destacar que estos fueron quienes obtuvieron una mayor tendencia de respuestas "Excesivas" y "Muy Excesivas", teniendo en consideración que 50% no precisan respuesta ante la justificación de la pregunta.

GRÁFICO Nº 5.6.36



Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.37



De la muestra se obtuvo que 52% refiere "No" haber tenido problemas de stress o de salud por el desempeño en el Consultorio y el 48% que "Sí". De éste porcentaje un 57% señala la categoría "Trastornos psicológicos", que incluye: "Síndrome de Burn-out", "Trastornos Ansiosos", "Trastornos de Angustia", "Stress y Depresión". El 32% indica "Trastornos físicos", detallados en el Libro de Códigos.

GRÁFICO Nº 5.6.38

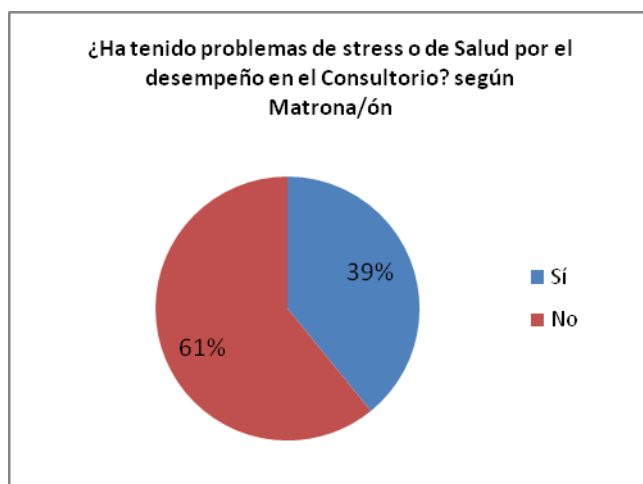
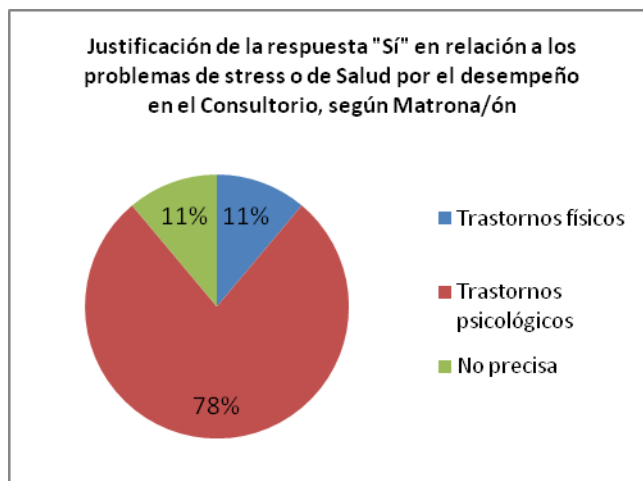


GRÁFICO Nº 5.6.39



Análisis de los Resultados

Las Matronas/es de la muestra refieren que 61% “No”, ha experimentado algún problema de stress o de salud por su desempeño en el Consultorio, mientras que el 39% “Sí”. De éstas respuestas 78% se asocian a “Trastornos Psicológicos”, descritos anteriormente.

GRÁFICO Nº 5.6.40

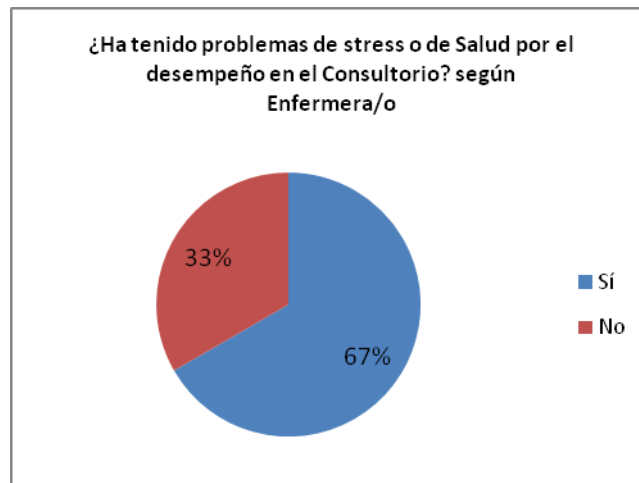
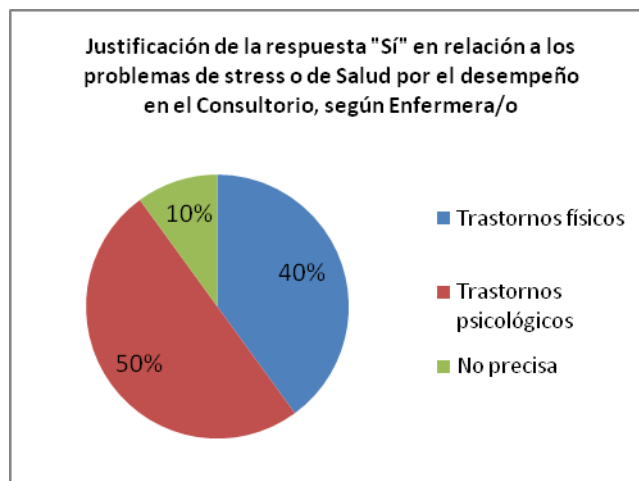


GRÁFICO Nº 5.6.41



El 67% de las Enfermeras/os respondieron que “Sí” han presentado problemas de salud por el trabajo desempeñado en el Consultorio y 33% que “No”. De los que “Sí” presentaron problemas de Salud, el 50% refirió “Trastorno Psicológico” y 40% “Trastorno Físico”. Cabe destacar que es el profesional que más problemas de salud presenta por su desempeño laboral.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.42

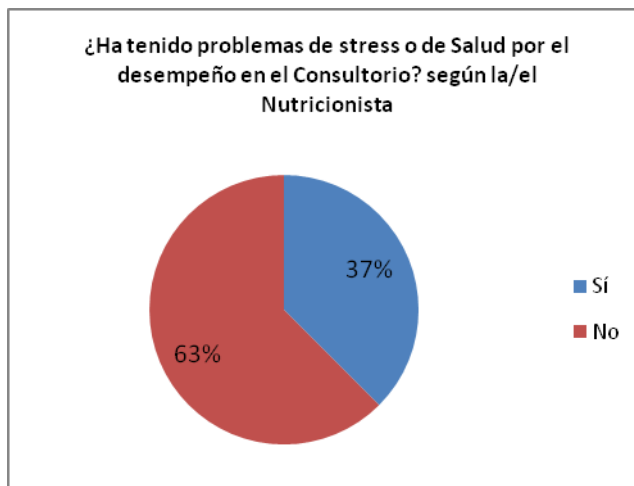
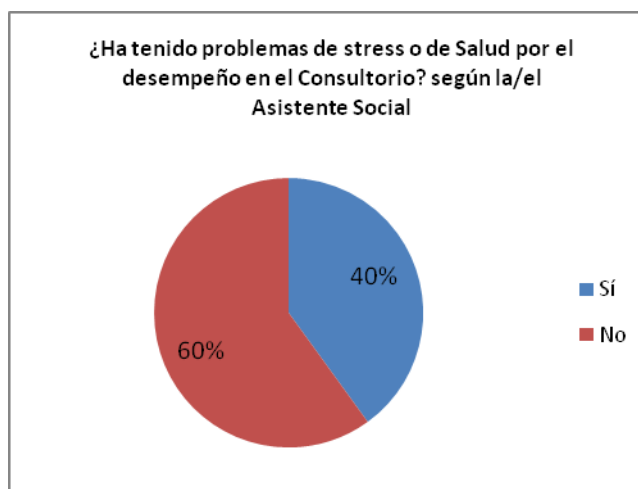


GRÁFICO Nº5.6.43



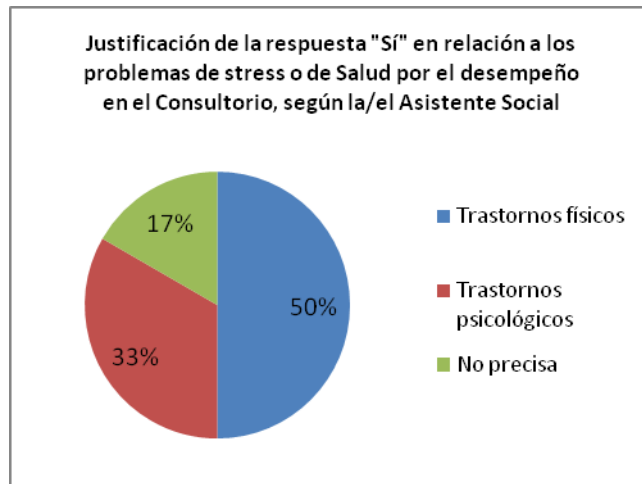
Del gráfico se desprende que 63% de Nutricionistas “No” ha presentado problemas de salud por su desempeño laboral y el 37% restante indica que “Sí” los ha presentado. De los Nutricionistas que presentaron problemas de salud 67% se atribuye a “Trastornos Físicos”, que incluyen: “Lumbago”, “Influenza Humana”, “Cefalea Tensional”, “Gastritis”, “Cansancio”, “Infecciones Respiratorias”, “Colon Irritable”, “Patología Cardíaca”, “Bruxismo”, “Tendinitis”, “Hernia Discal”, “Agotamiento” y el 16% a “Trastorno Psicológico”.

GRÁFICO Nº 5.6.44



Análisis de los Resultados

GRÁFICO N°5.6.45



El 60% de los Asistentes Sociales refiere "No" presentar problemas de stress o de Salud por su desempeño laboral, en cambio, 40% responde "Sí" haber tenido problemas de Salud. De los profesionales que "Sí" presentaron problemas de Salud el 50% lo atribuye a "Trastornos Físicos" y el 33% a "Trastornos Psicológicos".

GRÁFICO N° 5.6.46

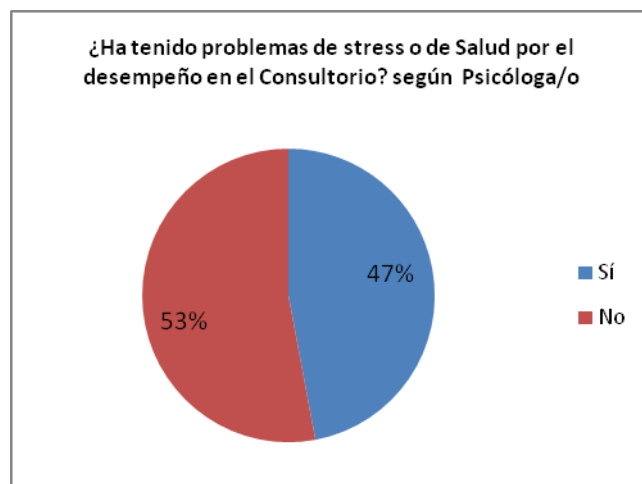
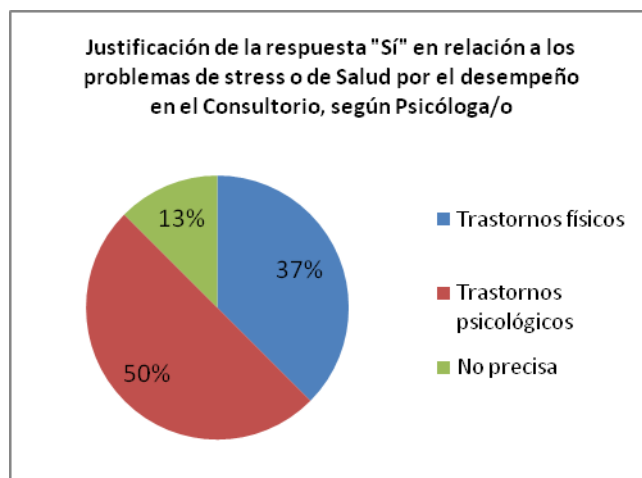


GRÁFICO N° 5.6.47



El 53% de Psicólogas/os refiere "No" haber presentado problemas de Salud por el desempeño en el Consultorio, sin embargo existe un 47% que "Sí" ha tenido

Análisis de los Resultados

problemas de Salud. De los que sí han presentado problemas de Salud 50% lo atribuye a “Trastornos Psicológicos” y 37% a “Trastornos Físicos”.

GRÁFICO Nº 5.6.48

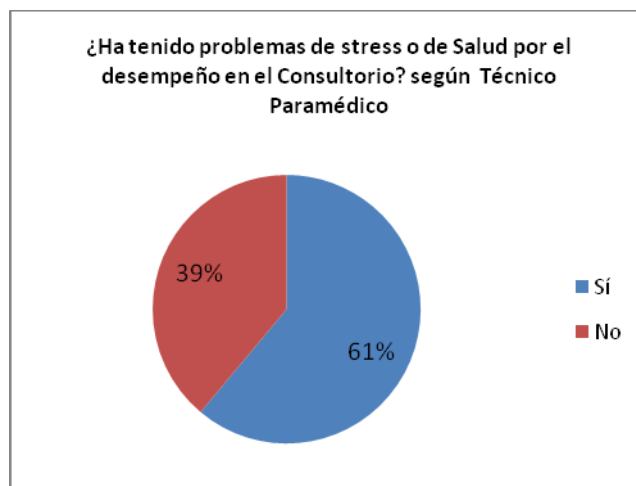
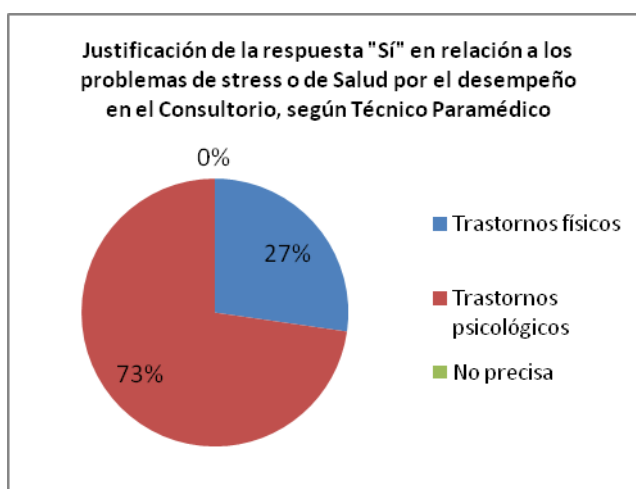


GRÁFICO Nº 5.6.49

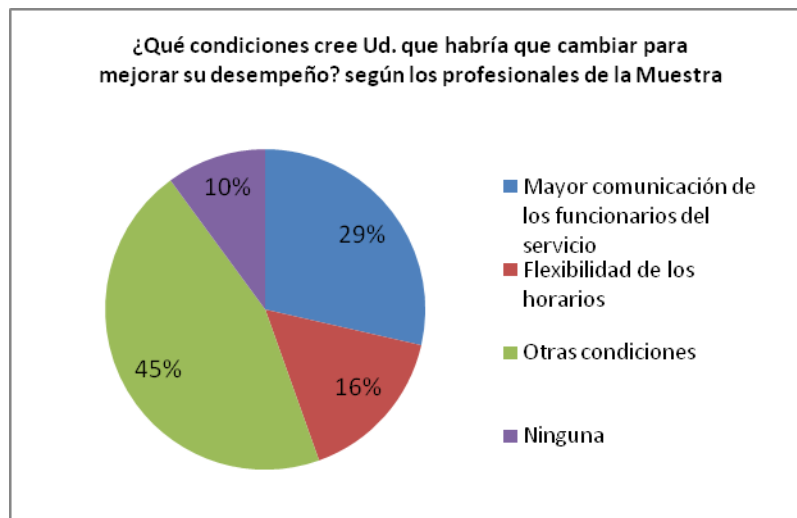


Un 61% de Técnicos Paramédicos indica que “Sí” ha presentado problemas de Salud durante el desempeño dentro del Consultorio, 39% restante señala que “No” ha tenido este problema. De los que “Sí” han presentado problemas un 73% afirma que han sido “Trastornos Psicológicos” y 27% “Trastornos Físicos”.

Esto junto a Enfermeras/os son los profesionales que con mayor porcentaje han indicado problemas de Salud debido al desempeño en el Consultorio.

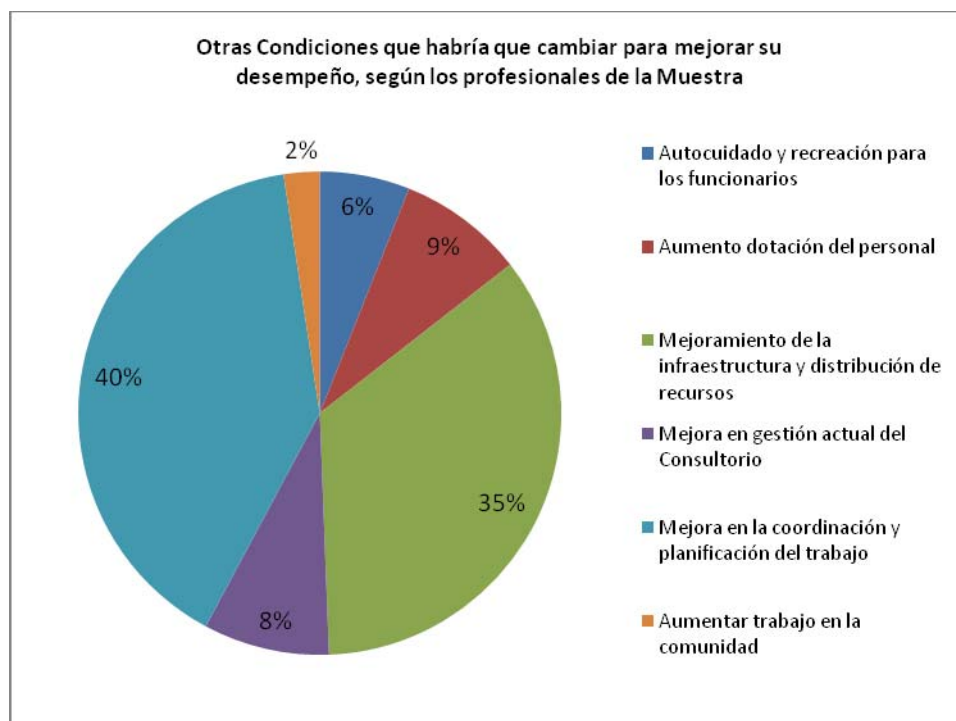
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.50



Un 45% de los profesionales ante la pregunta sobre las condiciones que habría que cambiar para mejorar su desempeño dentro del Consultorio, contestaron a la categoría “Otras Condiciones”, estas fueron descritas por los propios profesionales y se detallan en el gráfico que sigue. Sin embargo cabe destacar que un 29% indica “Mayor Comunicación de los Funcionarios del Servicio”.

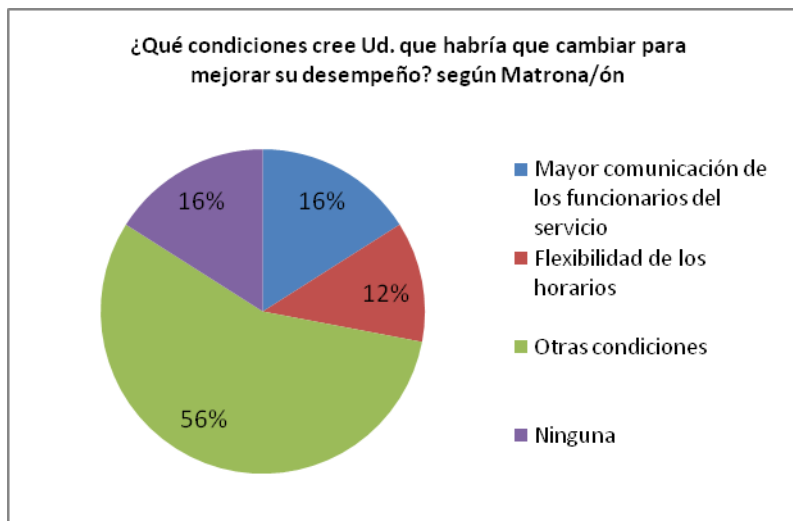
GRÁFICO Nº 5.6.51



Se destaca con 40% la condición “Mejora en la Coordinación y Planificación del Trabajo”, y con 35% “Mejoramiento de la Infraestructura y Distribución de Recursos”.

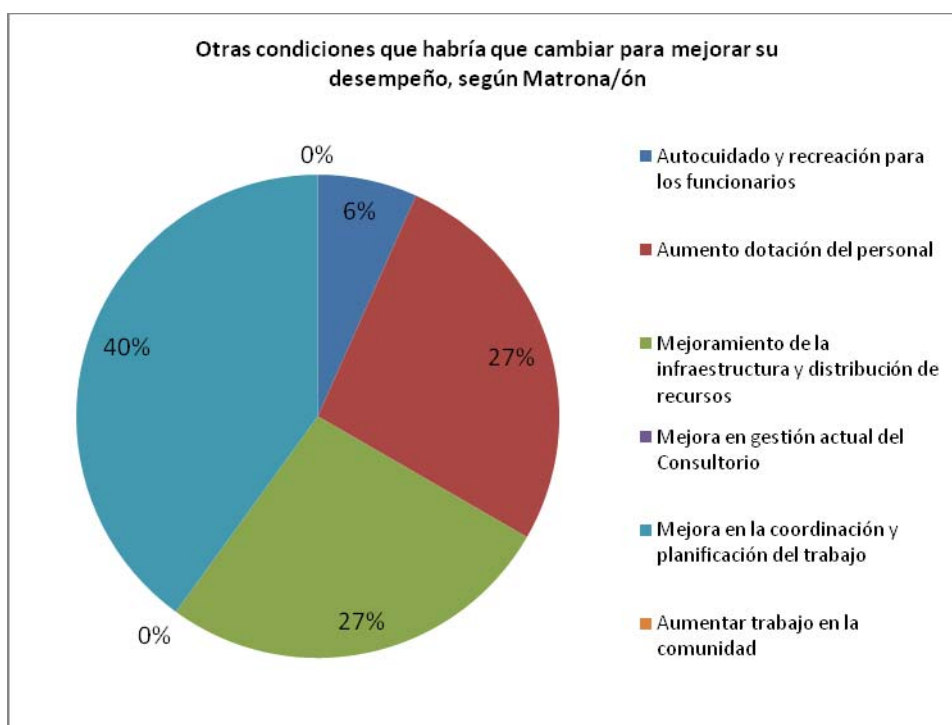
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.6.52



Matronas/es refieren con un porcentaje de 56% que para mejorar su desempeño necesitan “Otras Condiciones”, 16% sostiene que debiera existir “Mayor Comunicación de los Funcionarios del Servicio” y “Ninguna” condición. A continuación se detallan las “Otras Condiciones”.

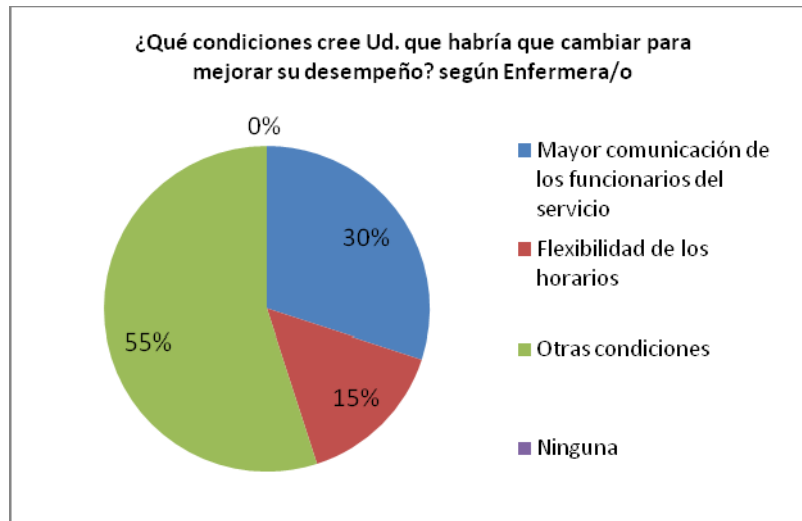
GRÁFICO Nº 5.6.53



Dentro de “Otras Condiciones”, Matrona/ón en un 40% consideran que para favorecer su desempeño en el Consultorio debiera existir “Mejora en la Coordinación y Planificación del Trabajo” y un 27% “Aumento de Dotación del Personal” junto con “Mejoramiento de la Infraestructura y Distribución de Recursos”.

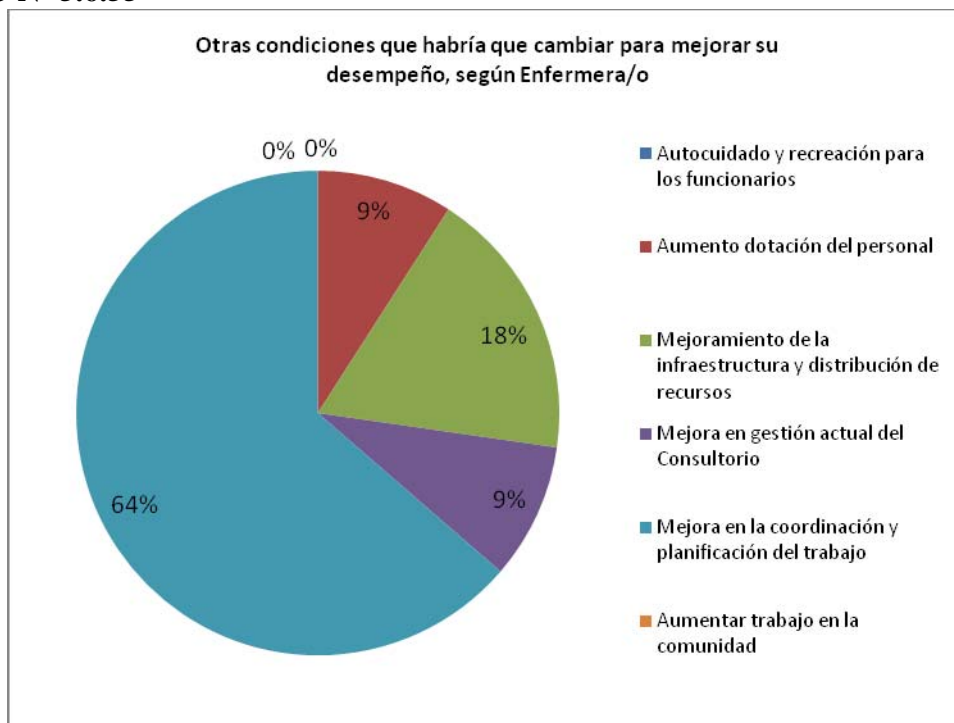
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.54



Frente a esta pregunta 55% de las Enfermeras/os respondieron que eran “Otras Condiciones” las que necesitan para mejorar su desempeño, en el siguiente gráfico se dan a conocer. Sin embargo 30% considera que para favorecer su desempeño es necesario una “Mayor Comunicación de los Funcionarios del Servicio”, en un 15% “Flexibilidad de los Horarios”.

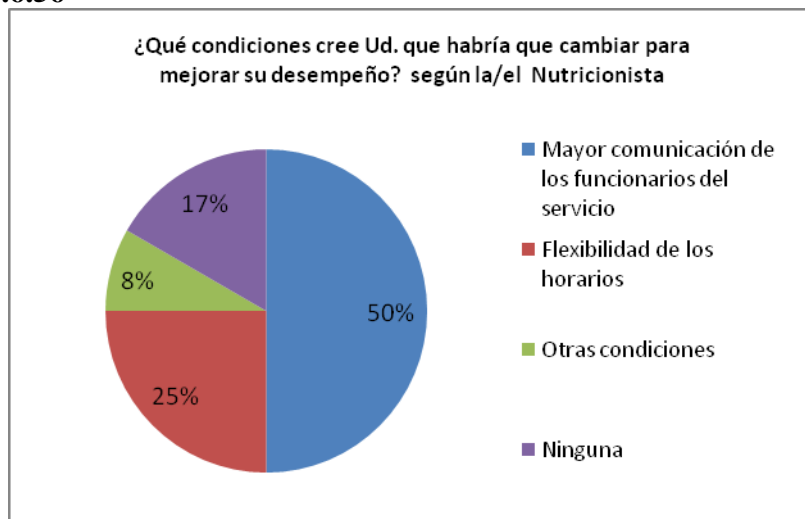
GRÁFICO N° 5.6.55



De las Enfermeras/os que refieren “Otras Condiciones” para la mejora de su desempeño, señalaron en un porcentaje similar a Matrona/ón con un 64%, “Mejora en la Coordinación y Planificación del Trabajo” y 18% “Mejoramiento de la Infraestructura y Distribución de Recursos”.

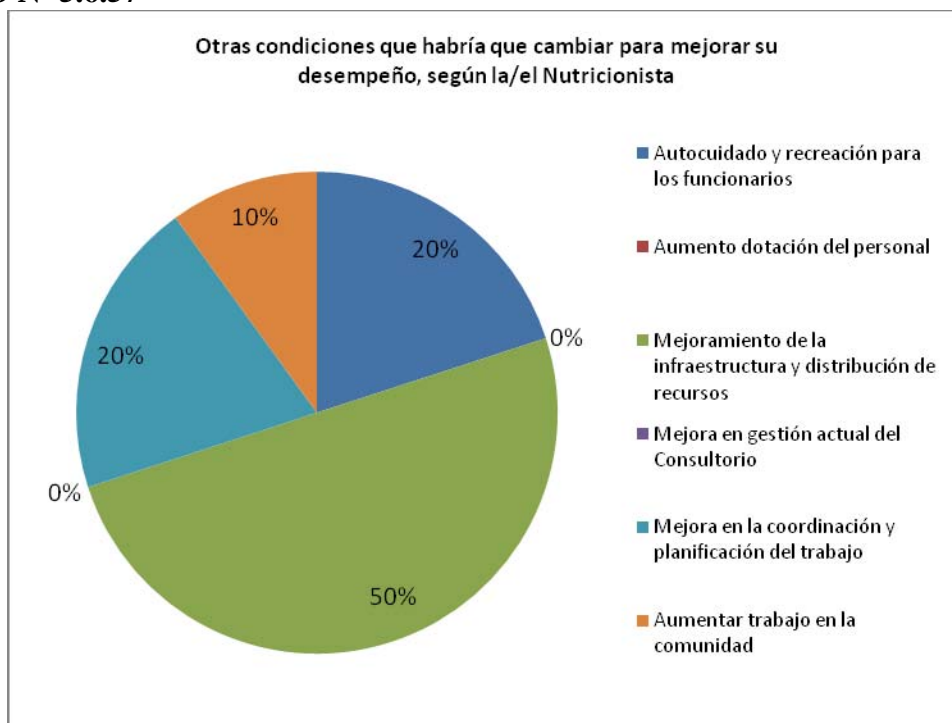
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.56



Se desprende del gráfico que 50% de los Nutricionistas para mejorar su desempeño dentro del Consultorio debiera existir una “Mayor Comunicación de los Funcionarios del Servicio” y con un 25% “Flexibilidad de los Horarios”. A pesar de que la categoría “Otras condiciones” tuvo una aceptación del 8% es necesario saber cuáles son éstas. El siguiente gráfico muestra esta categoría en específico.

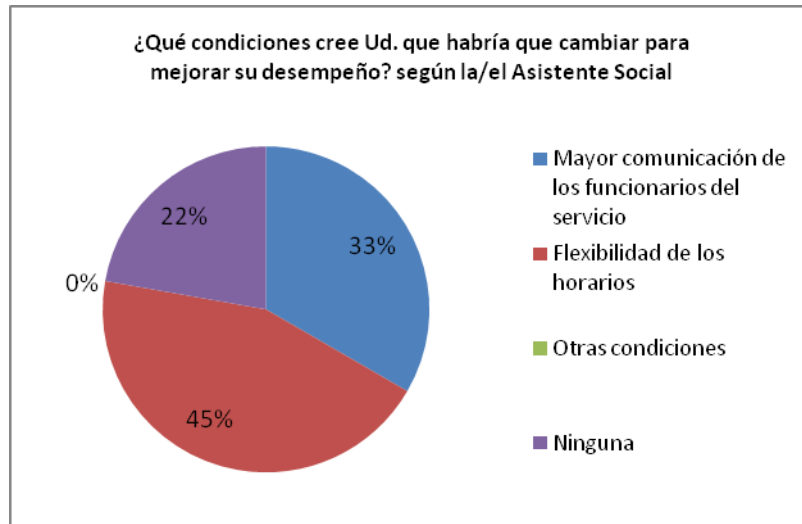
GRÁFICO N° 5.6.57



Del 8% de los Nutricionistas que consideraron la respuesta “Otras Condiciones”, el 50% de ellos respondieron que para favorecer su desempeño dentro del Consultorio debiera existir “Mejoramamiento de la Infraestructura y Distribución de Recursos”, con un 20% “Autocuidado y Recreación para Funcionarios” y “Mejora en la Coordinación y Planificación del Trabajo”.

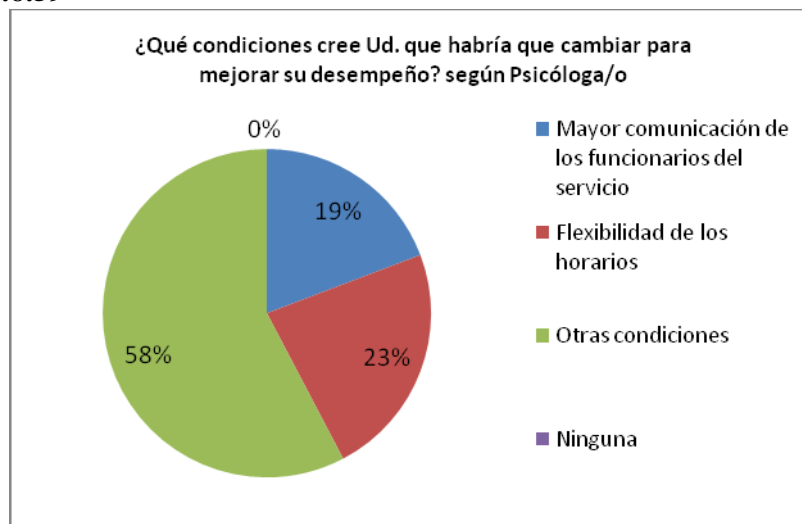
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.58



Un 45% de Asistentes Sociales cree que para mejorar su desempeño en el trabajo, es necesario “Flexibilidad de los Horarios”, lo que se puede atribuir a que ciertas tareas que debe cumplir se beneficiarían con este aspecto y 33% refiere “Mayor Comunicación de los Funcionarios del Servicio”.

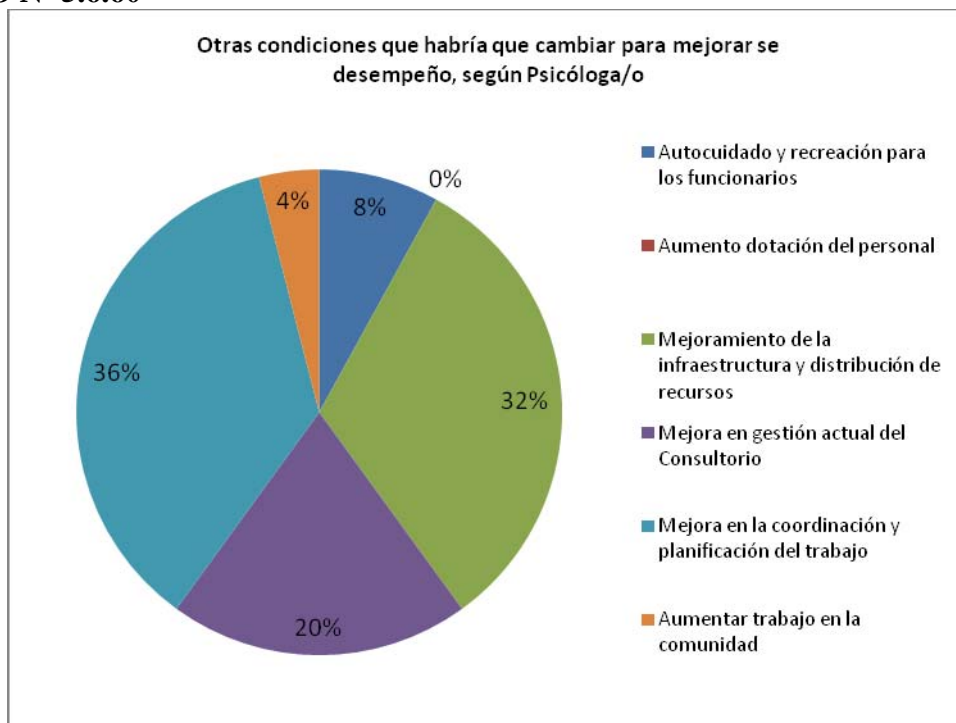
GRÁFICO N° 5.6.59



El 58% de Psicólogas/os considera que para una mejora en el desempeño de su trabajo debiera existir “Otras Condiciones” (detalladas en el siguiente gráfico) y un 23% considera “Flexibilidad de los Horarios”.

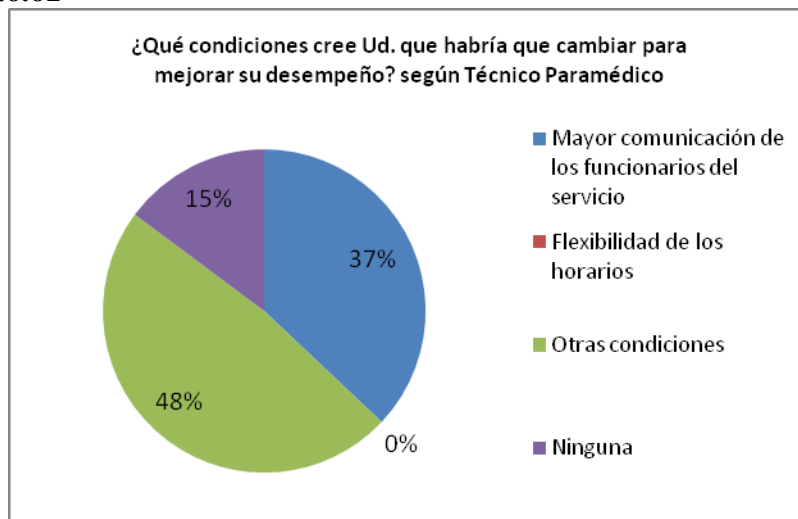
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.60



Del 58% de Psicólogas/os que aseveran a la pregunta, “Otras Condiciones”, señalan en un 36% que debiera existir “Mejora en la Coordinación y Planificación del Trabajo” para favorecer el desempeño en el Consultorio. Un 32% “Mejoramiento de la Infraestructura y Distribución de Recursos” y con 20% “Mejora en la Gestión del Consultorio”.

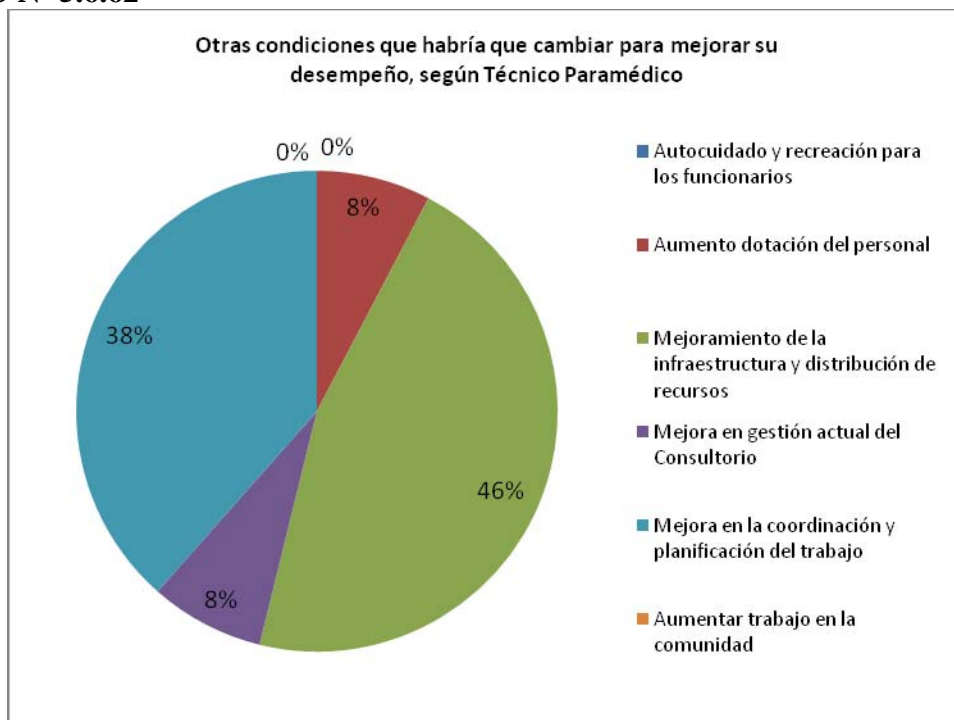
GRÁFICO N° 5.6.61



Un 48% de Técnicos Paramédicos señala “Otras Condiciones” para favorecer el desempeño en el Consultorio, las cuales se especifican con el siguiente gráfico y 37% refiere que debiera existir “Mayor Flexibilidad en los Horarios”.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.62



El 46% de aquellos que consideran la categoría “Otras Condiciones”, cree que debiera existir un “Mejoramamiento de la Infraestructura y Distribución de Recursos” y 38% “Mejora en la Coordinación y Planificación del Trabajo”.

GRÁFICO N° 5.6.63



Un 32% del total de la muestra considera la categoría “Capacitación Continua”, 17% “Mejorar Organización y Planificación”. Se destaca dentro de las respuestas que 10% de los profesionales opina que no debiera mejorar “Nada”.

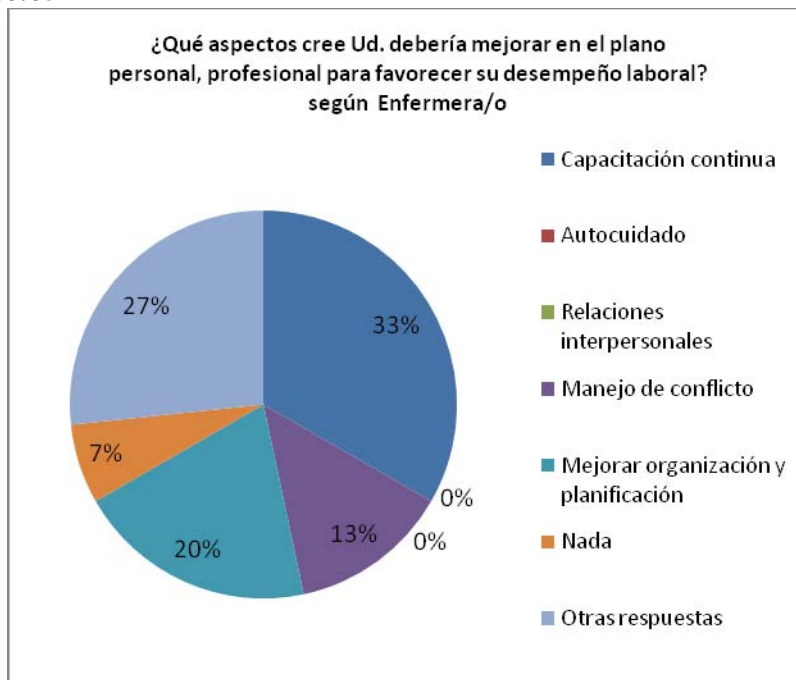
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.64



Un 28% de Matrona/ón cree que para mejorar su desempeño laboral debiera existir “Capacitación Continua”, el 20% “Mejorar Organización y Planificación” que también concuerda con lo analizado en el gráfico anterior y con el mismo 20% respondieron que no debieran mejorar “Nada”.

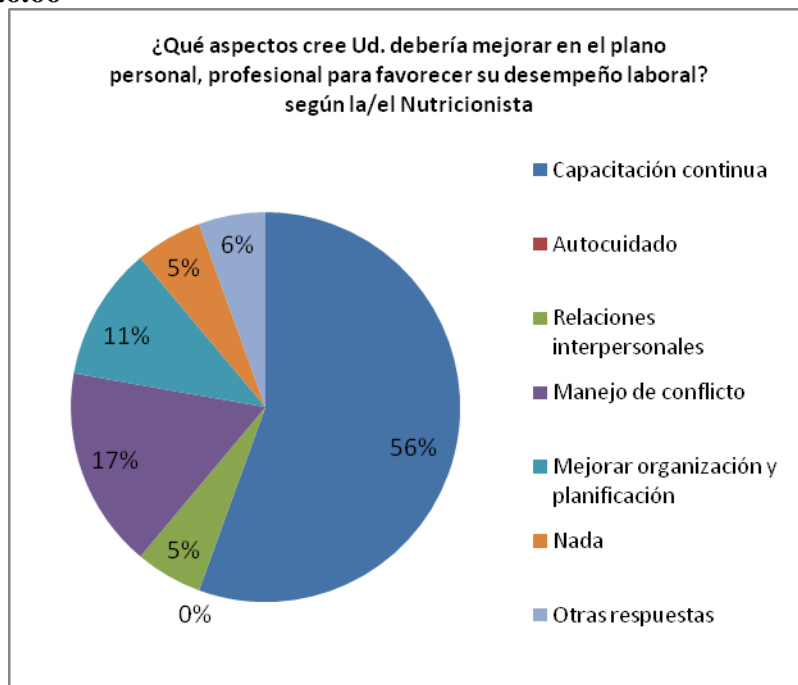
GRÁFICO N° 5.6.65



Del total de Enfermeras/os, 33% considera que para mejorar su desempeño laboral debiera haber una “Capacitación Continua”, que coincide con la prioridad de Matronas/es y un 27% “Otras Respuestas”, esta categoría incluye los siguientes aspectos “Flexibilidad Laboral”, “Más Experiencia Laboral”, “Mayor Permanencia en el Consultorio” y “Aumento de Convocatoria para la Comunidad”. Por último el 20% responde “Mejorar organización y planificación”.

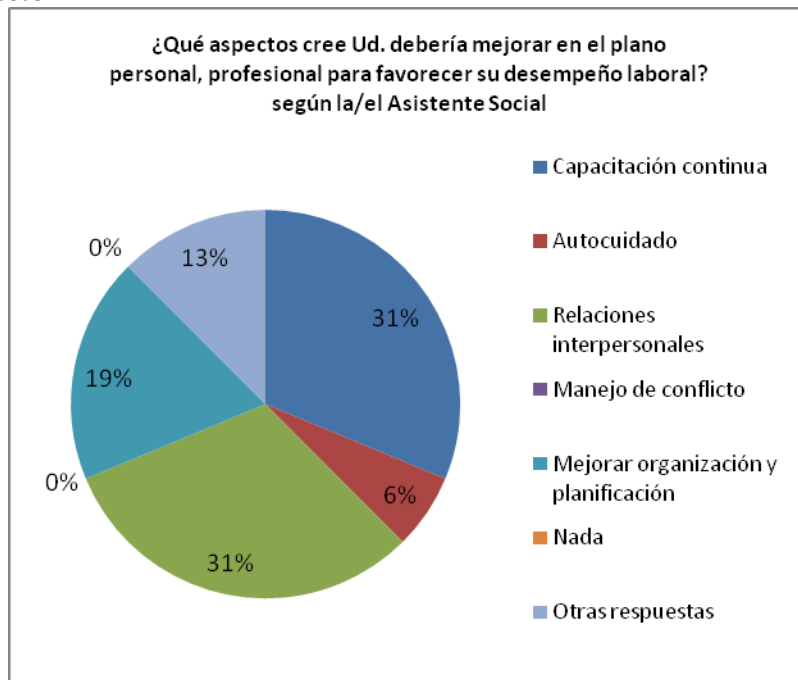
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.66



El 56% de Nutricionistas cree que el aspecto que debiera mejorar en el plano personal y profesional para favorecer el desempeño dentro del Consultorio es “Capacitación Continua”, que coincide con las preferencias de los profesionales anteriores. Un 11% “Mejorar organización y planificación”.

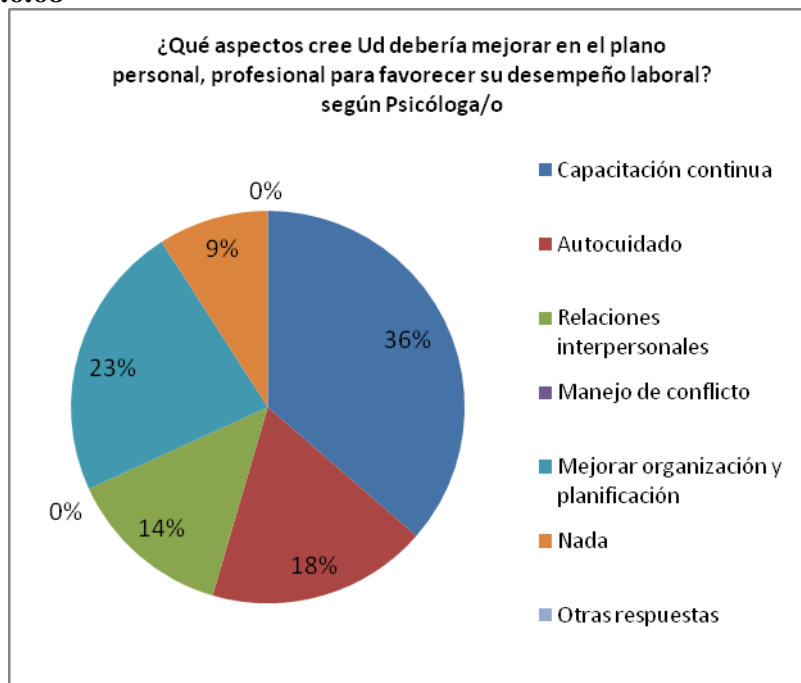
GRÁFICO N° 5.6.67



En este gráfico hay una diferencia con respecto a los anteriores, puesto que coinciden dos porcentajes en distintas categorías. Del total de Asistentes Sociales un 31% considera que el aspecto que debiera mejorar en el plano personal profesional para favorecer el desempeño laboral es “Capacitación Continua” y con el mismo porcentaje “Relaciones Interpersonales”.

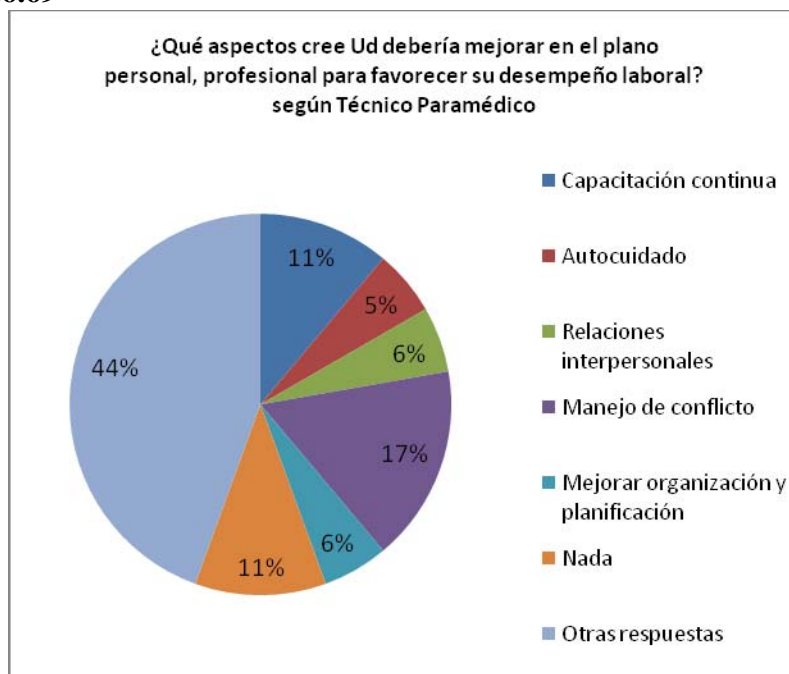
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.68



Un 36% de Psicólogas/os consideran que el aspecto que deben mejorar en el plano personal y/o profesional para favorecer el desempeño en el Consultorio es “Capacitación Continua”, al igual que los demás profesionales que la consideran en primera mayoría. Con un 23% “Mejorar Organización y Planificación” y 18% considera que debe mejorar el “Autocuidado”.

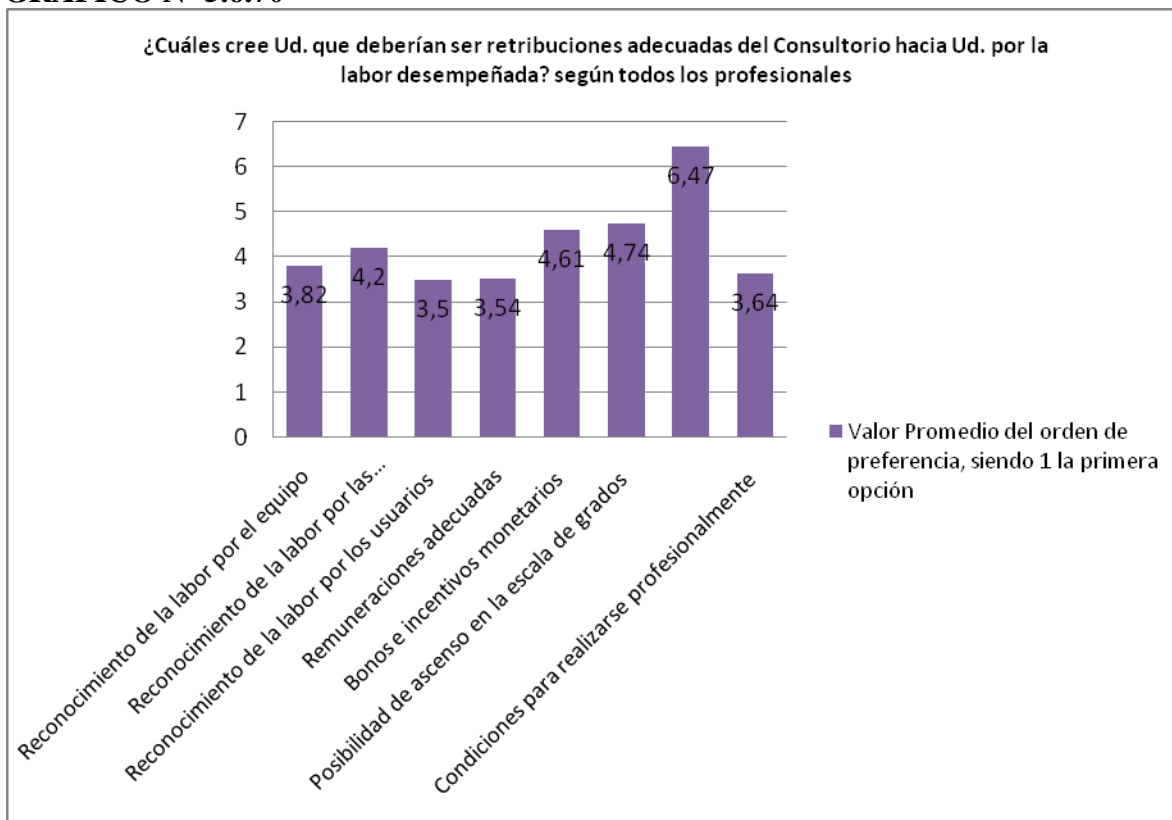
GRÁFICO N° 5.6.69



A diferencia de todos los profesionales anteriores, el 44% de los Técnicos Paramédicos considera que el aspecto que debe mejorar en el plano personal y/o profesional para favorecer su desempeño laboral es “Otras Respuestas”, esta categoría incluye según el Libro de Códigos: “Flexibilidad Laboral”, “Más Experiencia Laboral”, “Mayor Permanencia en el Consultorio” y “Aumento de Convocatoria para la Comunidad”.

Análisis de los Resultados

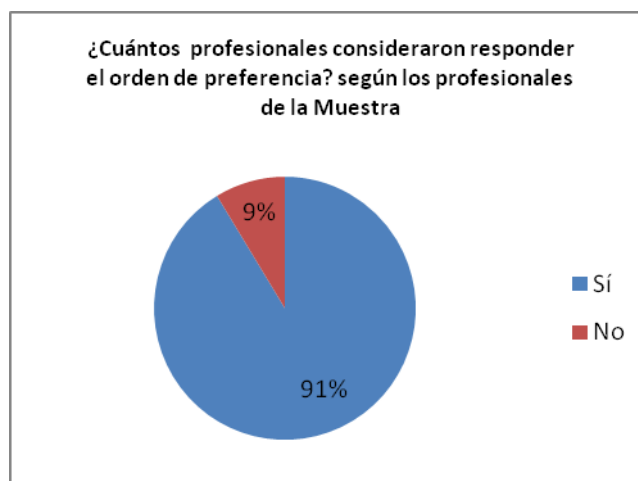
GRÁFICO N° 5.6.70



***La opción “Ninguna” no se incluye en el gráfico**

Ante esta pregunta los profesionales consideraron con mayor preferencia que las retribuciones que deberían tener por la labor desempeñada son “Remuneraciones Adecuadas”, luego en orden decreciente “Condiciones para Realizarse Profesionalmente” y en tercer lugar “Reconocimiento por parte del Equipo”.

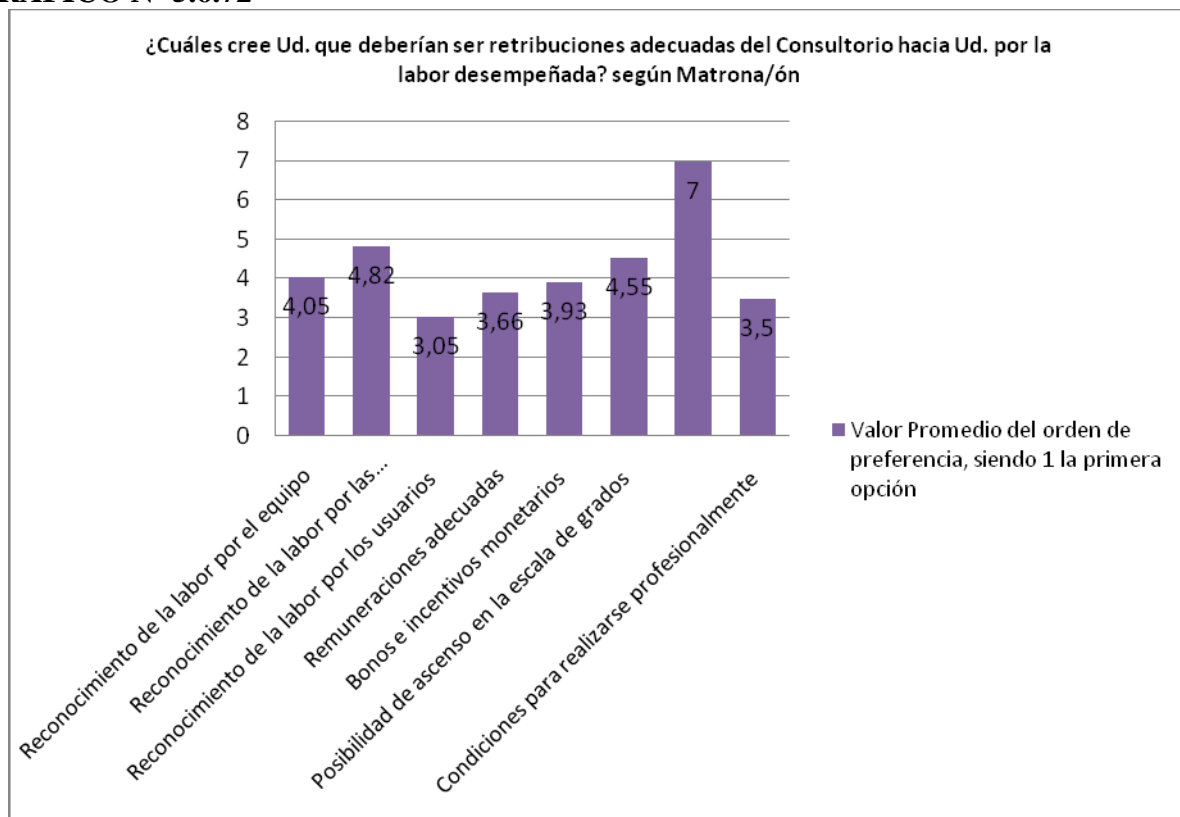
GRÁFICO N° 5.6.71



Un 91% de los profesionales contestaron sin dificultad esta pregunta, sin embargo un 9% contestó ante estas categorías la opción “Ninguna”.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.72



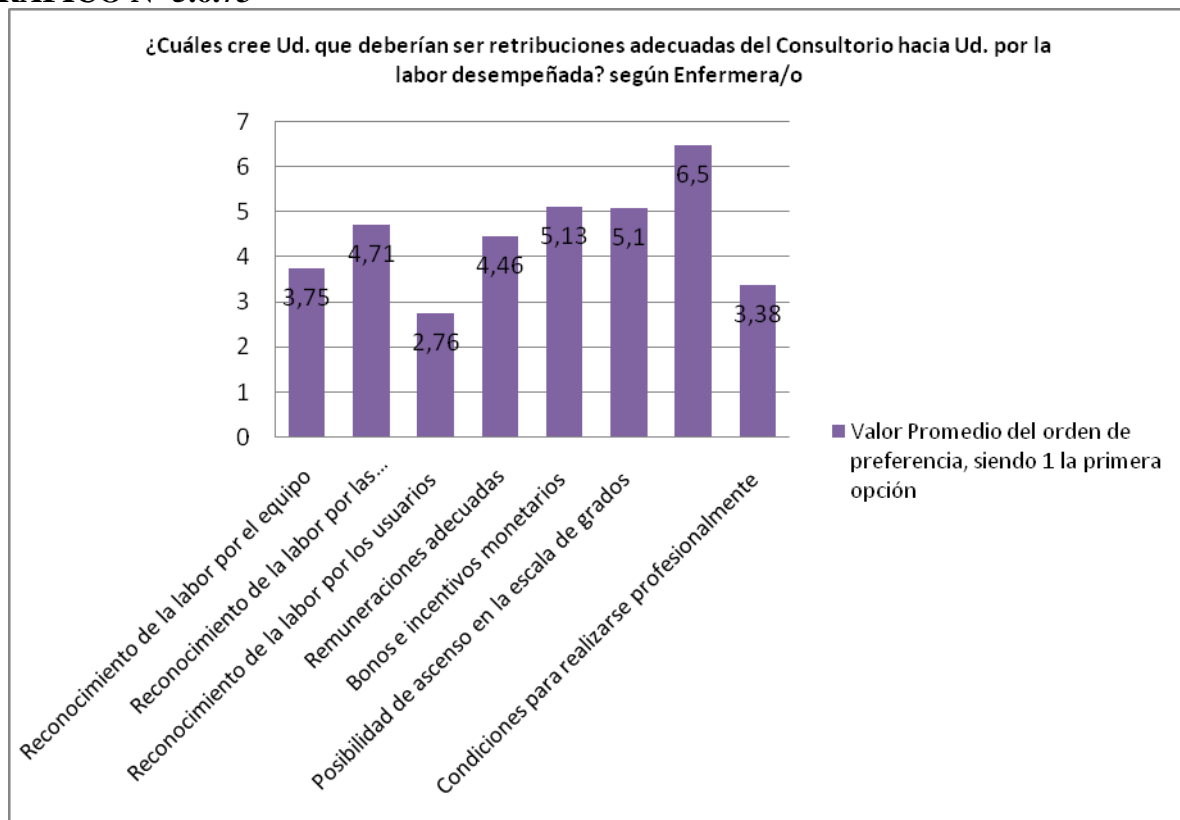
***No se incluye en el gráfico la opción “Ninguna”**

Matronas/es consideran como prioridad ante las retribuciones que deberían tener por la labor desempeñada, en primer lugar “Reconocimiento de la Labor por los Usuarios”, en orden decreciente le sigue “Condiciones para Realizarse Profesionalmente”, al igual que la tabla general analizada. En tercer lugar refieren que debiera haber “Remuneraciones Adecuadas”.

El reconocimiento forma parte importante en la labor ejercida según lo desprendido en el gráfico, ya sea por el equipo, las autoridades del Consultorio y/o por los usuarios. Cabe destacar que la última opción como prioridad para las retribuciones es “Que se entreguen nuevas Responsabilidades”.

Análisis de los Resultados

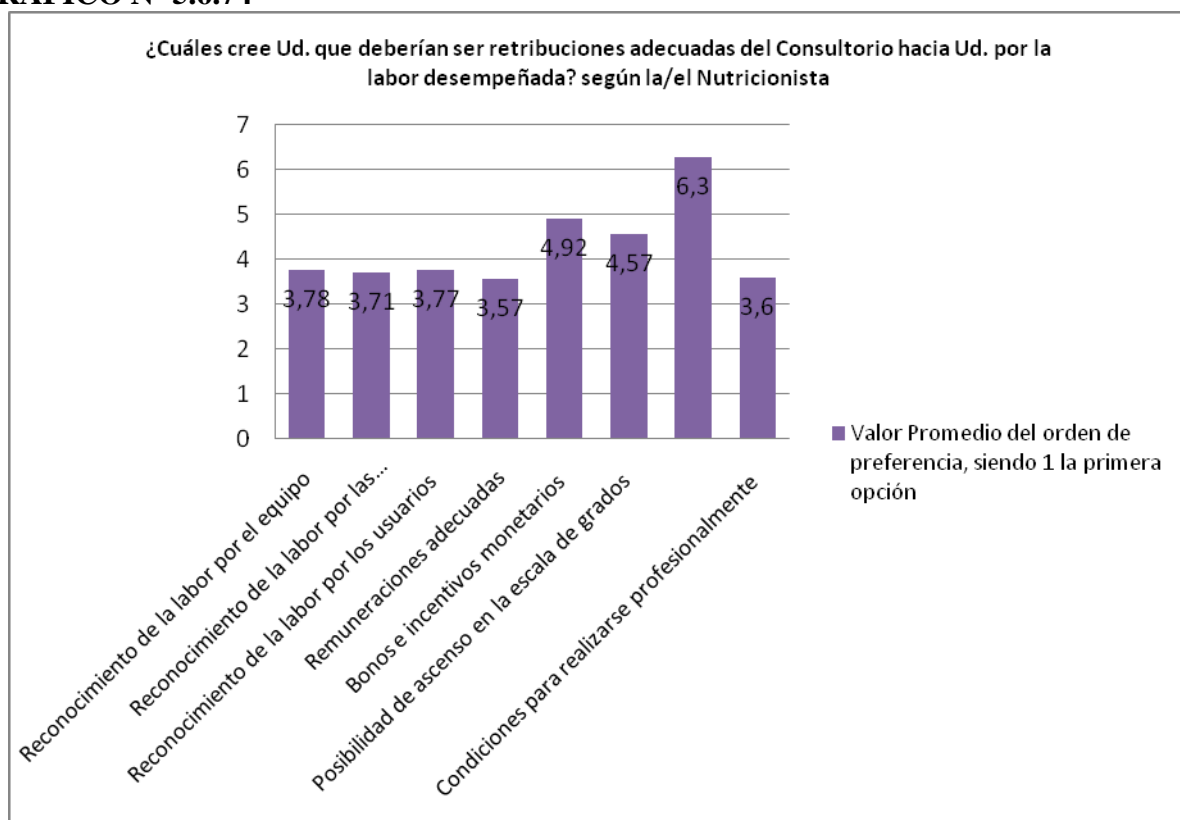
GRÁFICO N° 5.6.73



*No se incluye en el gráfico la opción “Ninguna”

Al igual que Matrona/ón, Enfermera/o tienen como prioridad ante las retribuciones que deberían tener por la labor desempeñada “Reconocimiento de la Labor por los Usuarios”, sigue “Condiciones para Realizarse Profesionalmente” y en tercer lugar de preferencia, “Reconocimiento de la Labor por el Equipo”. En estos profesionales también se destaca que es importante el reconocimiento de su labor. La opción “Que se entreguen nuevas Responsabilidades” queda en último lugar de preferencia.

GRÁFICO N° 5.6.74

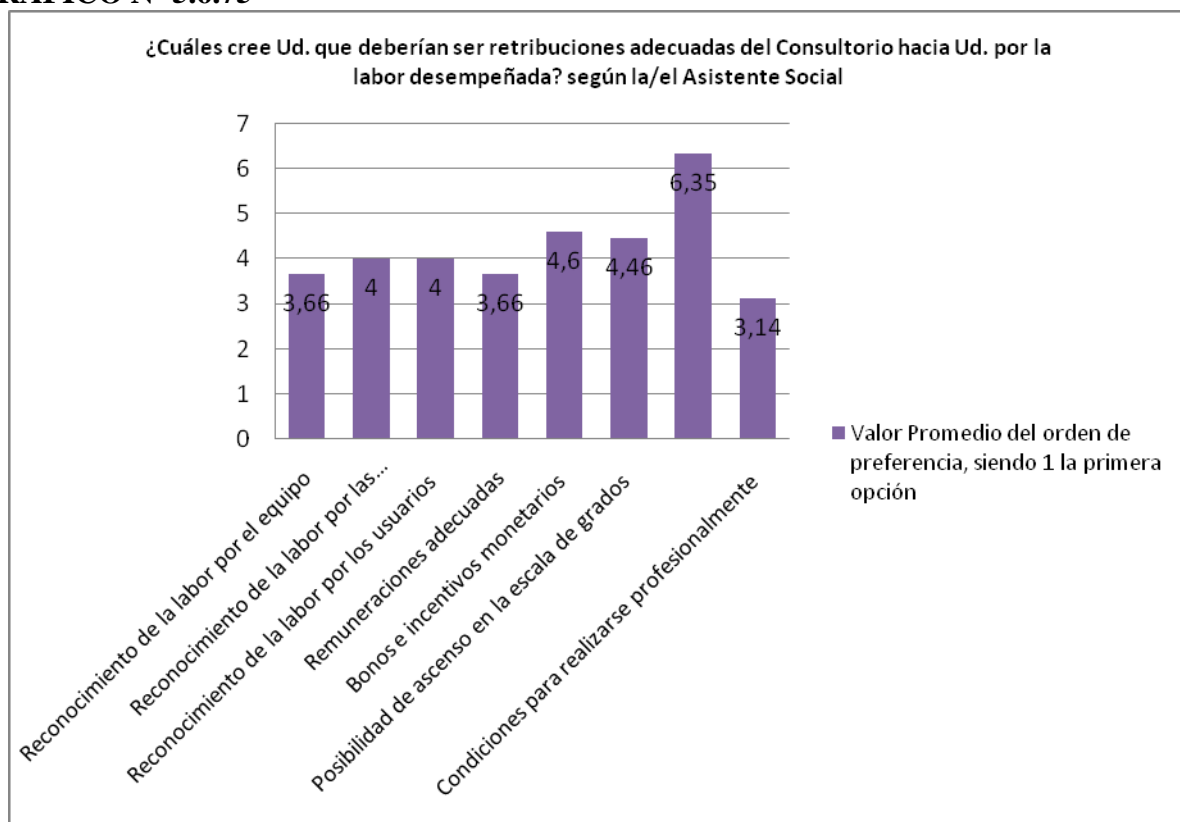


*No se incluye en el gráfico la opción “Ninguna”

Análisis de los Resultados

En Nutricionistas las preferencias sobre las retribuciones que debieran tener por la labor desempeñada, no tienen una tendencia clara, los promedios están más bien cercanos uno del otro. En primer lugar se destaca “Remuneraciones Adecuadas”, sigue “Condiciones para Realizarse Profesionalmente” y en orden decreciente “Reconocimiento de la Labor por las Autoridades del Consultorio”. Cabe considerar que nuevamente la opción que tiene menor prioridad es “Que se entreguen nuevas Responsabilidades”.

GRÁFICO N° 5.6.75

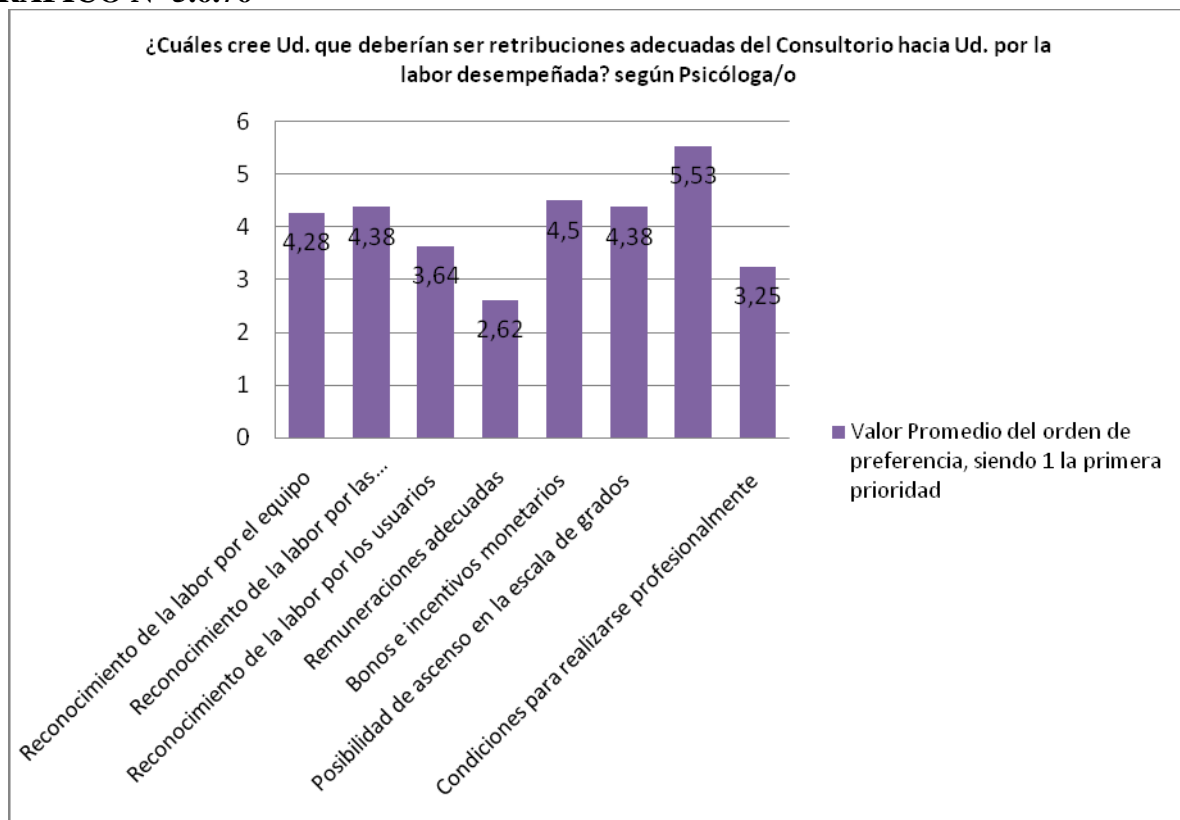


***No se incluye en el gráfico la opción “Ninguna”**

Asistentes Sociales no marcan diferencia con respecto a los otros profesionales en cuanto al análisis de sus prioridades. Consideran que la retribución adecuada que debieran recibir por la labor desempeñada es “Condiciones para Realizarse Profesionalmente”, sigue con igual promedio “Remuneraciones Adecuadas” y “Reconocimiento de la Labor por el Equipo”. En último lugar de preferencia se ubica “Que se entreguen nuevas Responsabilidades”.

Análisis de los Resultados

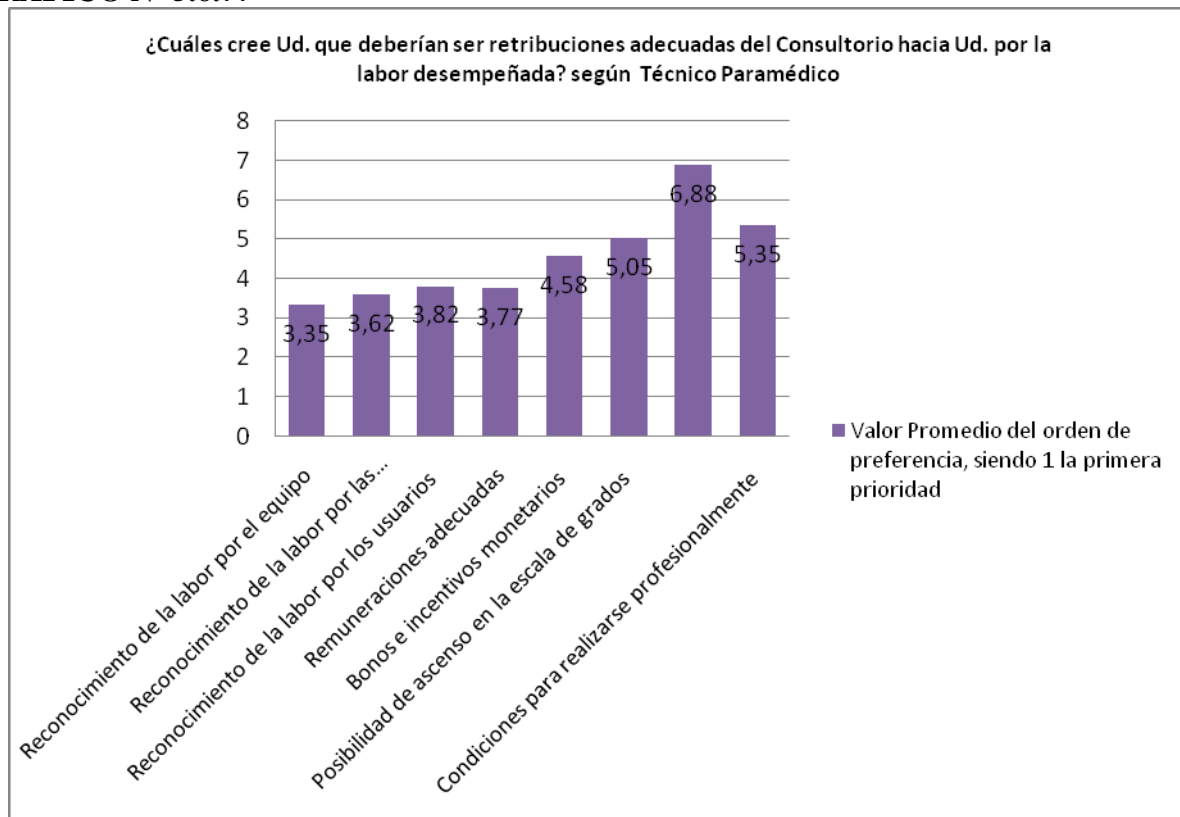
GRÁFICO N° 5.6.76



***No se incluye en el gráfico la opción “Ninguna”**

Psicólogos/as reconocen como primera prioridad la opción “Remuneraciones adecuadas”, sigue en orden decreciente “Condiciones para Realizarse Profesionalmente” y en tercer lugar de prioridad “Reconocimiento de la Labor por los Usuarios”. Estas categorías se muestran siempre como primeras opciones en la preferencia de los profesionales, reconocen la importancia de estas retribuciones dentro del Consultorio. En último lugar de preferencia también se ubica “Que se entreguen nuevas Responsabilidades”.

GRÁFICO N° 5.6.77

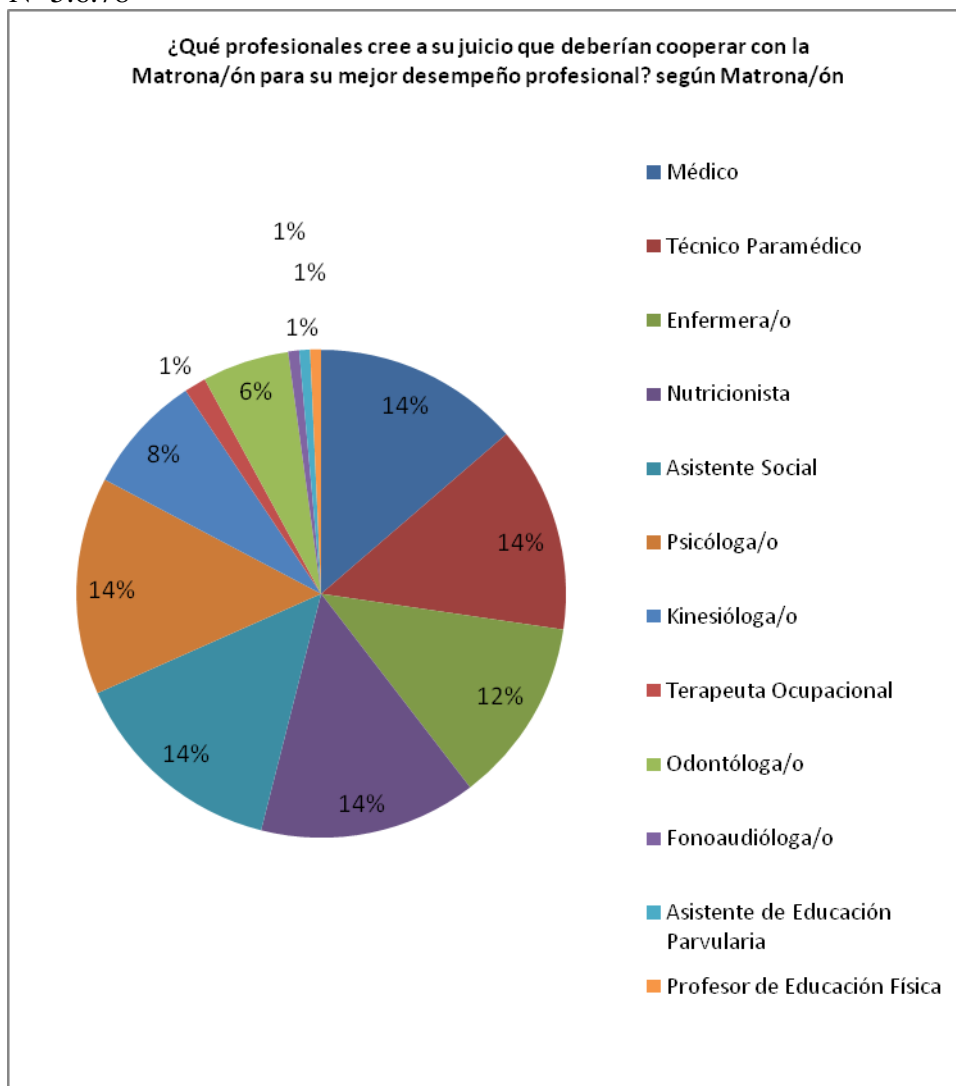


Análisis de los Resultados

***No se incluye en el gráfico la opción “Ninguna”**

Técnicos Paramédicos no muestran una clara tendencia en las prioridades que consideran en cuanto a las retribuciones que deberían tener dentro del Consultorio. La prioridad es “Reconocimiento de la Labor por el Equipo”, en orden decreciente sigue “Reconocimiento de la Labor por las Autoridades del Consultorio” y “Reconocimiento de la labor por los usuarios”. Destacan como último lugar de preferencia “Que se entreguen nuevas Responsabilidades”.

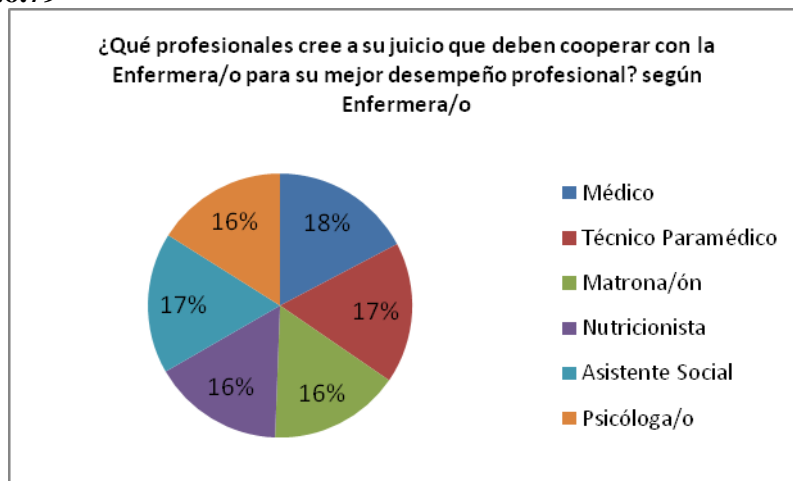
GRÁFICO N° 5.6.78



Con un 14%, Matrona/ón consideran que quienes deberían cooperar con ellos son: Médico, Técnico Paramédico, Nutricionista, Asistente Social y Psicóloga/o, con un 12% Odontóloga/o.

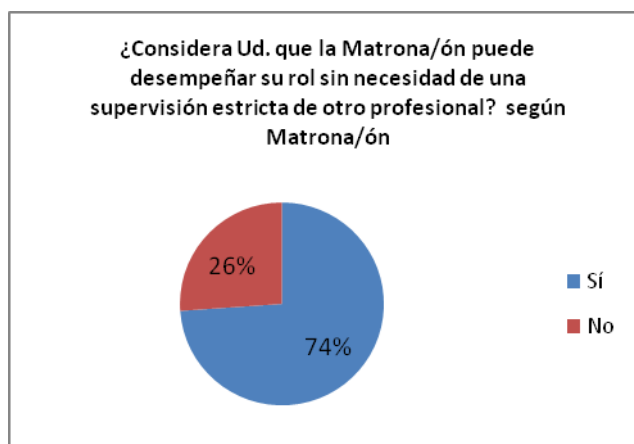
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.79



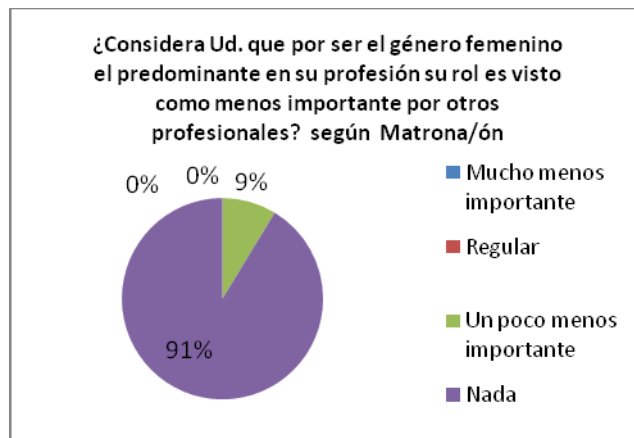
Según Enfermera/o quienes debieran colaborar con ellos para su mejor desempeño profesional son: Con un 18% Médico, 17% Técnico Paramédico y Asistente Social. Con un 16% Matrona/ón, Nutricionista y Psicóloga/o. Los porcentajes son muy similares entre sí, por lo que se infiere que todos los profesionales son relevantes para cooperar con estos profesionales.

GRÁFICO N° 5.6.80



Un 74% de Matronas/es considera que puede desempeñar su rol, sin necesidad de supervisión estricta de otro profesional. El 26% restante refiere la necesidad de una supervisión para el cumplimiento de su rol.

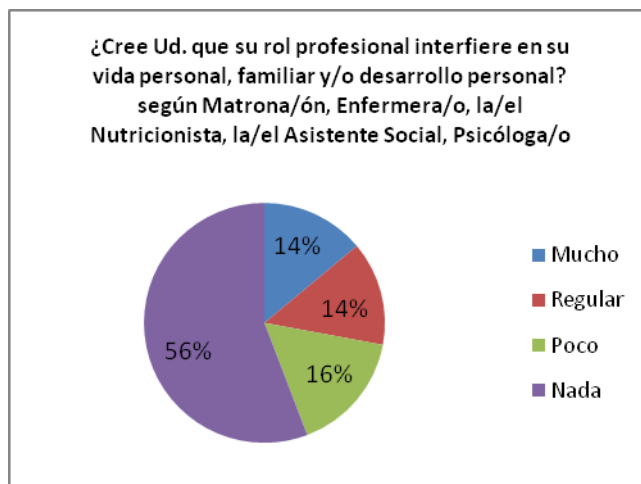
GRÁFICO N° 5.6.81



Análisis de los Resultados

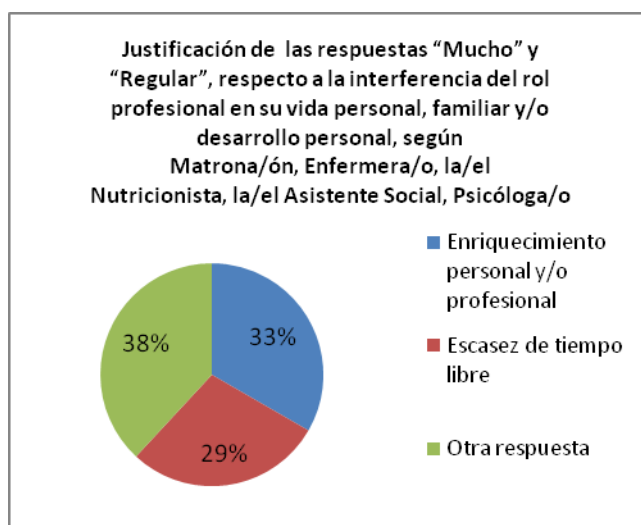
El 91% de Matronas/es considera que su rol no es visto para “Nada” como menos importante por otros profesionales, por ser el género femenino el predominante. Un 9% considera que “Un poco menos Importante”.

GRÁFICO N° 5.6.82



Según los profesionales de la muestra el 56% cree que su rol profesional interfiere “Nada” en su vida personal, familiar y/o desarrollo personal. El 16% dice que interfiere un “Poco”, y con un 14% ambos “Mucho” y “Regular”.

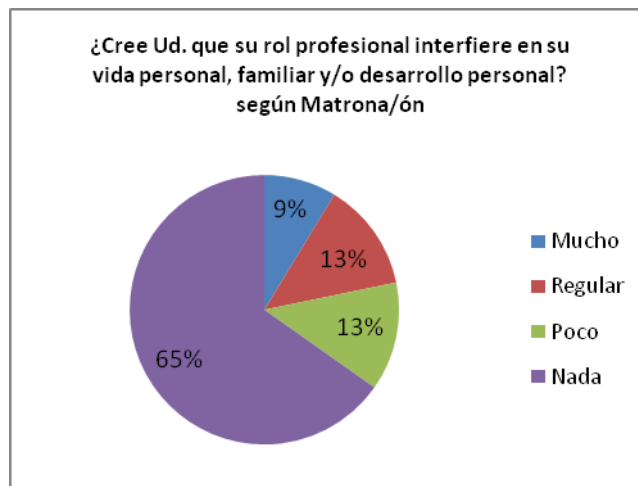
GRÁFICO N° 5.6.83



Del 28% que respondió “Mucho” y “Regular” el 38% justifica con otro “Otra Respuesta”, detallada en el libro de Códigos como: “Separación de Roles”, “Cuesta Establecer Límites”, “Casos Clínicos Causan Impacto”, “Entorno Social no Separa Rol de Vida Personal”, “Dificultad de Hábitos de Vida Saludables”, el 33% “Enriquecimiento Personal y/o Profesional” y un 29% “Escasez de tiempo libre”.

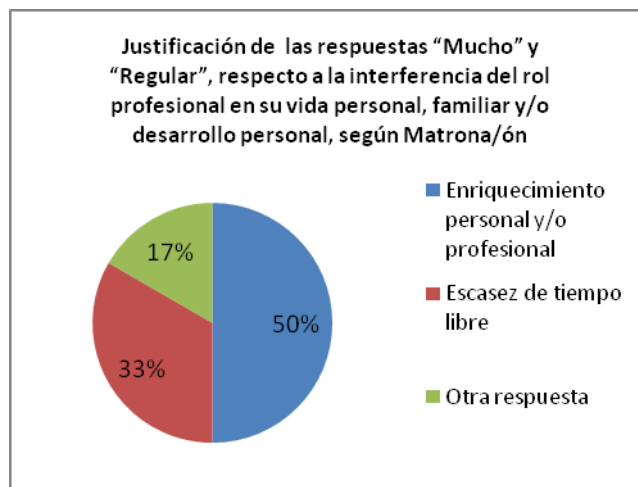
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.84



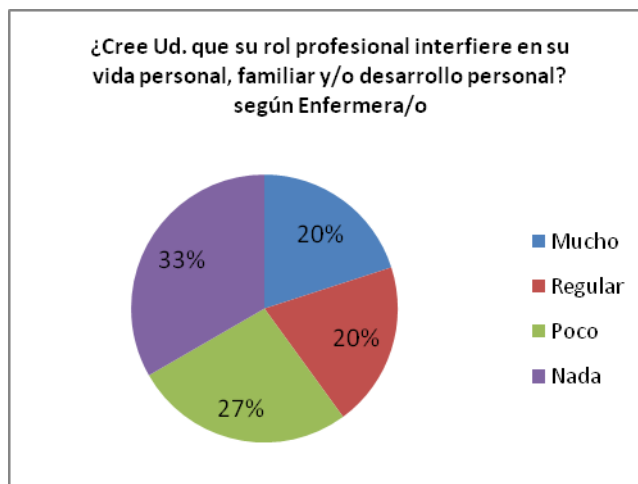
Matrona/ón creen en un 65%, que su rol profesional interfiere “Nada” en su vida personal, familiar y/o desarrollo personal. Con igual tendencia de un 13% “Poco” y “Regular”. Sólo con un 9% “Mucho”.

GRÁFICO N° 5.6.85



Los que respondieron a las categorías “Mucho” y “Regular” son un 22%. De este total, el 50% lo justifica con “Enriquecimiento Personal y/o Profesional” y el 33% “Escasez de tiempo libre”.

GRÁFICO N° 5.6.86



Enfermera/o cree que su rol profesional interfiere “Nada” en un 33%, 27% “Poco”, y con igual porcentaje de 20% cada uno, “Mucho” y “Regular”.

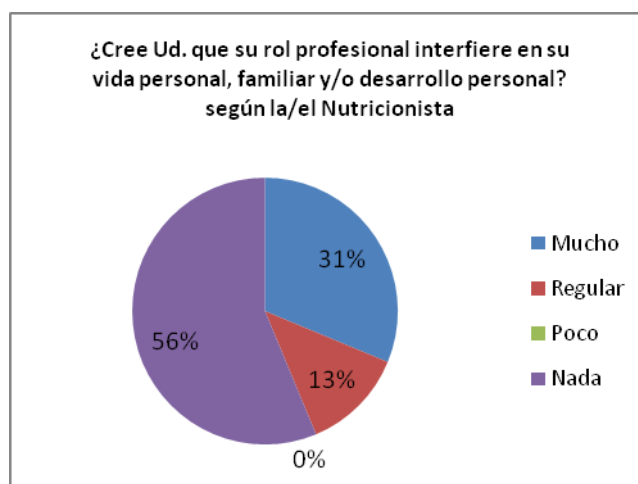
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.87



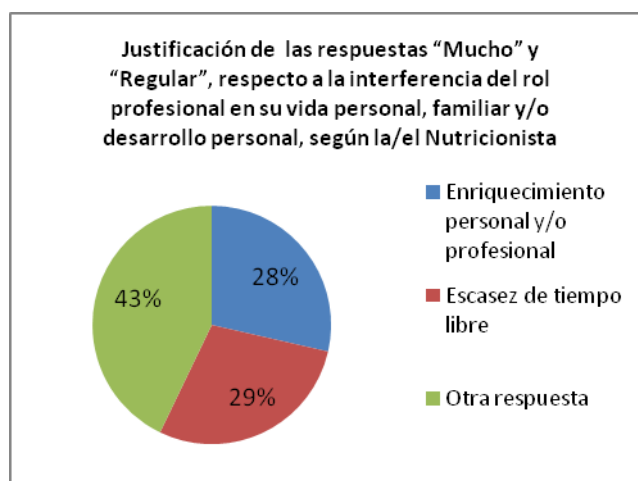
Del 40% que contestó “Mucho” y “Regular”, el 50% justifica con “Otra Respuesta”, detallada en el Libro de Códigos como: “Separación de Roles”, “Cuesta Establecer Límites”, “Casos Clínicos Causan Impacto”, “Entorno Social no Separa Rol de vida Personal”, “Dificultad de Hábitos de Vida Saludables”, 33% señala “Escasez de tiempo libre”.

GRÁFICO N° 5.6.88



El 56% de los Nutricionista considera que su rol profesional interfiere “Nada” en su vida personal, familiar y/o desarrollo personal, el 31% “Mucho” y un 13% “Regular”.

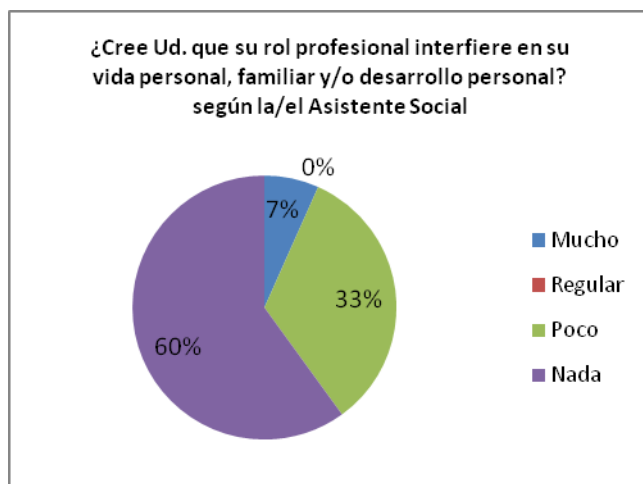
GRÁFICO N° 5.6.89



Análisis de los Resultados

En total un 44% respondió a las categorías “Mucho” y “Regular”. De ellos el 43% lo atribuye a “Otra Respuesta”, detallada en el Libro de Códigos como: “Separación de Roles”, “Cuesta Establecer Límites”, “Casos Clínicos Causan Impacto”, “Entorno Social no Separa Rol de Vida Personal”, “Dificultad de Hábitos de Vida Saludables”. Con un 28% “Escasez de Tiempo Libre” y 28% “Enriquecimiento Personal y/o Profesional”.

GRÁFICO N° 5.6.90



Según Asistente Social, el 60% cree que el rol profesional interfiere “Nada” en su vida personal, familiar y/o desarrollo personal. Con un 33% “Poco” y tan sólo el 7% “Mucho”.

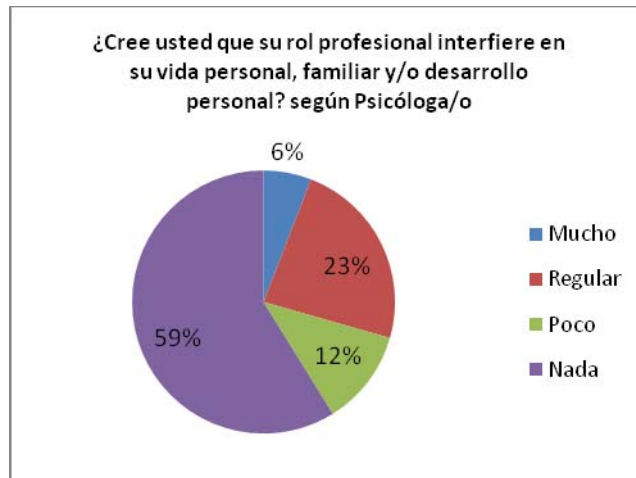
GRÁFICO N° 5.6.91



Del 7% de los Asistente Social que refirió “Mucho” lo justifica en un 100% con “Otro Respuesta”, detallada en el Libro de Códigos como: “Separación de roles”, “Cuesta Establecer Límites”, “Casos Clínicos Causan Impacto”, “Entorno Social no Separa Rol de Vida Personal”, “Dificultad de Hábitos de Vida Saludables”.

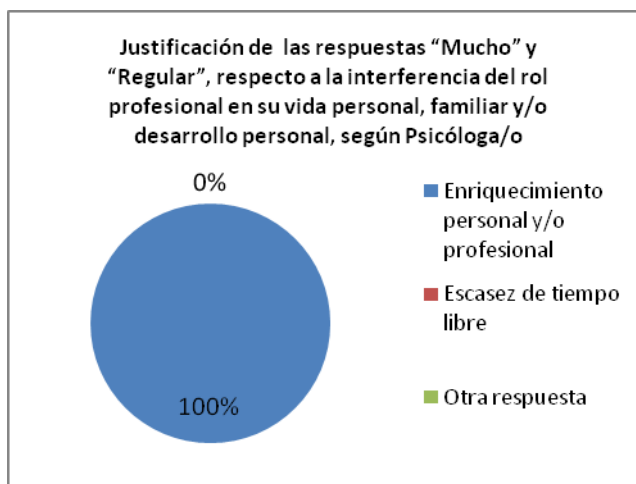
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.92



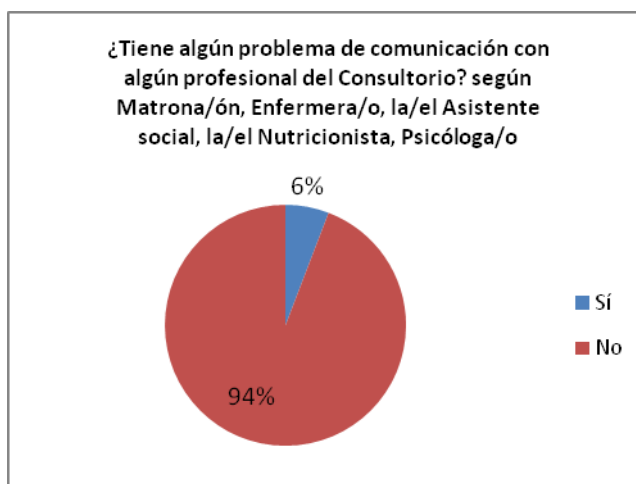
Psicóloga/o de la muestra en un 59% refirió que su rol profesional interfiere “Nada” en su vida personal, familiar y/o desarrollo personal, 23% cree que interfiere de manera “Regular” y 12% “Poco”.

GRÁFICO N° 5.6.93



El 29% de Psicóloga/o que contestaron “Mucho” y “Regular” el 100% considera que su rol interfiere positivamente, ya que otorga “Enriquecimiento personal y/o profesional”.

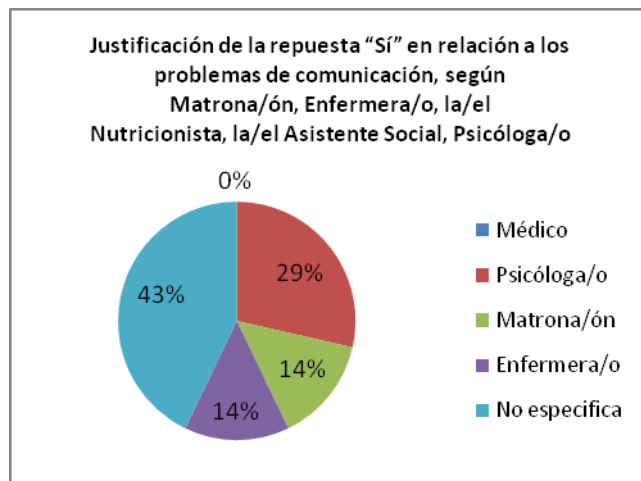
GRÁFICO N° 5.6.94



De Matrona/ón, Enfermera/o, Asistente Social, Nutricionista y Psicóloga/o, un 94% refiere “No” tener ningún problema de comunicación con profesionales del Consultorio.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.95



De los profesionales que "Sí" refieren problemas de comunicación señalan en un 43% la respuesta "No específica", el 29% señala "Psicóloga/o", con un 14% "Enfermera/o" y "Matrona/ón".

GRÁFICO N° 5.6.96

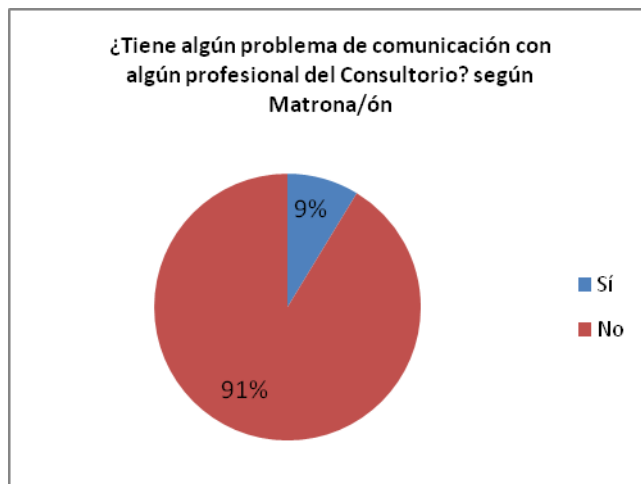
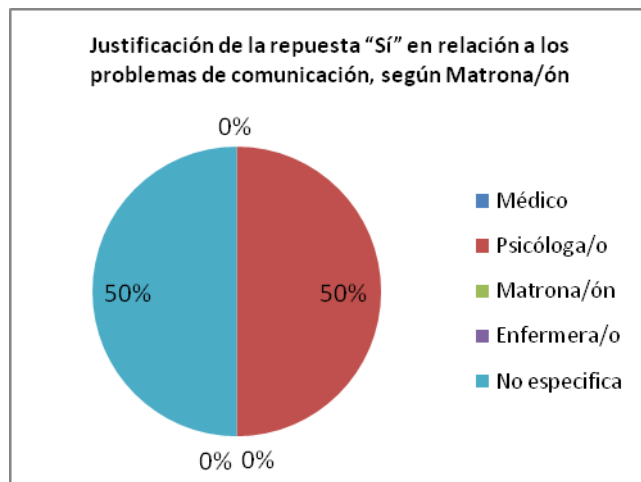


GRÁFICO N° 5.6.97



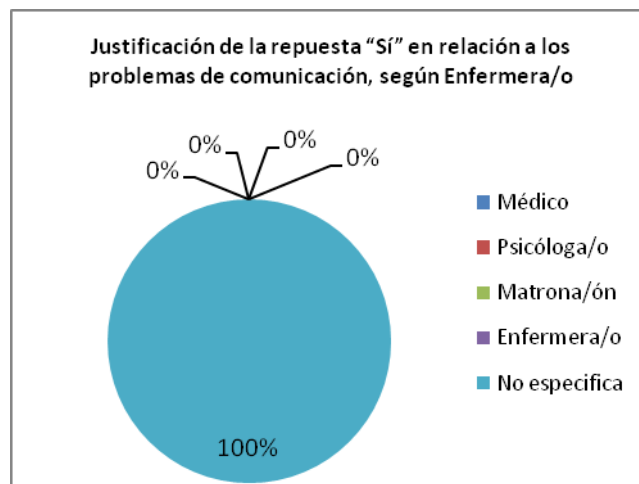
Matrona/ón en un 91% señala "No" tener problema de comunicación con algún profesional del consultorio, 9% refiere que "Sí", de este porcentaje un 50% "No Especifica" con quien tiene problemas de comunicación, el 50% restante refiere que con "Psicóloga/o".

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.98



GRÁFICO N° 5.6.99



El 87% Enfermera/o señalan que "No" tienen problemas de comunicación con algún profesional del Consultorio. El 13% restante señala que "Sí" lo tienen, de este porcentaje un 100% "No Especifica" con cuál profesional.

GRÁFICO N° 5.6.100



El 100% de los Nutricionistas señalan "No" tener problemas de comunicación con algún profesional del Consultorio.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.101

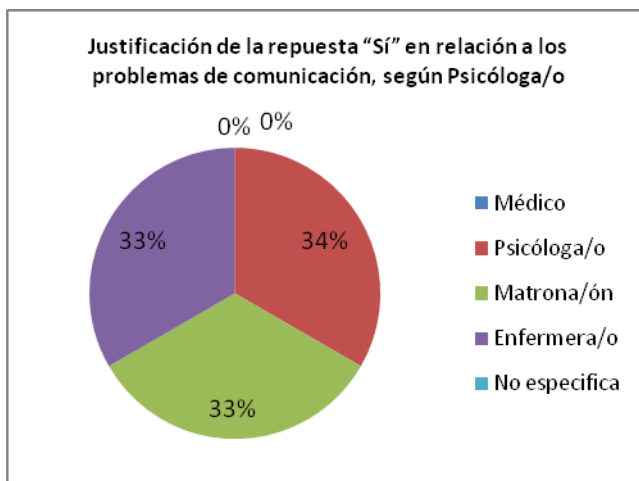


El 100% de Asistentes Sociales señala que “No” tienen ningún problema de comunicación con profesionales del Consultorio.

GRÁFICO N° 5.6.102



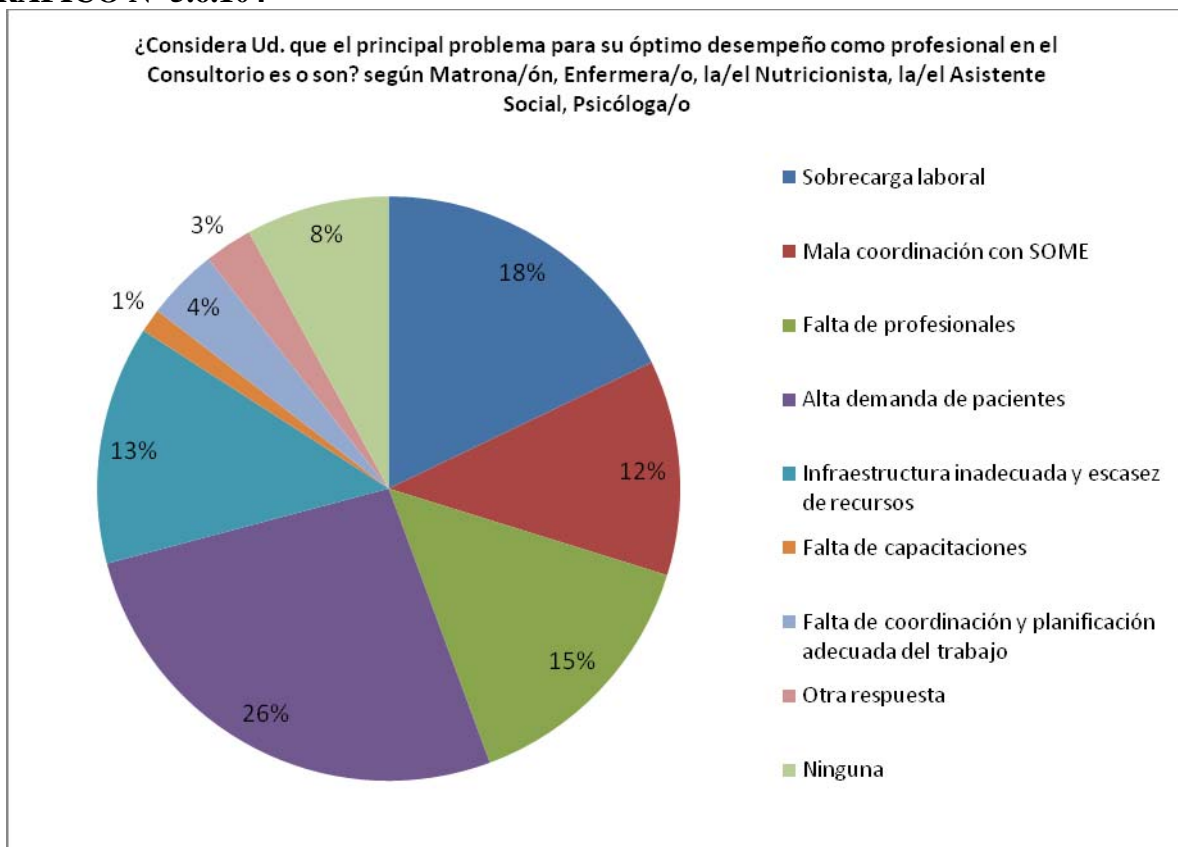
GRÁFICO N° 5.6.103



El 94% de Psicóloga/o refieren “No” tener problemas de comunicación con profesionales del Consultorio, un 6% señala que “Sí”, de estos profesionales 34% señala que es con “Psicóloga/o/ón” y con 33% “Matrona/ón” y “Enfermera/o”. Cabe destacar que estos últimos también señalan tener problemas de comunicación con “Psicóloga/o”.

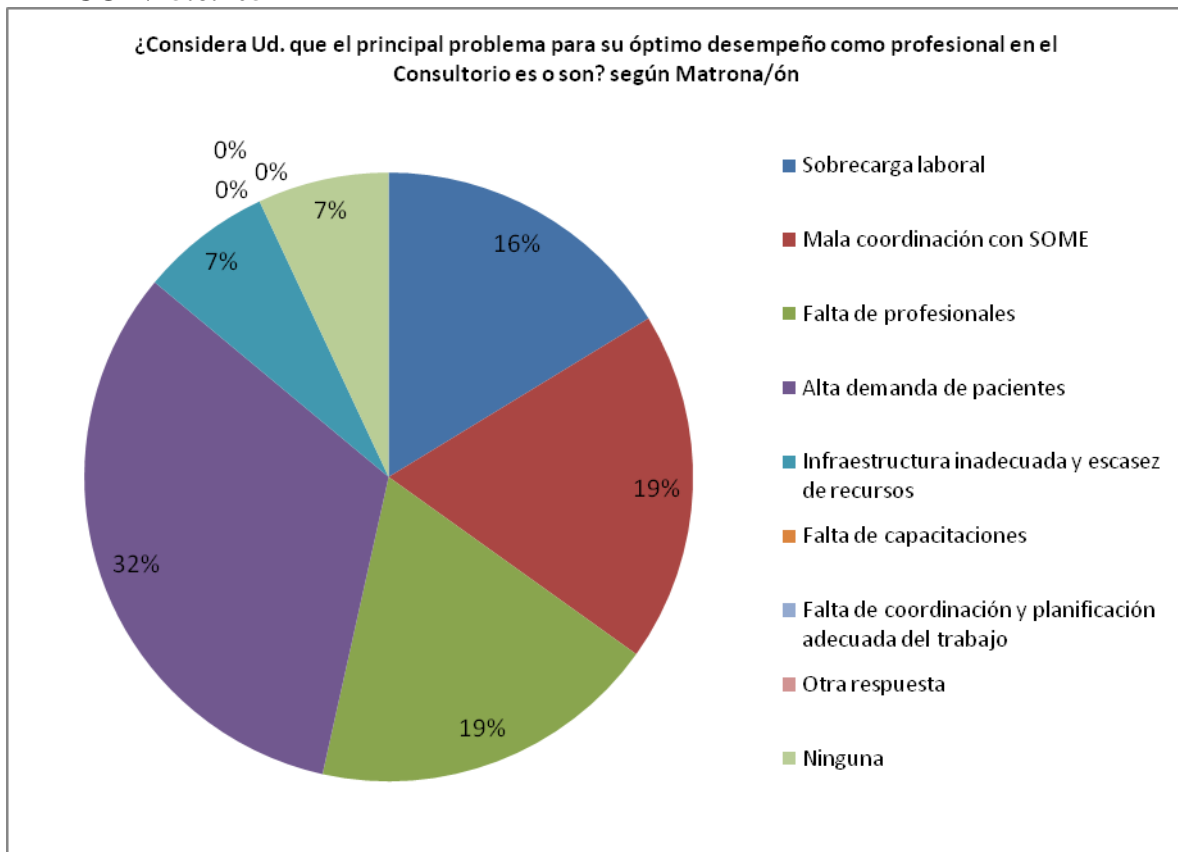
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.104



El 26% de Matrona/ón, Enfermera/o, Nutricionista, Asistente Social y Psicóloga/o consideran que el principal problema para desempeñarse óptimamente como profesionales es “Alta Demanda de Pacientes”, con un 18% “Sobrecarga Laboral”, y 15% “Falta de Profesionales”. Sin embargo, existe un 8% que refiere la opción “Ninguna”.

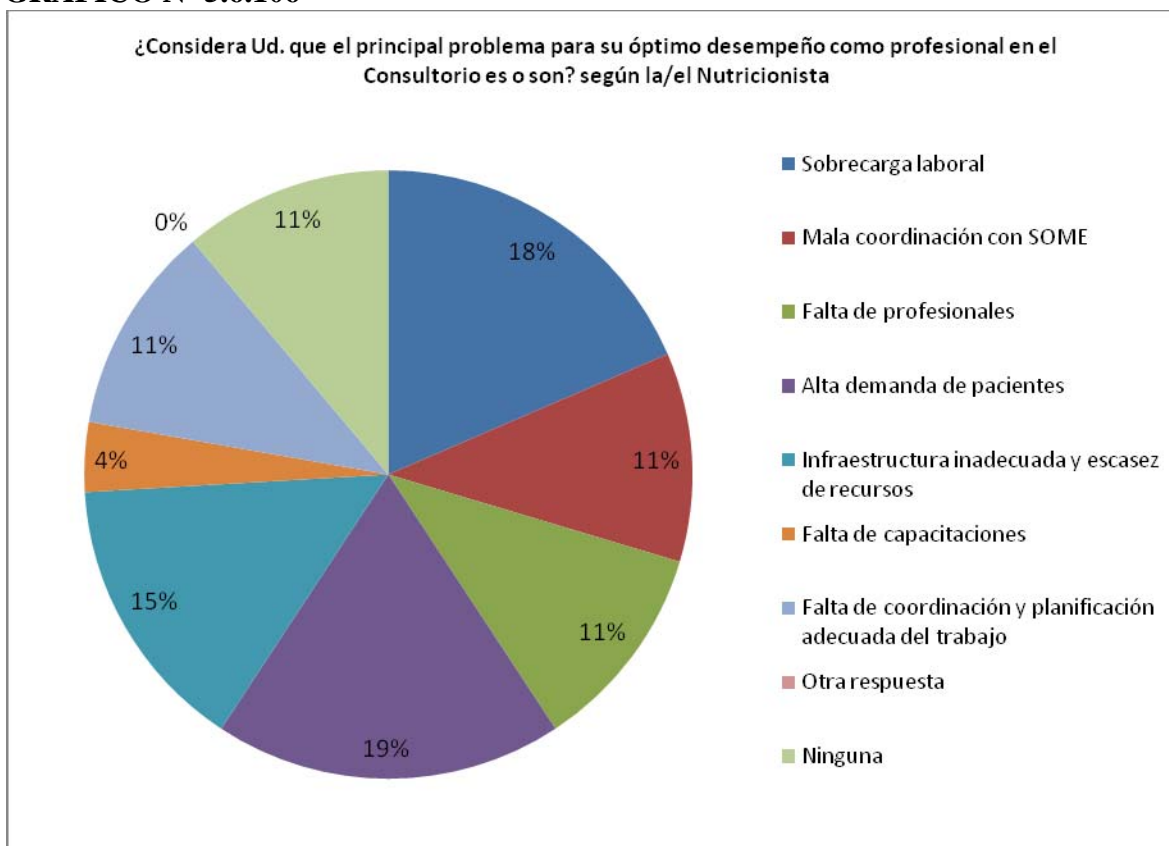
GRÁFICO N° 5.6.105



Análisis de los Resultados

Un 32% de las respuestas de Matrona/ón considera que el principal problema para el óptimo desempeño profesional dentro del Consultorio es “Alta Demanda de Pacientes”, 19% “Mala Coordinación con SOME” y “Falta de Profesionales”. Sin embargo, existe un 7% de estos profesionales que responde “Ninguna”. Cabe destacar que las respuestas de ellos son similares a los del conjunto de profesionales.

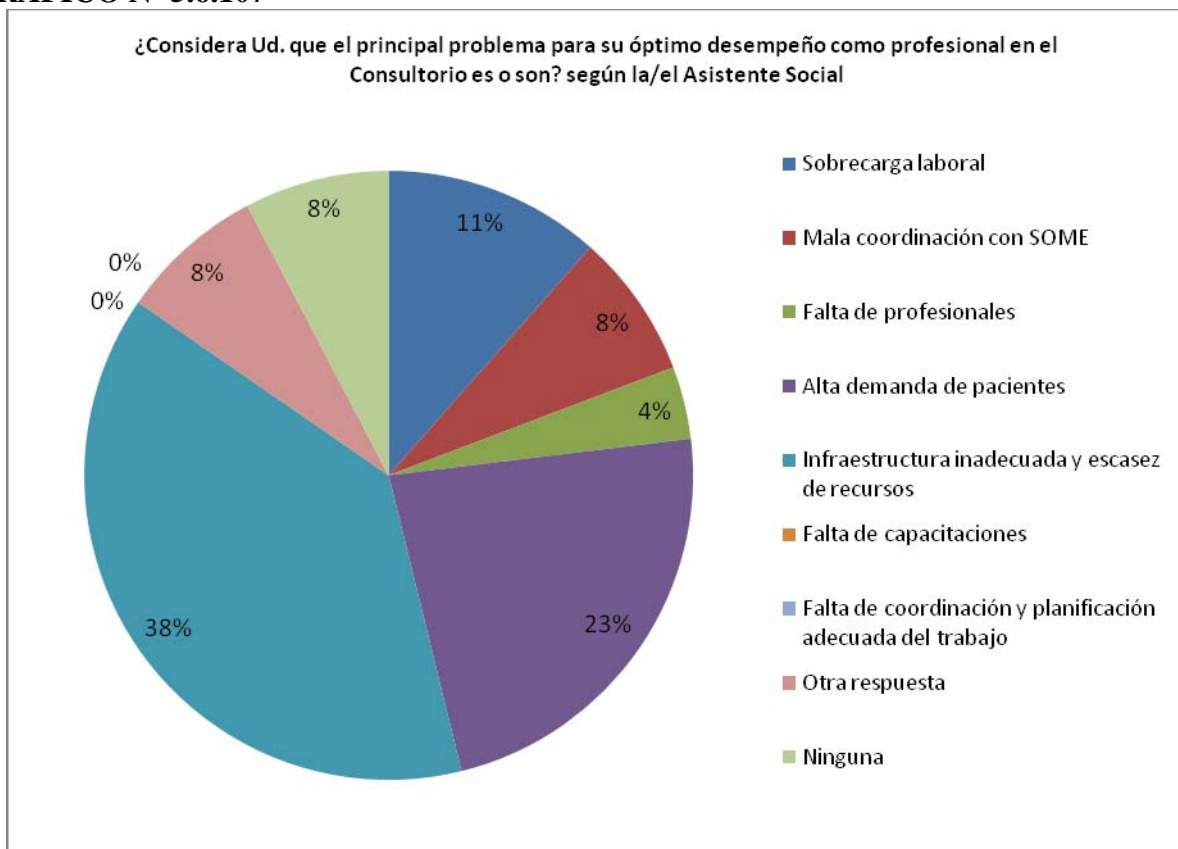
GRÁFICO N° 5.6.106



Nutricionistas consideran en un 19% que el principal problema para su óptimo desempeño en el Consultorio es “Alta Demanda de Pacientes”, 18% “Sobrecarga Laboral”, 15% “Infraestructura Inadecuada” y con un 11% eligen la opción “Ninguna”. Sin embargo los porcentajes son similares unos a otros en las demás categorías. Al igual que Matrona/ón las respuestas en las dos primeras opciones concuerdan con las analizadas en el gráfico general.

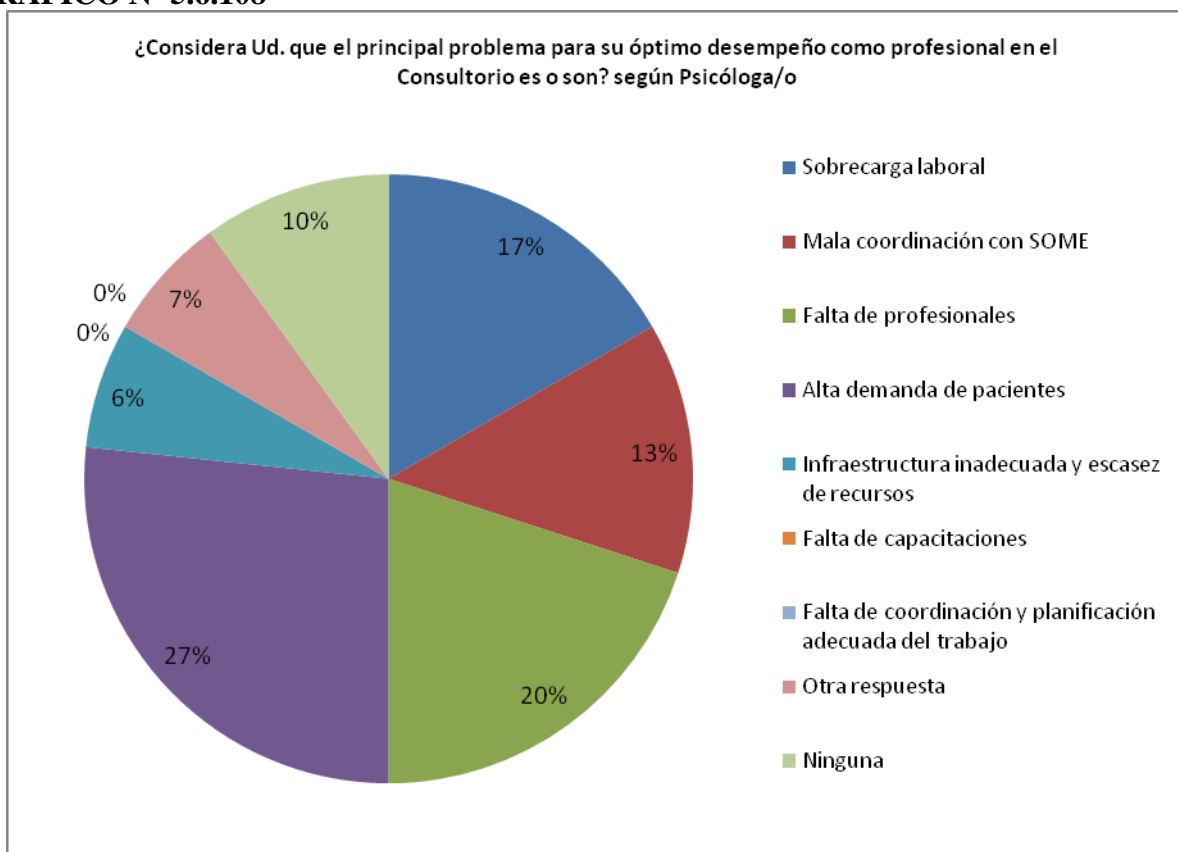
Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.107



Se desprende del gráfico que un 38% de Asistentes Sociales considera que el principal problema para su óptimo desempeño dentro del Consultorio es “Infraestructura Inadecuada” y “Escasez de Recursos”, un 23% “Alta Demanda de Pacientes” y 11% “Sobrecarga Laboral”.

GRÁFICO N° 5.6.108

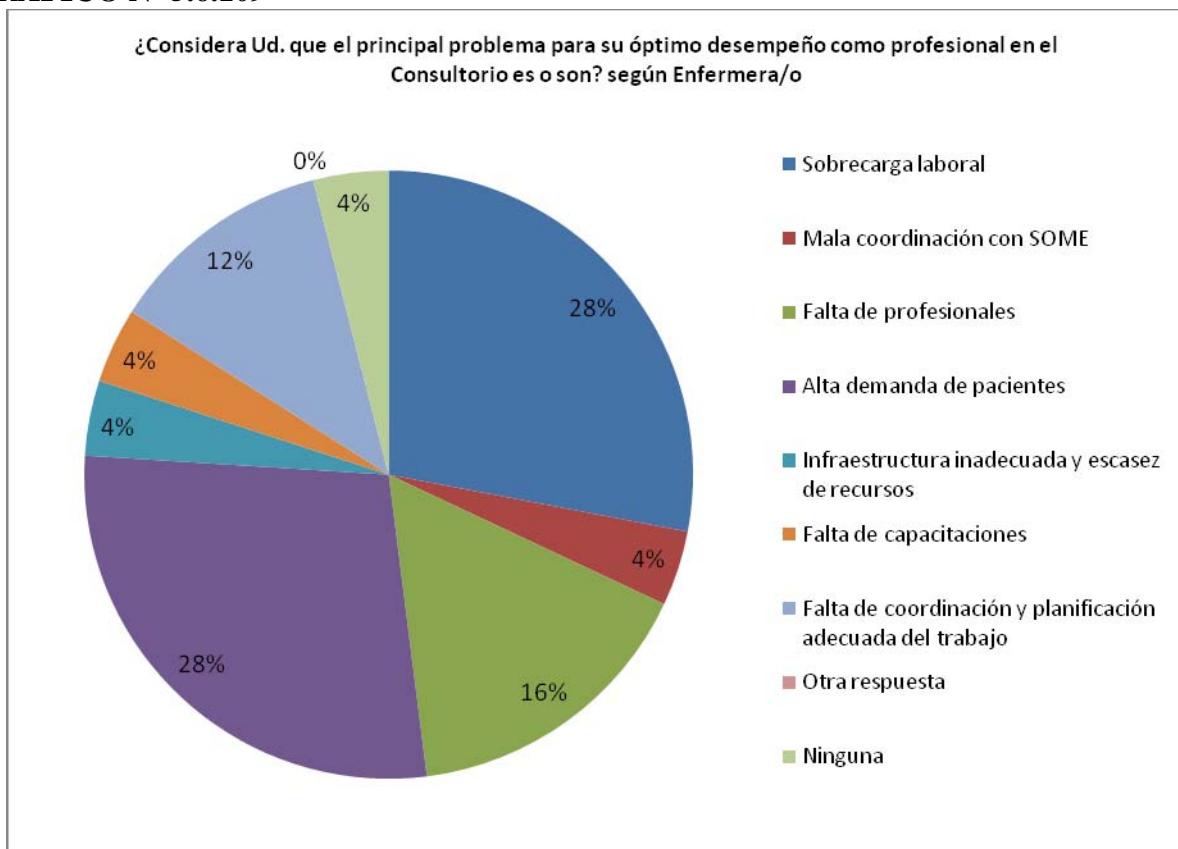


Un 27% de las respuestas de Psicóloga/o indican que el principal problema para desempeñarse óptimamente como profesional dentro del Consultorio es “Alta Demanda

Análisis de los Resultados

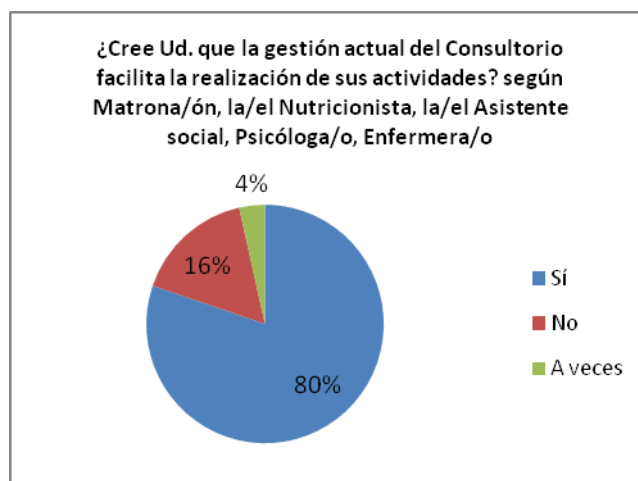
de Pacientes”, 20% “Falta de Profesionales” y 17% “Sobrecarga Laboral”. Un 10% responde “Ninguna”.

GRÁFICO N° 5.6.109



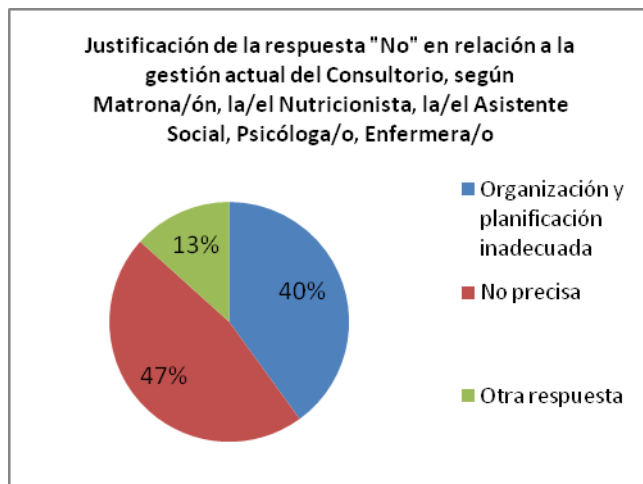
Un 28% de las respuestas de Enfermera/o considera que el principal problema para su óptimo desempeño dentro del Consultorio es “Sobrecarga Laboral” y “Alta Demanda de Pacientes”. Le sigue con 16% “Falta de Profesionales”.

GRÁFICO N° 5.6.110



Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.111



El 80% de Matronas/es, Nutricionistas, Asistentes Sociales, Psicólogas/os, Enfermeras/os, indica que la gestión actual del Consultorio "Sí" facilita la realización de sus actividades y el 16% que "No", de este porcentaje un 47% "No Precisa Respuesta" y un 40% "Organización y Planificación Inadecuada".

GRÁFICO N° 5.6.112

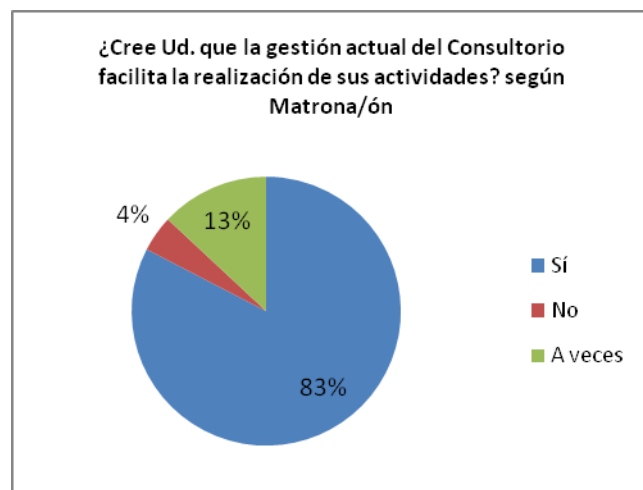
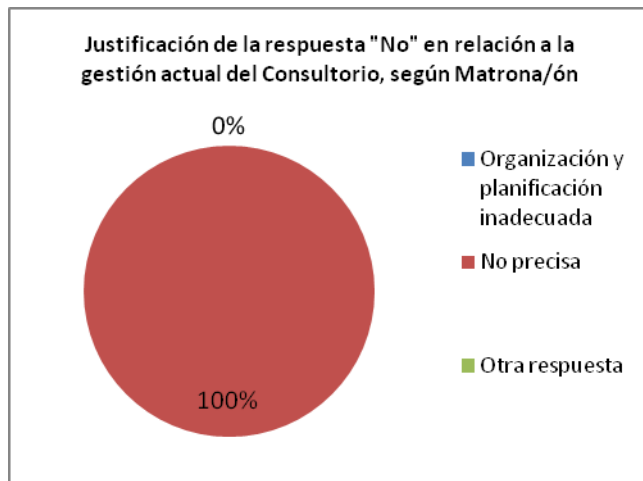


GRÁFICO N° 5.6.113



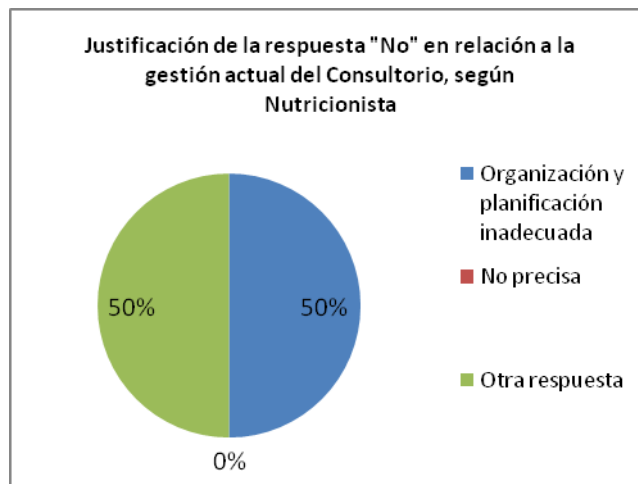
El 83% de Matrona/ón cree que la gestión actual del Consultorio "Sí" facilita la realización de sus actividades y un 4% que "No"; de este porcentaje el 100% "No Precisa" respuesta.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.114

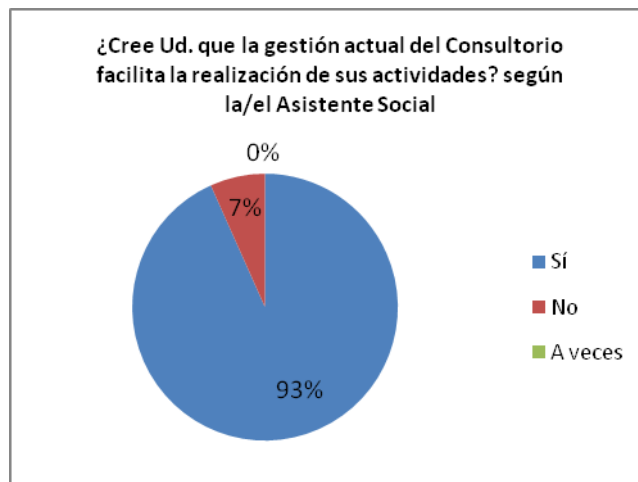


GRÁFICO N° 5.6.115



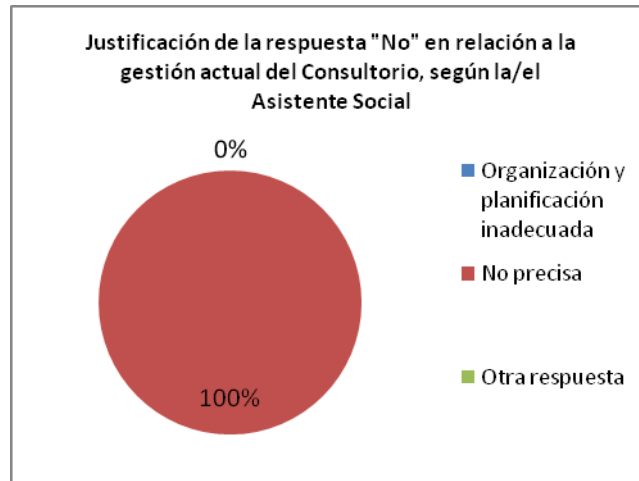
El 94% de Nutricionistas consideran que la gestión del Consultorio "Sí" facilita la realización de sus actividades y un 6% que "No"; de este porcentaje 50% refiere que es por "Organización y Planificación Inadecuada", y el 50% restante "Otra Respuesta".

GRÁFICO N° 5.6.116



Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.117



El 97% de Asistentes Sociales encuestados cree que la gestión actual del Consultorio "Sí" facilita la realización de sus actividades y el 7% cree que "No"; de los cuales ninguno precisó por qué.

GRÁFICO N° 5.6.118

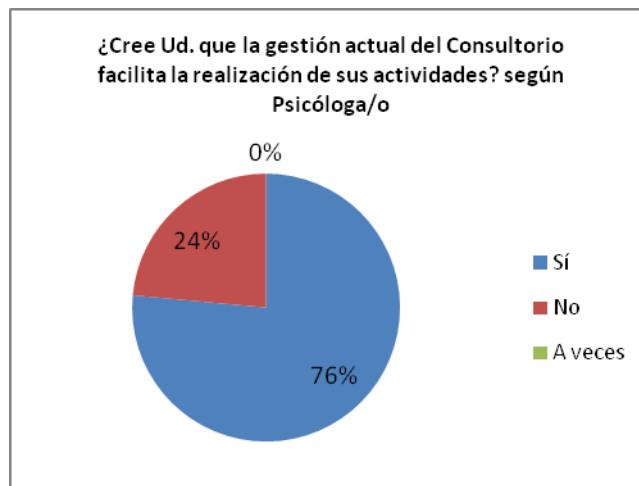
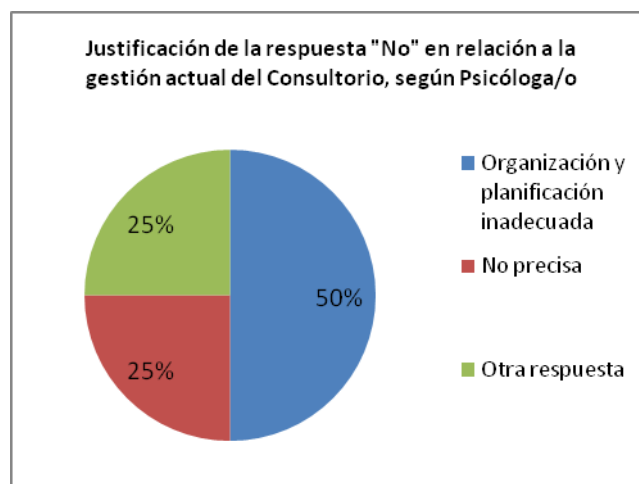


GRÁFICO N° 5.6.119



Psicólogas/os en un 76%, cree que la gestión actual del consultorio "Sí" facilita la realización de sus actividades. En cambio, 24% dice que "No". De este porcentaje un 50% justificó como causal "Organización y Planificación Inadecuada". El otro 50% se divide en "No Precisa" y "Otra Respuesta"; como "Problemas en el Pago de Sueldos" y "Condiciones Laborales".

Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.120

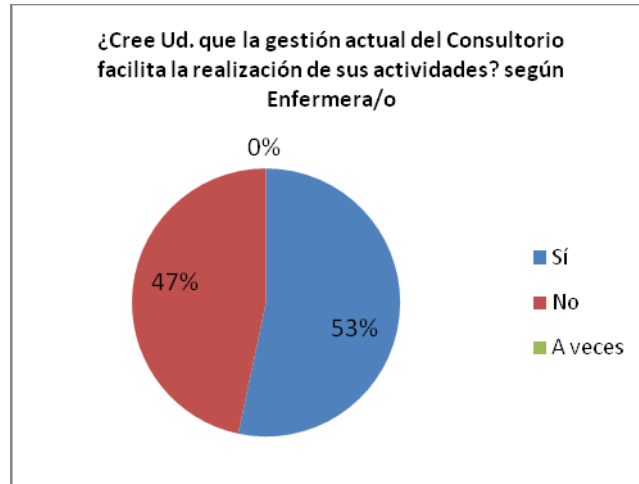
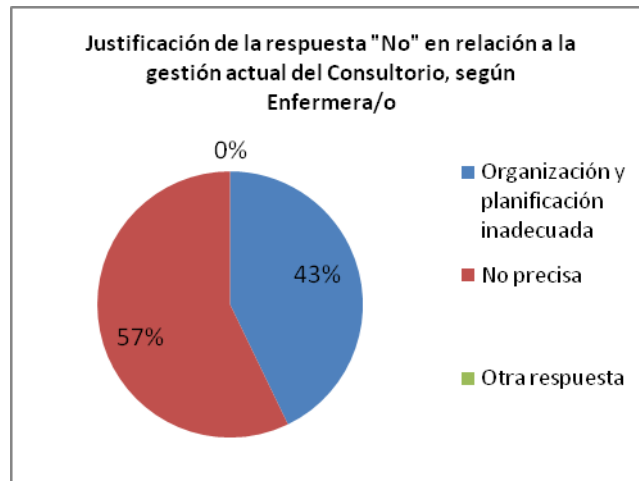
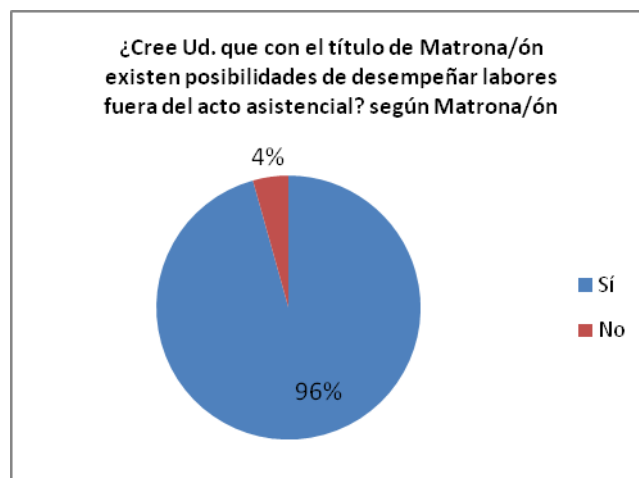


GRÁFICO N° 5.6.121



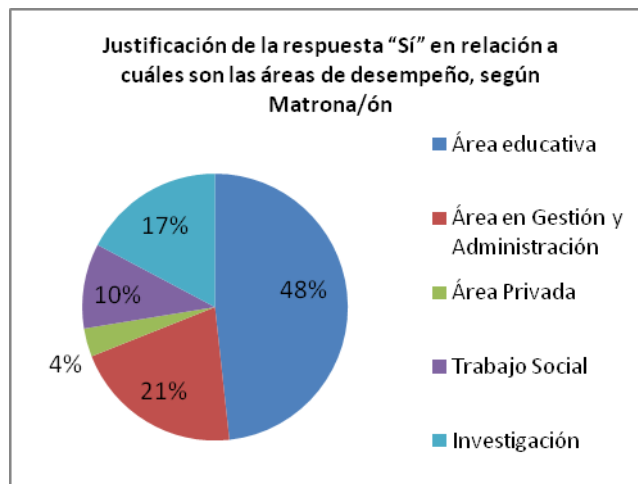
El 53% de Enfermeras/os cree que la gestión actual "Sí" facilita la realización de sus actividades. Mientras que un 47% considera que "No"; de este porcentaje el 7% "No Precisa" justificación y el 43% lo atribuye a "Organización y Planificación Adecuada". Cabe destacar que este profesional es quien posee el mayor porcentaje de respuesta "No" con respecto a esta pregunta.

GRÁFICO N° 5.6.122



Análisis de los Resultados

GRÁFICO N° 5.6.123



Matrona/ón considera en un 96% que pueden desempeñar labores fuera del acto asistencial. De ellos el 48% cree que se puede desempeñar en "Área Educativa", el 21% "Área Gestión y Administración" y el 17% en "Investigación".

GRÁFICO N° 5.6.124

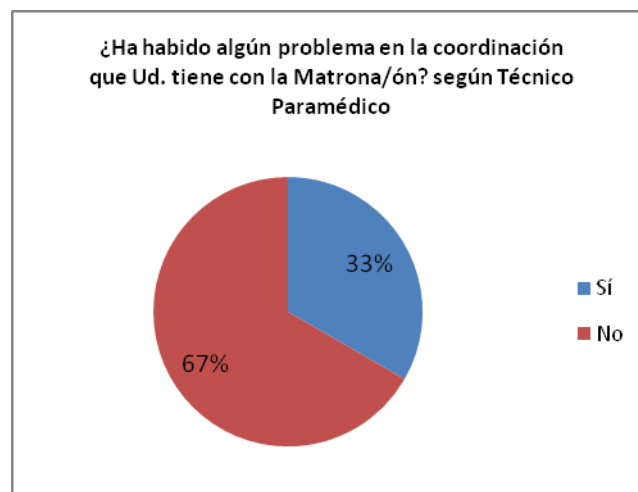
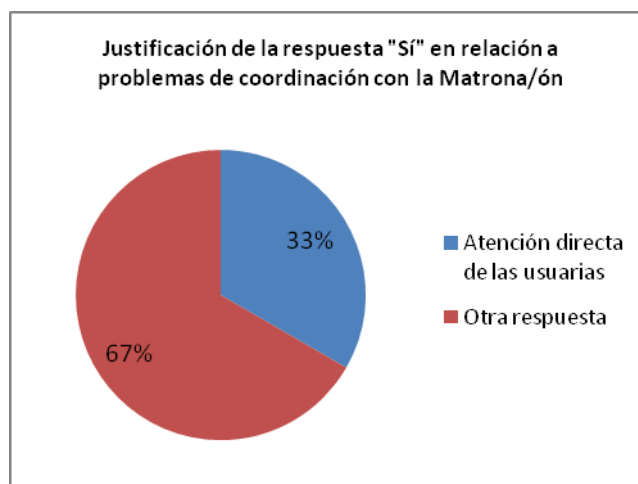


GRÁFICO N° 5.6.125



De Técnicos Paramédicos, 67% refirió que "No" han tenido problema de coordinación con profesional Matrona/ón. El 33% respondió "Sí", de los cuales el 67% justificó con "Otra respuesta"; como "Coordinación con la Información Poco Clara" y "Horarios". El 33% lo atribuyó a "Atención Directa de los Usuarios".

Análisis de los Resultados

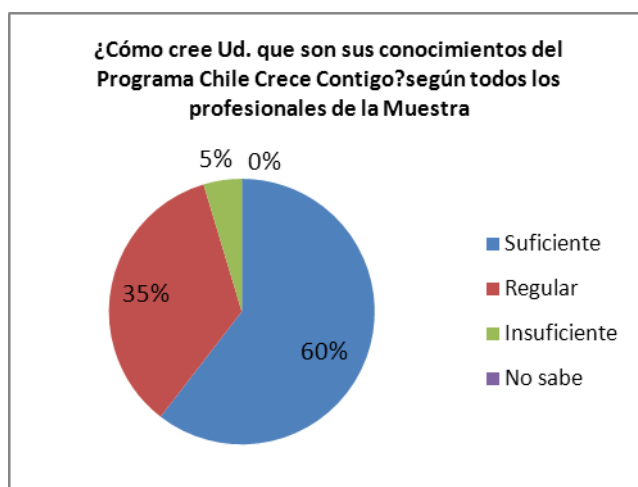
5.7 ÁREA PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO.

Véase Tablas en Anexo N°18.

El Programa Chile Crece Contigo, que tiene como objetivo proteger a la primera infancia, el cual es un nueva iniciativa que integra a diversos profesionales y que ha generado impacto en la atención de los usuarios.

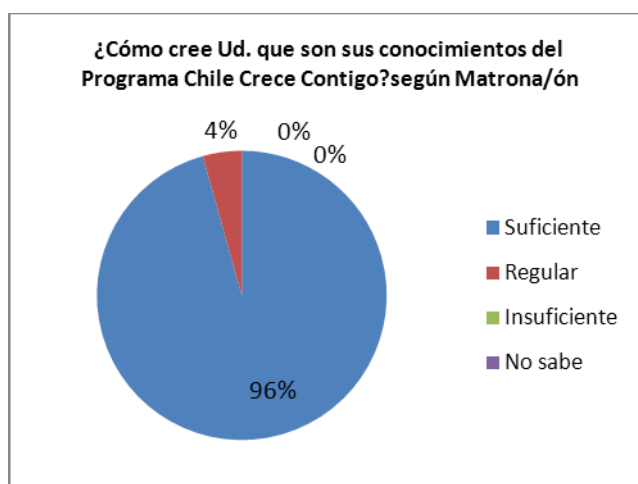
Este Programa, en algunos casos, ha llegado a modificar la modalidad de la atención de los centros de Salud o de las actividades de los funcionarios (la atención del Recién Nacido cambia de profesional Enfermera/o a Matrona/ón, generando discrepancias u opiniones en los equipos de Salud, por lo que presentamos a continuación las diversas opiniones al respecto:

GRÁFICO N° 5.7.1



Del total de profesionales a los cuales se les preguntó acerca de sus conocimientos con respecto al programa Chile Crece Contigo, 60% refirió que son “Suficientes”, 35% que son “Regular” y 5 % dijo que sus conocimientos sobre el Programa son “Insuficientes”.

GRÁFICO N° 5.7.2

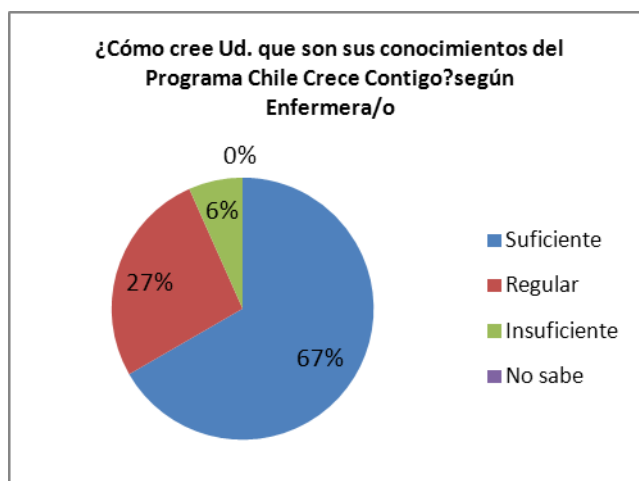


El 96% de Matrona/ón de la muestra respondió que sus conocimientos respecto al Programa Chile Crece Contigo son “Suficientes” y sólo 4% relató que sus

Análisis de los Resultados

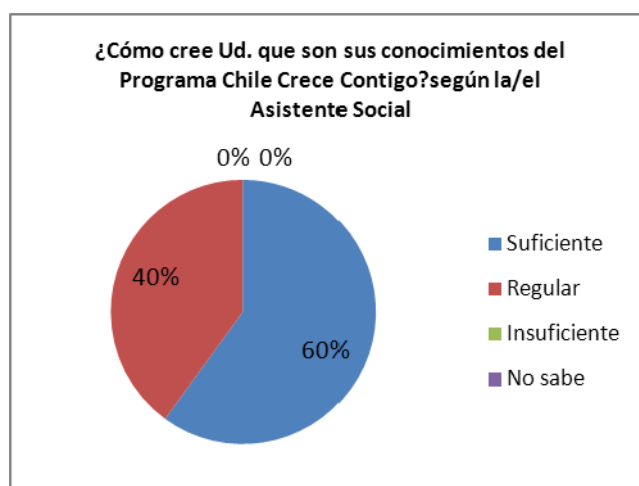
conocimientos son “Regular”. Las categorías “Insuficientes” y “No sabe” no obtuvieron respuesta, lo que significa que estos profesionales sienten que fueron oportuna y correctamente capacitados sobre el Programa en el cual son pioneros y responsables de llevar a cabo.

GRÁFICO Nº 5.7.3



Un 67% de Enfermeras/os indican que sus conocimientos con respecto al Programa Chile Crece Contigo son “Suficientes” y el 27% cree que sus conocimientos son “Regular”. Sin embargo, un 6 % de ellos los considera “Insuficientes”. Estos profesionales también son parte importante del desarrollo de este programa, por lo que el porcentaje de “Insuficiente” aunque sea, minoría es relevante.

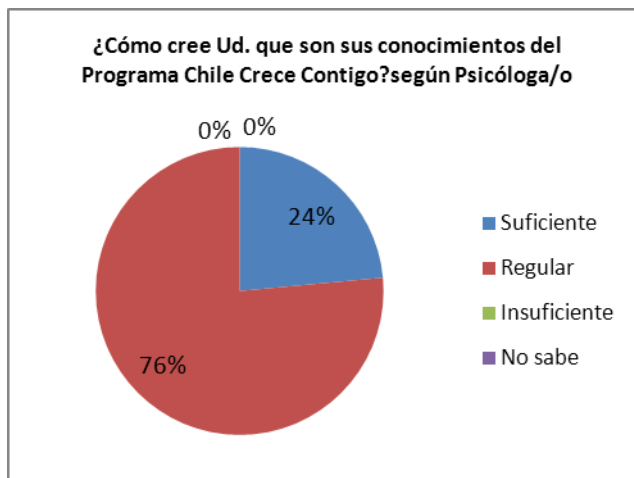
GRÁFICO Nº 5.7.4



Del total de Asistentes Sociales de la muestra el 60% destacó que sus conocimientos del Programa Chile Crece contigo son “Suficientes” y un 40% los calificó como “Regular”.

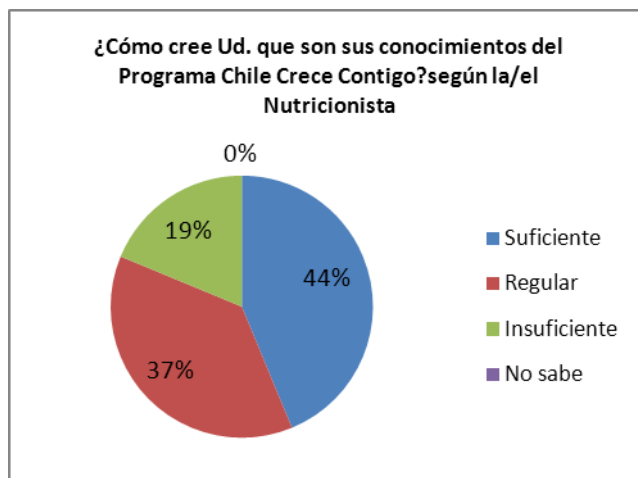
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.7.5



Los Psicólogas/os creen que sus conocimientos con respecto al Chile Crece Contigo son “Regular” en un 76% y en un 24% “Suficientes”. Cabe destacar que es el profesional con el mayor porcentaje de respuestas “Regular” frente a esta pregunta.

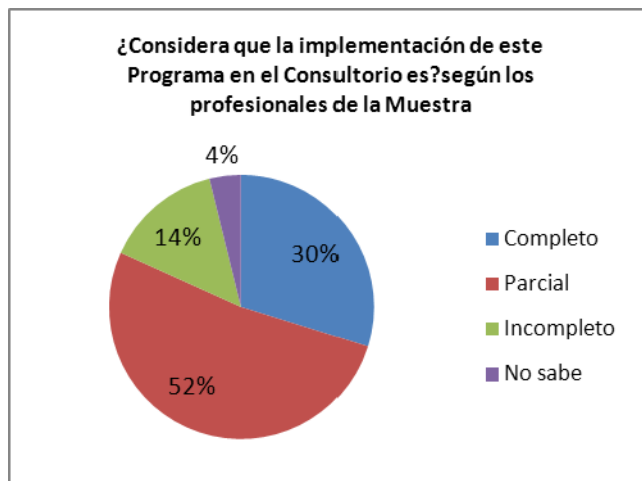
GRÁFICO Nº 5.7.6



De los Nutricionistas de la muestra un 44%, frente a esta pregunta, respondió que sus conocimientos frente al Programa Chile Crece Contigo son “Suficientes”. El 37% de ellos cree que son “Regular” y un 19% sostiene que sus conocimientos son “Insuficientes”, de esto último se observa que es el profesional con mayor tendencia de la respuesta “Insuficiente”, por lo que se infiere que les falta información y capacitación con respecto al Programa.

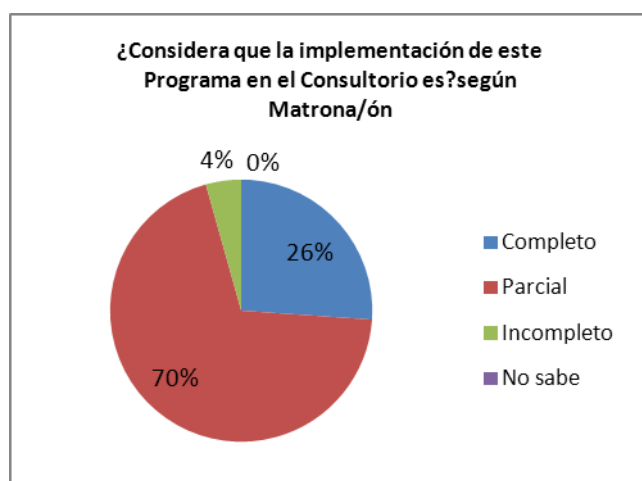
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.7.7



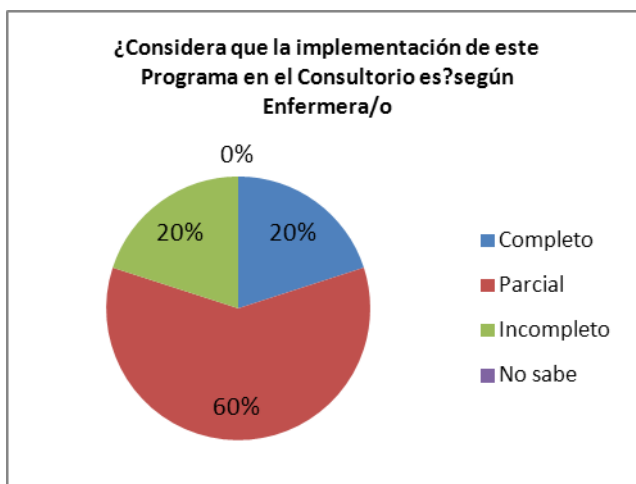
Del gráfico se desprende que el 52% de la muestra considera que la implementación del Programa en el Consultorio es “Parcial”, el 30% siente que es “Completa” y un 14% la califica como “Incompleta”. Podemos resaltar que aún faltan aspectos del Programa para que esté completamente implementado en todos los consultorios.

GRÁFICO Nº 5.7.8



El 70% de las Matronas/es consideran que el programa Chile Crece Contigo se encuentra implementado de forma “Parcial”, el 26% de manera “Completa” y sólo un 4% lo considera “Incompleto”.

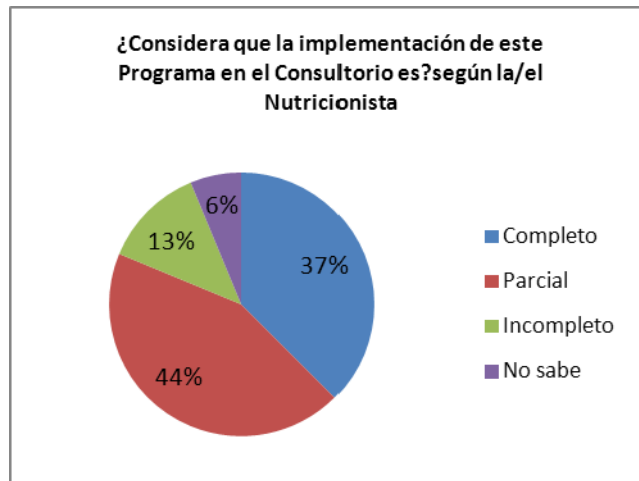
GRÁFICO Nº 5.7.9



Análisis de los Resultados

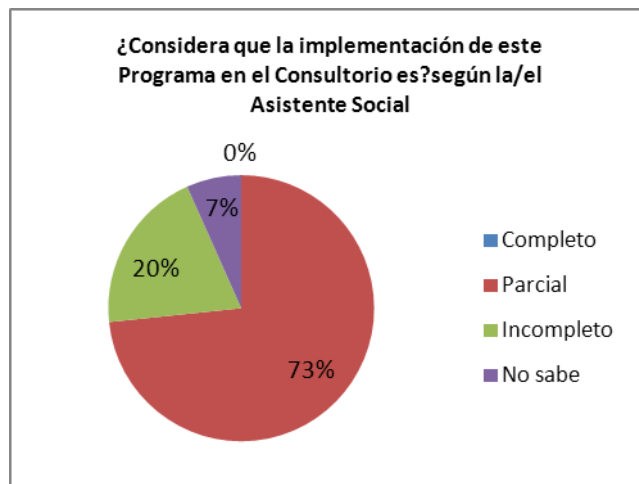
Del gráfico se desprende que el 60% de las Enfermeras/os consideran que la implementación del Programa en su Consultorio es “Completa” y con un 20% y en igual porcentaje, “Parcial” e “Incompleto”.

GRÁFICO Nº 5.7.10



Un 44% de los Nutricionistas de la muestra ante esta pregunta respondió que la implementación es “Parcial”, muy cerca en tendencia le sigue la categoría “Completo” y solo un 13% considera que la implementación es “Incompleta”.

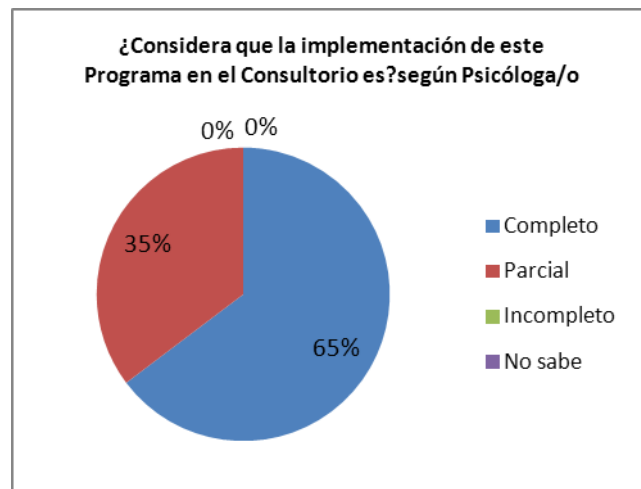
GRÁFICO Nº 5.7.11



Ante ésta pregunta el 73% de los Asistentes Sociales contestaron “Parcial” y el 20% lo consideran “Incompleto”. Es relevante destacar que ninguno de los Asistentes Sociales de la muestra considera que la implementación de dicho programa es “Completa”.

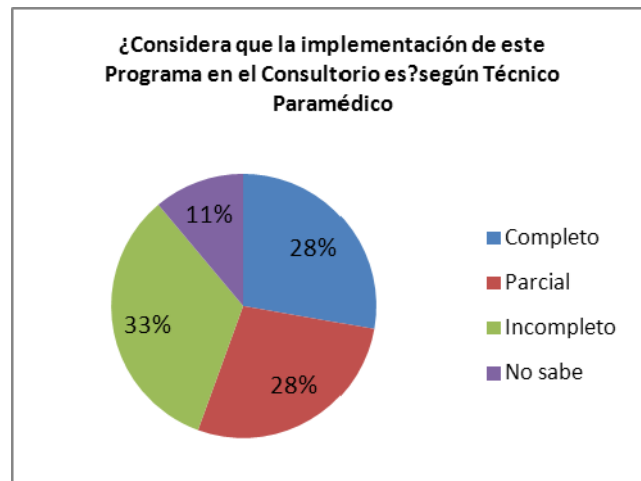
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.7.12



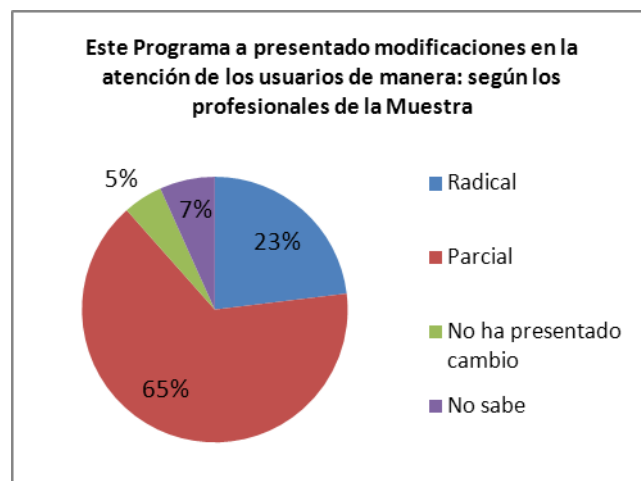
A diferencia de los Asistentes Sociales, el 65% de los profesionales Psicólogas/os encuestados cree que la implementación del Programa Chile Crece Contigo dentro de su Consultorio es “Completo” y el 35% restante considera la implementación como “Parcial”.

GRÁFICO Nº 5.7.13



En este gráfico se observa que las opiniones de los Técnicos Paramédicos son mucho más variadas. Un 33% refiere que la implementación es “Incompleta”. Con igual porcentaje el 28% los consideran “Completo” y “Parcial”.

GRÁFICO Nº 5.7.14

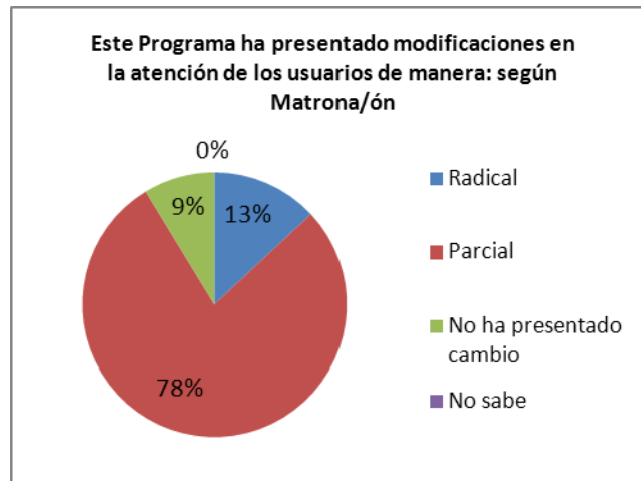


Análisis de los Resultados

El gráfico indica que del total de la muestra encuestada, el 65% cree que el Programa Chile Crece Contigo ha presentado modificaciones en la atención de los usuarios de manera “Parcial” y el 23% la considera que “Radical”.

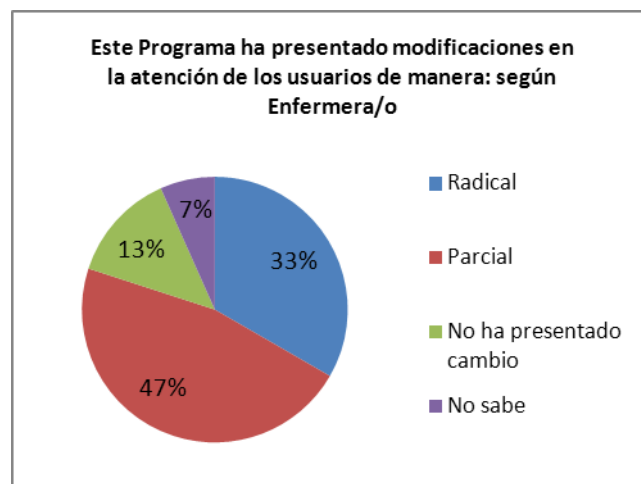
Es necesario conocer por qué algunos encuestados consideran que el cambio ha sido “Parcial” o que “No ha presentado cambio”, ya que es un Programa nuevo el cual debería causar modificaciones en atención de los usuarios.

GRÁFICO Nº 5.7.15



Las Matronas/es en un 78% respondieron que las modificaciones en la atención son “Parcial” y sólo un 13% destacó que son “Radical”. Un 9% cree que “No ha Presentado Cambio”.

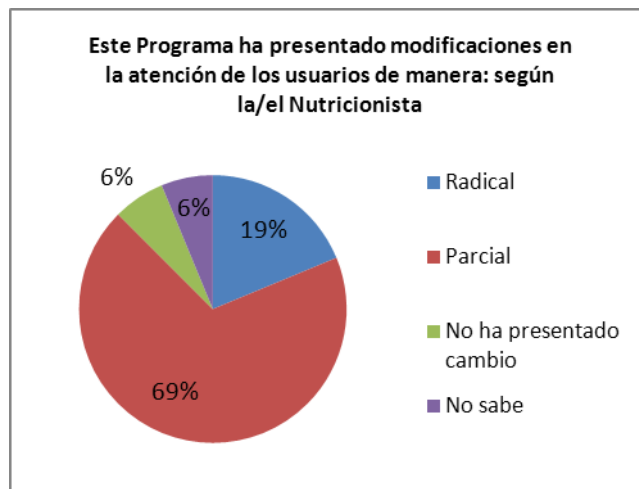
GRÁFICO Nº 5.7.16



Enfermeras/os en un 47% consideran que las modificaciones en la atención de los usuarios es de manera “Parcial” y el 33% lo califica como “Radical”. Existen aseveraciones que indican el 13% siente que la implementación del programa “No ha presentado cambio” en la atención.

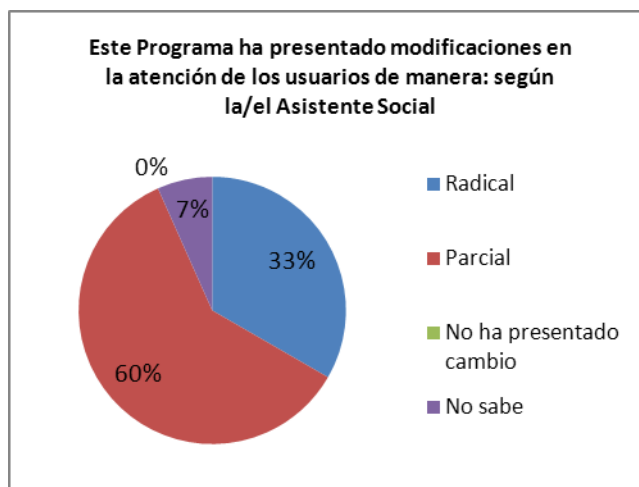
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.7.17



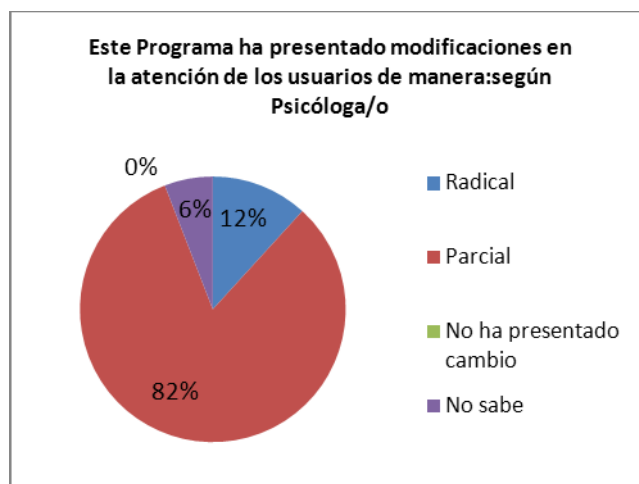
El 69% de los Nutricionistas refiere que el programa Chile Crece Contigo ha presentado modificaciones en la atención de los usuarios de manera “Parcial”, un 19% “Radical” y el 6% refiere que “No ha presentado cambio”.

GRÁFICO Nº 5.7.18



Un 60% de los Asistentes Sociales indica que este Programa ha presentado cambios en la atención a los usuarios de manera “Parcial”, un 33% “Radical” y un 7% responde que “No sabe”.

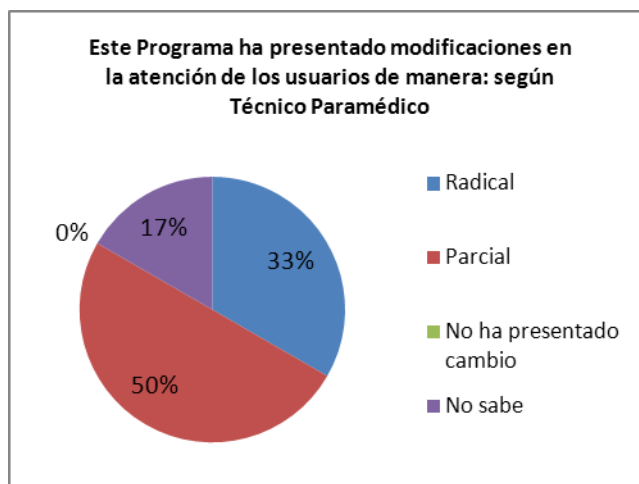
GRÁFICO Nº 5.7.19



Análisis de los Resultados

Según profesionales Psicólogas/os refieren en un 82% que este Programa ha presentado cambios en la atención a los usuarios de manera “Parcial”, con un 12% “Radical” y el 6% restante contesta “No sabe”.

GRÁFICO Nº 5.7.20



Un 50% de los Técnicos Paramédicos señala que este Programa ha presentado cambios en la atención a los usuarios de manera “Parcial”, un 33% indica “Radical” y el 17% restante “No sabe”.

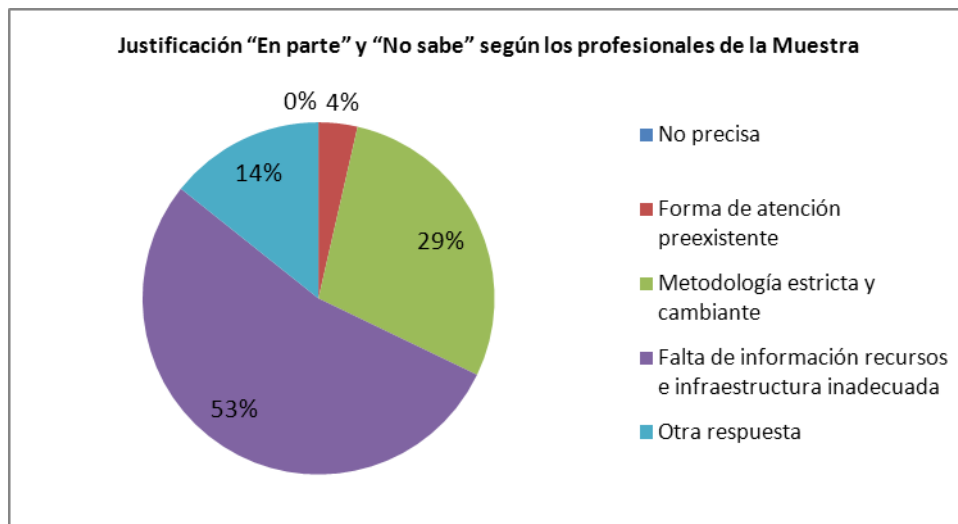
GRÁFICO Nº 5.7.21



De los profesionales de la muestra, un 69% indica que “Sí” está de acuerdo con la metodología de trabajo propuesta por el Programa Chile Crece Contigo, un 24% señala que “En parte” y un 6% “No sabe”. Es trascendental conocer la opinión de los profesionales que contestaron ante esta pregunta, “En parte” y “No sabe”, el siguiente gráfico justifica estas aseveraciones.

Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.7.22



De los profesionales de la muestra que respondieron "En parte" y "No sabe" en relación a la aprobación de la metodología del programa Chile Crece Contigo", un 53% indica que es por "Falta de Información, Recursos e Infraestructura Inadecuada", un 29% señala que es por "Metodología Estricta y Cambiante".

GRÁFICO Nº 5.7.23

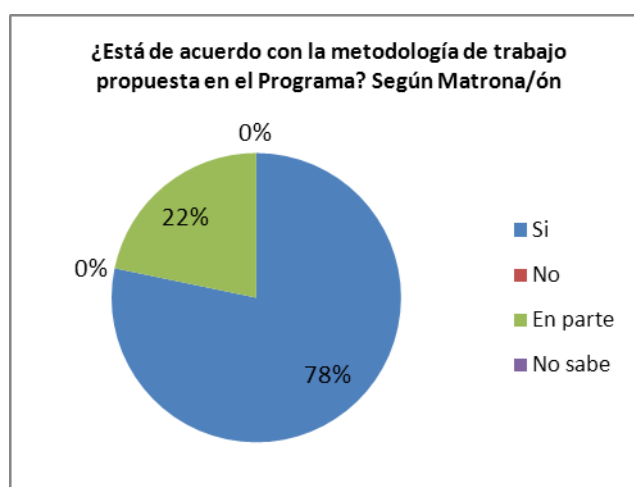
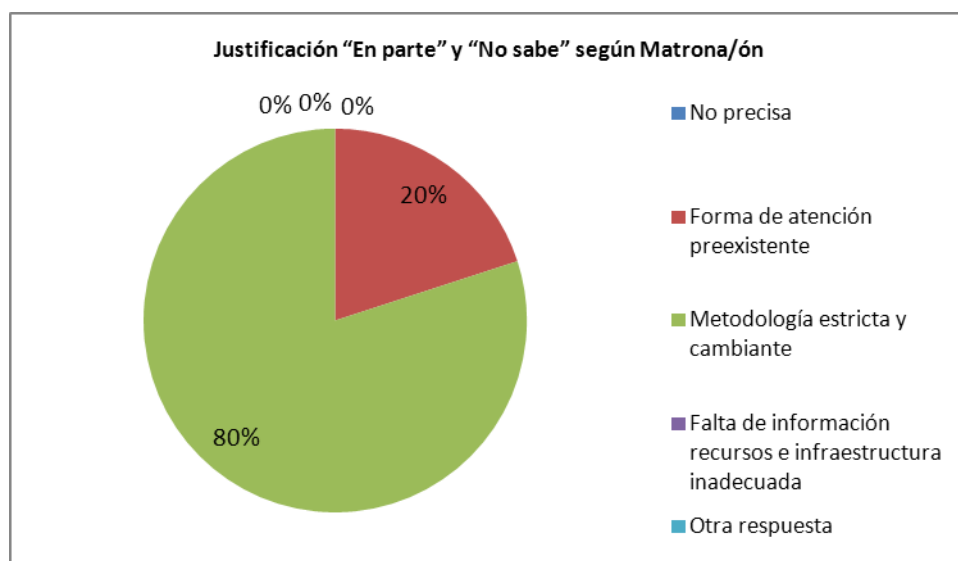


GRÁFICO Nº 5.7.24



Según Matrona/ón el 78% de ellos, indican que "Sí" están de acuerdo con la metodología de este Programa. El 22% restante señala que "En parte". De este último porcentaje, un 80% justifica esta afirmación porque el Programa presenta una

Análisis de los Resultados

“Metodología Estricta y Cambiante”, el 20% restante señala que es una “Forma de Atención Preexistente”.

GRÁFICO Nº 5.7.25

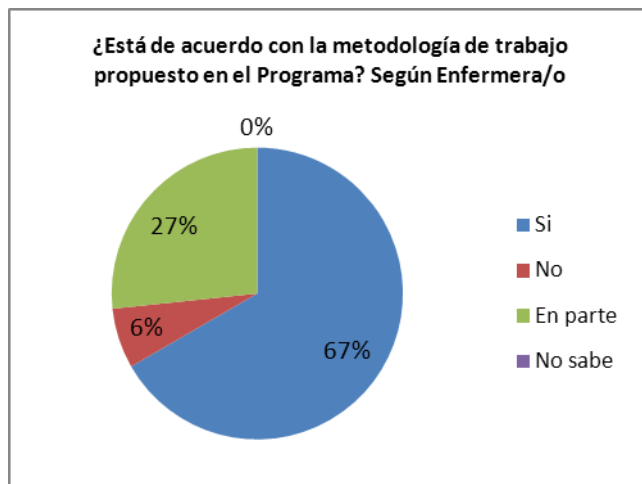
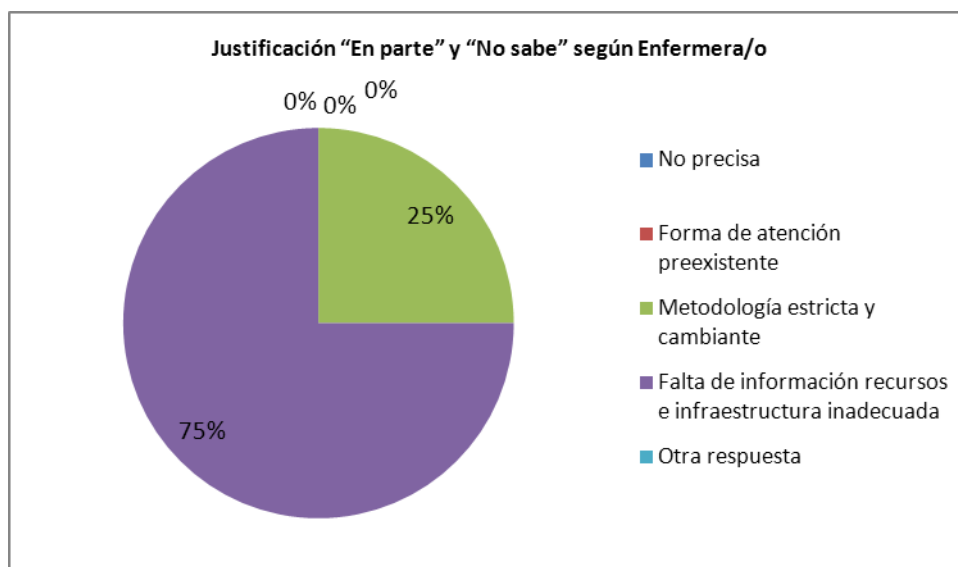
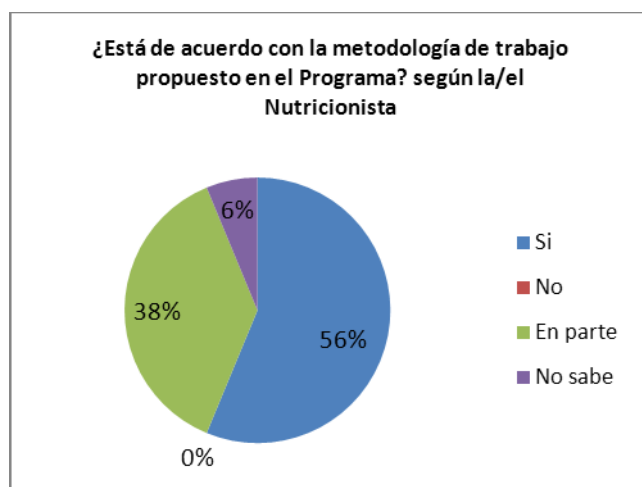


GRÁFICO Nº 5.7.26



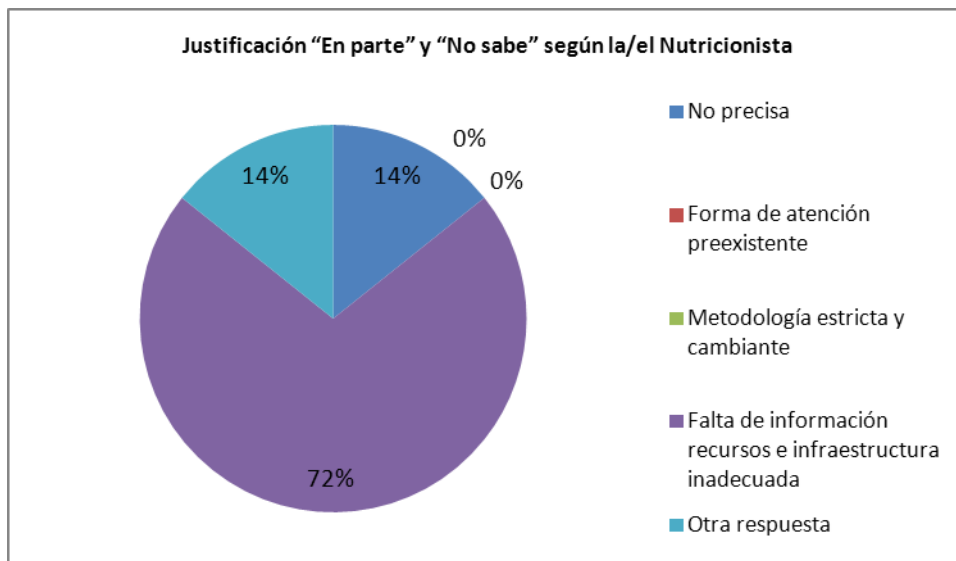
Las Enfermeras/os señalan en un 67% que “Sí” está de acuerdo con la metodología de trabajo propuesto en el Programa Chile Crece Contigo. El 27% dice estar “En parte” de acuerdo. El 6% “No” está de acuerdo con esta metodología. Del porcentaje que responde “En parte”, un 75% lo atribuye a la “Falta de Información, Recursos e Infraestructura Inadecuada”, el 25% restante lo asocia a una “Metodología Estricta y Cambiante”.

GRÁFICO Nº 5.7.27



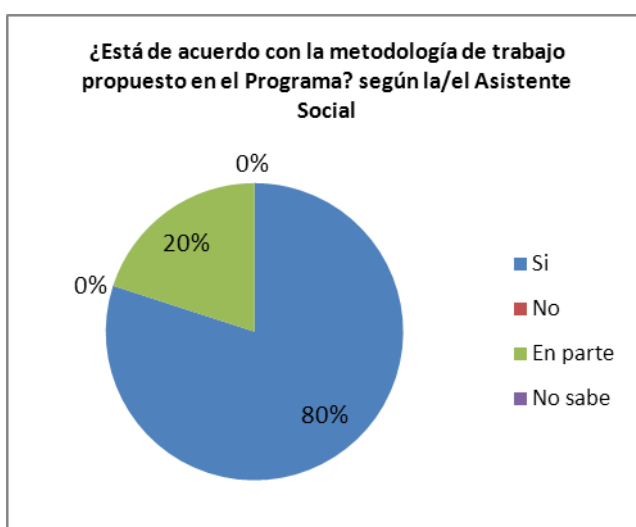
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.7.28



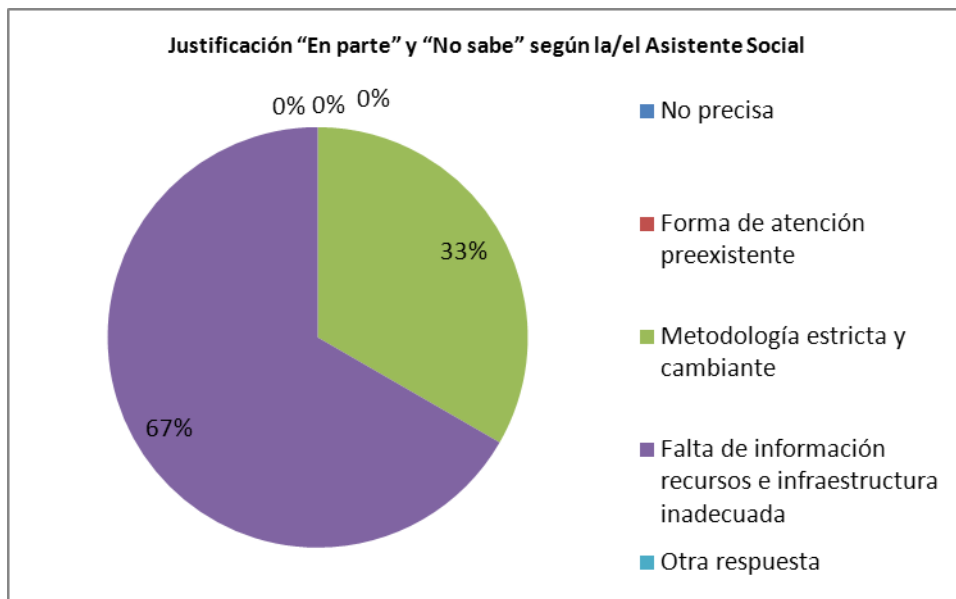
Del gráfico se desprende que un 56% de los Nutricionistas señala que "Sí" esta de acuerdo con la metodología propuesta en el Programa Chile Crece Contigo, un 38% "En parte" y un 6% "No sabe" del tema. De los profesionales que están de acuerdo "En parte" con la metodología de trabajo, justifican en un 72% que es por "Falta de Información, Recursos e Infraestructura", el 14% "No precisa" justificación.

GRÁFICO Nº 5.7.29



Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.7.30

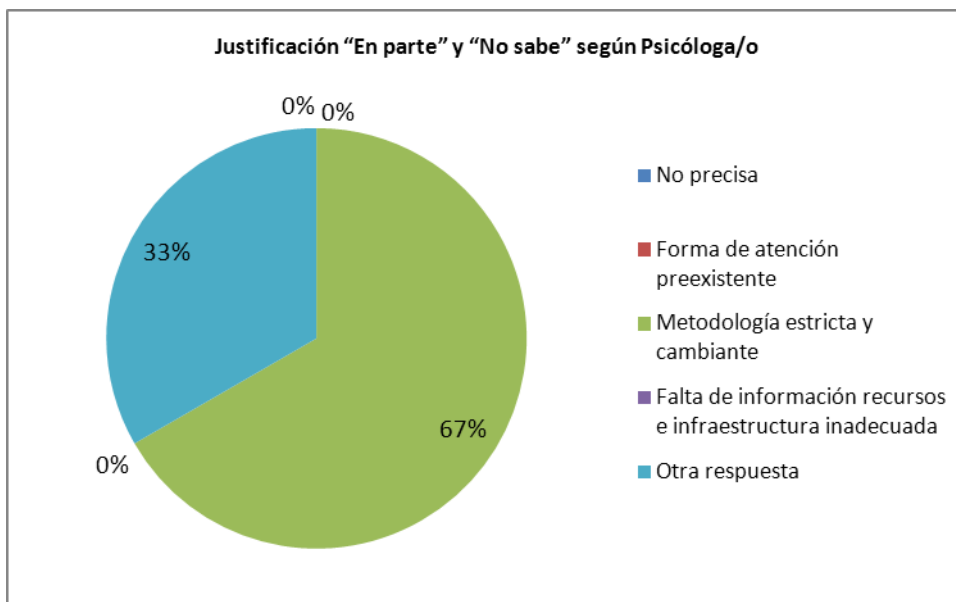


Un 80% de los Asistentes Sociales señalan estar de acuerdo con la metodología de trabajo propuesta en el Programa Chile Crece Contigo. Un 20% indica que "En parte". De este último porcentaje, un 67% lo atribuye a "Falta de Información, Recursos e Infraestructura Inadecuada" y el 33% que presenta una "Metodología Estricta y Cambiante".

GRÁFICO Nº 5.7.31



GRÁFICO Nº 5.7.32



Análisis de los Resultados

Un 82% de las Psicólogas/os refieren estar de acuerdo con la metodología de trabajo propuesto en el Programa Chile Crece Contigo, el 18% restante refiere que “En parte”. De este último porcentaje, un 67% lo atribuye a que presenta una “Metodología Estricta y Cambiante” y el 33% restante a “Otra respuesta”; esta categoría está descrita en el Libro de Códigos y una de las respuestas más frecuentes corresponde a que “No se ha Cumplido Completamente” el Programa.

GRÁFICO Nº 5.7.33

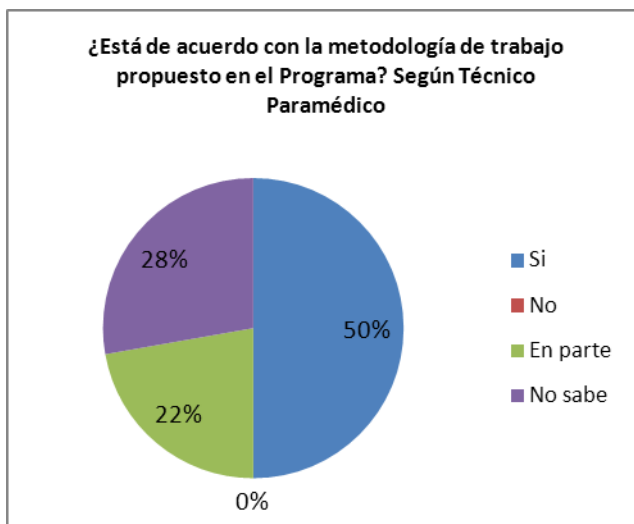
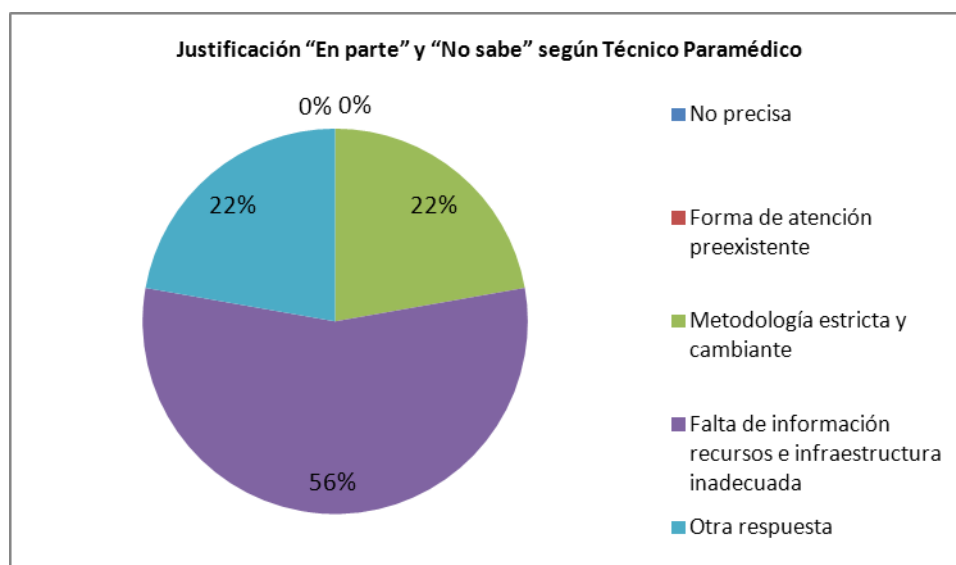


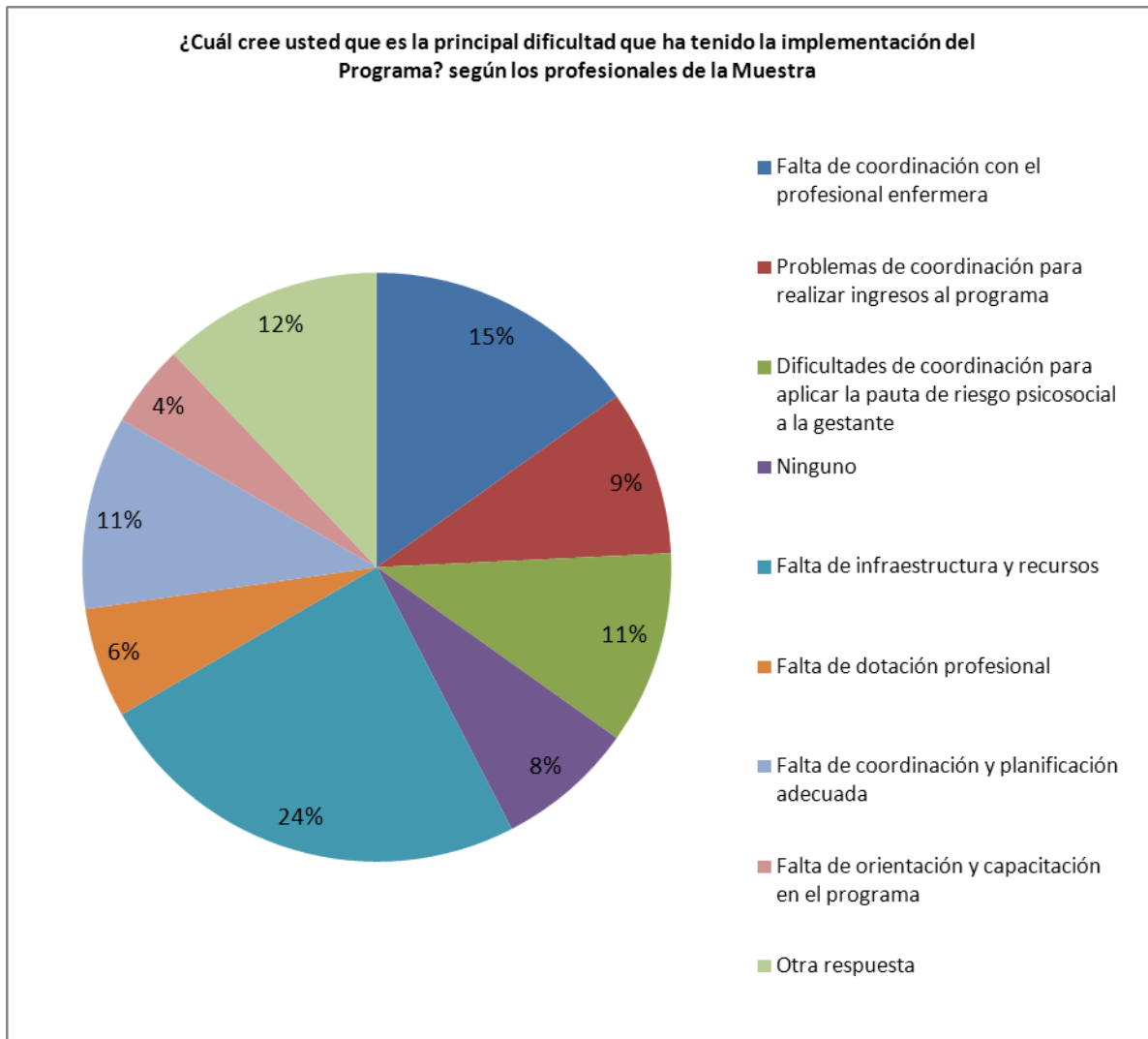
GRÁFICO Nº 5.7.34



Un 50% de los Técnicos Paramédicos señalan estar de acuerdo con la metodología de trabajo propuesto en el Programa, un 28% declara que “No sabe”; cabe destacar que los Técnicos Paramédicos son quienes con mayor porcentaje refieren no saber del tema. Un 22% refiere estar de acuerdo “En parte” con la metodología. De este último porcentaje, un 56% indica que es por “Falta de Información, Recursos e Infraestructura Inadecuada” y un 22% por tener éste una “Metodología Estricta y Cambiante” y con el mismo porcentaje refiere “Otra respuesta”.

Análisis de los Resultados

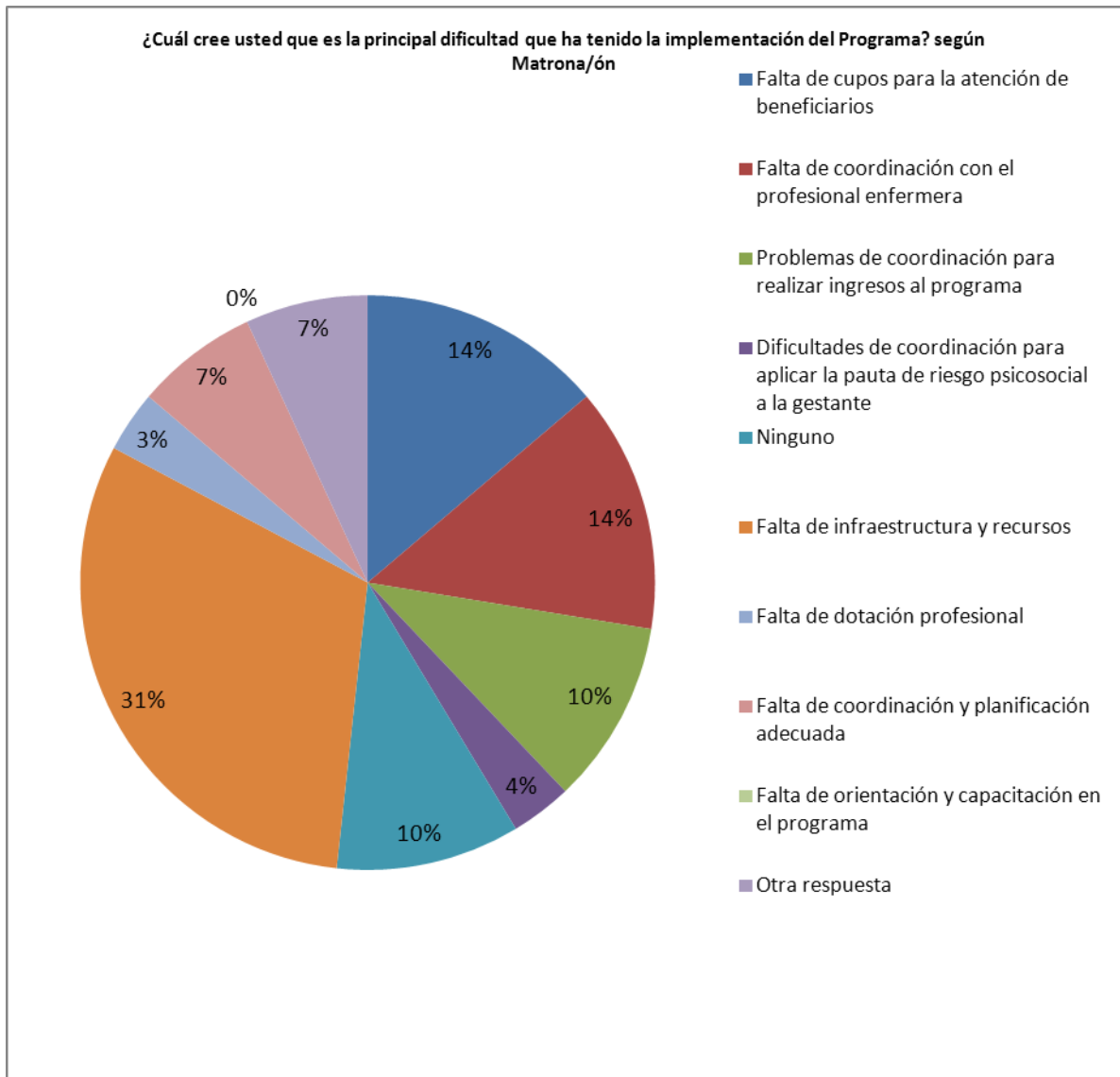
GRÁFICO Nº 5.7.35



Ante la pregunta sobre las dificultades que ha tenido la implementación del Programa Chile Crece Contigo, los profesionales de la muestra consideran en un 21% es debido a la “Falta de Infraestructura y Recursos”, el 14% lo atribuye a la “Falta de Coordinación con Enfermera/o” y un 12% debido a la “Falta de Cupos para Atención de Beneficiarios”. Cabe destacar que sólo un 7% refiere que la opción “Ninguno”, no precisando dificultades en la implementación del Programa.

Análisis de los Resultados

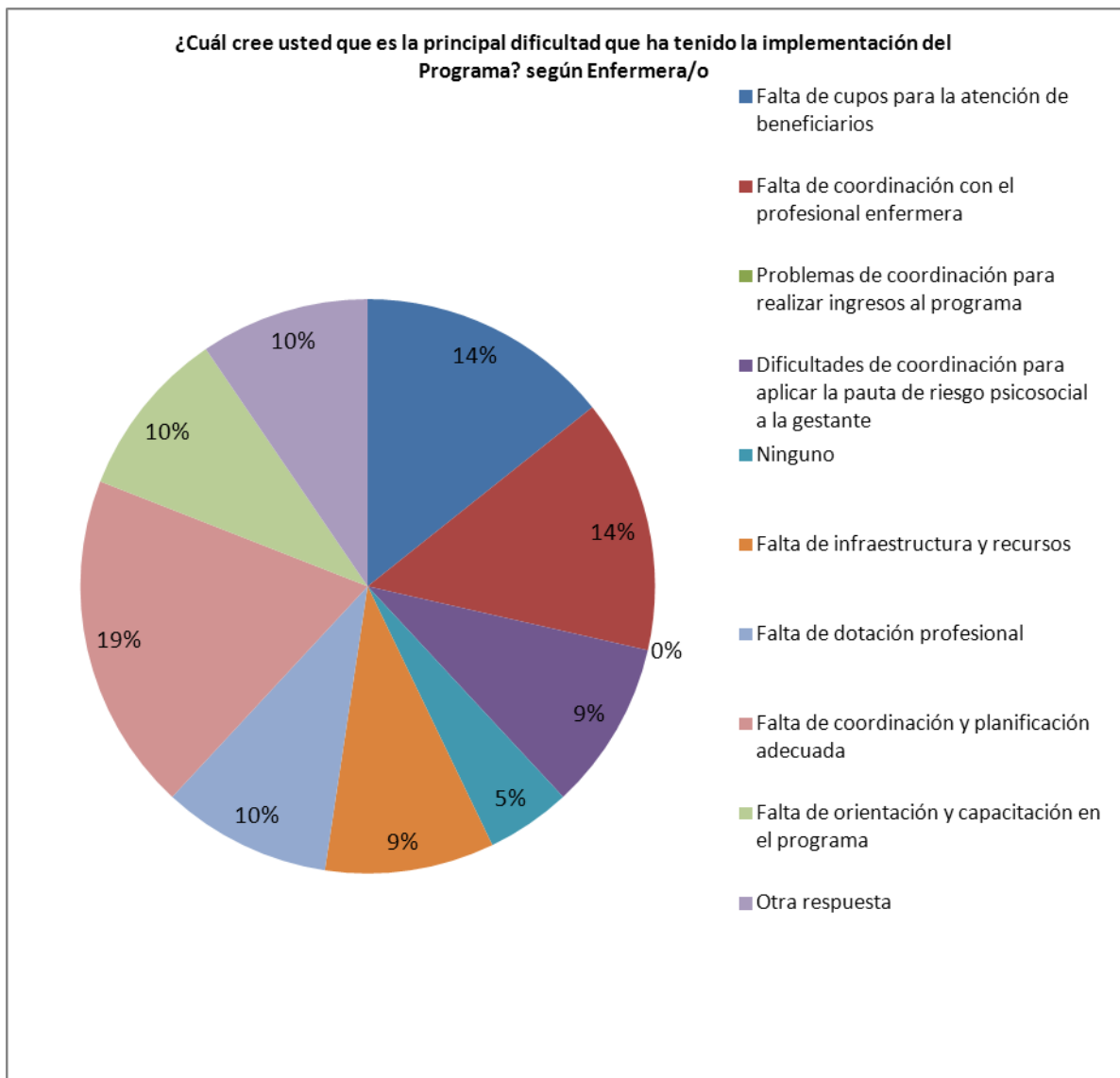
GRÁFICO Nº 5.7.36



El mayor problema referido por Matronas/es en la implementación del Programa Chile Crece Contigo es por la “Falta de Infraestructura y Recursos” con un 31% de las respuestas referidas, en segundo lugar destacamos la “Falta de Coordinación con Enfermera/o” al mismo nivel de “Falta de Cupos para Beneficiarios” con un 14%. Se destaca con un 10% la categoría “Ninguno”, considerando sin dificultades la implementación de este Programa.

Análisis de los Resultados

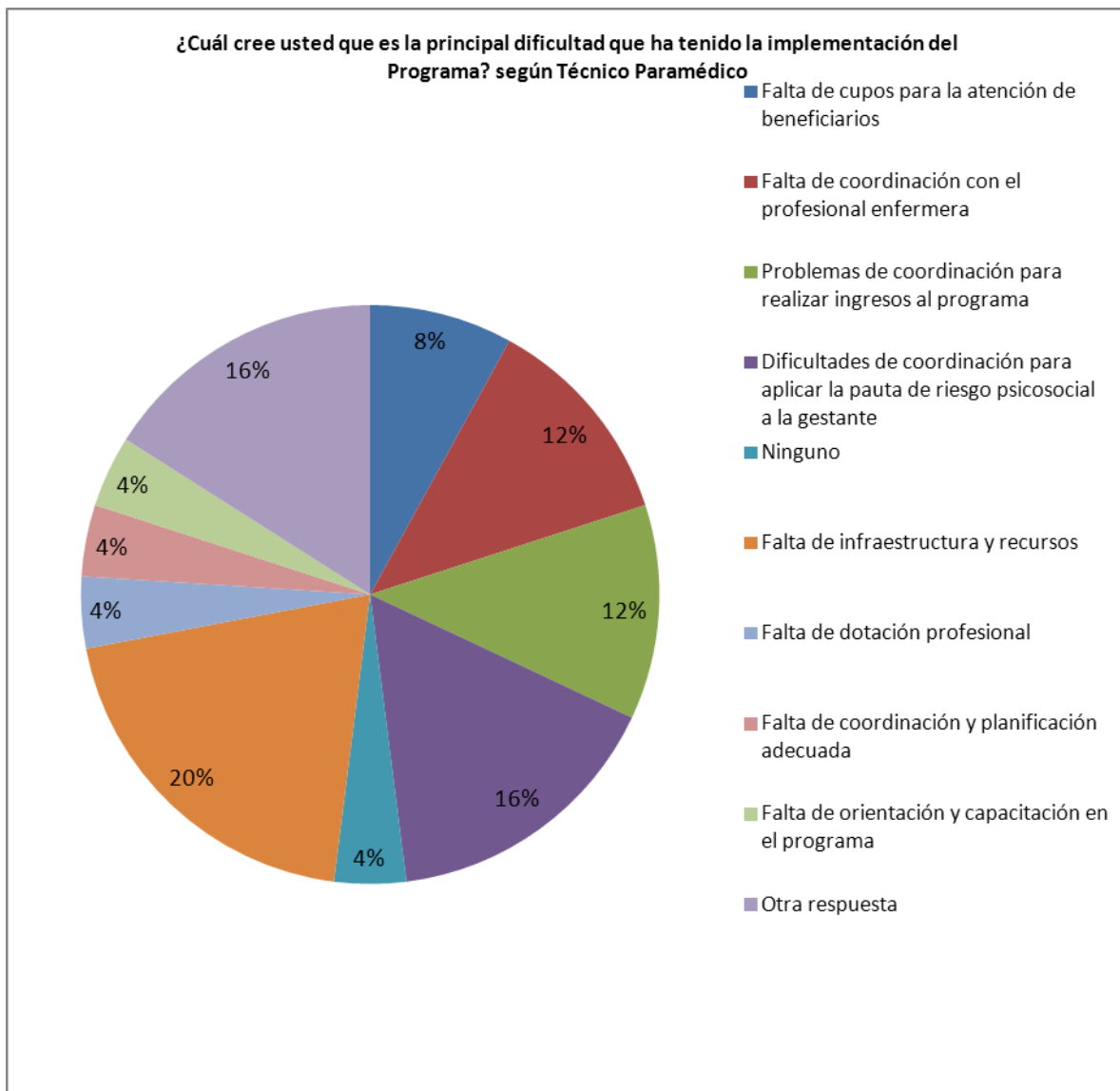
GRÁFICO Nº 5.7.37



Según Enfermeras/os el principal problema que ha tenido la implementación del Programa Chile Crece Contigo, es con un 19% de las respuestas la “Falta de Coordinación y Planificación Adecuada”, con un 14% tanto la “Falta de Cupos para la Atención de Usuarios” como la “Falta de Coordinación con Profesional Enfermera/o, esto concuerda con lo señalado por Matronas/es.

Análisis de los Resultados

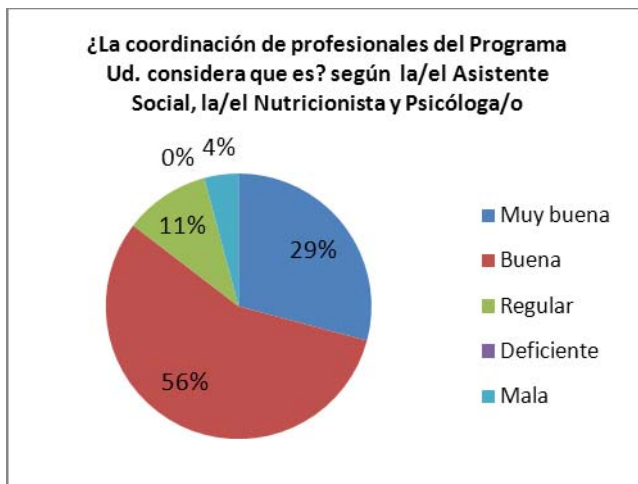
GRÁFICO Nº 5.7.38



Según lo señalado por Técnicos Paramédicos, la principal dificultad que ha tenido la implementación de este Programa es con un 20% la “Falta de Infraestructura y Recursos”, lo cual coincide con lo señalado como principal problema por Matronas/es. Con un 16% de las respuestas señalan se producen por “Dificultades de Coordinación para Aplicar la Pauta de Riesgo Psicosocial a la Gestante” como también con este mismo porcentaje se incluyen “Otras respuestas”, detalladas en el Libro de Códigos como: “Falta de Costumbre a la Asistencia de Talleres”, “Poca Entrega de Soluciones Sociales”, “Exigencias Inmediatas”, “Incompatibilidad con Fichas Clínicas Electrónicas” y “Alta demanda de Beneficiarios”.

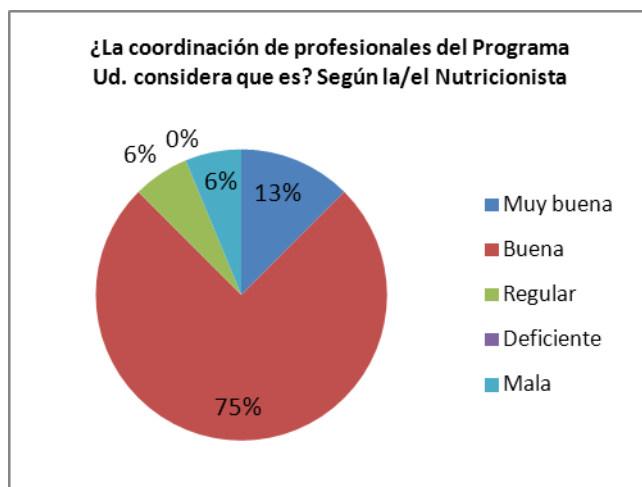
Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.7.39



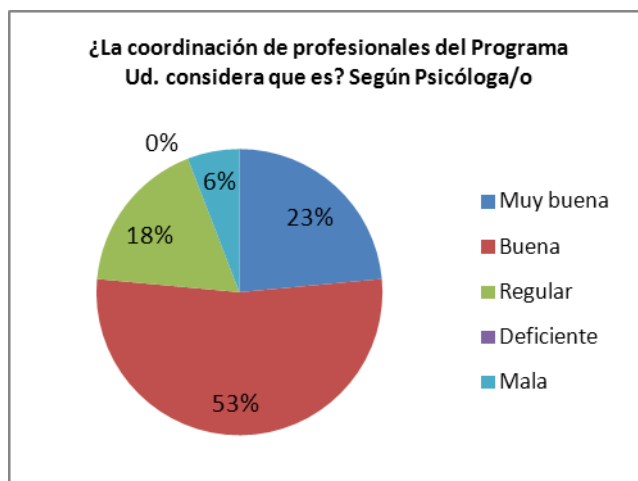
Según lo expresado por Asistente Social, Nutricionista y Psicóloga/o, consideran que la coordinación de los profesionales del Chile Crece Contigo es con un 56% “Buena”, con un 29% “Muy Buena”, con un 11% “Regular” y sólo un 4% de estos profesionales indica que es “Mala”.

GRÁFICO Nº 5.7.40



Del gráfico se desprende que los Nutricionistas consideran con un 75% que la coordinación de los profesionales del Programa es “Buena” (coincidiendo con el gráfico anterior), con un 13% que es “Muy Buena”, 6% que es “Regular” y “Mala”.

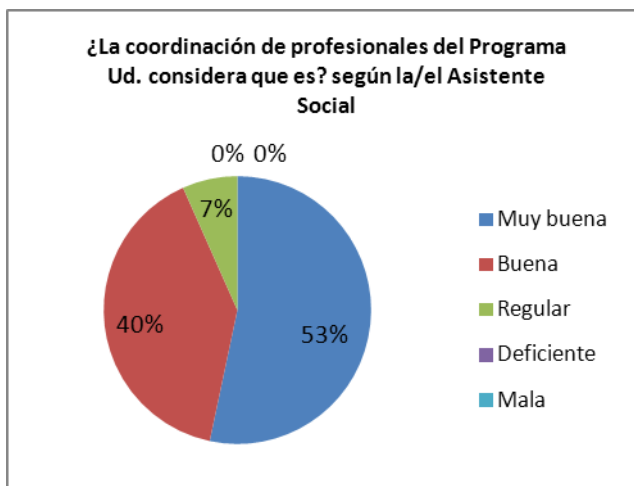
GRÁFICO Nº 5.7.41



Análisis de los Resultados

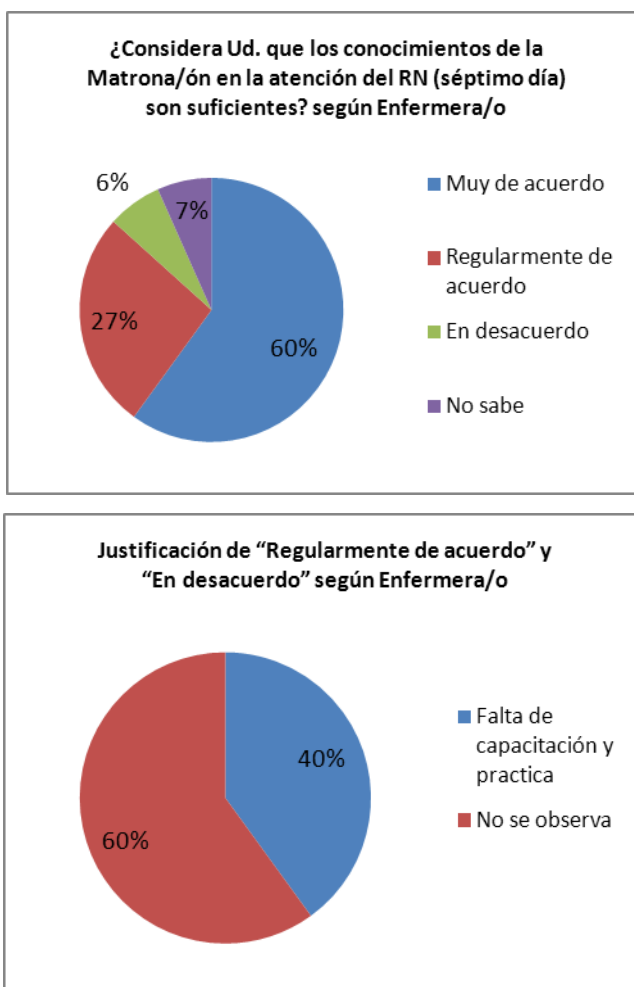
Las Psicólogas/os refieren que la coordinación de los profesionales del Programa es con un 53% “Buena”, con un 23% “Muy Buena”, 18% señala que es “Regular” y un 6% que es “Mala”.

GRÁFICO Nº 5.7.42



Según Asistentes Sociales la coordinación entre los profesionales del Programa Chile Crece Contigo es con un 53% “Muy Buena”, con un 40% “Buena” y sólo un 7% señala que es “Regular”.

GRÁFICO Nº 5.7.43



Un 60% de las Enfermeras/os señalan que están “Muy de acuerdo” en que los conocimientos de Matrona/ón son suficientes para la atención del Recién Nacido en el 7º día. El 27% señala estar “Regularmente de acuerdo”, el 6% refiere estar “En desacuerdo” con este planteamiento. De estos últimos porcentajes, justifican con un

Análisis de los Resultados

60% que “No se observa” en la práctica esta atención, o sea que la atención del RN es realizada aún por Enfermeras/os, y un 40% señala que es por “Falta Capacitación y Práctica”.

GRÁFICO Nº 5.7.44

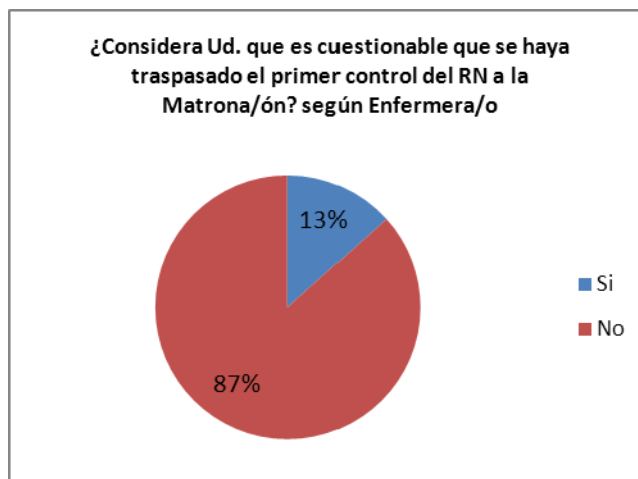
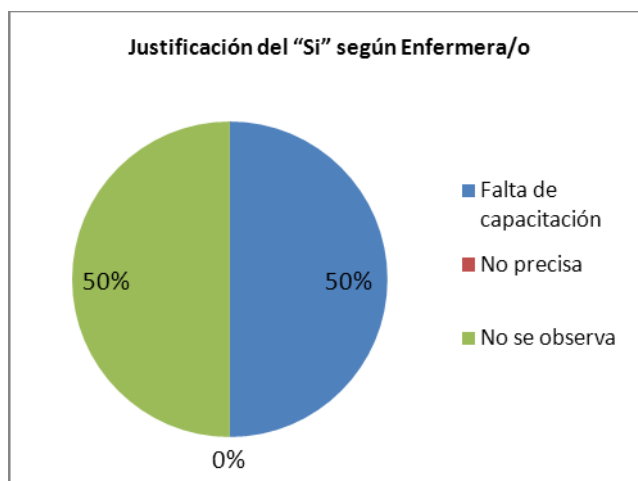
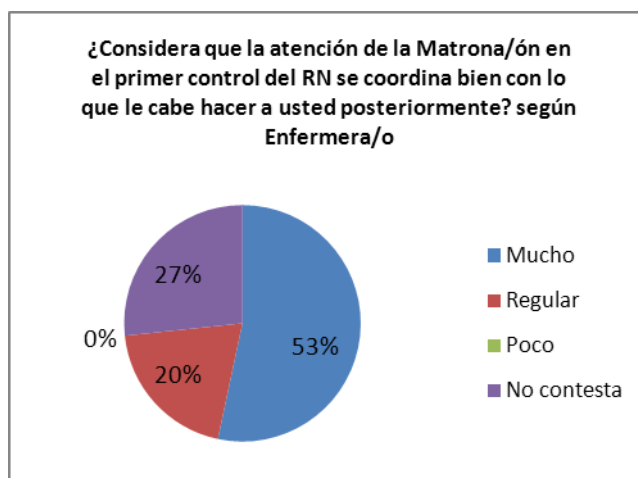


GRÁFICO Nº 5.7.45



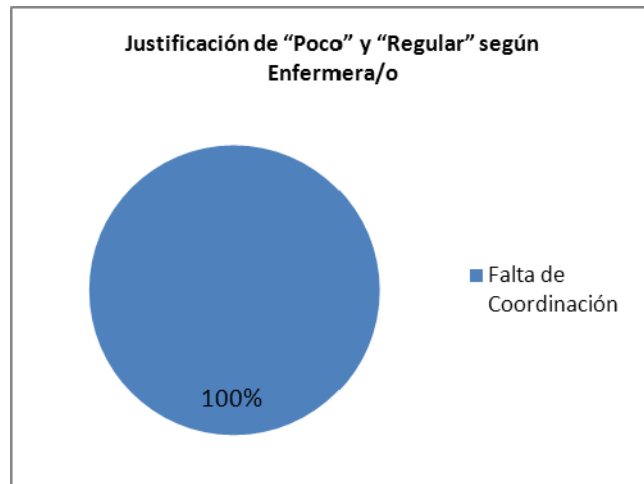
Un 87% de Enfermeras/os considera que “No” es cuestionable que se haya traspasado el primer control de RN a Matronas/es, el 13% considera que “Sí” es cuestionable, de este último porcentaje, el 50% señala que es por “Falta de Capacitación” y el 50% restante asevera que “No se observa”, puesto que esta atención aún la siguen realizando Enfermeras/os.

GRÁFICO Nº 5.7.46



Análisis de los Resultados

GRÁFICO Nº 5.7.47



Las Enfermeras/os señalan en un 53% estar muy de acuerdo en que la coordinación entre Matrona/ón y ellos en el traspaso del control de RN se coordina bien, para lo que le resta hacer a ellos en controles posteriores. El 27% "No contesta" y un 20% señala que "Regular". De este último porcentaje en un 100% señalan que es por "Falta de Coordinación".

Conclusiones del Estudio

Se genera a partir del análisis realizado en esta investigación, conclusiones obtenidas de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio:

Competencias del Rol de la Matrona/ón.

Los conocimientos sobre Nutrición que posee la Matrona/ón, son considerados por los Nutricionistas como “Suficientes” para la colaboración mutua, sin embargo es importante que las Matronas/es tengan conocimientos básicos en todas las áreas de Nutrición y las áreas falentes son: “Normas del PNAC”, “Tipos de Alimentación” e “Instrumentos de evaluación en Nutrición”.

En el área de Salud Mental las Psicólogas/os establecen que los conocimientos de Matronas/es deben ser considerados “Excelentes” y no sólo “Suficientes”, entre los temas a desarrollar aún más encontramos: “Alteraciones Mentales”, “Falencias Psicoafectivas”, “Diagnóstico en Salud Mental” y “Manejo en Intervención en Crisis”, como también se destaca que en cuanto al “Diagnóstico de Patologías Mentales” compete exclusivamente al rol de Psicóloga/o. La preparación de las Matronas/es en esta área, se debe a la experiencia clínica que proporcionan las herramientas necesarias para la “Contención de Pacientes” y la “Pesquisa de Alteraciones”.

En el área Gineco-obstétrica, la Matrona/ón se transforma en un ente activo y responsable, puesto que es el único profesional competente para resolver los temas ginecológicos y obstétricos, debido a la ausencia de Médicos especialistas. Los conocimientos referidos por estos profesionales son considerados “Buenos”, siendo necesaria una capacitación continua y actualizada en los diversos temas que le competen.

En Aspectos Sociales la Matrona/ón posee conocimientos “Suficientes” para desenvolverse en esta área. Los Asistentes Sociales esperan del rol de la Matrona/ón, conocimientos básicos para realizar “Pesquisas Oportunas” y “Derivaciones Adecuadas”, así como también profundizar más en temas como: “Programas y Beneficios Sociales”, “Trabajo Comunitario” y “VIF”.

Los profesionales de la muestra poseen conocimientos y técnicas “Suficientes” para una educación asertiva hacia la comunidad. La Matrona/ón no se aleja de esta realidad, ya que poseen herramientas “Suficientes” para educar a la comunidad en las diferentes áreas señaladas en la investigación, sin embargo poseen falencias en áreas de “Salud Mental” y “Aspectos Sociales”. Hay aspectos en Educación y Promoción de la Salud, que no están mayoritariamente cubiertos por ningún profesional del CES o

Conclusiones del Estudio

CESFAM, entre ellos destacan: “Ciclo Vital de la Familia” y “Salud Sexual y Reproductiva”.

Adaptación frente a innovaciones en Atención Primaria de Salud Pública.

Para la transformación al Nuevo Modelo de Salud Familiar se requiere un cambio en la adherencia del equipo de Salud. Es así como los profesionales del área se ubican en la etapa del Ciclo Vital, Adultez Temprana (20 a 40 años de edad) que les permite tener la habilidad de adaptarse a los cambios que se dan en el Sistema de Salud.

La mayoría de los Centros de Salud se encuentran en la etapa de Consolidación de CESFAM. Actualmente los equipos de Salud están siendo capacitados en el área de “Salud Familiar”, siendo éste un requisito fundamental para la implementación del Nuevo Modelo.

En cuanto a las condiciones que debieran mejorar en los CES o CESFAM, para un mejor desempeño laboral de los funcionarios, se destaca la posibilidad de “Mejorar la Coordinación y Planificación del trabajo” y favorecer la “Infraestructura y Recursos”.

Para un óptimo desarrollo laboral de los funcionarios se deben considerar las necesidades de éstos. De acuerdo a lo anterior, el equipo de Salud refiere en este estudio, cuáles debieran ser retribuciones adecuadas del CES o CESFAM, eligiendo en su gran mayoría como primera opción el deseo de obtener “Remuneraciones Adecuadas”, “Condiciones para Realizarse Profesionalmente” y “Reconocimiento de la labor por parte del equipo”, cabe destacar que este último punto es importante, ya que nos indica que para los profesionales es relevante que sus pares y compañeros de equipo destaquen su labor desempeñada.

Contexto laboral de la Matrona/ón.

El clima o ambiente laboral es considerado en la mayoría de los profesionales de la muestra como, “Muy Bueno”, no se detecta alguna dificultad, sino más bien, aspectos positivos que favorecen el desempeño de cada uno de los funcionarios. En relación a las horas de trabajo, no existe una diferencia entre las opiniones del equipo, mayoritariamente refieren que son “Adecuadas” para la realización de sus actividades, sin embargo, existe un número importante de funcionarios que señalan que son horas de trabajo “Excesivas”, principalmente por la “Sobrecarga Laboral” y por la “Alta Demanda de Pacientes”.

Conclusiones del Estudio

Para la muestra no es relevante la interferencia del rol profesional en su vida personal, puesto que el manejo de las actividades fuera del lugar de trabajo se coordina por la organización de cada uno, es decir, las actividades clínicas no influyen en la vida cotidiana.

De acuerdo a lo anterior, las condiciones que los profesionales desean mejorar en el plano personal y profesional, destaca la posibilidad de realizar continuamente capacitaciones.

En el caso de las Matronas/es el que sea el género femenino predominante en la profesión, no se relaciona con el hecho de ser menos consideradas/os por otros profesionales y según los resultados del estudio no existen discriminaciones al respecto.

Casi el 100% de los Profesionales Matrona/ón se sienten preparados para la realización de actividades fuera del acto asistencial, lo que indica que tienen una visión con perspectiva de mira hacia nuevos umbrales de desarrollo, ubicándose en otras áreas de trabajo.

La coordinación entre Matrona/ón y los distintos profesionales de la muestra es considerada en su mayoría como “Buena”, sin embargo, se difiere en aspectos relacionados con los conocimientos que tienen Matronas/es en cuanto a las diferentes áreas analizadas, que se refleja en la pesquisa y derivación de pacientes con factores de riesgo. La Matrona/ón califica como “Buena” la coordinación con el Médico general del equipo de Salud, aunque su trabajo no se relacione directamente con este profesional, puesto que los primeros tienen autonomía de acción en sus atenciones, sin ser supervisados por otro profesional.

En cuanto a Educación y Promoción en Salud hacia la comunidad, se destaca que la principal dificultad para la coordinación entre los diferentes profesionales de la muestra es por “Falta de tiempo y motivación” del equipo de Salud a esta tarea, debido a que la carga asistencial impide la dedicación de tiempo suficiente a esta labor.

Relaciones Interpersonales.

De la muestra del estudio, la mayoría de los profesionales consideran que las relaciones interpersonales son “Buenas” o al menos “Normal”, sin embargo, los Técnicos Paramédicos, en un porcentaje no menor, opinan que existe una relación “Deficiente”; se infiere que esta situación se produce por la diferencia en la escala

Conclusiones del Estudio

jerárquica impuesta por el sistema de trabajo, donde son ellos quienes se encuentran en el último escalafón de mando asistencial, afectando en las líneas de comunicación.

Relaciones de Discrepancias.

En general, no existen discrepancias entre el equipo de Salud de la muestra, las cuales alteren la labor asistencial y educativa, puesto que no se mencionan mayores problemas en la relaciones entre los profesionales, a pesar de existir una “Sobrecarga Laboral” y un cierto grado de trastornos psicológicos provocados por stress.

Programa Chile Crece Contigo.

Si bien al inicio de la Investigación esta área no estaba incluida, una vez que se dio curso al trabajo de campo, se decide incorporar este tema, debido a la relevancia que tiene en la Atención Primaria de Salud Pública.

El Programa Chile Crece Contigo, iniciado hace cuatro años en los Sistemas de Salud en Chile, debiese estar implementado en la totalidad de los establecimientos de Atención Primaria, lo cual no se ha cumplido en un 100%, puesto que según las Matronas/es, sólo en un 89% de los Consultorios está implementado, por lo que existe un porcentaje no menor de Consultorios, CES y CESFAM, en las que no se desarrollan las actividades del programa de manera “Completa”. Del resto de la muestra, se extrae, que hay un número considerable de Centros de Atención, en los que la implementación es “Parcial”, debido a “Falencias de Infraestructura y Recursos”, entre otros.

Existen profesionales de la muestra que consideran que sus conocimientos acerca del Programa son “Regulares” en relación a la metodología propuesta, punto que no debiese existir, ya que hay capacitaciones al respecto. Esto se relaciona con la “Falta de Motivación y de Recursos” para la instauración del programa. A pesar de esto, la coordinación de los profesionales es considerada “Buena”.

Quienes más conocen la metodología propuesta por el programa son las Matronas/es, y al lado contrario se encuentran las Psicólogas/os, donde la mayoría sólo presentan conocimientos “Regulares”. Hecho a considerar, ya que a pesar de que la atención por parte de éstos es sólo en casos especiales, están en continua interacción con las gestantes que se encuentran en vulnerabilidad biopsicosocial y deben ser atendidas en caso de necesitar apoyo psicológico; por ende, se destaca la existencia de diferencias en el conocimiento del Programa dentro del mismo equipo de trabajo. Si consideramos que de la muestra, la mayoría refiere estar de acuerdo con la metodología, existe una parte de ellos que le gustaría que el programa se desarrollara

Conclusiones del Estudio

de otra forma, punto relacionado con la falta de motivación a capacitarse más al respecto.

El impacto de este programa en los usuarios de la Atención Primaria, es considerado por la muestra como “Parcial”, puesto que existía antes de la implementación de éste una modalidad de atención muy parecida. En cada Consultorio las Matronas/es realizaban, por ejemplo, las Visitas Domiciliarias, educaciones a embarazadas, etc. actividades que hoy están incluidas en la metodología.

Se destaca la relación que se establece entre la Matrona/ón y la Enfermera/o, debido a la Atención del RN a los 7 días post-parto. Las Enfermeras/os consideran en gran parte que la Matrona/ón está capacitada/o para la realización de esta labor, por lo que no se producen problemas en cuanto a intereses profesionales. De todas formas existe un porcentaje que considera que la preparación al respecto es “Regular” y que los profesionales mejor preparados para esta labor son las mismas Enfermeras/os. No existe una superposición de roles ya que no hay interacción asistencial, concluyendo que no se producen conflictos por este tema.

Sugerencias

Luego de haber realizado el trabajo de campo, análisis y conclusiones finales de este estudio, es trascendental plasmar sugerencias para trabajos posteriores que tomen como base el rol social de alguna profesión del área de la Salud.

- En consideración a la visión que pueden tener los usuarios como partícipes activos de su atención integral, se hace relevante conocer sus opiniones acerca de los equipos de Salud que conforman cada Consultorio, para la realización de futuras investigaciones.
- Enviar esta investigación a los Consultorios participantes del estudio, siguiendo el conducto regular, para contribuir a una mejora en el desarrollo del trabajo en equipo, considerando temas como: autocuidado del personal, mejora en la distribución de tareas administrativas y clínicas, capacitaciones continuas, mejoramiento del ambiente laboral, entre otras, las cuales quedan a criterio de los Directores de cada CES ó CESFAM.
- Aumentar fiscalización por parte del Ministerio de Salud de Chile hacia los Centros de Salud Familiar de la Quinta Región, debido a la tardanza en la implementación adecuada de este modelo en la mayoría de los Consultorios de la muestra, y a su vez transparentar el proceso de Certificación en la transformación de CES a CESFAM.
- Realizar el mismo tema de Investigación modificando el área de estudio y la muestra del mismo. Se sugiere considerar los Niveles de Atención Secundaria y Terciaria de la Salud Pública en nuestro país.

Referencias Bibliográficas

Libros

- De Partera a Matrona: Los inicios de la profesionalización del cuidado de la madre y de los hijos, Chile, 1870-1920, de María Soledad Zárata, Dra. En Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Estigma, la Identidad Deteriorada, Erving Goffman 2006.
- La presentación de la persona en la vida cotidiana, Erving Goffman 1952.
- La Sociología de Erving Goffmann, Colección Circular. Jean Niset- Natalie Rigaux.
- La Transformación Económica en Chile, Las Reformas en la Salud en Chile, capítulo 14. Felipe Larraín- Rodrigo Vergara.
- Los roles profesionales de un equipo de Salud: La visión de sus integrantes, Sandra Regina da Costa Saar- María Auxiliadora Trevizan 2007.
- Metodología de la Investigación. Unidad I, Introducción. Pineda Alvarado, Canales, 1994.
- Metodología de la Investigación, Roberto Hernández-Carlos Fernández-Pilar Baptista 2003.
- Metodologías de Investigación Social, Manuel Canales, 2006.
- Medical Sociology Tenth, William C. Cockerham, Edition 2007.
- Obstetricia, A. Pérez Sánchez- E. Donoso Siña, Tercera Edición Mediterráneo, 1999.
- Problemas Actuales de la Sociología en torno a la Salud Pública, Joaquín Armendaiz Pérez-Fraile.
- .Robert Merton: Sobre la Teoría Sociológica.
- Sociología y Salud: Reflexiones para la Acción. Rev. Cubana de Salud 2000; 24(2): 91-100.
- Teoría del Conflicto del Rol, Joseph G. Sheehan

Referencias Bibliográficas

- Teoría y Estructura Social, Robert Merton.
- Una Nueva mirada sobre el rol del Gineco-Obstetra en la Salud de las Personas, Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72 (1) 1-4

Estudios

- Historia de la Matrona en el Contexto de las Sociedades, Paulina López Orellana, docente carrera de Obstetricia y Puericultura-Universidad de Valparaíso.
- De Consultorios a Centros de Salud Familiar, Cambios en los Equipos de Salud Familiar. Wilma Gatica, Myrna Herrera-Heriberto Llanos. Diplomado en Salud Pública, UACH.

Programas, Manuales y Orientaciones en Salud

- Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo 2008. MINSAL.
- Modelo Integral de Salud: Familiar y Comunitario, Servicio de Salud Ñuble.
- Orientaciones para una mejor y más efectiva acción en Salud con las personas, sus familias y comunidades. Servicio de Salud del Maule, Dirección de Atención Primaria 2000.
- Programa de la Mujer 1997. MINSAL

Linkografías

- www.minsal.cl
- www.crececontigo.cl
- www.mintrab.cl