



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

N 68763
R 19424



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

N
1948R
2017
C-1

**“RUTAS QUE SELECCIONAN LOS USUARIOS EN LOS
CENTROS DE SALUD DE LA RED ASISTENCIAL DEL
SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO.
DIAGNÓSTICO Y OPORTUNIDADES”**

INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO
ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO
PROFESIONAL DE TRABAJADOR SOCIAL



ALUMNOS: ISRAEL MUENA LEVIL
THALÍA ORTIZ TAPIA
DIEGO SANHUEZA HIDALGO
PROFESOR GUIA: LEONARDO ONETO PIAZZE

2017

REF.: Informa evaluación y calificación Proyecto de
Título I y II de alumnos que indica.

VALPARAISO, 07 de Marzo de 2017.-

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Guía, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Proyecto de Título I y II denominado "**RUTAS QUE SELECCIONAN LOS USUARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA RED ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO: DIAGNÓSTICO Y OPORTUNIDADES**", cursado durante el período académico 2016 por los alumnos de la Escuela de Trabajo Social, Sres. *ISRAEL ENRIQUE MUENA LEVIL, DIEGO ANTONIO SANHUEZA HIDALGO* y Srta. *THALIA ANDREA ORTIZ TAPIA*.

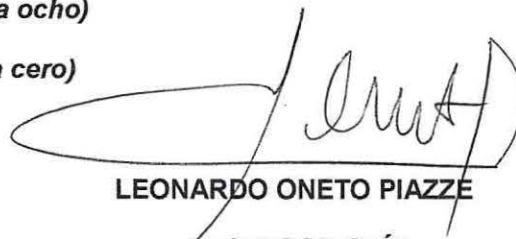
Para efectos de la calificación se ha evaluado:

- a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- b) Aspectos metodológicos;
- c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada;
- d) Régimen formal de citas;
- e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Proyecto de Título I y II con las siguientes notas:

Proyecto de Título I: 5,8 (cinco coma ocho)

Proyecto de Título II: 7,0 (cero coma cero)



LEONARDO ONETO PIAZZÉ
PROFESOR GUÍA

AL SEÑOR

ALBERTO BALBONTÍN RETAMALES

DECANO

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

PRESENTE

LOP/fpu.-

“Cuando hayas alcanzado tu propia habitación, sé amable con los que han escogido puertas distintas y con aquéllos que aún están en el pasillo. Si están equivocados, necesitan tus oraciones; y si son tus enemigos, estás bajo órdenes para orar por ellos. Es una de las normas comunes a toda la casa”

C.S. Lewis

A mis padres, por su inmensa paciencia.

Soli Deo Gloria

Israel

Este logro primeramente se lo debo a mi Padre que está en los cielos, sin su ayuda no hubiera sido posible, Él fue quien me fortaleció en momentos de debilidad y me sostuvo para culminar este proceso académico, por eso gracias mi Dios.

Yo soy la Vid, vosotros los pámpanos; el que permanece en mí, y yo en él, éste lleva mucho fruto; porque separados de mi nada podéis hacer.

(Juan 15: 5).

A mi padre Luis Ortiz Mateluna y mi madre Blanca Tapia Brito, gracias por su apoyo, por siempre estar a mi lado preocupados de suplir todas mis necesidades, y sobre todo, por el amor que hasta el día de hoy me demuestran, el cual es incondicional, este título profesional es para ustedes, los amo infinitamente.

A Daniel Vásquez Estay mi esposo, a quién amo con mi corazón, tú amor, optimismo y apoyo en este proceso académico fue de vital importancia, fuiste un gran compañero y lo seguirás siendo en todos mis futuros proyectos, gracias y sigamos juntos esta travesía.

Thalía Ortiz Tapia



Quisiera agradecer a mi familia por haberme apoyado en todo este proceso de formación académica, los cuales han sido un pilar fundamental en mi crecimiento como persona y ahora como profesional; sus valores y principios inculcados en mí, han permitido este logro, del cual sin duda, también forman parte.

Gracias Papá y Mamá, los amo mucho.

Por otro lado, quisiera hacer una mención especial a Cristo, a quien tuve el privilegio de conocer en mis andanzas como universitario, en el no solamente pude contemplar el gran amor de Dios para con la humanidad, sino que también, pude experimentar su provisión en cada una de las noches interminables de estudio, de las cuales puedo decir ahora, que han tenido sus frutos.

Gracias Dios, por todo, por las personas que me has puesto en el camino, y gracias por tener el honor de poder sembrar la justicia y amor mediante esta gran profesión.

A Dios sea la

Gloria

Diego Sanhueza Hidalgo

ÍNDICE

Capítulo I	3
Marco Institucional	3
“Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio”	3
Presentación.....	4
Identificación de la Institución	5
Tipo de Institución	5
Cobertura	5
Objetivos de la Institución.....	6
Estructura y Funcionamiento Organizacional	7
Dirección	7
Subdirecciones.....	10
Organigrama.....	16
Políticas y programas de la institución.....	16
Recursos de la institución.....	19
Detalles generales de los centros de investigación	20
Capítulo II	22
Marco de Referencia.....	22
Presentación.....	23
Sistema de Salud de Chile	24
Cobertura del subsistema público de salud.....	25
Institucionalidad relacionada	26
Aspectos legales de la salud y atención.....	37
Capítulo III	40
Marco teórico – Conceptual	40
Presentación.....	41
Descripción General de la Teoría de Sistemas de Karl Ludwig Von Bertalanffy	42
Enfoque Sistémico de la Salud Pública (Oferta).....	43
Enfoque Sistémico de los Servicios de Salud	45
Enfoque Sistémico del Usuario de Salud (Demanda).....	48
Categorización del Usuario de Salud Pública.....	50
Satisfacción Usuaría.....	52
Relación Oferta/Demanda	55
Modelo de Toma de Decisiones de los Usuarios y Relación con el Marketing Público de Salud.....	55
Ruta Usuaría	59
Referencia y Contrareferencia.....	62
Capítulo IV	64
Marco Metodológico.....	64

Presentación.....	65
Pregunta de Investigación	66
Sistema Objetivos.....	66
Tipo de Investigación.....	66
Enfoque de la Investigación.....	66
Diseño de Muestreo.....	67
Universo y Muestra.....	67
Técnicas de recolección de la información e instrumentos de recolección de datos.....	69
Fuentes de datos de información	70
Análisis e interpretación de los resultados.....	71
Cronograma de actividades.....	71
Evaluación Ético Científica y Valor Social	71
Difusión de los resultados.....	72
Entrevista a guardias de seguridad	73
Entrevista a funcionarios de OIRS.....	73
Entrevista a usuarios de la red asistencial SSVSA.....	74
Capítulo V	78
Análisis y Presentación de Resultados.....	78
Introducción	79
Presentación de resultados de datos generales:.....	80
Análisis primer objetivo específico.....	85
Factor Biológico (condición interna)	85
Factor Psicológico (condición interna-externa).....	87
Factores Socioculturales (externo).....	93
Síntesis de los resultados.....	97
Análisis del segundo objetivo específico:	98
Localización Usuaría	108
Agentes Informantes	114
Síntesis y análisis de los resultados.....	121
Análisis del tercer objetivo específico.....	129
Síntesis de los Resultados	132
Análisis del objetivo general	133
Diagnóstico y Oportunidades.....	146
Conclusiones	147
Bibliografía.....	153
Índice de ilustraciones	154
Anexos.....	157

Capítulo I

Marco Institucional

*“Servicio de Salud
Valparaíso-San Antonio”*

PRESENTACIÓN

El presente capítulo tiene como propósito otorgar un marco institucional del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA), entidad pública elegida por los estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, Israel Muena Levil, Thalía Ortiz Tapia y Diego Sanhueza Hidalgo, para desarrollar el proceso de Seminario de Título exigido para obtener el grado de licenciatura en la disciplina.

En este contexto y a modo introductorio, se pretende analizar, describir y caracterizar el SSVSA, en torno a su identidad, estructura, funcionamiento y rol que posee dentro del aparataje público de salud. Además de entender, cómo este organismo se vincula con los desafíos y propósitos que tiene el Estado de Chile, en salvaguardar su compromiso con la salud de todos sus ciudadanos.

Por lo cual, se hace necesario conocer cuáles son las políticas públicas y normativas de salud que determinan el camino al cual debe ceñirse la institución, describiendo la Misión y Visión que lo gobierna y la manera en que se estructura para dar cumplimiento con sus objetivos. Aludiendo a esto último, por un lado se dispondrá la segmentación interna a través de la descripción de los distintos departamentos que forman la institución y las funciones que desempeñan cada una de ellas; y por otra, plasmar su ubicación macro general en el organigrama Nacional y Regional del Ministerio de Salud, señalando los distintos dispositivos que forman parte de la Red Asistencial que controla y gestiona.

Cabe destacar, que a modo de estudio, se hará una referencia a tres dispositivos del SSVSA, Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, Centro de Salud Familiar Plaza Justicia y la Urgencia del Hospital Carlos Van Buren, los cuales forman parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Cuadro 1: Identificación de la Institución

Nombre	Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
Dirección	Avenida Brasil 1435, Valparaíso - Chile
Director	Dr. Dagoberto Duarte Quapper
Subdirectora de Gestión Asistencial	Dra. Patricia Lastra Muñoz
Subdirector de Recursos Físicos y Financieros	Leticia Zamorano Rojas (Ingeniero Comercial)
Subdirector de Recursos Humanos	Antonio Eguren Barrales (Asistente Social)
Comité Ético Científico	Dr. Rodrigo Vergara Fisher (Presidente) Dra. Mariana Cubillos Gómez (Secretaria Ejecutiva)
Subdepartamento de Participación Social	Carlos Zamora Rojas (Psicólogo)
Contacto	(32) 2576550 - (32) 2576551 http://www.ssvsa.cl/

Fuente: elaboración propia, 2017.

TIPO DE INSTITUCIÓN

El Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, es una *entidad pública*, dependiente del Ministerio de Salud, que se aboca a la prestación de servicios de salud a personas que residen en una zona geográfica específica. Es así, que para dar total cobertura, posee diversos dispositivos ubicados de manera estratégica en todo el territorio jurisdiccional en el que se inscribe, los cuales tienen la capacidad de ofrecer atención integral según las distintas complejidades de salud presentes en las comunidades. Su principal función, por tanto, es la *articulación, gestión y desarrollo de esta Red Asistencial* que con esfuerzos conjuntos y coordinados permite tanto proteger, recuperar y rehabilitar la salud de sus ciudadanos, así como efectuar cuidados paliativos cuando se requiere.

COBERTURA

El Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, es uno de los tres servicios que cubre la atención de salud de la población en la Región de Valparaíso. Dicha cobertura es compartida con los Servicios de Salud *Viña del Mar-Quillota* y *Aconcagua* respectivamente, para los que actúa como centro de derivación regional.

La población general de la Región de Valparaíso cuenta es de 1.672.357 de habitantes, de los cuales 466.143 pertenecen a la jurisdicción del SSVSA, estos se dividen tanto en la Provincia de Valparaíso: Valparaíso, Casablanca y Juan Fernández. Y en la Provincia de San Antonio: Algarrobo, El Quisco, El Tabo, Cartagena, San Antonio y Santo Domingo.

Por su parte, dicha jurisdicción está cubierta por la Red Asistencial del SSVSA, la cual es constituida por establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, a su vez por los establecimientos municipales de atención primaria de salud (APS) del territorio y por establecimientos públicos o privados que mantienen convenios con el Servicio de Salud.

La Red Asistencial del SSVSA está compuesta por cinco Hospitales: dos de alta complejidad (Carlos Van Buren y Eduardo Pereira), uno de mediana complejidad, (Claudio Vicuña), y uno de menor complejidad (Hospital San José de Casablanca), además del Hospital Psiquiátrico Del Salvador.

Del Servicio también dependen los Centros de Salud Familiar Plaza Justicia, Jean y Marie Thierry, el Centro de Sangre y Tejidos y el Consultorio de Especialidades Odontológicas (CEO). La red de APS Municipal se conforma por 24 Centros de Salud Familiar (Cesfam), 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecof), 22 Postas de Salud Rural (PSR), 8 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), y 1 SAPU/Sistema Urgencia Rural (SUR) más 3 Unidades de Emergencia Hospitalaria: (Carlos van Buren, Claudio Vicuña y San José).

OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

- Organizar, planificar, coordinar, evaluar y controlar las acciones de salud de la Red Asistencial de su territorio.
- Velar por la referencia y contrarreferencia de los usuarios del Sistema

Misión

- *“Proveer las acciones de salud necesarias para contribuir al bienestar de nuestros usuarios”*

Visión

- *“Ser un servicio público motivado y comprometido a resolver los problemas de salud de nuestros beneficiarios, mediante el uso eficiente de los recursos y a través de un trato digno y respetuoso”*

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO ORGANIZACIONAL

El Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, tiene una estructura establecida para su funcionamiento, la cual tiene como cúspide una Dirección, quien es la encargada de trazar los lineamientos de todo el Servicio, apoyada a su vez de tres grandes subdirecciones: Gestión Asistencial, Recursos Físicos y Financieros y Recursos Humanos. A continuación se presenta en detalle la estructura organizacional del SSVSA y su funcionamiento.

DIRECCIÓN

Como se mencionó anteriormente, el Servicio se encuentra a cargo de un Director, este es designado y evaluado conforme al Sistema de Alta Dirección Pública, en lo dispuesto en la ley N° 19.882, en el Título VI.

El Director es el jefe superior del Servicio para todos los efectos legales y administrativos y tendrá su representación judicial y extrajudicial. Sin embargo en el orden judicial no podrá designar árbitros en calidad de arbitradores ni otorgar las facultades de éstos a los que lo sean de derecho.

En la Dirección del Servicio, además de la acción específica del Director, se desarrollan las funciones de Auditoría, Asesoría Jurídica, Relaciones Públicas y Comunicaciones. Por otro lado, el Director del Servicio está asesorado por los departamentos y dependencias que sean necesarias para la gestión administrativa y asistencial, como asimismo por el Consejo de Integración de la Red Asistencial. Todo lo anterior será especificado en el siguiente apartado,

- ***Función del Director***

En lo que compete al Director, éste le corresponde la función de organizar, planificar, coordinar, evaluar y controlar las acciones de salud que preste los distintos establecimientos de la Red Asistencial del SSVSA, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas entregados por el Ministerio de Salud. Por otra parte, el Director debe asimismo velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la Red, conforme a las normas técnicas que dicta el Ministerio de Salud.

Por otro lado, en el caso de que el Director esté ausente o se encuentre con impedimentos para ejercer su cargo, éste será subrogado por el Subdirector del Departamento de Subdirección de Gestión Asistencial, en segunda

instancia por el Subdirector del Departamento de Subdirección de Recursos Físicos y Financieros, o por último caso, a falta de los dos anteriores, será precedido por el Subdirector del Departamento de Subdirección de Recursos Humanos.

- ***Función de Auditoría***

La función de Auditoría es asesorar al Director de Servicio y comprende la fiscalización, control y evaluación de las acciones que debe cumplir el Servicio, en materias de orden asistencial, técnico administrativo, financiero, patrimonial y de gestión, comprendidas en el campo de su competencia. No le corresponde la substanciación de investigaciones sumarias o sumarios administrativos.

La Función de Auditoría está a cargo un profesional, que depende directamente del Director del Servicio y goza de autonomía respecto de las otras jefaturas y dependencias del Servicio. Sin perjuicio de las funciones de Auditoría interna desarrolladas por los Establecimientos de Autogestión en Red de su territorio, todas las funciones o actividades de Auditoría, especialmente las del ámbito de la gestión asistencial que se realicen en dichos Establecimientos, deben ser coordinadas con la respectiva dependencia de Auditoría del Servicio de acuerdo a las normas técnicas que imparta el Ministerio de Salud.

- ***Función de Asesoría Jurídica***

La Función de Asesoría Jurídica, se encarga de asesorar al Director del Servicio, a los directivos del Servicio y a los establecimientos integrantes de la Red en la interpretación y aplicación de las normas legales y reglamentarias relativas al Servicio, emitiendo los informes que se le requieran sobre las materias de su competencia, así como otorgar el apoyo jurídico que requiera el Director en cuanto al ejercicio de las funciones que le corresponden y respecto de todos los actos administrativos en que se solicite su colaboración. Asimismo, deberá asumir la defensa del Servicio en los juicios en que éste sea parte o tenga interés, sin perjuicio de lo establecido en el decreto con fuerza de ley N° 1 de 1993 del Ministerio de Hacienda, Ley Orgánica del Consejo de Defensa del Estado y la defensa de los funcionarios de acuerdo a lo establecido en el artículo 84 de la ley N° 18.834. Para los efectos de uniformar criterios de aplicación de las normas en el Sistema, deberá ajustarse a la jurisprudencia administrativa de la Contraloría General de la República y coordinarse con la Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud.

- ***Función de Relaciones Públicas y Comunicaciones***

Por otro lado, el Director tiene a su cargo la función de relaciones públicas y comunicaciones, tanto externas como internas, sin perjuicio de lo cual puede crear, de acuerdo a los recursos físicos, humanos y financieros disponibles, las dependencias que estime necesarias para que lo asesoren en esta materia.

- ***Consejo de Integración de la Red***

La función del Consejo de Integración de la Red, es de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio, le corresponde asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección, sus establecimientos dependientes en todos los niveles de atención, los Establecimientos de Autogestión en Red y establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

El Consejo de Integración estará constituido, por las siguientes personas:

- Dos representantes de los establecimientos dependientes, designados por el Director del Servicio;
- Un representante por cada Establecimiento de Autogestión en Red integrante de la Red, designado por éstos;
- Un representante de Establecimientos de Salud de Menor Complejidad, designado por el Director de una terna propuesta por éstos;
- Dos representantes de las entidades administradoras de salud municipal designados por el Director de un listado conformado por los funcionarios propuestos, en forma unipersonal, por las Municipalidades correspondientes;
- Dos representantes de los establecimientos asistenciales privados que integren la Red del Servicio, designados por el Director del listado propuesto por las entidades correspondientes;
- Un representante de Establecimientos de Salud de carácter experimental, si lo hubiere. Todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

El Consejo de Integración debe sesionar al menos una vez al mes y su constitución se realizará por resolución del Director del Servicio, la que además establecerá las normas para su adecuado funcionamiento.

- ***De los Departamentos Provinciales***

Por su parte, Mediante resolución fundada el Director del Servicio podrá crear Departamentos Provinciales del Servicio de Salud, los cuales actuarán con facultades delegadas del Director, con el fin de ejercer dentro del territorio que se les asigne las facultades señaladas en este Reglamento y que éste expresamente les encomiende.

La competencia territorial de los Departamentos Provinciales estará radicada en la provincia o agrupación de provincias que se le asignen en la oportunidad de su creación, sin perjuicio de la posibilidad de agregar territorios comunales que, aún cuando se encuentren ubicados en otras provincias, por su situación de accesibilidad se considere pertinente incluirlos para mayor eficacia de su gestión. El grado de autonomía de estos Departamentos y el ámbito de actividad que se les encomiende, dependerá de las condiciones geográficas y demográficas de la región.

SUBDIRECCIONES

Como se mencionó anteriormente, para el cumplimiento de las facultades del Director del Servicio, este cuenta con los siguientes Departamentos de Subdirecciones:

- ***Departamento de Subdirección de Gestión Asistencial:***

El Departamento Subdirección de Gestión Asistencial depende del Director de Servicio, y tiene las siguientes funciones:

-En el ámbito de la Planificación y Análisis:

- Desarrollar procesos de planificación permanente de la Red Asistencial en, a lo menos, las áreas de articulación de la Red Asistencial, gestión clínica, gestión de cuidados, inversiones, presupuesto, participación social y atención al usuario, comunicaciones, emergencias y catástrofes;
- Proponer y coordinar estrategias y planes de implementación en relación a las prioridades de salud en los ámbitos de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, conforme a las prioridades de salud nacionales y regionales

establecidas en las normas técnicas que imparta el Ministerio de Salud y el Secretario Regional Ministerial de Salud correspondiente;

- Realizar estudios en las distintas áreas de interés para el mejoramiento del funcionamiento de la Red Asistencial.

-En el ámbito de la Epidemiología para la Gestión de la Red:

- Mantener y utilizar información epidemiológica actualizada y aplicar métodos epidemiológicos, con el fin de asesorar a la Dirección del Servicio y a los establecimientos integrantes de la Red en la toma de decisiones técnicas, presupuestarias y de inversión;
- Participar, apoyar y orientar los procesos de planificación, priorización y estudios que sean necesarios para su adecuado funcionamiento y coordinarse con la Secretaría Regional Ministerial de Salud en las materias correspondientes.

-En el ámbito de la Gestión de los Programas de las Personas:

- Programar y evaluar la ejecución de los planes, programas y las acciones que realiza la Red respecto de la atención de salud de las personas y la organización y gestión de los recursos para su cumplimiento;
- Asimismo, coordinar con la Subsecretaría de Redes Asistenciales la adaptación a la realidad local de las normas asistenciales y protocolos de atención, teniendo presente la capacidad resolutoria de la Red y los recursos disponibles.

-En el ámbito de la Información de Salud:

- Mantener información consolidada, integrada y actualizada de la Red Asistencial, que apoye la planificación, organización, dirección, control y evaluación de la misma. Esta deberá estar disponible para los integrantes de la Red, sus áreas funcionales y, según lo requiera el Ministerio de Salud, la Secretaría Regional Ministerial de Salud u otros organismos;
- Proponer criterios, normas y sistemas relacionados con la calidad del registro y con el procesamiento y el tratamiento de la información en los establecimientos del Servicio y de su Red, todo ello conforme a las normas técnicas que el Ministerio de Salud imparta;
- Proponer criterios para los requerimientos de información y los procedimientos de registro de datos de acuerdo a las necesidades de la Red y conforme a las normas técnicas que imparta el Ministerio de Salud sobre la materia;

- Colaborar con las demás dependencias y establecimientos del Servicio en el análisis de la información en salud de su Red;
- Proponer políticas de recursos humanos, gestión administrativa e inversión en materias de sistemas para la administración de información de salud en el Servicio y su Red.

-En el ámbito de la Articulación y Desarrollo de la Red:

- Diseñar, desarrollar, implementar y evaluar, en conjunto con los integrantes de la Red, las medidas de gestión que permitan una comunicación, interacción y articulación permanente de la Red y entre ésta y el Secretario Regional Ministerial de Salud correspondiente;
- Diseñar y proponer al Director del Servicio estrategias para la implementación y mejora continua de los sistemas de referencia, derivación y contraderivación, así como supervisar el cumplimiento de estándares para los procesos clínicos y administrativos, conforme a las normas técnicas que el Ministerio de Salud imparta al respecto;
- Elaborar y proponer la celebración de convenios con prestadores públicos o privados para asegurar las prestaciones de salud a la población beneficiaria;
- Establecer instancias de coordinación para la presentación y postulación de proyectos de inversión propuestos por los establecimientos dependientes y establecer mecanismos de coordinación permanente con entidades intersectoriales, para los efectos de inversiones y desarrollo de la Red.

- En materia de Atención de Usuarios y Participación Social:

- Establecer mecanismos de orientación e información al usuario, así como diseñar e implementar sistemas de recepción de opiniones, sugerencias, reclamos y felicitaciones de los usuarios y de la comunidad en general y un sistema de respuesta o resolución según corresponda, de acuerdo a las normas técnicas que imparta el Ministerio de Salud;
- Proponer y mantener instancias permanentes de participación social que permitan recibir la opinión de los usuarios y la comunidad sobre la calidad de las prestaciones que se otorgan y propuestas para su mejoramiento;
- Evaluar continuamente el grado de satisfacción de los usuarios con la calidad de la atención prestada por los establecimientos de la Red Asistencial, de acuerdo a las normas técnicas que imparta el Ministerio de Salud.

-En el ámbito del Control de la Gestión:

- Realizar procesos de análisis y evaluación de los sistemas de gestión y asistenciales de la Red, con el objeto de contribuir a la eficacia y eficiencia de las operaciones de la Red;
- Proponer, desarrollar, asesorar y coordinar a los integrantes de la Red en sistemas de evaluación y control, además de coordinar dichas actividades con organismos externos;
- En el aspecto de gestión asistencial, monitorear y evaluar el cumplimiento de la implementación de los planes y programas de salud convenidos o aprobados por el Ministerio de Salud;
- En el aspecto de gestión administrativa, establecer y desarrollar sistemas de control, para el fiel y oportuno cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el funcionamiento de la Red, con los derechos y obligaciones de los funcionarios y con los demás asuntos de aplicación común en la Administración o en el Servicio en particular, sin perjuicio de las funciones desarrolladas por Auditoría del Servicio de acuerdo a la ley y este reglamento.

-En el ámbito de las Tecnologías de la Información:

- Diseñar y coordinar un plan integrador y de implementación de las tecnologías de información y telecomunicaciones para la Red Asistencial, de acuerdo a los requerimientos de la Red Asistencial, conforme a las normas técnicas que imparta el Ministerio de Salud sobre la materia;
- Preparar y proponer las bases técnicas para la contratación de servicios y recursos informáticos de acuerdo a las políticas fijadas por el Ministerio de Salud;
- Prestar asesoría técnica a las integrantes de la Red del Servicio en materia de operación y mantenimiento de las tecnologías de información y telecomunicaciones;
- Elaborar y proponer el presupuesto de recursos informáticos para el Servicio de Salud.

- ***Departamento de Subdirección de Recursos Físicos Y Financieros:***

El Departamento Subdirección de Recursos Físicos y Financieros depende del Director del Servicio y le corresponde, las siguientes funciones:

.-En el ámbito de los Recursos Financieros:

- Integrar y consolidar la formulación del presupuesto anual del Servicio, en el marco de la planificación de la Red Asistencial. Asimismo deberá conocer, analizar y acordar la propuesta de presupuesto de los Establecimientos de Autogestión en Red y asesorar al Director en la elaboración de un informe al respecto a la Subsecretaría de Redes Asistenciales;
- Proponer la distribución del presupuesto entre los establecimientos dependientes del Servicio, controlar su ejecución y proporcionar información consolidada del Servicio en su conjunto;
- Analizar la información financiera, realizar la planificación correspondiente y establecer mecanismos de control y evaluación de la gestión financiera de acuerdo a las necesidades de la Red.

.-En el ámbito de los Recursos Físicos y Abastecimiento:

- Identificar los requerimientos para estudios de vulnerabilidad de la estructura física y equipamiento de los establecimientos de la Red Asistencial y definir orientaciones de mantenimiento preventivo y reparativo de la estructura, equipamiento y medios de transporte;
- Ajustar el diseño de nuevas estructuras y normalizaciones a guías y criterios de diseño vigentes, dentro del marco jurídico;
- Instaurar un sistema continuo de provisión, que le asegure a la Red contar con los insumos y medicamentos necesarios para otorgar las prestaciones de salud;
- Elaborar y proponer anualmente un programa de inversiones en recursos físicos que considere las necesidades en construcciones, remodelaciones, ampliaciones, habilitaciones, equipamiento y reparaciones de los establecimientos y dependencias del Servicio;
- Proponer el programa de inversiones y evaluar su cumplimiento y la aplicación de las normas correspondientes;
- Preparar y proponer las bases administrativas y técnicas y demás antecedentes relativos a los llamados a propuestas del Servicio para adjudicar las obras, compras de bienes y servicios y otras inversiones, de acuerdo a las normas que imparta el Ministerio de Salud y materializar su convocatoria;
- Elaborar y proponer políticas y programas internos relacionados con la adquisición, administración, conservación, mantención y enajenación

de los recursos físicos, equipamiento sanitario y demás elementos e insumos que requieran los establecimientos y dependencias del Servicio;

- Prestar asesoría técnica a todas las jefaturas y establecimientos del Servicio, en lo relativo a aplicación de planes, programas, normas técnicas y demás disposiciones e instrucciones relativas a recursos físicos y abastecimiento, como asimismo controlar y evaluar dicha aplicación por parte de todos los establecimientos del Servicio;
- Proponer el programa anual de aquellas compras que el Director del Servicio haya dispuesto se efectúen centralizadamente;
- Velar por el cumplimiento de las políticas y normativas en materia de infraestructura, recursos físicos y abastecimiento.

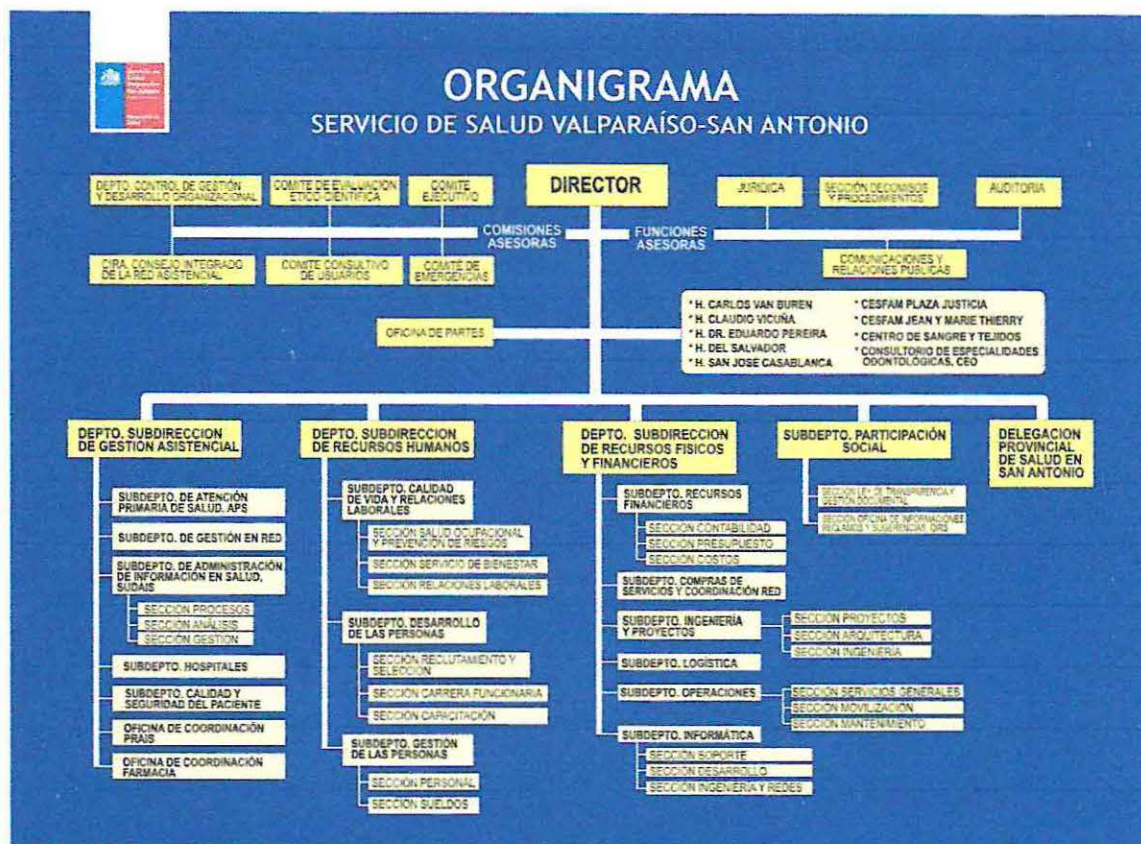
- ***Departamento de Subdirección de Recursos Humanos:***

El Departamento Subdirección de Recursos Humanos depende del Director del Servicio y le corresponde las siguientes funciones:

- Proponer políticas para el Servicio de provisión de recursos humanos, a través de sistemas de reclutamiento, selección, inducción y orientación funcionaria, de acuerdo a las normas legales vigentes sobre la materia;
- Proponer políticas para el Servicio sobre organización y movimiento interno, considerando requisitos básicos, necesidades propias y oferta del extrasistema, proponiendo alternativas en el diseño de cargos para los establecimientos públicos de la Red;
- Definir criterios comunes para la evaluación de desempeño de los recursos Supervisar el cumplimiento de la normativa vigente, respecto de remuneraciones, beneficios económicos, sociales y prevención de riesgos;
- Proponer políticas y estrategias internas que permitan optimizar las posibilidades de desarrollo y formación del recurso humano, en el marco de los convenios docente asistenciales;
- Colaborar en el diseño y operación de sistemas de información para la gestión de recursos humanos de la Red;
- Promover y desarrollar una gestión basada en la participación, motivación y compromiso institucional, manteniendo instancias de participación permanente;
- Desempeñar las demás funciones que le encomiende la reglamentación vigente en materias de su competencia.

ORGANIGRAMA

Figura 1: Organigrama SSVSA.



Fuente: Organigrama SSVSA¹

POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE LA INSTITUCIÓN

El SSVSA como entidad pública se inscribe y rige a ciertos planes, programas y políticas definidos y promovidos por los Gobiernos, a través del Ministerio de Salud. Estas definiciones le dan una clara orientación y dirección al Servicio de qué debe hacer y cómo debe desarrollarlo, trayendo consigo que este Sistema debe retroalimentar constantemente sus funciones ya que estas elaboraciones directivas, que son abstractas en su composición, pero concretas en su aplicación, van develando ciertas disociaciones en la práctica que reflejan una necesidad de ajuste. Es así, que se van perfeccionando en función de materializar lo más fidedigno el ideal buscado, repercutiendo como consecuencia que este organismo como brazo ejecutor del Estado deba mejorar.

Además, las motivaciones de la organización, lleva implícito un marcado componente valórico, que se centra en la persona humana, lo cual impulsa a

¹Fuente: Sitio Web, <http://www.ssvsa.cl/>.

dignificar a todas las personas que viven en el territorio que ejerce jurisdicción, velando por su satisfacción integral en su atención de salud.

Algunos programas que promueve el Servicio de Salud son:

- **CHILE CRECE CONTIGO²:**

Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión **acompañar, proteger y apoyar** integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: **“a cada quien según sus necesidades”**.

Forma parte del **Sistema Intersectorial de Protección Social** (ley 20.379) y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Su objetivo principal es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la **trayectoria de desarrollo** de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre-Kinder (alrededor de los 4 o 5 años de edad).

En el entendido que el desarrollo infantil es **multidimensional** y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos **biológicos, físicos, psíquicos y sociales** del niño/a, es que *Chile Crece Contigo* consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas hasta los 4 o 5 años de edad (**primera infancia**).

De esta manera, a un mismo niño o niña se le estará brindando apoyo simultáneo en las distintas áreas que se conjugan en su desarrollo: **salud, educación pre-escolar, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad**, entre otros. Esto es lo que se llama integralidad de la protección social.

ELIGE VIVIR SANO³:

²<http://www.crececontigo.cl/>

³<http://eligevivirsano.gob.cl/>

Es un sistema para el fomento de la vida saludable, que se impulsa como una política de Estado, con la perspectiva de otorgarle sustentabilidad en el largo plazo. Se desarrolla a través de políticas, planes y programas elaborados y ejecutados por distintos organismos oficiales. También participan del sistema entidades privadas y empresas en convenio.

Este sistema tiene como propósito promover iniciativas que fomenten:

- La realización de **actividades físicas** al aire libre.
- Una **alimentación** equilibrada.
- La prevención de **enfermedades** no transmisibles.

Además, el programa reconoce que la **salud y el bienestar físico** son un derecho de todos. Por ello, se han creado iniciativas con el fin mantener una mejor calidad de vida:

- **Ruta saludable:** busca combatir la obesidad y promover una alimentación sana. Esta iniciativa cuenta con talleres educativos, la instalación de “quioscos verdes” en los colegios, la creación de cocinas demostrativas y degustaciones en ferias libres.
- **Colaciones saludables:** busca fomentar una alimentación saludable en los colegios y al interior de toda la comunidad estudiantil, incluyendo a alumnos, padres y apoderados, profesores, funcionarios y personal directivo.
- **Vive tu huerto:** busca implementar hábitos saludables en escuelas vulnerables, a través de talleres que fomentan la producción de alimentos, la adopción y la relevancia de frutas y hortalizas en la alimentación diaria.
- **Escuelas saludables para el aprendizaje:** busca promover una alimentación sana, la realización actividad física y el correcto cuidado de la salud bucal en colegios de educación parvularia y básica.
- **Escuela de gestores sociales:** es un programa de desarrollo de competencias que permite formar a profesionales del sector público y dirigentes sociales, en temas relacionados con la participación ciudadana y el ejercicio de derechos en salud.
- **Nuevo Postnatal⁴:** Pensado en potenciar el apego y permitir un mejor desarrollo del infante, el permiso postnatal parental aumenta el período de descanso y permite que los padres puedan escoger el formato que más les acomode.

⁴<https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/8647>

- **SALUD RESPONDE⁵:**

Es la plataforma telefónica del Ministerio de Salud encargada de brindar **información, apoyo y educación en salud** a todo el país, las **24 horas del día durante todo el año**. Está compuesto por un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, matronas y psicólogos entre otras) y se enfoca en orientar a los usuarios respecto a los derechos y beneficios que ofrece la red de salud.

RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN

Recursos Humanos

Estos se componen entre los diversos funcionarios con los que cuentan los centros de salud de la Red Asistencial del SSVSA. Entre ellos se considera a los profesionales de salud y de administración (Médicos generales y especialistas, Enfermeras, Matronas, Tecnólogos Médicos, Ingenieros Biomédicos, Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Ingenieros Comerciales, Fonoaudiólogos, Educadoras de Párvulos u otros) y los técnicos en salud (Técnicos en Enfermería, Arsenaleros, Dentales, otros). Junto a estos considérese a Auxiliares de Servicios, Guardias y Personal Administrativo y de Registro Estadístico.

Así mismo, la Ley N° 19.882 en materia de cargos sujetos al Sistema de Alta Dirección, le otorga a las jefaturas de servicios descentralizados facultades para contratación y requerimiento de personal adicional a falta de este. También puede otorgar becas a profesionales y/o programas de perfeccionamiento o especialización que interesen al mismo Servicio de Salud, de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias.

Recursos Financieros

El Servicio de Salud respectivo es el encargado de elaborar el proyecto de presupuesto de los establecimientos de su dependencia. Este posteriormente es presentado a la Subsecretaría de Redes, y es ejecutado de acuerdo con las normas relativas a la Administración Financiera del Estado. Tales presupuestos deben ser igualmente aprobados y modificados en caso de ser necesario, por los Directores de los establecimientos involucrados.

⁵<http://web.minsal.cl/salud-responde/>

También se debe elaborar el Plan Anual de Compras del Servicio de acuerdo a lo establecido en el Art. 12 de la Ley N° 19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

Recursos Materiales

Estos se constituyen por los recintos físicos en que funcionan los centros de salud de la Red, considerando también las dependencias de uso especial como laboratorios, salas de pabellón, salas de rehabilitación terapéutica, salas de exámenes e imagenología, áreas de esterilización, bodegas, zonas de recolección y eliminación de desechos, cocinerías, etc.

Además de los inmuebles, se consideran los medios de transporte como ambulancias y autos que se utilizan a diario en los centros de salud de la Red.

En el caso de realizar acciones de compra o venta de recintos pertenecientes al Servicio de Salud, estas deben ser autorizadas por el Ministerio de Hacienda.

DETALLES GENERALES DE LOS CENTROS DE INVESTIGACIÓN

Los Centros de Atención elegidos para desarrollar este estudio son:

- a. Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry.
- b. Centro de Salud Familiar Plaza Justicia.
- c. Unidad de Urgencia del Hospital Carlos Van Buren.

Cuadro 2: Dirección de las Instituciones

Institución de Salud	Dirección	Director/a
Centro de Salud Familiar <i>Jean y Marie Thierry</i>	Blas Cuevas 985, Valparaíso	Ana María Espósito
Centro de Salud Familiar <i>Plaza Justicia</i>	Plaza Justicia N° 99, Valparaíso	Álvaro Jiménez
Hospital <i>Carlos Van Buren</i>	San Ignacio 725 , Valparaíso	David Gutiérrez Tanabe

Fuente: elaboración propia, 2017.

Cuadro 3: Descripción de las Instituciones: Nivel, Misión, Visión

Institución de Salud	Nivel de Salud	Misión	Visión
Centro de Salud Familiar <i>Jean y Marie Thierry</i>	Primario	Ser un Centro de Salud Familiar que forma parte de la red asistencial y que responde a las necesidades de salud de nuestra población de manera eficaz, eficiente, oportuna y con equidad contribuyendo de esta manera a elevar la calidad de vida de nuestros usuarios.	Ser reconocidos por nuestras familias usuarias como su Centro de Salud Familiar que acoja con amabilidad y contribuya a resolver sus problemas de salud con un enfoque integral y de calidad a través del compromiso del equipo de salud.
Centro de Salud Familiar <i>Plaza Justicia</i>	Primario	Ser un Centro de Salud Familiar que forma parte de la red asistencial y que responde a las necesidades de salud de nuestra población de manera eficaz, eficiente, oportuna y con equidad contribuyendo de esta manera a elevar la calidad de vida de nuestros usuarios.	Ser reconocidos por nuestras familias usuarias como su Centro de Salud Familiar que acoja con amabilidad y contribuya a resolver sus problemas de salud con un enfoque integral y de calidad a través del compromiso del equipo de salud.
Hospital <i>Carlos Van Buren</i>	Terciario	Somos una institución pública de salud, asistencial, docente, integrada a la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, que entrega prestaciones oportunas y de calidad a su comunidad a través de un equipo multidisciplinario, competente con servicios especializados de alta complejidad, ambulatoria y de hospitalización.	Queremos ser reconocidos como una institución de excelencia, innovadora, asistencial y docente, líder en especialidades de alta complejidad, comprometida con sus usuarios, la familia y la sociedad

Fuente: elaboración propia, 2017.

Capítulo II

Marco de Referencia

PRESENTACIÓN

El presente capítulo se enmarca en el contexto del Proyecto de Título del año 2016 de la Escuela de Trabajo Social, de la Universidad de Valparaíso, realizado en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, como se dio a conocer en el capítulo anterior.

El marco referencial es el punto de partida de la investigación, si bien no es la temática propiamente tal del proyecto en cuestión, este capítulo tiene como finalidad contextualizar los fundamentos teóricos y conceptuales de la investigación.

Específicamente este capítulo dará a conocer la institucionalidad del Sistema de Salud chileno, de modo que abordará su estructura y funcionamiento. Además se describirá una síntesis de lo que es la Red Asistencial, el Modelo Integral de Salud, finalizando con los aspectos legales de salud y atención, ya que es materia de interés para comprender el marco teórico conceptual.

SISTEMA DE SALUD DE CHILE

En el sistema de salud chileno coexisten 2 “subsistemas” de salud, uno público y otro privado.

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención a su población beneficiaria, la que alcanzó en 2011 aproximadamente al 81% de la población del país. El sistema privado está en manos de las Instituciones de Salud Previsional o Isapres) cuya población beneficiaria alcanzó el 17% de la población.

Con el objetivo de garantizar un acceso libre e igualitario de la población a la salud, en 2002 se enviaron al Congreso Nacional cinco proyectos de ley que conformaron la Reforma de la Salud, orientados a garantizar igualdad de derechos a todos los chilenos a través de la implementación de políticas públicas basadas en equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales. Estas leyes fueron:

- I. Ley N°19.895 o Ley Corta de las Instituciones de Salud Previsional de 2003.
- II. Ley N°19.937 o Ley de Autoridad Sanitaria y gestión de 2004.
- III. Ley N°19.966 o Ley GES de 2004.
- IV. Ley N°20.015 o Ley Larga de las Instituciones de Salud Previsional de 2005.
- V. Proyecto de ley que establece los derechos y deberes de los pacientes

De las anteriores, la Ley N°19.966 de 2004, que establece el Régimen GES, es la más relevante debido a que crea un plan de salud obligatorio tanto para Fonasa como para las Isapres, garantizando el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con las que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en las garantías. Dentro de estas prestaciones, están aquellas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fonasa deberá cubrir a sus beneficiarios en su modalidad de atención institucional conforme a lo establecido en la Ley N°18.469 de 1985.

Bajo este nuevo marco legislativo, se busca mejorar la eficiencia del subsistema público, disminuyendo la brecha de oportunidad existente con el subsistema privado. A continuación se describe en detalle la cobertura, el

régimen de prestaciones y la institucionalidad del subsistema público de salud vigente.⁶

I. Cobertura del subsistema público de salud.

Según lo establecido en el artículo 135 del Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, son afiliados al régimen público de salud:

- Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado, siempre y cuando hayan cotizado al menos, durante cuatro meses en los últimos doce meses calendario en virtud de contratos por obra o faena determinada. La calidad de afiliados se mantendrá por un período de doce meses a contar del mes al que corresponde la última cotización. Los trabajadores dependientes contratados diariamente por turnos o jornadas, que registren al menos, sesenta días de cotizaciones en los doce meses calendario anteriores, mantendrán la calidad de afiliados durante los doce meses siguientes a aquel correspondiente a la última cotización.
- Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión.
- Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios, y
- Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía.

El artículo 136 del mismo DFL señala que son beneficiarios:

- Los afiliados señalados en el artículo 135.
- Los causantes por los cuales las personas señaladas en las letras a) y d) del artículo 135 que perciban asignación familiar.
- Las personas que respecto de los afiliados señalados en las letras b) y c) del artículo 135 cumplan con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente.
- La mujer embarazada aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria, y el niño hasta los seis años de edad, para los efectos del otorgamiento de las prestaciones a que alude el artículo 9° de la Ley N°18.469.
- Las personas carentes de recursos o indigentes y las que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el DL N°869 de 1975.
- Los causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N°18.020.

⁶ Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones 2013/2050
http://www.dipres.gob.cl/594/articles-117505_doc_pdf.pdf, año 2013, revisado en mes de Junio 2016.

- Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la Ley N°19.728 y sus causantes de asignación familiar.

II. Institucionalidad relacionada.

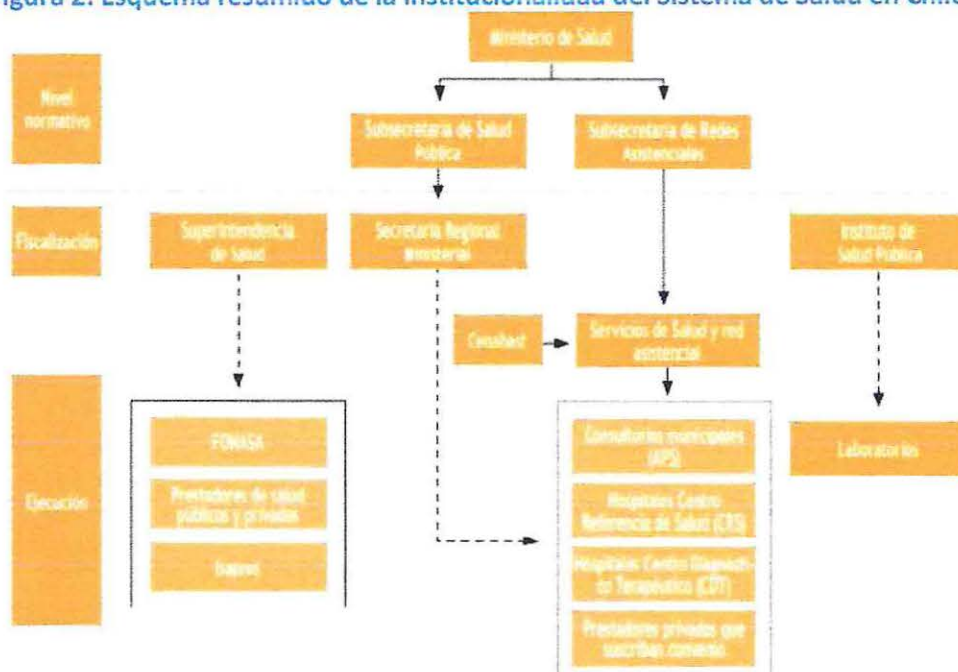
La entrada en vigencia del Régimen GES en 2004 y el fortalecimiento de la conducción sanitaria del Ministerio de Salud (Minsal) se transformaron en los pilares fundamentales de un nuevo sistema de salud chileno, que busca entregar mejor salud y mayor cobertura a la población, garantizando los derechos de acceso, la calidad, la oportunidad y el financiamiento con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud que son incluidos en el Régimen GES.⁷

Para cumplir con los objetivos anteriores, se crearon la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública. En el ámbito regulatorio, se traspasan a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) las funciones regulatorias que estaban antes en manos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se crea la Superintendencia de Salud, cuyo rol fiscalizador se centra en que tanto Fonasa y las Isapres den cumplimiento a las GES.

En el sistema de salud vigente, las funciones y responsabilidades de las distintas entidades que forman parte del sistema nacional de salud están establecidas en el DFL N°1 de 2005 del Minsal, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N°2.763 de 1979 y de las Leyes N°18.933 de 1990 y N°18.469 de 1985. La siguiente figura muestra los distintos agentes que participan en la institucionalidad del sistema:

⁷Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones 2013/2050
http://www.dipres.gob.cl/594/articles-117505_doc_pdf.pdf, año 2013, revisado en mes de Junio 2016.

Figura 2: Esquema resumido de la institucionalidad del Sistema de Salud en Chile



Fuente: Documento, Sistema de Salud Público, situación actual y Proyecciones Fiscales 2013 al 2050, año de elaboración 2013.

1. Rol Normativo

a) **Ministerio de Salud:** Es la "Autoridad Sanitaria Nacional", con funciones referidas a la formulación, fijación y control de las políticas de salud, estableciendo normas, evaluando y controlando la organización de la atención de salud de toda la población.

Para lograr ejecutar todas sus tareas, el Minsal cuenta con la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, las que dependen directamente del Ministerio.

b) Subsecretaría de redes Asistenciales

Su función es regular y velar por el funcionamiento y desarrollo de la red asistencial del sistema, para la integración integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles. Para alcanzar estos objetivos desarrollará políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los servicios de salud, los establecimientos de salud de carácter experimental, la Central de Abastecimiento (CENABAST) del SNSS y los demás organismos que integran el Sistema.

c) Subsecretaría de Salud Pública

La Subsecretaría de Salud Pública es la autoridad sanitaria encargada de la promoción de la salud, la vigilancia, prevención y control de enfermedades que afecten a poblaciones o grupos de personas. Para ello, deberá coordinar las acciones de Fonasa y el Instituto de Salud Pública (ISP), e impartirles instrucciones.⁸

2. Rol Fiscalizador

a) Instituto de Salud Pública:

El Instituto de Salud Pública (ISP) tiene como funciones principales la fiscalización, regulación, vigilancia sanitaria y divulgación de materias de salud pública, principalmente en materia de laboratorios y medicamentos, garantizando la calidad de bienes y servicios y contribuyendo al mejoramiento de la salud de la población. Así, el ISP realiza labores en diversas áreas de la salud, como evaluación de calidad de laboratorios, vigilancia de enfermedades, control y fiscalización de medicamentos, cosméticos y dispositivos de uso médico, salud ambiental, salud ocupacional, producción y control de calidad de vacunas, entre otros.

b) Superintendencia de Salud:

La Superintendencia de Salud es un organismo público, sucesor legal de la Superintendencia de Isapres, que inicia sus operaciones el 1 de enero de 2005, conforme lo establece la Ley N° 19.937 de 2004. La Superintendencia juega un rol fiscalizador dentro del sistema de salud, velando por el cumplimiento de la normativa vigente por parte de Fonasa y las Isapres, en lo que respecta al cumplimiento del régimen GES según la modalidad institucional o de libre atención, así como también fiscalizando a los prestadores públicos y privados en cuanto a su acreditación y certificación.

c) Secretaría Regional Ministerial

Las SEREMI son encargadas de ejercer las funciones de la Subsecretaría de Salud Pública a nivel regional. Por lo tanto, realizan tareas de regulación y fiscalización sanitaria en los servicios de salud y la red asistencial. El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las

⁸Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones 2013/2050
http://www.dipres.gob.cl/594/articles-117505_doc_pdf.pdf, año 2013, revisado en mes de Junio 2016.

SEREMI, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.⁹

En cada SEREMI hay un Consejo Asesor de carácter consultivo, el que entregará asesoría respecto de las materias que le permita la ley y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a consideración.

3. Rol Prestador de Servicios

a) Prestadores de salud público y privados:

El artículo 26 del DL N°2763 de 1979, crea Fonasa como un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, dependiente del Minsal.

Las prestaciones de salud pueden ser entregadas a los afiliados y beneficiarios bajo modalidad institucional, cuando la atención de salud es otorgada en los establecimientos de salud correspondiente a la Red Asistencial de cada servicio de salud, constituida por hospitales de distinta complejidad, consultorios urbanos o rurales, postas rurales de salud, estaciones médico rurales y establecimientos de salud de carácter experimental. No obstante lo anterior, los beneficiarios pueden optar por elegir un profesional o establecimiento de salud bajo la modalidad libre elección, siempre y cuando pertenezcan al tramo de ingreso que les permite dicha modalidad.

El subsistema privado de salud fue creado por el DL N°3 de 1981 y es administrado por las Isapres, cuyos beneficiarios corresponden a trabajadores que han optado libremente por el sistema privado, el que les entrega prestaciones y beneficios de salud según diferentes planes y coberturas que son ofrecidas por las mismas.

Desde 2005, tanto Fonasa como las Isapres son supervigilados y controlados por la Superintendencia de Salud.

b) Servicios de Salud:

Los servicios de salud son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Sus sedes y territorios serán establecidos por decreto supremo del Minsal, por orden del Presidente. Son los continuadores legales del ex Servicio Nacional de Salud y del ex Servicio Médico Nacional de Empleados, dentro de sus respectivos territorios y tienen los mismos

⁹Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones 2013/2050
http://www.dipres.gob.cl/594/articles-117505_doc_pdf.pdf, año 2013, revisado en mes de Junio 2016.

derechos y obligaciones que correspondían a esas instituciones, para los efectos de cumplir las funciones que les competen.

A ellos les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

Dependiente de cada servicio de salud, existe una red asistencial de salud, constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La red asistencial de cada servicio de salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

Actualmente son 29 los servicios de salud en todo Chile, existiendo algunas regiones con más de uno. En este caso, existe un Consejo de Coordinación de Redes Regionales, formado por los Directores de los respectivos Servicios y presidido directamente por el Subsecretario de Redes Asistenciales o por quien éste designe. Su función será coordinar la red asistencial a nivel regional para una adecuada atención de la población y el mejor uso de los recursos.¹⁰

b.1) Red Asistencial:

El marco normativo para las redes de salud en el sector público proviene de la Ley 19.937 o Ley de Autoridad Sanitaria, la que define a la Subsecretaría de Redes Asistenciales como responsable de la Gestión en Red y coordinación de los Servicios de Salud del País.

La red asistencial se define como **el conjunto de establecimientos asistenciales públicos y establecimientos municipales de atención primaria de salud que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de la ley, los**

¹⁰Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones 2013/2050
http://www.dipres.gob.cl/594/articles-117505_doc_pdf.pdf, año 2013, revisado en mes de Junio 2016.

cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

También se establece que la red asistencial de cada servicio de salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros de acuerdo a la ley y los reglamentos.

La estructura del sistema de salud chileno y las relaciones entre los distintos actores que lo componen se basa en las funciones que les corresponden: rectoría y regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. En este último ámbito es donde actúan **las redes asistenciales encargadas de proveer la atención de salud a la población.**

Las redes en nuestro país se organizan en niveles de complejidad creciente cuya base es la Atención Primaria (APS), concentrando los recursos más escasos y especializados en establecimientos de atención abierta o cerrada a los que se accede por referencia desde la APS.

Figura 3: Niveles de atención en Salud Pública



Fuente: elaboración propia, 2017.

Las redes para ser efectivas deben tener:

- Cobertura de las necesidades de atención de sus beneficiarios (sea a través de prestadores propios o en convenio)

- Cobertura geográfica del territorio asignado
- Satisfacción oportuna de los requerimientos de atención de los usuarios
- Entrega de servicios de calidad según estándares establecidos
- Eficiencia en el uso de los recursos asignado

En resumen el marco regulatorio y la articulación de las redes definen una organización de nivel nacional y nivel territorial, con el Servicio de Salud como red asistencial y el Director de Servicio de Salud como Gestor de la Red.

Para cumplir la misión planteada y con los objetivos sanitarios del país ha sido necesario establecer un modelo de atención el que se define como “la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector”. Esto se ha traducido en el contexto de la reforma para el sector público es el **“Modelo de Atención Integral en Salud”**.

El objetivo final de una integración eficaz de las redes asistenciales es cumplir con los objetivos del sistema de salud: *Asegurar el cumplimiento del régimen general de garantías en cuanto al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las personas, mejorar la satisfacción de los usuarios y velar por el uso racional de los recursos.*¹¹

b 1.1) Principios del Modelo de Atención Integral en Salud:

EL Modelo de Atención Integral en Salud es definido como: *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a distintos tipos de familia y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.”*

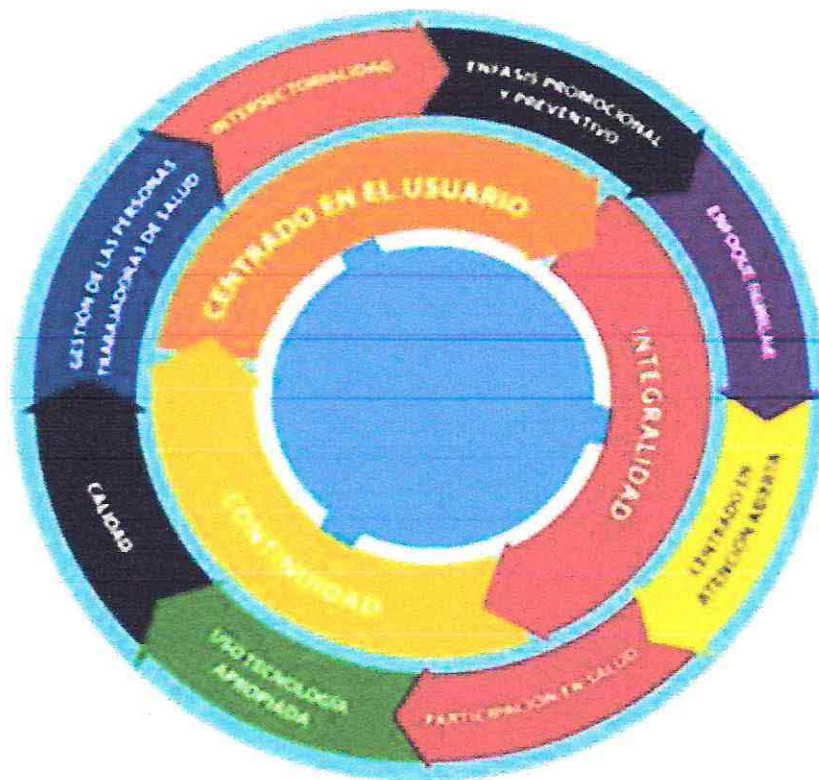
En el ámbito público el modelo se expresa en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que en conjunto dan cuenta de las acciones de salud que requiere la población.

En cuanto al nivel de Atención Primaria, se han distinguido distintos principios que han orientado el accionar de los equipos de salud, y se han

¹¹ Extracto apuntes redes en Salud, Documento de trabajo Dra. María Inés Gómez
B.http://rillo.educsalud.cl/Capac_Gestion_BecadosFOREAPS/EXTRACTO%20%20APUNTES%20%20REDES%20EN%20SALUD.pdf, revisado en Mayo 2016.

propuestos con el objeto de mejorar los resultados de equidad de la salud, específicamente relacionados al ámbito público. Actualmente, estos principios constituyen la base que sustentan el Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria de Salud (MINSAL 2005) que fueron consensuados y definidos, los cuales se presentan en la siguiente figura:

Figura 4: Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario



Fuente: MINSAL, 2016.

Muchos de los Principios pueden estar contenidos uno dentro de otro. Por esta razón, como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se relevan los tres principios irrenunciables en un Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria:

Principio Centrado en las Personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. En donde el eje del proceso de atención está centrado en las personas, “en su integralidad física, mental y social”. La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural.

- Los objetivos más relevantes relacionados con este principio son:
- Establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y respeto a la dignidad y a los derechos de las personas.
- Establecer relaciones de confianza y de ayuda.
- Facilitar el acceso de la población a la atención de salud.
- Asegurar el acceso a la atención a los grupos más vulnerables.

Principio de Integralidad de la Atención: El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de la personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial, espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

El siguiente cuadro, a modo de síntesis de los niveles de prevención, ilustra para cada nivel el propósito, objetivo principal, estrategias e instrumentos

Cuadro 4: Prevención y Promoción

Niveles de prevención	Promoción	Primaria	Secundaria	Terciaria	Cuaternaria
Propósito	Fomento	Protección específica Limitación incidencia	Diagnóstico Tratamiento	Rehabilitación	Soporte Paliativo
Objetivo Principal	Factores Protectores	Factores de Riesgo	Enfermedad	Complicaciones Secuelas	Degenerativas Terminales Poli- patología Crónica
Estrategias	Educación Detección/ pesquisa factores protectores	Inmunización Detección/ pesquisa factores de riesgo	Manejo Clínico	Manejo de rehabilitación y reparación	Manejo paliativo Acompañamiento
Instrumentos	Guías anticipatorias	Vacunación Instrumentos y técnicas de tamizaje Consejería	Guías de práctica clínica Protocolos	Guías de práctica clínica Protocolos	Guías de práctica clínica Protocolos

Fuente: elaboración propia, 2017.

- Los objetivos más relevantes relacionados con este principio, son:

- Comprender y ampliar la mirada a las múltiples dimensiones de un problema de salud, para así planificar el cuidado, incorporando intervenciones basadas en la evidencia disponible, dirigidas a todas las dimensiones de los problemas detectados, incluida la prevención y promoción de la salud.
- Ayudar a las personas a reconocerse como un todo y con sus propias capacidades de sanación, a través de cambios y/o mejoras en todas las dimensiones de su ser.
- Entregar cuidado a lo largo del proceso salud enfermedad, desde lo preventivo hasta la rehabilitación y en todos los episodios de problemas de salud de las personas.

Principio de Continuidad del Cuidado: La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad del cuidado significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

- Continuidad Clínica: El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e inter establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). El proceso o problema por el que se atiende la persona es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su cuidado.

Interculturalidad

Según Tomás R. Austin Millán "La interculturalidad se refiere a *la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura*". Esto supone que ninguno de los conjuntos sociales que establecen un contacto intercultural, se encuentra por encima de otro, en condiciones de supremacía en relación con el otro, como condición que favorece la integración y la convivencia armónica de todos los individuos. Cabe resaltar que este tipo de relaciones interculturales supone el respeto hacia la diversidad; aunque es inevitable el desarrollo de conflictos, éstos se resuelven a través del respeto, el diálogo y la concertación.

La Ley de autoridad sanitaria y los reglamentos internos, tanto del Ministerio de Salud como de los Servicios de Salud, contemplan claramente la responsabilidad sectorial de incluir dentro de su quehacer una mirada diferente de hacer salud, incorporando el respeto a la cultura existente en los territorios y la participación activa de las propias comunidades y organizaciones de pueblos originarios sobre las acciones que salud desarrolla y que les involucran.

El respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus modelos de salud y sus itinerarios terapéuticos (o sistema de salud indígena), deben incorporarse en el diseño e implementación de las políticas públicas. Es por ello que la incorporación de un enfoque intercultural en salud, solo tiene significación, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibilicen el modelo de atención los aportes de las culturas que coexisten en un territorio determinado. Esto significa principalmente, el reconocimiento explícito de un conjunto de percepciones y prácticas desde la cual los pueblos indígenas observan y resuelven los procesos de salud y enfermedad.

b.1.2) Estado y Situación actual de las Redes Asistenciales en Chile:

Cuadro 5: Situación Actual de Redes Asistenciales

MECANISMOS DE ARTICULACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de coordinación entre Servicios y SEREMI ● Falta Articulación entre Niveles de Atención del Servicio de Salud: programación desde la oferta compartimentalizada ● Distinta Administración entre la Atención Primaria Municipalizada y el Servicio de Salud ● Incipientes Mecanismos de Referencia y Contrarreferencia ● Falta articulación entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria en Salud: Protocolos no consensuados
GESTOR DE RED
<ul style="list-style-type: none"> ● Gran cantidad de Directores de Servicios en concurso de Alta Dirección Pública ● Falta que el Gestor de Red incorpore la mirada de todos los actores que intervienen en las políticas de salud ● Falta de empoderamiento del Gestor de Red como Líder de la Red Asistencial ● Falta considerar diagnósticos desde las necesidades de salud de su población a cargo (demanda)

<ul style="list-style-type: none"> ● Utilización no sistemática de la Red Privada
<p>OTROS ASPECTOS IMPORTANTES</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Falta considerar los aspectos demográficos y epidemiológicos disímiles de los Servicios y costos asociados ● Percepción del Usuario: atención inoportuna y deficiente ● Participación ● Evaluación de la Funcionalidad de la Red ● Gestión de Recursos de la Red ● Organización de Direcciones de Servicios de Salud ● Utilización de Herramientas de Gestión

Fuente: Redes Asistenciales integradas de Salud¹²

ASPECTOS LEGALES DE LA SALUD Y ATENCIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25 declara que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”*¹³. A partir, de este reconocimiento mundial de la salud como un aspecto influyente en el bienestar de las personas, los Estados se visualizan como responsables de asegurar y cautelar el acceso a través prestaciones que cumplan con los estándares de calidad exigidos, con ahínco en tratar de dar cobertura a la población más vulnerable de la sociedad. De esta manera el Estado de Chile en el artículo 9° del Capítulo III de su Carta Magna: De los Derechos y Deberes Constitucionales, reconoce el derecho a la protección de salud, en donde expresa que el *“Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.”*¹⁴.

Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes en Salud

En lo respectivo al usuario, el 01 de octubre del 2012 entró en vigencia la ley 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes, que establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. Estos principios básicos en

¹²<http://www.minsal.cl/portal/url/item/b64310d5aaf0070ce04001016401488f.pdf>, revisado en mayo 2016.

¹³<http://www.un.org/es/documents/udhr/>

¹⁴http://www.senado.cl/capitulo-iii-de-los-derechos-y-deberes-constitucionales/prontus_senado/2012-01-16/093413.html

la atención de salud son aplicables tanto en el sector público como privado. Además, cabe destacar que esta iniciativa legal viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: *los usuarios*.

A continuación se presentan los derechos y deberes que deben exhibirse por medio de una carta en todas las instituciones de salud, sean públicas o privadas:

Derechos:

- Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.
- Recibir un trato digno, respetando su privacidad.
- Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.
- Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.
- Ser informado de los costos de su atención de salud.
- No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.
- Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención. -Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.
- Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.
- Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.
- A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza.
- Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria.
- Que el personal de salud porte una identificación.
- Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.
- Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.

Deberes

- Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección.
- Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica.
- Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto.
- Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.
- Tratar respetuosamente al personal de salud.
- Informarse acerca de los procedimientos de reclamo

Esta carta, debe plasmarse en un formato de imagen digital que cumpla con ciertos requisitos técnicos previamente definidos por el MINSAL en función de una mejor visibilidad y claridad para el usuario.

Figura 5: Carta de los Derechos y Deberes de los Pacientes en Salud

Exige tus derechos

- Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.
- Recibir un trato digno, respetando su privacidad.
- Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.
- Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.
- Ser informado de los costos de su atención de salud.
- No ser gravado ni investigado. Con fines de diagnóstico sin su permiso.
- Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.
- Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.
- Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.
- Denunciar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.
- A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo desea.
- Desde su nacimiento, se cuente con servicios y facilidades en lengua originaria.
- Que el personal de salud porte una identificación.
- Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.
- Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.

y cumple tus deberes

- Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad, dirección.
- Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica.
- Cuidar las instalaciones y equipamiento del centro.
- Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.
- Tratar respetuosamente al personal de salud.
- Informarse acerca de los procedimientos de reclamo.

TODO PERSONA PODRÁ RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSULTORIO, HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO PRIVADO QUE LO ATIENDE. SI LA RESPUESTA NO ES SATISFATORIA PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (Extracto de la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes).

Fuente: MINSAL, 2016.

Capítulo III

Marco Teórico - Conceptual

PRESENTACIÓN

El presente documento pretende sentar las bases conceptuales y teóricas que guiarán el proceso de comprensión del fenómeno social. En este sentido, el foco de interés, se centra en el usuario de salud y los distintos elementos o dimensiones que lo componen, ya que a priori se parte de la base que el usuario es un sistema complejo que debe ser analizado de manera holística en su integridad biopsicosocial.

Por otro lado, el Usuario de Salud es la piedra angular de todo Sistema de Salud Público, por lo que es de sumo interés para los servicios de salud disponer servicios con la atención y calidad que los consumidores esperan, ya que se comprende que el binomio usuario-sistema de salud, es una relación simbiótica de interdependencia, en que cualquier disonancia entre ambos desequilibran el sistema completo.

Por lo cual, se hace esencial conocer los referentes conceptuales de calidad, que rigen el proceso de atención de salud, en donde juega un rol esencial, el trato y la información que según su uso, puede condicionar positiva o negativamente los procesos de atención objetivos y subjetivos de los usuarios en cuanto a su relación directa con la satisfacción de la experiencia de salud.

Para este propósito, se utilizará referentes de mercadotecnia, de una forma de ampliar el espectro de entendimiento de los usuarios de salud, a partir de una visión del marketing de salud, en razón de comprender los procesos de toma de decisiones de los usuarios y la manera en que puede incidir en una correcta o incorrecta conformación de la Ruta Usuaría de Salud. Sin anular, las responsabilidades que tienen los servicios de salud, en efectuar procesos de referencia y contrarreferencia efectivos en aras de una mejor orientación o derivación de estos.

1.- DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA TEORÍA DE SISTEMAS DE KARL LUDWIG VON BERTALANFFY

La Teoría General de Sistemas constituye una poderosa herramienta para la explicación de los fenómenos que se suceden en la realidad a través del análisis de las totalidades, a partir de las interacciones entre sus componentes y las externas con su medio.¹⁵

La Teoría General de Sistema se fundamenta en tres premisas básicas:

1. Los sistemas existen dentro de sistemas: cada sistema existe dentro de otro más grande.
2. Los sistemas son abiertos: es consecuencia del anterior. Cada sistema que se examine, excepto el menor o mayor, recibe y descarga algo en los otros sistemas, generalmente en los contiguos. Los sistemas abiertos se caracterizan por un proceso de cambio infinito con su entorno, que son los otros sistemas. Cuando el intercambio cesa, el sistema se desintegra, esto es, pierde sus fuentes de energía.
3. Las funciones de un sistema dependen de su estructura: para los sistemas biológicos y mecánicos esta afirmación es intuitiva. Los tejidos musculares por ejemplo, se contraen porque están constituidos por una estructura celular que permite contracciones.¹⁶

De acuerdo a lo anterior es preciso definir "*Sistema*", Según K.L. von Bertalanffy, su creador, sistema es un conjunto de unidades recíprocamente relacionadas. En este sentido los sistemas cuentan con:

- *Propósito u objetivo*: todo sistema tiene uno o algunos propósitos. Los elementos (u objetos), como también las relaciones, definen una distribución que trata siempre de alcanzar un objetivo.
- *Globalismo o totalidad*: un cambio en una de las unidades del sistema, con probabilidad producirá cambios en las otras. El efecto total se presenta como un ajuste a todo el sistema. Hay una relación de causa/efecto. De estos cambios y ajustes, se derivan dos fenómenos: entropía y homeostasis.
- *Entropía*: es la tendencia de los sistemas a desgastarse, a desintegrarse, para el relajamiento de los estándares y un aumento de la aleatoriedad. La entropía aumenta con el correr del tiempo. Si aumenta la información, disminuye la entropía, pues la información es la base de la configuración y del orden. De aquí nace la *negentropía*, o

¹⁵La salud desde una perspectiva sistémica, McS. Guillermo Díaz Llanes. Profesor Auxiliar. ENSAP. 2004.

¹⁶<http://www.monografias.com/trabajos11/teosis/teosis2.shtml>

sea, la información como medio o instrumento de ordenación del sistema.

- *Homeostasis*: es el equilibrio dinámico entre las partes del sistema. Los sistemas tienen una tendencia a adaptarse con el fin de alcanzar un equilibrio interno frente a los cambios externos del entorno.

En suma, el sistema existe en un contexto en el cual interactúa de manera interna y externa y ha de tener entradas, procesos, salidas y retroalimentación. Puede ser clasificado de diversas formas, de acuerdo a su origen, interacción, complejidad, etc.

Si se valora su nivel de complejidad, se considerarán sistemas complejos aquellos que están estructurados como un gran número de elementos, que interactúan entre sí, cuyo comportamiento de iteración es no lineal e impredecible y en él se manifiestan repetidas interacciones que resultan en un comportamiento colectivo que retroalimenta la conducta de las partes individuales. Donde las experiencias reflejan que el mejor resultado se logra cuando cada subsistema intercambie información con otros a través de una eficiente red de trabajo.

Los sistemas complejos, son sistemas "abiertos", esto es, interactúan con su entorno. Las organizaciones existen porque su propósito esencial es agregarle valor a sus clientes y usuarios, y se desenvuelven en un marco regulatorio, institucional y/o de competencia. **Es imposible comprender un sistema de esta naturaleza, sin entender su multiplicidad de interacciones con el entorno.**¹⁷

2.- ENFOQUE SISTÉMICO DE LA SALUD PÚBLICA (OFERTA)

La salud pública, tiene un objetivo central el mejoramiento de la salud, el bienestar y el alargamiento de la vida humana con calidad, lo que demanda una acción integradora. Para el logro de esto, la salud pública se organiza como un **sistema**, el cual está compuesto por un conjunto de instituciones coordinadas, integradas y regionalizadas con funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud; Sistema de Salud.

Así lo ratifica la Organización Mundial de la Salud, quien define Sistema de Salud como un "conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer y mantener la salud, es decir, un

¹⁷Vidal Ledo, M.J.; Obregón Martín, M.; Gálvez González, A.M; Morales Valera, A.; Gómez de Haz, H.; Quesada Espinosa, F. La Salud Pública: Sistema complejo. "Año 53 de la Revolución". La Habana, 11 de Noviembre de 2011 <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1311/infid0513.htm>



conjunto de elementos que desarrollan acciones sanitarias, estas últimas entendidas como todo acto en el ámbito de la salud personal o colectiva, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales cuyo principal objetivo sea mejorar el nivel de salud de las personas y de la comunidad o población". En este sentido y de acuerdo a la *Teoría General de Sistemas*, el Sistema de Salud constituye en sí un **sistema complejo**, debido a los múltiples elementos que lo componen y a su constante interacción con su entorno (población).

Por lo tanto, la conformación del Sistema de Salud tiene elementos que están constituidos por las diferentes estructuras internas como bien pueden ser las direcciones y departamentos que están concebidos en su estructura y externas como las direcciones provinciales y municipales entre otras. Cada uno de estos elementos se consideran subsistemas que condicionan en un momento su estudio como sistema, entre todos se producen relaciones e interrelaciones funcionales, que constituyen un proceso de extrema complejidad y cuya resultante traduce la finalidad del sistema; satisfacer las necesidades siempre creciente de salud de la población.

La utilización del enfoque sistémico en las acciones y toma de decisiones de salud, está presente tanto en un servicio de salud y las instituciones con esos servicios, como en los niveles de dirección político-administrativos territoriales de salud en los que se integran un variado conjunto de servicios e instituciones según el territorio de que se trate. Ello permite considerar desde un servicio, una institución de servicio, un nivel de dirección administrativa, como un sistema. Como ejemplo de ello puede describirse a cierto sistema municipal, en el cual se integran las áreas de salud, servicios de urgencia y otros, constituyendo un sistema que forma parte de un sistema mayor, el sistema provincial y éste a su vez al sistema nacional de salud. **Por ende, no es la suma de sus partes lo que caracteriza al sistema de salud, sino las relaciones, interacciones e interrelaciones internas y externas, lo cual potencializa sus resultados en función de la atención a la población.**

En cuanto al **Sistema de Salud Chileno**, es un sistema mayor compuesto por dos sistemas; uno público y otro privado, tanto para el aseguramiento (FONASA/ ISAPRE) como la provisión de servicios, estos dirigidos a cubrir las necesidades de salud de la población chilena. Por su parte, el sistema privado realiza las acciones de salud tanto para la atención cerrada como para la ambulatoria a través de diferentes prestadores, generalmente privados, con fines de lucro y de diversa complejidad (centros médicos, clínicas privadas, etc.).

Y por otro lado, la provisión de servicios en el caso del sistema público chileno se realiza a través del Sistema Nacional de **Servicios de Salud** (SNSS), conformado por 29 servicios distribuidos a lo largo del territorio nacional, de los cuales depende una red de aproximadamente 200 establecimientos hospitalarios de diversa complejidad, y establecimientos de atención ambulatoria secundaria. A lo anterior se suma la red de consultorios de atención primaria, en su gran mayoría administrados por los gobiernos locales (Municipalidades) y que en los últimos años han presentado un giro de modelo de atención orientándose al denominado Enfoque de Atención Integral y Comunitario, donde el CESFAM (Centro de Salud Familiar) es un eje articulador.

2.1.- ENFOQUE SISTÉMICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los Servicios de Salud, vistos desde una perspectiva sistémica son instituciones que funcionan con ciertos objetivos claros, dependiendo de su alcance o naturaleza, que son plenamente definidos por un suprasistema superior identificados comúnmente con los Ministerios de Salud, los cuales determinan la forma en que debe actuar y cómo debe hacerlo, ya que existe un trasfondo estatal que responde a una búsqueda constante de un Estado Nacional (variable estructural) adscrito a una regulación internacional de salud, que aboga no sólo por contemplar la salud como una necesidad fundamental que debe ser cubierta, sino que también define los parámetros estandarizados en que debe entregar las prestaciones de salud, sin discriminar la posibilidad de innovación o iniciativas que Chile, en este caso, ha ejercido o pueda ejercer en relación a esta temática.

La organización de estos servicios de salud, por tanto, se construyen y conciben abstractamente a través de una conceptualización sistémica y jerarquizada, la cual ofrece un marco total y funcional que facilita no sólo la comunicación entre los sistemas, sino que un trabajo mancomunado sensible al reconocimiento del ecosistema y al contexto social de las necesidades de la población en la que se inscribe. Es así que, periódicamente los servicios de salud, ejercen estudios del medio, a través de investigaciones socioeconómicas, epidemiológicas, de morbilidad, socio-culturales, etc., con el fin de entender de manera holística los factores o determinantes de la salud que afectan o pueden afectar a las personas en un lugar y tiempo determinado, y así como también, evidenciar con claridad la prevalencia de ciertas enfermedades con la respectiva prognosis que se espera de ellas. Esto con el objeto de que, a corto o largo plazo, el Servicio de Salud pueda

eliminar, controlar y/o disminuir la tasa de morbilidad o enfermedades específicas, por medio de la producción, organización y disposición de los insumos necesarios que permitan enfrentar las demandas.

El trabajo en conjunto, además, no sólo se refiere a la comunicación y a los esfuerzos derivados de una planificación intersistémica de salud, en el que pueda involucrar a Hospitales de mediana o alta complejidad, o a los mismos CESFAM, sino que también en el espacio social involucra a un nuevo contacto que emerge desde la concepción integral de las problemáticas de salud que exige una labor intersectorial, asociadas a un vínculo multidisciplinario en el que se concierta a equipos asociadas a la educación, vivienda, previsión social, entre otras que vienen a dar respuesta de alguna manera a la multiplicidad de las causas que subyacen a algún problema visibilizado.

En otras palabras, los sistemas de salud, que se definen por la Organización Mundial de la Salud como “ *el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restaurar, o mantener la salud*”, funcionan no sólo a nivel interno y/o a nivel de intersistemas de salud, sino que producto de la necesidad de ampliar el espectro de entendimiento del ser humano y sus problemas de salud (cuyo foco de interés representa a éstos sistemas), hizo que por medio de este enfoque biopsicosocial, aflora una nueva condición de rol profesional de salud, asociado específicamente a un nivel comunitario, en el que en el aparataje público se manifiesta a través de enlaces con otros ministerios, en un encuentro premeditado con otras disciplinas que también se disponen no sólo por el conocimiento científico sino que también en función tecnológica o de la transformación social. De esta forma, se producen y reproducen relaciones simbióticas estratégicas que en su unidad sistémica pero diferenciada en el quehacer, permiten no tan sólo convivir, sino que complementarse y responder de manera conjunta a la multiplicidad de los problemas de seres multidimensionales.

2.1.2.- HOMEOSTASIS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ECOSISTEMAS DINÁMICOS

Un Servicio de Salud, según la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy¹⁸ adaptada a las organizaciones, se le concibe como un sistema abierto, que se establece en un medio simbiótico de interdependencia, en donde el organismo depende de los recursos que le entrega el medio

¹⁸http://www.cime.cl/archivos/II1260/4958_tgsbertalanffy.pdf

(*inputs*), los cuales los utiliza como insumos para procesar, transformar y producir (*throughputs*) ciertos bienes y servicios. de los cuales se benefician (*outputs*) otros sistemas o subsistemas.

Las entidades de salud, y en específico los servicios de salud, utilizan insumos provenientes de otras instituciones, sean farmacéuticas, entidades universitarias, personal cualificado para la manipulación e intervención de salud, maquinarias especializadas, etc., los cuales en su funcionamiento armónico y total del sistema, entregan ciertos bienes y servicios a las personas que se atienden en los distintos dispositivos que forman parte del Servicio, es decir, existe un trabajo en red que abarca un conjunto de recursos humanos, financieros y materiales que se organizan y disponen para servir a una determinada población. La manera en que se organiza y distribuye el personal en una institución, se efectúa por medio de la división del trabajo, postura que concibe a cada componente como una parte de la contribución que al final del proceso de intervención de salud se visualiza como un todo.

Cabe destacar que, este organismo de tipo abierto se inserta en un ecosistema dinámico que está sujeto a continuas modificaciones, a causa de diversos factores múltiples que constantemente desequilibran el sistema de salud. Sean estos relacionados a catástrofes naturales, descontento social, nuevas morbilidades, insatisfacción usuaria etc. En estas circunstancias, surge una propiedad esencial de estas organizaciones, la *homeostasis*, que es una herramienta de sobrevivencia de la institución, y que se activa cuando los receptores de información evidencian una alta cantidad de entropía desestabilizadora que pone en peligro al sistema en general. En este caso, el servicio de salud, cuando se ve desequilibrado internamente por fuerzas exógenas, emplea sus mecanismos autorreguladores en forma de compensar las diferencias entre el sistema y el entorno. La energía que exporta el servicio de salud para disminuir las disonancias intersistémicas se denomina *neguentropía*, y se traduce a través de las diversas estrategias que se identifican como las necesarias para solventar una determinada problemática.

Ejemplo de esto, lo constituyen las capacitaciones en gestión de calidad en centros de salud que tienen bajos índices de satisfacción usuaria, los cuales se reciben a través de las Oficinas de Reclamos y sugerencias (OIRS), que se visualizan por el organismo como un canal significativo de comunicación entre el sistema y el entorno. Cuando el Servicio de Salud visualiza una mayor cantidad de reclamos en un determinado centro de salud, ejerce los

mecanismos necesarios para corregir las deficiencias de trato e información en la atención de salud de las personas, teniendo en consideración que las actitudes y comportamientos de los equipos de salud son un pilar importante en la satisfacción de los usuarios.

Por lo tanto, podríamos inferir, que a mayor entropía, mayor serán los esfuerzos organizacionales para enfrentar los desequilibrios. Es decir, el desgaste energético de la institución es directamente proporcional a la magnitud de las problemáticas enfrentadas.

Por otra parte, los desequilibrios de los sistemas de salud constituyen una oportunidad para el desarrollo de éstos, cuando se canalizan bien las demandas de la sociedad civil y se responden con eficiencia y eficacia. En este sentido, periódicamente los dispositivos de salud que forman parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud disponen sus reportes de OIRS, los cuales son evaluados rigurosamente por la entidad administradora correspondiente para mejorar de manera continua y permanente de los procesos de atención.

3.- ENFOQUE SISTÉMICO DEL USUARIO DE SALUD (DEMANDA)

La Teoría General de Sistemas, concibe al *Usuario*, como un *sistema de carácter abierto que se establece en un determinado territorio y contexto social*. Es decir, el Usuario, es una totalidad en sí mismo, un *holon* que depende de otros sistemas mayores, iguales o menores para sobrevivir. El Usuario, además tiene la capacidad de interactuar con múltiples sistemas, los cuales lo moldean a través de un proceso socializador caracterizado por la adopción de ciertos patrones de pensamientos y conductas, que son recibidos por medio de los canales comunicacionales que les son comunes a ambos sistemas, como por ejemplo, propagandas, publicidad, Servicio al Cliente u otros, a fin de comunicar efectivamente la manera en que deben participar de las prestaciones, o definitivamente, promover nuevas líneas de servicios. No obstante, el Usuario tiene la capacidad de moldear a las instituciones, en sentido de retroalimentar los procesos intrínsecos de los sistemas, cuando se perciben ciertas disonancias que no se ajustan con los estándares de calidad exigidos. Cabe destacar, que cualquier desequilibrio presentado, generará un quiebre entre ambos hasta que el sistema usuario y el sistema proveedor, puedan converger en una homeostasis común y coherente que permita la permanencia en el tiempo.

El Usuario de Salud Pública, es por tanto, aquel Sistema, que depende de los bienes y servicios que les entrega un Sistema Servicio de Salud, siendo visualizados como el proveedor de la homeostasis o de equilibrio cuando el Sistema por sus cuentas no puede generarlo. Asimismo, este tipo de Sistema, tiene una predisposición particular con respecto a la salud, que dependiendo de la naturaleza o gravedad de la afección, se manifiesta con una determinada **energía movilizadora o de impulso** que prioriza la satisfacción de ésta por sobre otras que puedan existir. Si bien, el carácter de urgencia de una atención se ceñirá por el cliente meramente a cuestiones objetivas, es decir, a una acción centrada en lo biomédico(en favor de una asistencia que recupere su bienestar biológico con prontitud), existen otros componentes ligados en la atención que repercuten en el impacto efectivo de la salud de los usuarios, siempre y cuando la urgencia biológica no asuma un carácter definitorio, aparecen otros elementos de la atención, propias de condiciones subjetivas como es el trato e información.

Esto viene a dar cuenta de la complejidad del Sistema Usuario de Salud, en donde la multidimensionalidad de factores abarca aspectos:

- a. **Biológicos:** este ámbito se expresa, como el resguardo del sistema por cautelar un cierto nivel de normalidad en el funcionamiento del cuerpo. Por lo que la salud se manifiesta como una necesidad de seguridad, que en la Pirámide de **Maslow** se representa en el segundo escalafón de prioridad en la persona.
- b. **Psicológicos:** este aspecto abarca tanto un componente biológico, en relación a disfuncionalidades cerebrales que se manifiestan en ciertos pensamientos o comportamientos ajenos a un estado de bienestar, como también un componente subjetivo, que representan necesidades emocionales o afectivas igualmente incidentes en la satisfacción de las personas.
- c. **Sociales:** se refiere al instinto gregario que posee el *Sistema Usuario*, que se manifiesta por medio de la participación social, que lo utiliza no sólo para comunicarse con otros sistemas en la sociedad, sino que también satisfacer sus propias necesidades en la interrelación con otros sistemas.

Además, cabe destacar, que no todos los Usuarios de Salud poseen las mismas características, siendo necesario expresar ciertos elementos comprensivos para su análisis:

3.1 CATEGORIZACIÓN DEL USUARIO DE SALUD PÚBLICA

A) Tipos de Usuarios:

a. **Usuario Urgencia-Ambulatorio:** Es un usuario esporádico del sistema, que se atiende solo cuando presenta una complicación de salud, donde se puede pesquisar una enfermedad crónica, terminal o en su defecto ambulatoria (baja complejidad). Este tipo de usuario se presenta comúnmente en la Urgencia del hospital o en algún Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), como también en algún Centro de Salud Familiar (CESFAM).

b. **Usuario Gine-obstetra:** Es una usuaria embarazada, que requiere de un control regular por un periodo de tiempo definido (7-10 meses) en el cual depende del sistema, al tener su hijo, el niño sigue en un control regular, y pasa a ser un paciente del sistema.

c. **Usuario Pediátrico:** El niño que recibe del sistema, alimentación, control de enfermedades, vacunas, etc., es controlado regularmente hasta los 3 años de edad, después de este tiempo sus controles son esporádicos y ambulatorios.

d. **Usuario Crónico:** Necesita de controles periódicos, ya sea para controlar la enfermedad como para recibir medicación, regularmente se hace exámenes, es un usuario habitual que puede ser atendido en la atención primaria, secundaria y terciaria a la vez, sin el trámite que haría un paciente ambulatorio (Por ejemplo, personas que sufren de Asma, enfermedades crónicas, diabetes, etc.)

e. **Usuario Terminal:** Este cliente tiene una calidad de vida muy deteriorada, es un usuario de cuidado intensivo y de riesgo vital. que se encuentra en las últimas fases de la enfermedad, por lo general están internados en centros de atención terciaria (por ejemplo, personas que padecen Cáncer terminal, VIH, etc.).

Figura 6: Usuarios que utilizan el Sistema.



Fuente: MINSAL, 2016.

B) Tipos de Usuarios Asociados a la Información:

- a. **Usuarios Informados:** este tipo de usuario tiene conocimiento completo del sistema del servicio de salud, conoce su funcionamiento, los servicios que ofrece, y sabe cómo acceder a este; es decir, conoce las rutas correspondientes para la atención de salud.
- b. **Usuarios Desinformados:** este tipo de usuario desconoce el funcionamiento de los servicios, no tiene claridad de la oferta que estos entregan. Además, desconoce el acceso al sistema, es decir, las rutas hacia la atención.
- c. **Usuarios Medianamente Informados:** este tipo de usuario tiene un manejo vago de la información de los servicios de salud, no desconoce del todo su funcionamiento, pero tiene noción de la información básica del sistema, de modo que no tiene un desenvolvimiento fluido dentro de este.

C) Tipos de Usuarios Asociados a la Localización Espacial:

- a. **Usuarios Correctamente Localizados:** se refiere a los usuarios que se encuentran siendo atendidos en el dispositivo de salud competente según el tipo y grado de su sintomatología.
- b. **Usuarios Incorrectamente Localizados:** se refiere a aquellos usuarios que son atendidos en dispositivos de salud no acordes a su

sintomatología, por lo que provoca congestión y saturación en el sistema de atención.

D) Estratificación Socioeconómica:

Conceptualización Nominal de las Variables:

- a. **Sexo:** se refiere a la diferenciación de los usuarios de acuerdo a sus particularidades biológicas, dividiéndolo en *Masculino-Femenino*.
- b. **Edad:** esta clasificación se refiere a los *años de vida* que tienen los usuarios.
- c. **Estado civil:** este se refiere a la *situación civil* que se encuentran los usuarios de los servicios de salud.
- d. **Nivel educacional:** *años cursados y aprobados* en algún tipo de establecimiento educacional.
- e. **Ocupación:** *tipo de trabajo* que desempeñan los usuarios y que genera recursos.
- f. **Previsión social:** se refiere si los usuarios son *cotizantes en cuenta obligada* de Administradora de Fondos de Pensiones (AFP).

Cuadro 6: Cuadro Operacional de las Variables

Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Infante (0 a 10 años) • Adolescente (11 a 19 años) • Adulto Joven (20 a 40 años) • Adulto (41 a 59 años) • Adulto Mayor (60 y más)
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero (a) • Casado (a) • Viudo (a) • Separado (a)
Nivel educacional	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza básica incompleta • Enseñanza básica completa • Enseñanza Media incompleta • Enseñanza Media Completa • Enseñanza Técnico Nivel Superior • Enseñanza Profesional
Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador (a) dependiente • Trabajador (a) Independiente • Pensionado (a)
Previsión social	<ul style="list-style-type: none"> • No cotizante • Cotizante en cuenta obligada AFP

Fuente: elaboración propia, 2017.

3.2 SATISFACCIÓN USUARIA

La satisfacción usuaria, constituye una dimensión de la calidad muy relevante, siendo considerada como uno de los principios orientadores de la actual Política de Salud; se le define como: *"El grado de cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario, en relación a los servicios que éste ofrece"*.

Desde el punto de vista del Ministerio de Salud, la satisfacción del usuario es: *"El conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del Sistema Público de Salud"*¹⁹.

En este marco, se espera que los servicios de salud elaboren en conjunto con los establecimientos de la red asistencial y la comunidad usuaria, Planes de Satisfacción Usuaria que busquen impactar en los resultados de la gestión y en la satisfacción de la población usuaria.

Los Planes de Mejora de la satisfacción usuaria pueden ser una herramienta de mejora continua en esta área y requiere de avances progresivos orientados hacia un cambio en la cultura organizacional como en la relación entre la comunidad usuaria y los funcionarios del sector.

En este contexto, Pezoa (2013)²⁰ menciona que la calidad de las relaciones con los clientes se ha convertido en un factor decisivo para el éxito en la satisfacción en las distintas áreas de servicios. Desde hace algunos años países desarrollados han incorporado el punto de vista de los consumidores de salud como parte del concepto de calidad en la atención sanitaria. Lo anterior, ha permitido mejorar los procesos respecto de los elementos que valoran al evaluar satisfacción y calidad percibida en la atención de salud. En este sentido, no sólo se considera como resultado el sanarse, sino que se toma en cuenta otras variables que para el usuario importan, en el sentido de saber qué valora en la atención de salud, qué necesita y cuáles son sus expectativas respecto de cómo debería haber sido atendido. Crear un nuevo paradigma con relación a la satisfacción en la atención de salud (aquí pone el foco en la atención hospitalaria), significa *efectuar un análisis perceptivo del consumidor, que subyace sobre la base de reconocer que la actividad mental emerge de la interacción de los procesos social y biológico*.²¹

¹⁹Gnecco Tassara, G. "Hacia la Elaboración de un Programa de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad" Santiago de Chile. Unidad de Calidad y Normas Minsal. Módulo No 6 (35). Mayo de 1995

²⁰Pezoa G., M. "Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores. Informe Global." Santiago de Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo: Superintendencia de Salud. 2013.

²¹Gerald Zaltman dice "La mayor parte de los pensamientos, las emociones y aprendizaje se produce sin intervención de la consciencia. De esta manera, gran parte de las decisiones que toman los usuarios en evaluar su experiencia de hospitalización estaría influenciada por procesos que se originan en el inconsciente." Zaltman G. *Cómo Piensan los Consumidores*. Empresa Activa Editores. 2004.

Por otro lado, las percepciones de los usuarios no siempre son el reflejo de la realidad objetiva porque la mente interpreta (considera aquí el carácter particularista de las percepciones de los usuarios). Esto plantea el desafío de conocer al usuario más profundamente en los distintos ámbitos de servicio. En la hospitalización, por ejemplo, es similar porque se necesita comprender cómo se produce la actividad mental a medida que el usuario es estimulado por motivadores y frenos de satisfacción en la atención que se le brinda. Estas personas experimentan procesos inconscientes durante su estadía en el hospital que resultan de una vivencia satisfactoria o insatisfactoria que los lleva a tomar decisiones cuando evalúan al prestador. En ese sentido, existen otros procesos adicionales en que la hospitalización genera colectivamente representaciones sociales, que se comparten en las prácticas cotidianas y de conocimiento común (experiencias propias, de familiares, cercanos o información a través de los medios masivos de comunicación). De esta manera, se conforman imágenes respecto de la atención de salud en determinados hospitales o clínicas desde el punto de vista de lo que ello significa en su representación social y las imágenes neuronales (percepciones) que a partir de ello se expresan en diversas formas.

Dentro de las implicancias del proceso de implementar la calidad en la atención de salud se puede citar que en las últimas dos décadas el desafío de los países desarrollados ha sido incorporar como componente importante en la atención de salud de calidad, la mirada desde la perspectiva del consumidor. Diversos autores han sostenido que la percepción positiva de la calidad en la atención de salud se traduce en mejores resultados médicos. En ese sentido, la mayoría de ellos señala que para los pacientes el proceso de curación no es lo único. Otro aspecto relevante es que el comportamiento del usuario orienta a pensar que éste no concibe la lógica de insatisfacción en la atención de salud, es más, es el resultado menos deseable para él. En una serie de estudios, incluyendo uno que incorpora a los miembros de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, llegan a la conclusión que los españoles reclaman cada vez más con mayor insistencia *accesibilidad a información sobre resultados, mayor comunicación con los profesionales, desean confidencialidad e intimidad, quieren saber quién les atiende y desean participar más activamente.*²²

Adicionalmente, se enfatiza que la satisfacción alude a la atención sanitaria en general, tanto al trabajo técnico como a la relación interpersonal. *Conocer la satisfacción del paciente puede predecir, entre otras cosas, el*

²² Pérez-Jover, V.; Mira, J.J.; Tomás, O.; Rodríguez-Marín, J. Cómo llevar a la práctica la declaración de derechos del paciente de Barcelona. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-como-llevar-practica-declaracion-derechos-S1134282X05707739?redirectNew=true>

cumplimiento terapéutico y el retorno al mismo centro asistencial en otro episodio.²³

4.- RELACIÓN OFERTA/DEMANDA

4.1 MODELO DE TOMA DE DECISIONES DE LOS USUARIOS Y RELACIÓN CON EL MARKETING PÚBLICO DE SALUD

En cuanto a tener una visión integral del funcionamiento de los servicios públicos y la relación que tienen con los usuarios, es que se considera dentro de los procesos de modernización en la gestión y administración la inclusión de un enfoque mercadotécnico. Philip Kotler indica al respecto que el papel del marketing es *traducir las necesidades cambiantes de las personas* en oportunidades de rentabilidad empresarial o institucional. Define así al marketing como *la función empresarial encargada de identificar necesidades y deseos, definir y medir su magnitud y potencial de rentabilidad para la empresa, determinar a qué público objetivo puede atender mejor la organización, y decidir los productos, servicios y programas más idóneos para conseguirlo. La ejecución de estos programas requerirá que todas las personas de la organización piensen en el cliente y sirvan al cliente (Kotler, 2003)²⁴.*

Este proceso de marketing con enfoque social se basa en el intercambio de valores entre dos personas, organizaciones o instituciones que quieren intercambiar un valor. Bajo esta postura se pueden considerar como valores a los productos, servicios, ideas, etc., en cuestión que apunten a satisfacer necesidades planteadas en la población. Así es que se establece la dinámica entre los servicios de prestación de salud pública (ofertantes) y sus respectivos usuarios (consumidores).

Engel, Kollat y Blackwell²⁵ desarrollaron un modelo que explica el comportamiento de los consumidores, el cual tiene su base en el proceso de aprendizaje y pone mayor atención al proceso de formación de actitudes y al desarrollo de la intención de compra (foco en quienes consumen). Francesco Nicosia generó un modelo donde incluye al ofertante en la relación de consumo, pero manteniendo igualmente el énfasis en el comportamiento de los consumidores, considerando a éstos como entes activos en la dicha dinámica de consumo. Estos planteamientos teóricos llevan a la conceptualización de considerar el comportamiento de los consumidores

²³Monteagudo O., Navarro C, Alonso P., Casas R., Rodríguez L. y otros, "Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción"

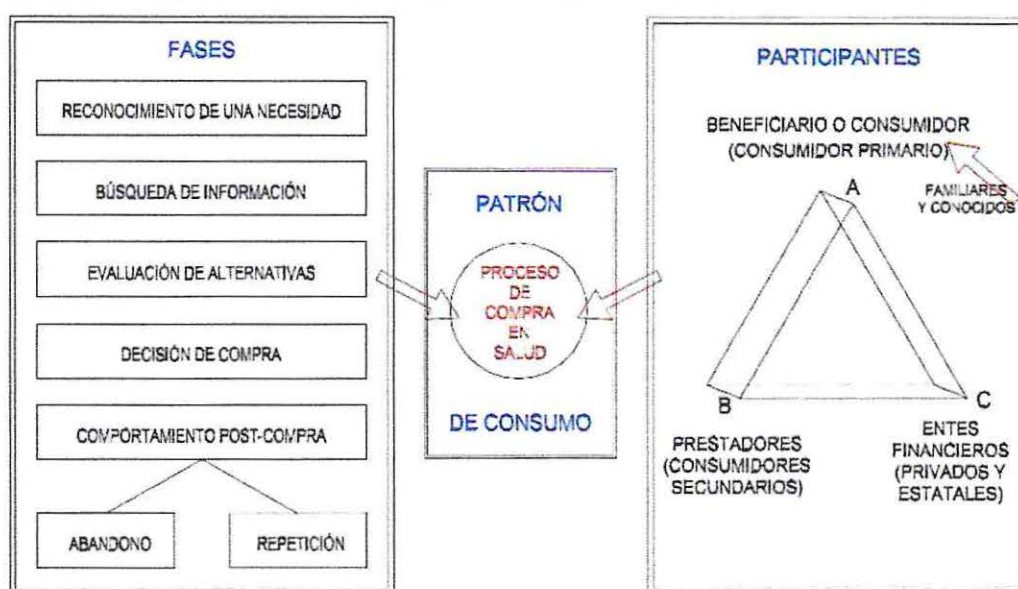
²⁴Kotler, Philip; Armstrong, Gary. *Fundamentos del Marketing*. 6ª Edición, Prentice Hall Editores. México. 2003.

²⁵Blackwell, Roger D. *Comportamiento del consumidor*. 9ª Edición. Editorial Thompson. México. 2011.

como *patrón de consumo*, el que comprende las unidades de referencia que permiten la medición o valoración en la adquisición y utilización de servicios/productos de salud por parte de los usuarios.

Con tales antecedentes se puede afirmar que el proceso de adquisición de servicios sanitarios se compone de dos aspectos importantes, el primero dice relación con el proceso mismo, donde el consumidor sanitario pasa por fases en la adquisición y uso de los servicios/productos de salud (modelo de Nicosia); y en un segundo aspecto, se considera la importancia de la decisión de compra (o adquisición) por parte del consumidor sanitario.

Figura 7: Proceso de adquisición de productos sanitarios



Fuente: Priego-Álvarez; H. "El proceso de compra en productos sanitarios" en Hitos de Ciencias Económico Administrativas. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México. 1996.

Las fases del proceso de adquisición o compra de servicios/productos sanitarios, inician con el reconocimiento de una *necesidad sentida*, esta se refiere a la percepción que tienen los consumidores respecto de sus problemas de salud, o lo que desean y esperan de un servicio/producto sanitario, lo que conlleva seguidamente a la búsqueda de información, interna/externa y activa/pasiva (León y Olabarría; 1991)²⁶. Por *búsqueda interna* se refiere al proceso mental de introspección en la memoria (referencias propias de la experiencia del sujeto o de cercanos que le permitan generar una percepción), de modo que puedan servir como antecedente para valorar la calidad de los servicios/productos a consumir. Si no se cuenta con información previa por parte del consumidor, este debe

²⁶León, J.; Olabarría, E. *Conducta del consumidor y marketing*. Ed. Deusto. Bilbao, España. 1991.

recurrir a una *búsqueda externa*, apelar a otras fuentes de información para poder tomar una decisión, consultar con familiares y cercanos, medios de comunicación y propaganda, informativos de los mismos centros de salud, asociaciones, etc. En tal caso la búsqueda puede ser *activa*, si contempla ser selectiva respecto a los informantes a los cuales recurrir, o bien puede ser *pasiva*, si la acción de búsqueda no tiene objetivos puntuales (consultar a modo general, no reparando en el medio que informa o en tópico específico). Con tal información que se obtiene de este proceso, se establecen alternativas posibles de atención, las cuales se evalúan y se decide qué servicio/producto sanitario va a adquirirse (en marketing general se diría *compra*), los que se traduce en la utilización de tal servicio/producto.

La decisión de adquisición sanitaria se compone de un conjunto de variantes y decisiones, y sobre estas pueden influir diversos factores. Por eso se establece que en proceso de consumo sanitario actúan como factores condicionantes los *atributos del cliente* (género, edad, escolaridad, nivel socioeconómico), la *cultura sanitaria* (conjunto de valores, ideas, creencias y actitudes que tiene respecto a la salud y que determinan en buena parte su comportamiento), la *legislación en salud* (marco legal de uso y prestaciones médicas), y la *mercadotecnia o marketing sanitario* (principalmente con la finalidad de resolver necesidades, deseos o expectativas en materia de salud). Respecto de esta última, cabe aclarar que en marketing general son diversos los aspectos mercadológicos que influyen en la compra de un consumidor, se podría destacar la imagen institucional o “de marca” (lo que le confiere personalidad al producto, lo que le otorga el carácter de identificable – colores, logos, eslogan, distribución física, etc.), el posicionamiento de los servicios (como son valorados en el mercado) y el “*merchandising*” (desarrollo del producto en el mercado y publicidad asociada) de las empresas productoras. En el contexto chileno, y en el ámbito de lo público, las entidades ofertantes de servicios/productos de salud ofrecen una gama más acotada en cuanto a acceso, y los factores de elección podrían involucrar si se establece en lógica de consulta y/o atención en salud de acuerdo al grado de urgencia, gravedad, periodicidad o cronicidad de cuadros sintomáticos.

Luego de haber hecho uso de los servicios/productos de salud, el comportamiento posterior puede ser de *repetición* o *abandono*. Si la experiencia fue *gratificante* es probable que se consuma más de ese producto o se demande más de tal servicio, teniendo a generalizarse la respuesta a estímulos similares (si se realiza satisfactoriamente un control de pesquisa de pacientes adultos con insuficiencia respiratoria, es altamente probable que estas personas puedan continuar concurriendo a actividades

de promoción y prevención de su centro de salud cercano). La situación inversa es la *discriminación* o el rechazo por el servicio o producto (si la atención otorgada a una persona con alguna patología que requiera controles y medicación por un determinado periodo de tiempo fue negligente, generando desconfianza o incomodidad en la persona atendida, posiblemente esta persona no logre adherencia al tratamiento y no tenga disposición a concurrir a su centro de salud). Así mismo, en la denominada "*población abierta*", no cubierta por el sistema de protección social y de salud, de áreas rurales o de difícil acceso a centros de salud, con poca o mala referencia respecto de los servicios de salud pública, optarían posiblemente por cubrir sus necesidades de salud a partir de los medios que su entorno ofrezca (alumbramientos asistidos por parteras, uso de medicina naturista, etc.).

En la decisión de adquirir servicios/productos sanitarios intervienen diversos factores, el mismo sujeto consumidor (atributos del cliente), factores sociales (cultura sanitaria) y lo relacionado a la estructura organizativa (legislación vigente y mercadotecnia sanitaria), pero además de todo eso, influye de manera importante la familia y círculo de personas cercanas a quien adquirirá servicios de salud. En el contexto como el latinoamericano, la familia participa activamente de las decisiones relativas a la salud, muchas veces la familia tiende a actuar como intermediaria entre el médico y el enfermo, lo cual se produce con aprobación de este último. Con mayor frecuencia se da esta dinámica si existe cronicidad o gravedad del estado de salud, donde muchas veces las decisiones resolutorias son tomadas por las demás personas y no por los propios afectados.

Ahora, respecto de los *actores del proceso de adquisición* de servicios/productos sanitarios, tenemos al *beneficiario* (consumidor primario), los *prestadores* (consumidores secundarios) y, al *ente financiero* (estatales/privados). El ente financiero de acuerdo a las políticas establecidas en el territorio y propuestas disponibles, decide y establece la estrategia de diferenciación del producto (relación costo y calidad de servicios sanitarios, por ejemplo). En la relación de atención médica por pago directo, el consumidor primario y el ente financiero resultan ser la misma persona. El ente financiero de la población desprotegida de la seguridad social y sanitaria (*población abierta*) será el mismo Estado, pero pueden existir otros organismos privados sin fines de lucro (*ONG`s*) o con sentido comercial (*compañías de seguros*) que asuman tal función. El prestador define qué productos sanitarios va a otorgar, cuántos y a qué grupos.

Usuarios Asociados al Uso de los Servicios de Salud:

Antes de describir las formas de utilización de los servicios de salud en relación a los tipos de usuario, es preciso mencionar un nuevo concepto para la comprensión de la presente categorización; este es el **consumo** en salud. Si bien este concepto es utilizado mayoritariamente en el lenguaje económico, este no es lejano en el ámbito de la salud, sino que está directamente relacionado con la atención y entrega de servicios a los usuarios de salud.

Según García-Canclini, define consumo como el *“conjunto de procesos socioculturales en que se realizan la apropiación y los usos de los productos”*. Es decir, el consumo es un proceso el cual forma parte del modo en que la sociedad se organiza para la satisfacción de las necesidades de su población.

En este contexto, entendiendo la **salud como objeto de un proceso de consumo**, se entiende como se relaciona en forma directa el consumo en salud con el *“el gasto por uso que se hace de un producto o servicio sanitario, que ha incorporado el trabajo humano y cuyo valor de utilidad está dado por su capacidad para satisfacer una necesidad o resolver un problema de salud”*. Por consiguiente, el proceso de consumo sanitario hace referencia a la serie de acontecimientos que se desarrollan desde el momento en que se percibe la necesidad de atención hasta el momento posterior al uso de un servicio de salud.

4.2 RUTA USUARIA

Es el trayecto o recorrido, conocido o desconocido, que realiza el usuario de salud durante el periodo que comprende la aparición de algún tipo de síntoma hasta que recibe un diagnóstico y/o tratamiento por parte de un equipo de salud en los Centros de Salud Pública. Sin embargo, y dependiendo de la interiorización de conceptos más preventivos por parte del usuario, se puede identificar una ruta que no se traza a partir de la percepción de enfermedad, sino que más bien, de una actitud precavida caracterizada por una participación activa en los procesos de control, pesquisa y fortalecimiento de su salud, propias de una comprensión de ella como un elemento esencial para el bienestar biopsicosocial.

En este sentido, la ruta usuaria, se puede componer de diferentes procesos a partir de dos concepciones distintas: *una perspectiva biomédica vs una perspectiva biopsicosocial*.

Cuadro 7: Comparativa entre perspectivas biomédica y biopsicosocial

Perspectiva Biomédica	Perspectiva Biopsicosocial
<p>1.- Sintomatología de salud: la ruta de salud tiene su génesis a partir de la presencia de determinados síntomas de salud que el usuario percibe y localiza, impulsándolo a una atención de salud. Esta postura es pasiva, puesto que el sujeto sólo reacciona ante la enfermedad y no busca los mecanismos para prevenir posibles enfermedades.</p>	<p>1.- Acción periódica de Salud: es la trayectoria regular que realiza el usuario a través de los servicios de salud, por lo general asociados a dispositivos de atención primaria de salud.</p> <p>La postura del usuario es activa, y se caracteriza por anteceder posibles enfermedades que condicionen el bienestar integral de su salud.</p>
<p>2.- Búsqueda de Fuentes de información: es la indagación que hace el usuario en la familia o en los vínculos cercanos, cuando éste posee nula o básica información respecto de la utilización de los servicios públicos de salud. Esta relación interpersonal tiene como objetivo la orientación de los pasos que debe realizar en el sistema público, cuya adquisición de información se origina primeramente a partir de un diagnóstico tentativo e informal que efectúan los actores colindantes al problema y que se respalda por medio de argumentos centrados en la experiencia o el sentido común; para culminar con la orientación hacia la derivación a los dispositivos de salud competentes para solventar la afección.</p> <p>Por otro lado, se puede presentar un usuario que tenga cierto conocimiento o noción del funcionamiento de los dispositivos de salud, pero no son suficientes para una participación eficiente.</p>	<p>2.- Acceso a los Servicios de Salud (input): el usuario no necesita trazar una línea investigativa que le oriente en la atención de salud, sino que como conoce los procesos de atención y participa regularmente de ellos, puede participar con eficiencia y eficacia, sin retardos o movimientos innecesarios que puedan provocar "lagunas" hacia la atención.</p> <p>La motivación que encierra este tipo de comportamiento se relaciona con el deseo del usuario de controlar su salud en el corto y largo plazo, mediante el goce de la evaluación constante de ella por un equipo multidisciplinario que no solo se preocupa por el usuario individual sino que también de su entorno familiar.</p>
<p>3.- Acceso a los Servicios de Salud (input): el usuario al momento de participar en los establecimientos de salud, puede o no tener alguna noción respecto de la utilización de ellos. Sin embargo, como se señaló anteriormente si los tiene, son de carácter básico e insuficiente. En este sentido, la información especulativa o deductiva puede traer diversas implicancias en el usuario como por ejemplo la experimentación de un proceso de ensayo y error, de preguntas y</p>	<p>3.- Salida de los Servicios de Salud (output): la ruta culmina cuando el usuario recibe las prestaciones de salud y las observaciones obtenidas luego del proceso de atención. El usuario, demora menos en la atención y tiene una llegada más expedita a los centros, ya que por lo general tienen horas solicitadas con antelación.</p> <p>Cabe además, destacar que este tipo de usuarios hace empleo de rutas telefónicas para la solicitud de horas médicas u otras</p>

<p>respuestas, que terminen por debilitar y demorar la atención de salud. Por otra parte, una derivación deficiente también implica una conducta poco asertiva en el espacio público, aumentando la saturación sistémica producto de la entrega de información.</p>	<p>informaciones asociadas a la salud.</p>
<p>4.- Salida de los Servicios de Salud (output): es el último componente de la ruta usuaria, y puede tener dos desenlaces: que haya sido beneficiado de diagnóstico y tratamiento; o que haya sido derivado internamente a otros centros de características de mayor complejidad en caso de gravedad de la atención.</p>	

Fuente: elaboración propia, 2017.

Por otra parte, los Servicios de Salud, esperan que los consumidores de salud, hagan un buen uso de los recursos con los que cuentan, dando la responsabilidad para que las personas puedan discernir el carácter leve, mediano o grave de una necesidad de salud, y puedan relacionarlo con la cartera de servicios que oferta determinada institución. Esto para que específicamente puedan lograr asociar una enfermedad leve con un centro de salud de baja resolutivez, como por ejemplo SAPU.

Por lo tanto de acuerdo a los sistemas de salud, podemos identificar dos tipos de rutas:

- a. **RUTA IDEAL:** esta trayectoria hace referencia al comportamiento óptimo del usuario dentro de los dispositivos de salud, y que comienza desde una correcta visualización de la necesidad de salud, hasta la identificación y participación en el centro adecuado para la resolución de determinada demanda.
- b. **RUTA REAL:** esta trayectoria hace referencia a la trayectoria que efectivamente ejecutan los usuarios, que dependiendo de la información que posean respecto de las atenciones de salud que ofrece determinada institución pública de salud, puede manifestarse a través de dos variables: *comportamiento eficaz e ineficaz*. El comportamiento eficaz es aquel usuario que visualiza correctamente tanto las necesidades de salud, y así como también la oferta de las distintas instituciones según la gravedad y servicios de ésta, tomando decisiones funcionales en pro de una participación consciente y premeditada que no sólo busca su propio bienestar sino que también el bienestar institucional.

Cuadro 8: Comparativa de comportamiento usuario en Salud Pública

Comportamiento Eficaz en Salud Pública	Comportamiento Ineficaz en Salud Pública
<i>Visualiza correctamente las necesidades de salud a partir de su gravedad.</i>	<i>No visualiza Correctamente las necesidades de salud a partir de su gravedad</i>
<i>Conoce los servicios que ofrecen los dispositivos de salud</i>	<i>No conoce los servicios que ofrecen los dispositivos de salud</i>
<i>Participa de manera eficiente y eficaz en los centros de salud.</i>	<i>No participa de manera eficiente ni eficaz en los centros de salud</i>

Fuente: elaboración propia, 2017.

4.3 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

De acuerdo al punto anterior, los usuarios trazan su ruta dentro de la red, de acuerdo a los conocimientos que ellos poseen, pero no queriendo decir con ello que sea la forma correcta de su uso. En este sentido, uno de los objetivos claros de los Servicios de Salud "es velar por la Referencia y Contrarreferencia en de los usuarios del sistema". De modo que existe una preocupación de como los usuarios se desenvuelven dentro de este sistema, el cual por naturaleza es complejo, tal como lo vimos al principio del capítulo.

Ahora bien, como se ha visto anteriormente, la Red Asistencial está compuesta por muchos establecimientos interconectados en sus prestaciones con diferentes niveles de complejidad de atención. De modo que, para su óptima comprensión, cada Red debe contar "Mapa de Red" donde se describe los establecimientos que la conforman, su complejidad y el alcance de sus carteras de Servicio que deben ser complementarias y dar respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria.

Para que este diseño funcione tiene que contar con un sistema de comunicación que permita que este beneficiario fluya en forma segura y eficiente a través de esta Red, (Ruta ideal). Este mecanismo comunicativo y administrativo es la Referencia y Contrarreferencia.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

Referencia (sinónimo de derivación): Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.

Contrarreferencia: Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

Por lo tanto, la medida que toma los servicios de salud para que el usuario fluya dentro de esta red va enfocada netamente con un seguimiento del procedimiento del tratamiento del caso. Y por otra parte, conseguir la satisfacción del usuario respecto del consumo de salud, es decir, haber suplido las necesidades de este. De modo que este mecanismo de comunicación es netamente la ruta interna la cual comienza con la atención médico-paciente, dejando de lado la trayectoria del usuario antes de ingresar al sistema y luego estando en el reconocer el dispositivo de salud que le corresponde de acuerdo a su necesidad de salud.

Capítulo IV

Marco Metodológico

PRESENTACIÓN

El siguiente estudio dará cuenta del sistema de salud de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, constituida por centros de salud públicos de la comuna de Valparaíso, como son los CESFAM "*Jean y Marie Thierry*" y "*Plaza Justicia*", además de la Unidad de Emergencia del Hospital *Carlos Van Buren*; la idea es poder ver como tales servicios establecen puntos de acceso a la información y conducen a un buen uso de los usuarios respecto de esta red y sus prestaciones.

Junto a esto, se observará el uso de la Red de Salud Pública por parte de las personas de la comuna, buscando identificar el uso de dicha red a partir del manejo de información que estos tengan de la misma, de modo que se logre identificar rutas usuarias.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

“¿Cuáles son las **Rutas Usuarías** que se presentan en los Centros de Salud de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio?”

SISTEMA DE OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer las **Rutas Usuarías** que se presentan en los Centros de Salud de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

Objetivos Específicos

- a) Describir y analizar los factores biopsicosociales del sistema usuario que determinan la **toma de decisiones de salud** en los centros de la Red Asistencial del SSVSA.
- b) Describir y analizar el uso y manejo de **información que posee el sistema usuario** respecto a los centros de salud que forman parte de la Red Asistencial del SSVSA.
- c) Describir y analizar el proceso de **referencia y contrarreferencia** del Sistema Usuario en los Centros de Salud de la Red Asistencial del SSVSA.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación del proyecto es **Exploratorio-Descriptivo**, porque tiene como objetivo examinar un fenómeno social poco estudiado y de carácter novedoso (exploratorio), lo que permite descubrir y analizar los componentes y características del objeto de estudio (descriptivo), para así abrir nuevas aristas que sirvan de base para estudios futuros.

ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación será de tipo mixto. Por una parte es *cuantitativo* con la recolección de datos objetivos obtenidos a través de la aplicación de encuestas, lo que será la columna vertebral del estudio, y por otro lado *cualitativo* como parte complementaria a la investigación, con la recolección de datos a través de entrevistas semi-estructuradas, lo que permitirá una profundización el análisis final del estudio.

DISEÑO DE MUESTREO

El diseño de muestreo a utilizar en la presente investigación es de tipo **No Probabilístico**, este se utiliza para investigaciones cuantitativas y cualitativas. En el caso de los primeros su implementación tiene lugar cuando los diseños probabilísticos no resultan apropiados o son de difícil aplicación. Su propósito es formar una impresión gruesa acerca de la población. Es difícil determinar el error muestral y por tanto sus posibilidades de generalización a la población. En este sentido el muestreo no probabilístico no está diseñado para realizar inferencias, sin embargo para González (1997), este tipo de muestreo permite hacer inferencias lógicas.

El muestreo no probabilístico **se adecua al diseño de investigación en los cuales su propósito es exploratorio**, hay un interés más en *profundizar que en la representatividad estadística de los datos*.

Por su parte, el tipo de muestreo no probabilístico a utilizar será **“Muestreo por Cuota o Conveniencia”²⁷**, en este tipo de muestreo el investigador obtiene un número deseado de elementos, seleccionando aquellos más accesibles y aquellos que poseen ciertas características que le interesen. De esta manera el investigador *decide* qué características importan, *el tamaño de cada cuota y el número de cuota que comprende la muestra*. Es así como, el investigador identifica diferentes perfiles entre los principales grupos de la población y como posteriormente se seleccionan, a los sujetos, de manera no aleatoria para representar a cada grupo.

UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo, representa a la comunidad de los siguientes centros de salud de la Comuna de Valparaíso:

- Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry
- Centro de Salud Familiar Plaza Justicia
- Unidad de Emergencia Adulto, Hospital Carlos Van Buren.

Por otra parte, para efectos de este estudio se utilizará la **muestra por cuota o conveniencia**.

²⁷ Salinas Avilés, Dagoberto. ¿A cuántos y a quiénes preguntar? : una aproximación al muestreo cuantitativo y cualitativo en investigación social y educacional. Ediciones Universitarias de Valparaíso, Chile. 2010.

Para ello se han determinado los siguientes **critérios** para poder participar en las encuestas que se aplicaran a los usuarios de los centros de salud participantes.

Criterios de inclusión:

- ✓ Mayores de 18 años de edad.
- ✓ Ser atendido al menos una vez por algún centro de salud respectivo.
- ✓ Consentimiento libre y espontáneo (Participación Voluntaria)
- ✓ Residir en la Comuna de Valparaíso.

Criterios de exclusión:

- ✓ Que el usuario no sepa leer
- ✓ El sujeto no pueda expresar su voluntad para consentir o comprender su participación, por tener discapacidad intelectual o psíquica que se lo impida

Por su parte, la muestra para los encuestados será de un total de 150 usuarios.

- 50 usuarios en el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry
- 50 usuarios en el Centro de Salud Familiar Plaza Justicia
- 50 usuarios en la Unidad de Emergencia Adulto, Hospital Carlos Van Buren.

En cuanto a la aplicación de las entrevistas semi-estructurada, con el fin de realizar una **triangulación** en cuanto a las experiencias de estos en torno a la temática del estudio, éstas se aplicarán en:

- **3 Funcionarios de seguridad** (*uno por cada centro de salud*). Se seleccionará este tipo de trabajador de la comunidad de salud, ya que en su mayoría representan el primer contacto que tiene el usuario al momento de situarse dentro del centro de salud y requerir algún tipo de información de orientación.

Criterios de inclusión:

- ✓ Prestación de Servicios de al menos un año en algún establecimiento de salud.
- ✓ Consentimiento libre y espontáneo (Participación Voluntaria)
- ✓ Autorización (verbal) de la Empresa de Seguridad para que el funcionario participe del estudio en las condiciones establecidas.

Criterio de exclusión:

- ✓ Que no autorice ser grabado antes de la aplicación de la entrevista.

- ✓ El sujeto no pueda expresar su voluntad para consentir o comprender su participación, por tener discapacidad intelectual o psíquica que se lo impide.

- **3 Oficiales administrativos de la OIRS** (Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias), uno de cada centro de salud. Se seleccionará este tipo de trabajador debido a que es quien tiene el manejo de las opiniones del sistema usuario respecto al sistema de salud.

Criterios de inclusión:

- ✓ Prestación de Servicios de al menos un año de antigüedad.
- ✓ Tener conocimiento de las demandas o problemas típicos del usuario en la búsqueda de atención
- ✓ Consentimiento libre y espontáneo (Participación Voluntaria)

Criterio de exclusión:

- ✓ Que no autorice ser grabado antes de la aplicación de la entrevista.

- **3 Usuarios de Centro de Salud.** Los criterios de inclusión para las entrevistas de los usuarios serán los mismos que los requeridos para la aplicación de la encuestas.

Criterios de inclusión:

- ✓ Mayores de 18 años de edad.
- ✓ Ser atendido al menos una vez por algún centro de salud respectivo.
- ✓ Consentimiento libre y espontáneo (Participación Voluntaria)
- ✓ Capacidad para exponer claramente las ideas (comunicación efectiva) y profundizar asertivamente sobre ellas.
- ✓ Residir en la Comuna de Valparaíso.

Criterio de exclusión:

- ✓ Que no autorice ser grabado antes de la aplicación de la entrevista.
- ✓ El sujeto no pueda expresar su voluntad para consentir o comprender su participación, por tener discapacidad intelectual o psíquica que se lo impide

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas de recolección de datos serán *encuestas*, y *entrevistas semi-estructuradas*, con el fin de obtener información de utilidad para la investigación, superando de así la mera narración anecdótica de parte de los informantes.

Los medios materiales que se emplearán para la recolección de la información y el almacenamiento de ella, corresponden a:

Encuesta: será aplicada por el equipo de investigación a los usuarios del sistema, es decir, se le presentarán las preguntas y sus correspondientes alternativas de cada uno de los ítems del instrumento. Además los resultados de la encuesta serán tabulados por medio de un software estadístico llamado SPSS.

Finalmente, este instrumento ha sido validado por el Docente Guía, Dr. Leonardo Oneto Piazze, efectuando además, la respectiva aplicación de prueba piloto.

Protocolo de entrevista: será aplicado por el equipo de investigación a los: Usuarios, Funcionarios de Seguridad y Oficiales Administrativos de OIRS, que cumplan con el perfil del entrevistado, y que se encuentran establecidos en los criterios de inclusión anteriormente mencionados. Además, para efectos de profundizar más sobre el relato, el formato flexible de este instrumento, posibilitará la exposición de nuevas preguntas durante la entrevista, al momento que se perciba abundancia de información relevante para el estudio, o en su defecto, cuando el usuario se desvíe del tema principal y sea necesario conducirlo nuevamente al propósito del estudio.

Finalmente, las entrevistas serán almacenadas en grabadoras como un medio de verificación de la aplicación del instrumento de investigación, y como un registro de audio para transcribir y estudiar debidamente la información obtenida. Además, cabe destacar, que para la validación del cuestionario, el instrumento fue revisado y corregido por el Docente Guía, Dr. Leonardo Oneto Piazze.

FUENTES DE DATOS DE INFORMACIÓN

Fuentes primarias de información, por medio del contacto directo con la muestra de investigación, esto considera a usuarios de la Red de Salud que cumplan las condiciones anteriormente mencionadas, guardias de los centros referidos y funcionarios de las OIRS correspondientes.

De igual modo, podría hacerse uso de información institucional, como encuestas o resultados estudios anteriores con los que cuentan las OIRS, de modo que pueda enriquecerse el posterior análisis.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En cuanto al procesamiento de datos obtenidos de carácter cuantitativo, se procesarán por medio de la utilización de software estadístico (SPSS), lo cual permitirá la correcta tabulación y uso de estos.

Cabe destacar, que el procesamiento de la información en investigaciones que utilizan la metodología cualitativa, debe ser sistemático y verificable. Es sistemático en tanto sigue un proceso prescrito y secuencial. Verificable, en tanto otro investigador, en base a los mismos documentos disponibles y datos directos, debería llegar a conclusiones similares²⁸. Para llevar a cabo el análisis cualitativo, se realizará un análisis temático de las entrevistas realizadas, el cual permitirá sistematizar y categorizar la información obtenida por medio de las entrevistas.

Posterior a la obtención de los datos, estos serán sometidos a una validación experta, un profesional externo a la investigación, con la finalidad de evitar sesgos que puedan afectar el curso de la investigación o provocar una interpretación de datos espurios.

Finalmente, se hará una triangulación entre datos obtenidos de carácter cuantitativo y cualitativo, de modo que la mirada sobre el problema sea holística y no particularista

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Las actividades de campo y posteriores análisis, conclusiones y presentación de los resultados serán expuestos a través de la siguiente carta Gantt, a modo de aproximación:

Actividad /Tiempo	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Aplicación de instrumentos de recolección de datos					
Análisis y procesamiento de información					
Determinación y conclusión de resultados obtenidos					
Presentación de conclusiones del estudio					

EVALUACIÓN ÉTICO CIENTÍFICA Y VALOR SOCIAL

²⁸Krause, M. "La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos" en Revista de Temas de Educación. 7ª Edición.1995 <https://investiga-aprende-2.wikispaces.com/file/view/Inv-cualitat-Krause.pdf>

El proyecto se encuentra corregido y evaluado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, con sus respectivas acotaciones y sugerencias que facilitan un mejor desarrollo del estudio.

Esta investigación pretende conocer la manera en que los usuarios(as) acceden a los centros de salud de la Red Asistencial del SSVSA, y el respectivo uso y manejo de información que poseen a la hora de la búsqueda de atención de salud. Es así que, sus resultados permitirán conocer científicamente cual es la población-riesgo que debe priorizarse en los respectivos planes o programas de difusión informativa de las instituciones de salud, a fin de generar estrategias tentativas que permitan focalizar de mejor manera los recursos en pro del mejor uso de la red.

La trascendencia social se aboca principalmente en contribuir a que el sistema usuario pueda participar con eficiencia y eficacia en los Centros de Salud públicos, con un claro conocimiento de las demandas de salud y las prestaciones que cada nivel de salud entregan, todo esto colaborará que la relación de los sistemas (usuario-salud pública) puedan tener una óptima retroalimentación, generando así una fluidez en su comunicación y por ende un buen funcionamiento del sistema de salud.

DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de este estudio se difundirán en las instituciones patrocinantes del proyecto, es decir, primeramente en el Servicio de Salud de Valparaíso - San Antonio y en los CESFAM Jean y Marie Thierry, Plaza Justicia y Unidad de Emergencia Adultos del Hospital Carlos Van Buren, dejando en cada una de ellas un ejemplar del proyecto realizado, que podrán usar para los fines que estimen convenientes. Además un ejemplar en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

Posterior a ello, se gestionará la publicación del estudio a través de revista o edición de carácter académico.

ENTREVISTA A GUARDIAS DE SEGURIDAD

<p>Preguntas introductorias</p> <p>Identificar y describir el proceso de referencia y contrarreferencia del Sistema Usuario en los Centros de Salud de la Red Asistencial del SSVSA.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- ¿Podría decir su edad y años de experiencia que lleva ejerciendo su desempeño de guardia de seguridad? 2.- En cuanto a este centro de salud, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando aquí? 3.- De acuerdo a su experiencia, ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan en una jornada laboral? 4.- En relación a los pacientes del centro de salud, ¿Cuál es el tipo de relación que tienen con ellos? 5.- De acuerdo a su experiencia, los pacientes que vienen desorientados, ¿Generalmente de dónde vienen y por qué les mandan para acá? 6.- ¿Le ha pasado que preguntan cosas que no sabe cómo orientar? Si es así, ¿Con cuánta frecuencia y qué decisión ha tomado al respecto? 7.- De acuerdo a su experiencia, ¿Dónde cree que está el problema de usuarios desorientados? 8.- De acuerdo a su experiencia, ¿Qué recomendaciones sugiere para mejorar el problema de pacientes desorientados dentro de los centros de salud?
--	--

Fuente: elaboración propia, 2017.

ENTREVISTA A FUNCIONARIOS DE OIRS

<p>Preguntas Introductorias</p> <p>Identificar y describir el proceso de referencia y contrarreferencia del Sistema Usuario en los Centros de Salud de la Red Asistencial del SSVSA.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- ¿Podría decir su nombre y edad? 2.- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la OIRS? 3.- De acuerdo a su experiencia, ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan en una jornada laboral? 4.- En relación a los pacientes del centro de salud, ¿Cuál es el tipo de relación que tienen con ellos? 5.- De acuerdo a su experiencia, los pacientes que vienen desorientados, ¿Generalmente de dónde vienen y por qué les mandan para acá? 6.- ¿Le ha pasado que preguntan cosas que no sabe cómo orientar? Si es así, ¿Con cuánta frecuencia y qué decisión toma al respecto? 7.- De acuerdo a su experiencia, ¿Dónde cree que está el problema de pacientes desorientados? 8.- A su juicio, ¿Qué medidas deberían desarrollar los pacientes para mejorar su uso del centro de salud?
--	---

Fuente: elaboración propia, 2017.

ENTREVISTA A USUARIOS DE LA RED ASISTENCIAL SSVSA

<p>Preguntas Introdutorias</p>	<p>1.- ¿Podría decir su nombre, edad, ocupación, estado civil, nivel educacional y previsión de salud?</p> <p>2.- Durante los dos últimos años, ¿podría mencionar cuántas veces al año se atiende en los siguientes centros de salud: Urgencia Hospital Carlos Van Buren, CESFAM Jean y Marie Thierry y/o CESFAM Plaza Justicia?</p>
<p>Identificar las Rutas Usuarías Reales en los centros de salud de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.</p> <p>Identificar la experiencia del Sistema Usuario respecto a la ruta real que efectúa en los Centros de Salud que forman parte de la Red Asistencial del SSVSA.</p>	<p>3.- De acuerdo a su experiencia, ¿a quién acude primero cuando se siente enfermo? ¿Por qué?</p> <p>4.- ¿En qué momento decide dirigirse a un centro de Salud?</p> <p>5.- De acuerdo a su problema de salud, ¿Por qué pensó que este centro de salud le podía ayudar?</p> <p>6.- ¿Podría relatar su trayecto desde el momento que decidió venir al centro de salud hasta que la atendieron?</p> <p>7.- De acuerdo a su experiencia ¿Ud. se ha perdido dentro de los centros de salud? Si es así, ¿podría relatar esa situación y cuáles fueron los motivos por los cuales Ud. cree que se perdió?</p> <p>8.- De acuerdo a su experiencia, ¿Cuáles son las soluciones que Ud. realiza para orientarse cuando se siente perdido?</p> <p>9.- En su trayecto, ¿Ud. visualizó la información entregada en los letreros?</p> <p>10.- ¿La información entregada en los letreros le ayuda para orientarse dentro de los servicios de salud?</p> <p>11.- ¿Usted piensa que el informarse adecuadamente mejorará su trayectoria hacia su atención de médica? ¿Por qué?</p> <p>12.- ¿Usted piensa que el informarse adecuadamente mejorará su satisfacción como usuario del sistema de salud? ¿Por qué?</p> <p>13.- ¿Qué recomendaciones o sugerencias haría para mejorar la información dentro de los servicios de salud?</p>

Fuente: elaboración propia, 2017.

Encuesta Usuarios de Salud SSVSA²⁹

Fecha: / /
 Folio:
 Institución: _ UEA HCVB
 _CESFAM PJ _CESFAM
 JMT

Tipo: encuesta anónima.

Propósito: Conocer el uso de la Red Asistencial de Salud del SSVSA por parte de los usuarios y el manejo que estos tienen respecto de información.

Sexo	Edad	Estado Civil	Nacionalidad	Nivel Educativo	Ocupación	Previsión Salud	Tipo de Usuario
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Chilena <input type="checkbox"/> Otra Etnia:	<input type="checkbox"/> Enseñanza Básica Incompleta <input type="checkbox"/> Enseñanza Básica Completa <input type="checkbox"/> Enseñanza Media Incompleta <input type="checkbox"/> Enseñanza Media Completa <input type="checkbox"/> Técnico Nivel Superior <input type="checkbox"/> Profesional		<input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre	<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Gineco-obstetra <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Terminal (oncológico u otros)

Objetivo 1: Describir y analizar los factores biopsicosociales del sistema usuario que determinan la toma de decisiones de salud en los centros de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

¿Usted conoce el CESFAM de su comunidad o población? (Urgencia)

- a) Si
- b) No

¿Usted se encuentra inscrito en el CESFAM de su comunidad o población? (Urgencia)

- a) Si
- b) No

1.- Usted asiste al Centro de Salud, cuando:

- a) Posee síntomas y necesita ayuda médica
- b) Debe asistir a los controles periódicos de salud
- c) Participa en las actividades recreativas que promueve la institución.
- d) a y b
- e) b y c
- f) Todas las anteriores

2.- Por ejemplo, si necesitara ATENCIÓN POR UNA GRIPE, ¿a cuál centro de salud acudiría?:

- a) SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
- b) CESFAM (Centro de Salud Familiar)
- c) UEA (Unidad de Emergencia Adulto, Hospital Carlos Van Buren).
- d) SAR(Servicio de Alta Resolutividad)
- e) Otro (especifique)

3.- ¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado anteriormente?

- a) Porque tengo seguridad de que ahí me atenderían ese problema de salud
- b) Porque siempre recurro a ese centro de salud
- c) Porque tengo confianza en su personal médico
- d) Porque han sido cordiales en la atención de salud.
- e) Porque han sido rápidos en la atención de salud.
- f) Todas las anteriores
- g) Otras. Especifique _____

²⁹ Fuente: elaboración propia, 2017.

4.- En el caso que se FRACTURE EL TOBILLO ¿a qué centro de salud acudiría?

- f) SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
- g) CESFAM (Centro de Salud Familiar)
- h) UEA (Unidad de Emergencia Adulto, Hospital Carlos Van Buren).
- i) SAR(Servicio de Alta Resolutividad)
- j) Otro (especifique)

5.- ¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado anteriormente?

- a) Porque tengo seguridad de que ahí me atenderían ese problema de salud
- b) Porque siempre recorro a ese centro de salud
- c) Porque tengo confianza en su personal médico
- d) Porque han sido cordiales en la atención de salud.
- e) Porque han sido rápidos en la atención de salud.
- f) Todas las anteriores
- g) Otras. Especifique _____

Criterio Social

6.- Usted eligió este centro de salud por:

- a) Decisión propia y/o correspondencia a domicilio
- b) Recomendación de Familiar
- c) Recomendación de amigo o conocido
- d) Algún medio de publicidad.

7.- Cuando lo han derivado de parte de un familiar, ¿qué centro de salud le han recomendado?:

- a) SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
- b) CESFAM (Centro de Salud Familiar)
- c) UEA (Unidad de Emergencia Adulto, Hospital Carlos Van Buren).
- d) SAR(Servicio de Alta Resolutividad)
- e) Otro (especifique)

8.- De acuerdo a su experiencia, la información que le dio el familiar fue:

- a) Correcta, ya que se pudo atender en el centro de salud recomendado
- b) Medianamente correcta, ya que si bien le atendieron, se demoraron mucho, por no ser prioridad en su problema de salud.
- c) Incorrecta, ya que lo derivaron a otro centro de salud para la atención.

Objetivo 2: Identificar las Rutas Usuarías Reales en los centros de salud de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

9.- Cuando necesita atención médica, ¿cuál es el primer centro de salud al cual Usted acude?:

- a) SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
- b) CESFAM (Centro de Salud Familiar)
- c) UEA (Unidad de Emergencia Adulto, Hospital Carlos Van Buren).
- d) SAR(Servicio de Alta Resolutividad)
- e) Otro (especifique)

10.- Cuando Usted se dirige a un centro de salud. Primeramente, ¿con quién acude para consultar sus dudas con respecto a la atención?

- a) Guardia de Seguridad
- b) OIRS (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias)
- c) Usuario del servicio de salud
- d) SOME
- e) Otros (especifique)

11.- Al realizar la consulta de atención, Usted:

- a) Resuelve su duda y se desenvuelve sin problemas dentro del centro de salud
- b) Tiene que consultar a otra persona por la poca claridad de la información
- c) La información es clara, pero la infraestructura es complicada y se pierde en el lugar
- d) Si está equivocado en la elección del centro de salud, lo derivan al sitio correspondiente.
- e) Deriva a OIRS (aplica si la respuesta anterior es Guardia de Seguridad)

12.- Luego de recibir atención de salud, Usted:

- a) Logra salir sin problemas del centro de salud
- b) Le cuesta salir del centro de salud, ya que no están muy bien señalizadas las rutas de salida.
- c) Le cuesta salir porque la infraestructura es complicada.

13.- En su experiencia, ¿Con que frecuencia se ha equivocado en elegir el lugar de atención de salud correcto?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

Objetivo 3: *Identificar y describir el proceso de referencia y contrarreferencia del Sistema Usuario en los Centros de Salud de la Red Asistencial del SSVSA.*

14.- En caso de que por alguna interconsulta u otra situación, lo hayan derivado a otro centro de salud, la información dada por la persona que hizo la derivación fue:

- a) Adecuada, ya que recibí atención en el centro de salud que me informaron.
- b) No fue adecuada, ya que me derivaron a otro centro de salud por no corresponder con mi problema de salud.
- c) Nunca me ha sucedido

Objetivo 4: *Identificar la experiencia del Sistema Usuario respecto a la ruta real efectuada en los Centros de Salud que forman parte de la Red Asistencial del SSVSA.*

15.- ¿Usted dedica un tiempo a leer la información expuesta a través de afiches o letreros en los distintos centros de salud?

- a) Si
- b) A veces
- c) Nunca

16.- ¿Cree Usted que el usuario desinformado se tarda mucho más en atender?

- a) De acuerdo
- b) Medianamente de acuerdo
- c) En desacuerdo.

17.- ¿Cree Usted que esta situación repercute en su satisfacción como Usuario de Salud?

- a) De acuerdo.
- b) Medianamente de acuerdo
- c) En desacuerdo

18.- A su juicio, ¿considera que el sistema de salud ha hecho los esfuerzos necesario para que las personas puedan entender mejor los Centros de Salud y sus prestaciones?

- a) De acuerdo.
- b) Medianamente de acuerdo
- c) En desacuerdo

Capítulo V
Análisis y Presentación de
Resultados

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo pretende dar a conocer los resultados del estudio llevado a cabo en los centros de salud de Atención Primaria: CESFAM JEAN Y MARIE THIERRY, CESFAM PLAZA JUSTICIA; y UNIDAD EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN que forman parte de la Red Asistencial del SSVSA de la Comuna de Valparaíso, y que tiene por objetivo conocer las Rutas que Seleccionan los Usuarios en la búsqueda de salud.

Es por ello, que en virtud de los resultados obtenidos, se describirán los distintos caminos que efectúan los usuarios para acceder a la cobertura que ofrece el SSVSA. Por lo cual, es de menester analizar los distintos factores que configuran tales rutas, y la manera en que el usuario interactúa con los componentes del sistema público para satisfacer sus necesidades de salud.

El foco de análisis se sustentará en base a la mixtura de dos paradigmas: cuantitativo y cualitativo. Se analizarán y describirán la relación de distintas variables que explican el fenómeno de interés y mediante una mirada subjetiva, se pretenderá conocer mediante la perspectiva del usuario, funcionarios de Salud y el Oficial de OIRS cuáles son las principales problemáticas que poseen al momento de conseguir atención.

Cabe destacar, que para desarrollar un orden se describirá y analizarán los resultados por objetivo específico, de modo de ir tratando secuencialmente cada uno de ellos hasta dar cumplimiento al alcance del objetivo general.

1) **Presentación de resultados de datos generales:**

El estudio realizado en los centros de salud, CESFAM Jean Marie y Thierry, CESFAM Plaza Justicia, y Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Carlos Van Buren, es de carácter exploratorio-descriptivo, con un tipo de muestra a conveniencia, lo que los resultados que se presentaran a continuación no serán representativos, sino que es un acercamiento a la realidad social la cual se pretende analizar. Por su parte el enfoque del estudio es mixto, donde lo cuantitativo se complementará con lo cualitativo para así tener un análisis enriquecedor de los objetivos del proyecto de investigación.

Cabe destacar, que la muestra seleccionada para la aplicación del instrumento cuantitativo fue de 150 usuarios encuestados, lo que se subdivide en 50 usuarios por cada centro de salud anteriormente mencionado. Por otro lado, la muestra seleccionada para la aplicación del instrumento cualitativo fue de 9 participantes entrevistados entre los cuales se contemplan 3 usuarios, 3 funcionarios de seguridad, 3 funcionarios de la Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias, de cada centro de salud estudiado.

A continuación se presentarán los resultados obtenidos a través de la encuesta aplicada en los tres centros de salud estudiados, donde en este punto se caracterizará la población usuaria con las siguientes categorías: sexo, edad, estado civil, nacionalidad, etnia, nivel educacional, ocupación, previsión de salud y tipo de usuario. En cuanto a la edad, es preciso señalar que se categorizó de acuerdo a la etapa del desarrollo humano, dividiendo esta en tres variables: adulto joven (18-39 años), adulto intermedio (40-59 años), adulto mayor (60 y más años).

Tabla 1: Caracterización General Usuaría

Categoría	Variable	Total	% por categoría
Sexo	Masculino	45	30%
	Femenino	105	70%
Edad	Adulto Joven	58	38,7%
	Adulto Intermedio	42	28%
	Adulto Mayor	50	33,3%
Estado Civil	Soltero (a)	61	40,7%
	Casado (a)	55	36,7%
	Viudo (a)	23	15,3%
	Divorciado (a)	5	3,3%
	Separado (a)	6	4%
Nacionalidad	Chilena	150	100%
	Otra	-	0%
Etnia	No identifica	144	96%
	Mapuche	6	4%
Nivel Educativo	Enseñanza Básica Incompleta	12	8%
	Enseñanza Básica Completa	16	10,7%
	Enseñanza Media Incompleta	18	12%
	Enseñanza Media Completa	63	42%
	Enseñanza Técnico Superior	24	16%
	Enseñanza Profesional	17	11,3%
Ocupación	Dueña(o) de casa	54	36%
	Estudiante	17	11,3%
	Trabajador(a) Dependiente	44	29,4%
	Pensionado(a)	21	14%
	Trabajador(a) Independiente	11	7,3%
	Cesante	3	2%
Previsión de Salud	FONASA	148	98,7%
	ISAPRE	2	1,3%
Tipo de Usuario	Urgencia-Ambulatorio	87	58%
	Gine-Obstetra	6	4%
	Pediátrico	2	1,3%
	Crónico	55	36,7%

Fuente: elaboración propia, 2017.

Por su parte, para un mayor detalle de los datos, se presentarán la caracterización usuaria por cada centro de salud estudiado.

Tabla 2: Caracterización Usuaria - CESFAM Jean y Marie Thierry

Categoría	Variable	Total	% por categoría
Sexo	Masculino	16	32%
	Femenino	34	68%
Edad	Adulto Joven	13	26%
	Adulto Intermedio	12	24%
	Adulto Mayor	25	50%
Estado Civil	Soltero (a)	20	40%
	Casado (a)	15	30%
	Viudo (a)	11	22%
	Divorciado (a)	1	2%
	Separado (a)	3	6%
Nacionalidad	Chilena	50	100%
	Otra	-	0%
Etnia	No identifica	49	98%
	Mapuche	1	2%
Nivel Educacional	Enseñanza Básica Incompleta	5	10%
	Enseñanza Básica Completa	3	6%
	Enseñanza Media Incompleta	6	12%
	Enseñanza Media Completa	25	50%
	Enseñanza Técnico Superior	7	14%
	Enseñanza Profesional	4	8%
Ocupación	Dueña(o) de casa	21	42%
	Estudiante	4	8%
	Trabajador(a) Dependiente	12	24%
	Pensionado(a)	7	14%
	Trabajador(a) Independiente	5	10%
	Cesante	1	2%
Previsión de Salud	FONASA	50	100%
	ISAPRE	-	0%
Tipo de Usuario	Urgencia-Ambulatorio	20	40%
	Gine-Obstetra	3	6%
	Pediátrico	1	2%
	Crónico	26	52%

Fuente: elaboración propia, 2017.

Tabla 3: Caracterización Usuaría- CESFAM Plaza Justicia

Categoría	Variable	Total	% por categoría
Sexo	Masculino	10	20%
	Femenino	40	80%
Edad	Adulto Joven	15	30%
	Adulto Intermedio	15	30%
	Adulto Mayor	20	40%
Estado Civil	Soltero (a)	22	44%
	Casado (a)	13	26%
	Viudo (a)	11	22%
	Divorciado (a)	4	8%
	Separado (a)	-	0%
Nacionalidad	Chilena	50	100%
	Otra	-	0%
Etnia	No identifica	48	96%
	Mapuche	2	4%
Nivel Educativo	Enseñanza Básica Incompleta	3	6%
	Enseñanza Básica Completa	8	16%
	Enseñanza Media Incompleta	8	16%
	Enseñanza Media Completa	18	36%
	Enseñanza Técnico Superior	6	12%
	Enseñanza Profesional	7	14%
Ocupación	Dueña(o) de casa	21	42%
	Estudiante	4	8%
	Trabajador(a) Dependiente	11	22%
	Pensionado(a)	10	20%
	Trabajador(a) Independiente	4	8%
	Cesante	-	0%
Previsión de Salud	FONASA	49	98%
	ISAPRE	1	2%
Tipo de Usuario	Urgencia-Ambulatorio	21	42%
	Gine-Obstetra	3	6%
	Pediátrico	1	2%
	Crónico	25	50%

Fuente: elaboración propia, 2017.

Tabla 4: Caracterización Usuaría- Unidad de Emergencia Adulto, HCVB

Categoría	Variable	Total	% por categoría
Sexo	Masculino	19	38%
	Femenino	31	62%
Edad	Adulto Joven	30	60%
	Adulto Intermedio	15	30%
	Adulto Mayor	5	10%
Estado Civil	Soltero (a)	19	38%
	Casado (a)	27	54%
	Viudo (a)	1	2%
	Divorciado (a)	-	0%
	Separado (a)	3	6%
Nacionalidad	Chilena	50	100%
	Otra	-	0%
Etnia	No identifica	49	98%
	Mapuche	1	2%
Nivel Educacional	Enseñanza Básica Incompleta	4	8%
	Enseñanza Básica Completa	5	10%
	Enseñanza Media Incompleta	4	8%
	Enseñanza Media Completa	20	40%
	Enseñanza Técnico Superior	11	22%
	Enseñanza Profesional	6	12%
Ocupación	Dueña(o) de casa	12	24%
	Estudiante	9	18%
	Trabajador(a) Dependiente	21	42%
	Pensionado(a)	4	8%
	Trabajador(a) Independiente	2	4%
	Cesante	2	4%
Previsión de Salud	FONASA	49	98%
	ISAPRE	1	2%
Tipo de Usuario	Urgencia-Ambulatorio	46	92%
	Gine-Obstetra	-	0%
	Pediátrico	-	0%
	Crónico	4	8%

Fuente: elaboración propia, 2017.

2) Análisis primer objetivo específico

1° Objetivo Específico: Describir y analizar los factores biopsicosociales del sistema usuario que determinan la toma de decisiones de salud en los centros de la Red Asistencial del SSVSA.

El Usuario de Salud, como fue definido en el Marco Teórico, es un sistema abierto y una unidad compleja multidimensional que interactúa de manera dinámica y permanente con los sistemas de salud que se encuentran en un espacio o contexto social determinado. En este caso particular, y de acuerdo a este primer objetivo específico, este estudio se centrará en develar cuales son las causas o factores que impulsan determinados procesos de búsqueda de salud, dentro de la cobertura que ejerce la Red del SSVSA en la Comuna de Valparaíso. Es por ello que, para entender y explicar el fenómeno será necesario desarrollar un análisis de las distintas dimensiones que en su conjunto impulsan las decisiones en los usuarios, considerando por tanto, los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que configuran el comportamiento de salud.

Igualmente, es necesario enfatizar que las múltiples dimensiones del usuario pueden suscitar acciones por causa de factores internos y externos. Es interno, cuando forman parte de un proceso fisiológico de identificación de una sintomatología de salud, proceso que apela plenamente a los sentidos y a los umbrales de dolor que posea el potencial usuario. Y por otro lado, factores externos, los cuales, por ejemplo, refieren a procesos socioculturales internalizados por socialización con los sistemas del entorno social, de manera tal que esa información pueda ser utilizada para recibir prestaciones en los respectivos Centros de Salud.

a) Factor Biológico (condición interna)

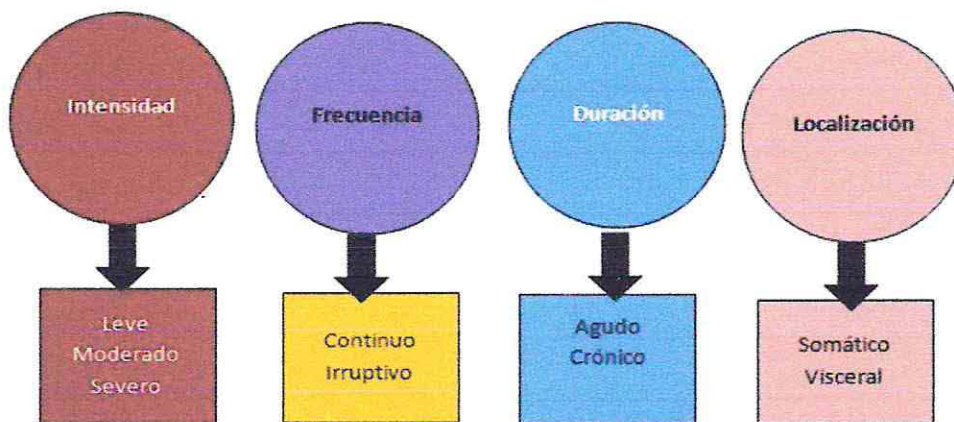
Este factor se define, como la primera fase que detona el proceso de búsqueda de atención de salud, pues su sintomatología activa los radares homeostáticos del usuario que lo impulsan primeramente a concientizar su estado de salud para luego emplear las decisiones de salud acordes a su complejidad, a fin de que por la intervención de personal médico, pueda estabilizar en el menor tiempo posible el organismo. Por lo cual, es de sumo interés, conocer la manera en que los usuarios del sistema clasifican sus demandas de acuerdo a las señales que los sentidos le informan, cuyos datos son procesados para ejercer un proceso de categorización de la complejidad de su salud.

Es así que el *punto central* de este factor, lo constituye la sintomatología y la manera en que el usuario percibe su necesidad. El terreno biológico se sitúa lisa y llanamente entonces entre la vivencia que tiene el usuario del(os) síntoma(s) y la gravedad que le puede asignar a esos signos.

El síntoma de Salud: la condición biológica del *síntoma de salud*, se entiende como un elemento interno, propio de la experiencia fisiológico-emocional de la persona, que se percibe por medio de la información que otorgan los terminales nerviosos del organismo, siendo un mecanismo natural de comunicación que sirve para dar a conocer una determinada alteración en la salud. Uno de los síntomas más comunes lo constituye el dolor, y de acuerdo a su duración, intensidad, y localización, provoca distintas respuestas en los usuarios.

De acuerdo a la OMS, el dolor puede clasificarse según:

Figura 8: Clasificación del Dolor



Fuente: Elaboración propia. 2017.

Factor biológico y la toma de decisiones

En la información recopilada por la entrevista, existe fundamento empírico que permite ilustrar este hecho, y lo constituye el relato de una usuaria del Centro de Salud Familiar Plaza Justicia, que da cuenta de esta condición inicial del factor biológico como condicionante primigenio de cualquier toma de decisiones, en el que se demuestra que la misma persona hace a priori un *juicio o evaluación de su estado de salud a partir del grado de complejidad que presentan los signos*:

"Ese día fue terrible, el dolor de colon era insoportable y frecuente, por lo que acudí, como te dije, a la U.E.A. para ver si me podían atender de Urgencia, y así fue. Me trataron y luego para controlarme me derivaron a mi CESFAM más cercano para poder hacerme seguimiento de mi enfermedad..."

Silvia Rubio Soto, Usuaria CESFAM Plaza Justicia.

Es notorio que la palabra “*insoportable*”, refleja la variable intensidad, la cual explica el umbral del dolor que presenta la sintomatología, concomitantemente la expresión “*dolor de colon*” sitúa su problema de salud en las vísceras con una frecuencia de malestar continuo, lo que llevó finalmente producto de un proceso de racionalización de su estado de salud, a dirigirse a la Unidad de Emergencia del Hospital Carlos Van Buren.

En estos casos, el factor biológico, constituye la puerta de entrada a la Red Asistencial del SSVSA, ya que por la proliferación de los síntomas y la gravedad que le asigna el usuario a cada uno de ellos, determinan luego los procesos de toma de decisiones en las personas. Así lo demuestra el relato de la usuaria, al referirse que después de esta circunstancia puntual, pasó a ser parte del sistema público, pues posterior del ataque de colon, se inscribió en un Centro de Atención Primaria de Salud, para hacer un seguimiento y control de su enfermedad.

b) Factor Psicológico (condición interna-externa)

Este factor se define como un proceso cognitivo que se sitúa en la memoria de largo plazo, y se trata de un ejercicio mental que se ve influenciado por dos vertientes de información. Por un lado, y como se dijo anteriormente, se ve condicionado por la recepción de información fisiológica en el cual el organismo detecta una determinada afección de salud a causa de un tipo de sintomatología específica, que se comunica mediante los neurotransmisores hacia el cerebro, y desde allí, se produce la concientización de una *necesidad sentida* en el usuario.

Por otro lado, luego de la identificación de los signos que refieren a un desequilibrio en la salud, surge en el usuario un acto de recordar experiencias *previas que lo hayan conducido a un Centro de Salud*, este aspecto se denomina *la búsqueda interna de información*, que radican en referencias propias del usuario, **de modo que puedan servir como antecedentes para valorar la calidad de los servicios/productos a consumir**. Con respecto a la búsqueda externa de información (que será analizado en Factores Socioculturales) se refiere a todas las fuentes sociales que el usuario tiene a disposición como redes de contacto primarias (familia-amigos), o secundarias cuando se relaciona con la indagación en instituciones como Iglesias, Fundaciones, etc. De esta manera, el proceso de búsqueda de información, puede surgir a partir de una confluencia de fuentes internas y externas que finalmente determinan una elección de un centro de salud.

Factor Psicológico y la toma de decisiones

El Factor Psicológico entonces, incide netamente en la comprensión que tiene el usuario de la complejidad o gravedad de su problema de salud (demanda) y la posibilidad de conectar su necesidad sentida con una cartera de servicio institucional adecuada (oferta). En este sentido, el proceso de toma de decisiones es complejo, ya que además de elegir una cartera de servicios ad hoc a su necesidad de salud, se toman en cuenta otros aspectos, ligados a variables psicológicas como por ejemplo experiencias de trato, calidad, seguridad en el personal de salud, confianza, etc. que son elementos significativos a la hora de la elección de una oferta de salud.

A continuación se presentan tablas con los datos recogidos en las encuestas aplicadas a los usuarios de la Red Asistencial del SSVSA, que pretenden dar a conocer cuáles son los comportamientos de salud que posee el usuario cuando presenta una demanda de baja y mediana complejidad, a fin de ilustrar tanto los centros de salud que seleccionan y los aspectos psicológicos que subyacen el proceso de toma de decisiones de salud.

Sintomatología de Baja Complejidad:

Tabla 5: Selección de SAPU para atención por gripe

¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado?	Porque tengo seguridad de que ahí me atenderían ese problema de salud	Porque siempre recurro a ese centro de salud	Porque tengo confianza en su personal médico	Porque han sido cordiales en la atención de salud	Porque han sido rápidos en la atención de salud	Todas las anteriores	Me quedé más cerca de mi casa	% Total de usuarios encuestados (150)
SAPU	8,7%	4%	2%	0,7%	16,7%	2%	1,3%	35%

Fuente: elaboración propia, 2017.

De acuerdo a los resultados obtenidos por los usuarios encuestados, un 35% del total de los encuestados declara que ante una sintomatología de baja complejidad como lo es la gripe, acudirían al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), donde su justificación más relevante según sus experiencias previas es: *“Porque han sido rápidos en la atención de salud”* con un 16,7% de los encuestados.

En cambio, el segundo grupo de mayor preponderancia declara con un total de 8,7% que su selección se basa en: *“Porque tengo seguridad de que ahí me atenderían ese problema de salud”*.

Tabla 6: Selección de CESFAM para atención por gripe

¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado ?	Porque tengo seguridad de que ahí me atenderían ese problema de salud	Porque siempre recurro a ese centro de salud	Porque tengo confianza en su personal médico	Porque han sido cordiales en la atención de salud	Porque han sido rápidos en la atención de salud	Todas las anteriores	Me quedo más cerca de mi casa	% Total de usuarios encuestados (150)
CESFAM	7,3%	4,7%	2,7%	0,7%	3,3%	9,3%	2,7%	31%

Fuente: elaboración propia, 2017.

En relación a los usuarios que seleccionaron el Centro de Salud Familiar (CESFAM), para su atención de una patología de baja complejidad es de un total del 31% de los encuestados. En donde la justificación de su elección radica en “*Todas las anteriores*”, con un 9,3% de los encuestados, es decir: porque tienen seguridad que su problema de salud es atendido en dicho centro, porque siempre recurre a este centro para la atención de esta patología, también declaran su confianza en el personal médico que conforman el centro salud, a su vez por su cordialidad y rapidez en la atención para este tipo de sintomatología.

La segunda mayoría de los encuestados con un 7,3% declara que su selección se basa en “*Porque tienen la seguridad*” de que su necesidad de salud se solucionará en este centro de atención primaria, todo esto basado en las experiencias previas de los encuestados.

Tabla 7: Selección de U.E.A. para atención por gripe

¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado ?	Porque tengo seguridad de que ahí me atenderían ese problema de salud	Porque siempre recurro a ese centro de salud	Porque tengo confianza en su personal médico	Porque han sido cordiales en la atención de salud	Porque han sido rápidos en la atención de salud	Todas las anteriores	Me quedo más cerca de mi casa	% Total de usuarios encuestados (150)
U.E.A.	8%	2,7%	0,7%	1,3%	4%	2,7%	1,3%	21%

Fuente: elaboración propia, 2017.

Por su parte, un 21% de los encuestados seleccionan la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Carlos Van Buren para la atención de una enfermedad de baja complejidad, en donde su respuesta general es “*Porque tengo la seguridad de que ahí atenderán ese problema de salud*” con un 8% de los encuestados. Y en un segundo lugar con un 4% por la rapidez en la atención en dicho centro de salud.

Tabla 8: Selección de SAR para atención por gripe

¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado ?	Porque tengo seguridad de que ahí me atendería en ese problema de salud	Porque siempre recurro a ese centro de salud	Porque tengo confianza en su personal médico	Porque han sido cordiales en la atención de salud	Porque han sido rápidos en la atención de salud	Todas las anteriores	Me quedo más cerca de mi casa	% Total de usuarios encuestados (150)
SAR	0,7%	-	0,7%	0,7%	0,7%	1,3%	-	4%

Fuente: elaboración propia, 2017.

En cambio, un 4% del total de los encuestados declara que se atiende en el Servicio de Alta Resolutividad (SAR) para la atención de enfermedad de baja complejidad en donde un 1,3% justifica su selección en la respuesta “*Todas las anteriores*”, en donde estos: tienen seguridad que su problema de salud es atendido en dicho centro, porque siempre recurre a este centro para la atención de esta patología, por su confianza en el personal médico, su cordialidad y rapidez en la atención para este tipo de sintomatología.

Tabla 9: Selección de CLINICA para atención por gripe

¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado ?	Porque tengo seguridad de que ahí me atendería en ese problema de salud	Porque siempre recurro a ese centro de salud	Porque tengo confianza en su personal médico	Porque han sido cordiales en la atención de salud	Porque han sido rápidos en la atención de salud	Todas las anteriores	Me quedo más cerca de mi casa	% Total de usuarios encuestados (150)
CLINICA	1,3%	-	0,7%	-	4%	3,3%	-	9%

Fuente: elaboración propia, 2017.

Finalmente, el 9% del total de los usuarios encuestados selecciona el sector privado de salud para la atención de enfermedad de baja complejidad. En donde el 4% justifica su elección por la rapidez en la atención de estos centros y un 3,3% por “*Todas las anteriores*”, todo esto basado en las experiencias pasadas vividas en dicho centro.

Sintomatología de Mediana Complejidad

Tabla 10: Selección de SAPU para atención de fractura de tobillo

¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado?	Porque tengo seguridad de que ahí me atendería en ese problema de salud	Porque siempre recurro a ese centro de salud	Porque tengo confianza en su personal médico	Porque han sido cordiales en la atención de salud	Porque han sido rápidos en la atención de salud	Todas las anteriores	Me quedo más cerca de mi casa	% Total de usuarios encuestados (150)
SAPU	9,3%	0,7%	-	-	8%	0,7%	1,3%	20%

Fuente: elaboración propia, 2017.

Por otra parte, en cuanto a la selección de lugar de atención para enfermedad de mediana complejidad, en este caso como ejemplo la fractura de un tobillo, el 20% total de los encuestados señala que se atendería este problema de salud en el SAPU del sistema de salud. Entre los factores que determinan dicha decisión un 9,3% tiene la certeza de que en esta institución resolverá el problema expuesto. En cambio un 8% justifica su elección declarando que estos centros de salud son más rápidos en la atención y por ese motivo que lo escogerían para tratarse una fractura.

Tabla 11: Selección de CESFAM para atención de fractura de tobillo

¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado?	Porque tengo seguridad de que ahí me atendería en ese problema de salud	Porque siempre recurro a ese centro de salud	Porque tengo confianza en su personal médico	Porque han sido cordiales en la atención de salud	Porque han sido rápidos en la atención de salud	Todas las anteriores	No tengo más alternativas	% Total de usuarios encuestados (150)
CESFAM	2%	-	0,7%	-	-	0,7%	0,7%	4%

Fuente: elaboración propia, 2017.

Por su parte, un 4% del total de los encuestados selecciona el CESFAM, donde el 2% declara que este tipo de centro de salud resolverá dicha problemática. En cambio, cabe destacar que un 0,7% solo se atendería en este tipo de centro porque es la única opción que tiene a su alcance, declarando que "No tengo más alternativas".

Tabla 12: Selección de U.E.A. para atención de fractura de tobillo

¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado?	Porque tengo seguridad de que ahí me atenderían ese problema de salud	Porque siempre recurro a ese centro de salud	Porque tengo confianza en su personal médico	Porque han sido cordiales en la atención de salud	Porque han sido rápidos en la atención de salud	Todas las anteriores	Me queda más cerca de mi casa	Porque es más económico	% Total de usuarios encuestados (150)
U.E.A.	46%	0,7%	1,3%	-	7,3%	9,3%	2%	0,7%	67%

Fuente: elaboración propia, 2017.

En cuanto a los usuarios que seleccionan la Unidad de Emergencia de Adulto, un 67% del total de los encuestados se atenderían en dicho centro al momento de tener la necesidad de tratarse una fractura. El motivo mayor de su elección es: *“Porque tengo seguridad de que ahí me atenderían ese problema de salud”* con un 46% de usuarios a favor de esta respuesta.

Tabla 13: Selección de SAR para atención de fractura de tobillo

¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado?	Porque tengo seguridad de que ahí me atenderían ese problema de salud	Porque siempre recurro a ese centro de salud	Porque tengo confianza en su personal médico	Porque han sido cordiales en la atención de salud	Porque han sido rápidos en la atención de salud	Todas las anteriores	Me queda más cerca de mi casa	Porque es más económico	% Total de usuarios encuestados (150)
SAR	-	-	-	-	0,7%	-	-	-	0,7%

Fuente: elaboración propia, 2017.

En cambio, el 0,7% del total de los usuarios encuestados declaró que su elección va en dirección a la atención en el Servicio de Alta Resolutividad (SAR), cuyo motivo principal sería por la rapidez de la atención de este centro de salud, así lo demuestra el 100% que seleccionó dicha institución.

Tabla 14: Selección de CLINICA para atención de fractura de tobillo

¿Por qué acudiría al centro de salud seleccionado?	Porque tengo seguridad de que ahí me atenderían ese problema de salud	Porque siempre recurro a ese centro de salud	Porque tengo confianza en su personal médico	Porque han sido cordiales en la atención de salud	Porque han sido rápidos en la atención de salud	Todas las anteriores	Me queda más cerca de mi casa	% Total de usuarios encuestados (150)
CLINICA	2%	-	0,7%	-	4%	1,3%	-	8%

Fuente: elaboración propia, 2017.

Finalmente el 8% del total de los encuestados seleccionaría el sector privado de salud para atender enfermedad de media complejidad como lo es la fractura de tobillo, cuyo motivo principal de elección es la rapidez del sistema de atención en estos centros de salud, con un 4% a favor de esta respuesta.

c) Factores Socioculturales (externo)

Como se mencionó anteriormente, el *Sistema Usuario* se manifiesta por medio de la participación social, no tan solo para comunicarse con los otros sistemas de la sociedad, sino también para satisfacer sus propias necesidades por medio del contacto interpersonal. Es así que el instinto gregario propio del ser humano, posibilita al usuario desarrollarse en un ecosistema dinámico que está organizado para la sobrevivencia, en el que los “*output*” (servicios-informaciones) de otros sistemas permiten la obtención de los recursos necesarios para la estabilización del usuario de salud.

Por tanto, se hace necesario conocer la manera en que el usuario recoge e incorpora información del medio social para efectuar el proceso de toma de decisiones. Para este efecto, se utilizará los referentes de mercadotecnia de salud, los cuales estudian las fuentes de información que modelan la toma de decisiones de los usuarios. De este modo, se podrán visualizar cuales son los actores primordiales que participan en el proceso de elección de un determinado centro de salud y la manera en que el usuario evalúa la fuente de información posteriormente de haberla utilizado.

Factores socioculturales y la toma de decisiones

En el apartado “MODELO DE TOMA DE DECISIONES DE LOS USUARIOS Y RELACIÓN CON EL MARKETING PÚBLICO DE SALUD”, se señala que si el usuario no cuenta con información previa por parte del consumidor (usuario), este *debe recurrir a una búsqueda externa*, apelar a otras fuentes de información para poder tomar una decisión, consultar con familiares y cercanos, medios de comunicación y propaganda, informativos de los mismos centros de salud, asociaciones, etc. En tal caso la búsqueda puede ser *activa*, si contempla ser selectiva respecto a los informantes a los cuales recurrir, o bien puede ser *pasiva*, si la acción de búsqueda no tiene objetivos puntuales (consultar a modo general, no reparando en el medio que informa o en un tópico específico). Con tal información que se obtiene de este proceso, se establecen alternativas posibles de atención, las cuales se evalúan y se decide qué servicio/producto sanitario va a adquirirse (en marketing general se diría *compra*), lo que se traduce en la utilización de tal servicio/producto.

Por ello, las preguntas que hacen referencia a factores socioculturales, se focalizaron por un lado en la información que los usuarios reciben por parte de familiares respecto a que centros de salud deben acudir en situaciones que requieran alguna atención en salud, y por otra parte, en la disposición de

los usuarios a captar la información disponible en las dependencias de los centros de salud.

En cuanto a recomendaciones efectuadas por familiares a los usuarios consultados, la pregunta “*Cuando lo han derivado de parte de una familiar, ¿qué centro de salud le han recomendado?*”, consideraba las opciones ubicadas dentro de la comuna de Valparaíso (SAPU, CESFAM, Unidad de Emergencia Adultos HCVB, Servicio de Alta Resolutividad SAR, u otros que fueran señalados). Así mismo, en relación a este punto se consultaba si la información dada por el familiar fue correcta, medianamente correcta o derechamente incorrecta.

Tabla 15: Recomendación familiar a los usuarios

“De acuerdo a su experiencia, la información que le dio su familiar fue:”		Correcta (se pudo atender en el centro de salud recomendado)	Medianamente correcta (si bien le atendieron, se demoraron mucho, por no ser prioridad en su problema de salud)	Incorrecta (los derivaron a otro centro de salud para la atención)	No procede (indican los encuestados que no recibieron recomendación por parte de un familiar)
“Cuando lo han derivado de parte de una familiar, ¿qué centro de salud le han recomendado?”	SAPU	27 (18%)	13 (9%)	1 (0,7%)	-
	CESFAM	33 (22%)	8 (5%)	1 (0,7%)	-
	UEA HCVB	24 (16%)	12 (8%)	2 (1,3%)	-
	SAR	-	-	-	-
	Otro (clínica)	9 (6%)	-	1 (0,7%)	1 (0,7%)
	No procede	-	-	-	18 (12%)

Fuente: elaboración propia, 2017.

Los resultados señalan que las derivaciones por parte de familiares a los usuarios que fueron consultados fue diversificada entre Cesfam, SAPU Y UEA del HCVB, pero mayormente con una tendencia a indicar que tal recomendación se considera correcta, ya que finalmente estos usuarios pudieron recibir atención de salud en los centros que les recomendaron. Se nota una leve preferencia en la recomendación al uso de Cesfam (22% de los consultados consideraron “correcta” el uso de Cesfam).

El Sistema Usuario en la búsqueda de resolver su necesidad de atención en salud, tiene la posibilidad de interactuar con el sistema centro de salud, ya que puede acceder a la información que este pone a disposición de los usuarios.

Dentro de lo que se considera como información, se puede considerar la existencia de los diversos centros de salud que componen la red de atención del SSVSA en la comuna de Valparaíso, la cartera de prestaciones que estos

ofrecen de acuerdo a sus propósitos, así como los diversos controles de salud, promoción de estilos de vida saludable, conductas de autocuidado y todo lo que se muestra en las respectivas propagandas ubicadas en las dependencias de los mismos recintos donde acuden a atención los usuarios.

Para atender este tópico, se planteó la pregunta “¿Usted dedica un tiempo a leer la información expuesta a través de afiches o letreros en los distintos centros de salud?”, a lo cual las personas consultadas manifiestan que mayormente leen la información disponible en los centros (65,3% del total de los consultados).

Tabla 16: Lectura de información por parte de usuarios

<i>“¿Usted dedica tiempo a leer la información expuesta a través de afiches o letreros en los distintos centros de salud?”</i>		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	98	65,3%
A veces	43	28,7%
No	9	6%

Fuente: elaboración propia, 2017.

En cuanto a la relación de los usuarios con la información ofrecida por los centros de salud, algunos de estos que fueron entrevistados, declararon desde su perspectiva algunas conclusiones al respecto, por ejemplo lo planteado por algunos usuarios:

“La información de los letreros es insuficiente, no está completo el tema, por lo mismo debo dirigirme a otros para poder orientarme.”

Mario Riquelme Fernandini. Usuario U.E.A.. Hospital Carlos Van Buren.

“Yo creo que ahí hay un tema, debido que no solamente hay que culpar al sistema de esto sino que es un tema de ambos, tanto del usuario y del establecimiento donde uno se atiende, la retroalimentación de la información es entre ambos.”

Mario Riquelme Fernandini. Usuario U.E.A.. Hospital Carlos Van Buren.

En recintos de nivel secundario y terciario, como un hospital, la información puesta a disposición de los usuarios se hace insuficiente en cantidad como en forma expuesta, ya que esta se hace necesaria para aportar a la correcta ubicación espacial de los usuarios, como a lo que respecta a información relevante y útil para un correcto proceso de atención en el centro de salud.

Ya que el flujo de personas en un hospital es alto, y al no existir una mayor retención de estas por la naturaleza y funciones propias del centro asistencial en sí, esto no permite una mayor retroalimentación de información desde el proceso de atención entre el personal de salud y las personas que son recibidas para atención.

La información entregada respecto de señalética espacial, proceso de atención (si es que se prioriza por gravedad u otro sistema existente), prestaciones que ofrece el centro asistencial, otros centros de salud cercanos disponibles para atención, etc., debiera presentarse en un formato más atractivo y ubicado en lugares donde pueda ser mejor visualizada, con un lenguaje comprensible y amigable a las personas que recurren con la necesidad de ser atendidos.

En contraste a esto, la información presente en los Cesfam cuenta con otros elementos a favor, generando un efecto más positivo en los usuarios, como lo indica la siguiente cita:

"Sí, siempre leo todos los letreros, es importante mantenerse siempre actualizado con los temas de salud. Asimismo, ayudan a hacer conciencia, como por ejemplo el afiche de Donación de Órganos, que ahora mismo estoy considerando en ser donante."

Silvia Rubio Soto, Usuaría CESFAM Plaza Justicia

A diferencia de un hospital, los centros de atención primaria en salud, cuentan con la presencia más recurrente de usuarios, los cuales tienen mayor oportunidad de ser informados respecto a diversos temas que sean mostrados por medio de informativos gráficos en las dependencias de centros de este tipo. De allí su importancia, más que como referencia de localización, resulta más útil como medio informativo y educativo respecto a los temas relativos al uso de las prestaciones de salud otorgadas a la población.

En la relación de los usuarios con las instituciones de salud, estas últimas como sistema complejo, también manifiestan visiones del tema a través de la expresión de sus funcionarios:

"La mala información, o sea en realidad, no es que no se entregue información, sino que la gente no hace uso de esa información que se le entrega. Si tú ves la sala de espera, por todos lados están las categorizaciones, las direcciones donde tienen que acudir, cómo acudir cuando les pasa cualquier tipo de cosa, aun así la gente no lo ocupa, creen que por venir acá a la UEA los van a atender antes"

Ricardo Sáez Ramírez, OIRS U.E.A., Hospital Carlos Van Buren

Claramente aquí se aprecia una visión donde los usuarios no sacan provecho de la información que se les entrega, de modo que merman la posibilidad de resolver sus requerimientos de salud de una forma más precisa y expedita, todo esto en base del mal o nulo manejo de información respecto de la red de salud presente en la comuna de Valparaíso, y de las prestaciones que estos centros otorgan.

"Lo que pasa es que ellos no leen; se les avisa, se les dice, pero la gente anda así como que no se preocupa de leer (...), siempre se dejan cartelitos para que la gente sepa que en el último día del mes hacen un censo mensual, y ellos llegan igual, no saben, o simplemente dicen que no se acuerdan"

Beatriz Valenzuela García, Guardia CESFAM Jean & Marie Thierry)

En este caso, el relato cuenta que el problema de no leer la información pasa por los usuarios, ya que estos no realizan un uso eficaz de las prestaciones del centro de salud al desconocer lo concerniente a la entrega de horas de atención, como algunas fechas donde determinados servicios no ofrecerán atención al público, u otras particularidades.

Entonces, a partir de la perspectiva institucional se responsabiliza a los usuarios, los cuales en un plano de derechos y deberes, donde estos debieran tomar una actitud de interés y aprendizaje respecto de la información que se expone en los diversos centros de atención de salud, no cumplen con un rol de ser usuarios empoderados, para poder ocupar de buena manera un derecho como lo es la utilización de los establecimientos de salud pública.

Síntesis de los resultados

De acuerdo a los resultados y al análisis de cada uno de los factores analizados, se puede concluir que efectivamente el proceso de toma de decisiones de salud, es un fenómeno complejo que involucra múltiples dimensiones del usuario: biológico, psicológico y social. El punto central radica lisa y llanamente en la información que posee el usuario, pues en la medida que se concientiza una necesidad de salud, paralelamente se buscan antecedentes previos que permitan enlazar la demanda con una oferta adecuada de salud. Es menester, recalcar, que si bien el usuario busca dar tratamiento rápido a su enfermedad, también se analizan otras variables de interés al momento de la búsqueda de atención, como por

ejemplo la rapidez con la que han atendido al usuario, la seguridad que van a tratar su necesidad de salud y la confianza que da el personal médico.

Por otro lado, el proceso de toma de decisiones también radica de acuerdo a las fuentes de información externa que se experimentan con el contacto interpersonal con los familiares. En este sentido, la mayor parte de los usuarios indican que la orientación dada por ellos ha sido correcta, sin embargo alrededor de un 10% indican que la información dada en los distintos centros de salud fueron medianamente correcta ya que tuvieron que esperar por no ser prioridad en la atención.

2) Análisis del segundo objetivo específico:

2º Objetivo Específico: Describir y analizar el uso y manejo de información que posee el Sistema Usuario con respecto a los Centros de Salud que forman parte de la Red Asistencial del SSVSA.

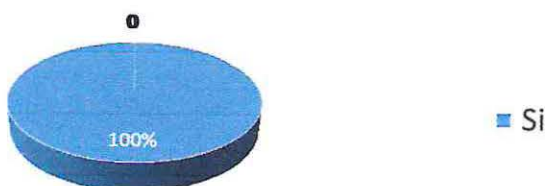
El presente objetivo básicamente tiene por finalidad dar a conocer el nivel de información que poseen los usuarios del sistema respecto a la utilización de la Red Asistencial del SSVSA, a partir del fruto de la comparación de datos recogidos tanto por el usuario como de los funcionarios de OIRS y de Seguridad correspondiente a los centros de salud investigados. De esta manera, se podrá evaluar que tan informada se encuentra la población de usuarios y que tanto conocen la cartera de servicios que ofrece el nivel primario y terciario de salud.

Para esto, primeramente, es menester vislumbrar si la población encuestada conoce la Atención Primaria de Salud y si se encuentra inscrita en los Centros de Salud Familiar ubicados en los sectores comunitarios que ejercen cobertura en el domicilio de los usuarios. Hecho que es de suma importancia, ya que si los usuarios están informados de la existencia de un CESFAM en su comunidad, inmediatamente se constituye en una fuente de ayuda directa en caso de prevenir y tratar enfermedades de baja complejidad de salud.

A continuación se presentarán los resultados de la encuesta, en torno a esta temática:

Gráfico 1: Conocimiento de Usuarios sobre CESFAM sectorial

¿Usted conoce el CESFAM de su comunidad o población?

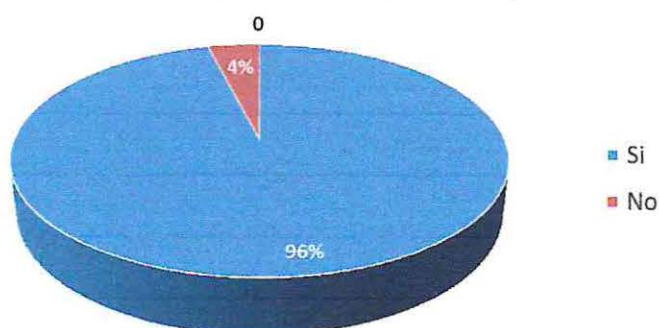


Fuente: elaboración propia, 2017.

Los resultados indican que de un total de 50 usuarios encuestados en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Carlos Van Buren, señalan que efectivamente conocen el CESFAM de su localidad. Lo cual, se traduce en un aspecto positivo para el conocimiento de la salud a nivel APS.

Gráfico 2: Usuarios inscritos en CESFAM sectorial

¿Usted se encuentra inscrito en el CESFAM de su comunidad o población? (urgencia)



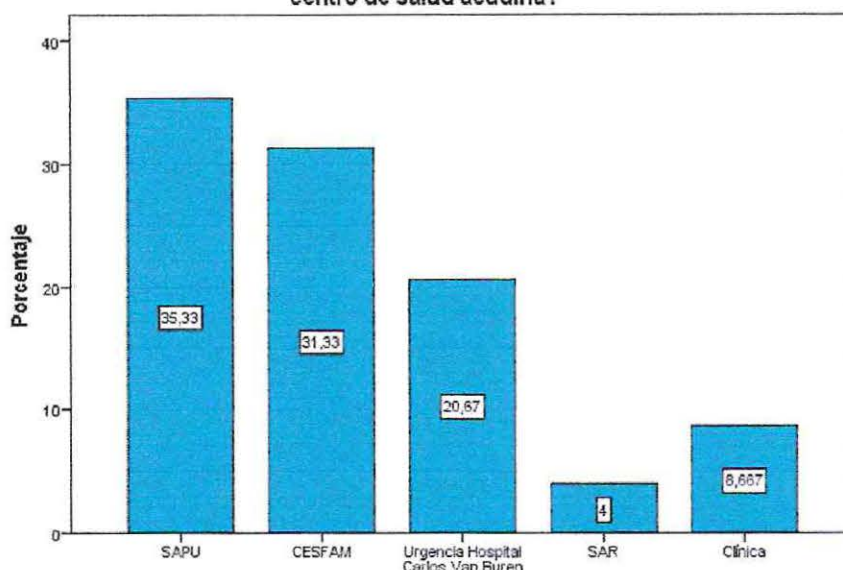
Fuente: elaboración propia, 2017.

De acuerdo a esta pregunta, el 96% de los usuarios encuestados indican que se encuentran inscritos en el CESFAM más cercano a su domicilio y tan solo un 4% de ellos señala que no pertenecen a dicha institución.

En segundo lugar, es pertinente conocer si la población de usuarios enlaza correctamente su necesidad de salud con la oferta de servicios de un determinado nivel de atención de salud. Para ello, al usuario se le situó en un caso hipotético en el que de acuerdo a una necesidad de baja y mediana complejidad debía elegir un centro de salud que resolviera esa problemática de salud.

Gráfico 3: Elección de Centro de Salud por causa de Baja complejidad

Por ejemplo, si necesitara ATENCIÓN POR UNA GRIPE, ¿a cuál de los sgtes centro de salud acudiría?



Fuente: elaboración propia, 2017.

De un total de 150 usuarios encuestados, el 35% señala que por una necesidad de esta naturaleza se atendería en un Servicio Atención Primaria Urgencia (SAPU) lo que en sí, sería una respuesta correcta ya que este tipo de centro de salud, efectivamente atiende problemáticas de salud de baja complejidad como lo es la categorización de una gripe.

El segundo grupo de preponderancia con el 31% de las respuestas, refiere que se atendería en un CESFAM (Centro de Salud Familiar), si bien la respuesta en cierta manera es correcta porque actúa sobre baja complejidades, es necesario recalcar que la especialidad de este tipo de centro no está en tratar urgencias, sino que más bien, en la aplicación de programas de prevención y promoción de salud en las comunidades en las que se circunscriben. Por lo cual, en caso de lograr una atención de salud primeramente se debe conciliar una cita con el personal médico, situación que ya retrasa el proceso de adquisición de atención, pues por lo general las horas o citas médicas se encuentran con una sobredemanda.

En tercer lugar, con un 21% de los datos, los encuestados ante este caso hipotético prefieren dirigirse directamente a la UEA del HCVB, decisión errónea, ya que si el usuario pretende una atención expedita de esta problemática de salud, debería asistir al SAPU, centro de salud que lo

atendería en un plazo menor comparado a la Unidad de Emergencia Adultos, puesto que este último da preferencia o prioridad a las demandas de alta complejidad, que son problemas de salud que comprometen directamente la vida de los usuarios.

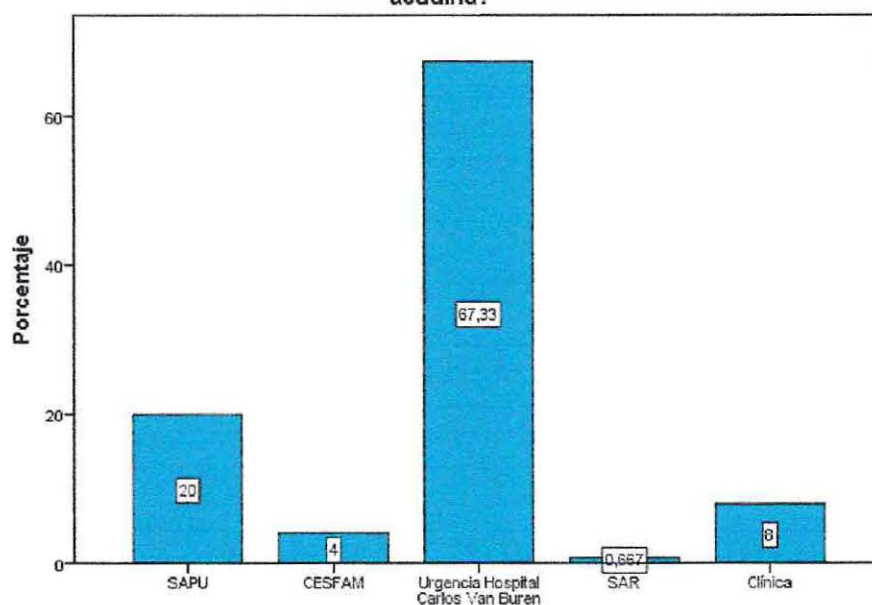
En cuarto lugar, existe un grupo de encuestados con un total del 9% que señala que ante la eventualidad de este tipo de problema de salud acudiría al sistema privado de salud. Lo que se infiere, que el usuario en este caso prioriza la rapidez con la que se le puede dar solución a un estado gripal.

Finalmente, con el 4% de los datos los usuarios elegirían el SAR (Servicio de Atención de Alta Resolutividad), cuya respuesta es correcta, ya que este servicio si atiende este tipo de problemática, en el cual su función es principalmente ofrecer una atención de salud expedita en el menor tiempo posible. La baja preponderancia de los resultados entonces, puede significar que existe un déficit de difusión de este tipo de centro y de las prestaciones de salud que puede ofrecer a la comunidad usuaria de la Red Asistencial del SSVSA.

En cuanto a la situación de una demanda de mediana complejidad, los usuarios respondieron:

Gráfico 4: Elección de Centro de Salud por causa de Mediana complejidad

En el caso que se FRACTURE EL TOBILLO, ¿ a cuál de los sgtes centro de salud acudiría?



Fuente: elaboración propia, 2017.

En relación a los resultados, se puede observar claramente, que ante este tipo de urgencia, con un total de 67% de las respuestas, los usuarios prefieren asistir a la UEA HCVB (Unidad de Emergencia del Hospital Carlos

Van Buren), elección que es correcta ya que este tipo de centro de salud, se especializa en la atención de media y alta complejidad.

Por otro lado, existe un 20% de los usuarios que se atenderían en el SAPU, en este caso la respuesta es incorrecta, ya que el usuario tendría que dirigirse directamente a la Unidad de Emergencia Adulto ya que ante esta situación necesita la intervención de un especialista, específicamente, de un traumatólogo, quien tendrá que hacer los exámenes y chequeos de rigor que permitan clarificar los daños y, dependiendo de la complejidad de la fractura, tendrá que efectuar una operación, situación que no podrá resolverse en un SAPU.

Los grupos de menor preponderancia radican; en un 9% los cuales se atenderían en el sistema privado de salud, mientras que un 4% se atendería equivocadamente en un CESFAM y finalmente un 0,7% de los encuestados se atendería equivocadamente en un SAR.

Sin embargo, es necesario destacar que en caso de que el usuario no cuente con los recursos necesarios para acudir directamente a la UEA HCVB, se hace factible la posibilidad de presentarse en un SAPU, CESFAM o SAR para ser derivado vía ambulancia al centro de salud correspondiente.

Análisis de la población de usuarios que respondieron respecto a la baja complejidad de salud:

Tabla 17 Baja complejidad (Gripe-Sexo)

Pregunta	Por ejemplo, si necesitara atención por una gripe , ¿A cuál de los siguientes Centros de Salud acudiría?				
Sexo	SAPU	CESFAM	UEA HCVB	SAR	CLINICA
Masculino	42%	36%	18%	2%	2%
Femenino	32%	30%	21%	5%	11%

Fuente: elaboración propia, 2017.

De acuerdo a los resultados de la tabla, se puede apreciar que respecto a la población de usuarios masculinos, el 42% de ellos respondió correctamente el centro de salud SAPU, mientras que un 36% de este mismo grupo respondió que para esta enfermedad iría al CESFAM. Le sigue un 18% de usuarios los cuales respondieron que ante esta eventualidad iría a la UEA. Finalmente el 2% de los datos refiere que ante esta situación acudiría a un SAR y al sistema privado de salud.

En relación a la población femenina, se puede concluir que el 32% de este grupo ante una gripe iría al SAPU, le sigue un 30% que se dirigiría al CESFAM, mientras que un 21% de usuarias se dirigiría a la UEA. Finalmente con el menor porcentaje de los datos, se encuentra por un lado usuarios con 11% que prefieren asistir al sistema privado de salud y un 5% de ellos que se presentarían en un centro de salud tipo SAR.

Tabla 18 Baja complejidad (Gripe-Grupo Etario)

Pregunta	Por ejemplo, si necesitara atención por una gripe, ¿A cuál de los siguientes Centros de Salud acudiría?				
Etapa Edad Adulto	SAPU	CESFAM	UEA HCVB	SAR	CLINICA
Adulto joven	44%	26%	22%	2%	5%
Adulto Intermedio	26%	43%	20%	10%	3%
Adulto Mayor	32%	28%	20%	10%	12%

Fuente: elaboración propia, 2017.

En virtud de los resultados aquí expuestos, se puede señalar que el 44% de los **Adultos Jóvenes** ante este nivel de complejidad asistiría a un SAPU, respuesta que como se dijo anteriormente constituye la alternativa correcta de esta pregunta. Le sigue, un 26% de las preferencias, los cuales acudirían a una oferta de tipo CESFAM. Mientras que un 22% de este grupo, declara asistir a la UEA. En último lugar, por un lado, con un total de 5% de las preferencias, se encuentran aquellos adultos que prefieren una CLINICA, y por otro lado, el 2% señala elegir un SAR.

En relación a los **Adultos Intermedios**, el grupo de datos de mayor preponderancia equivale al 43% de los encuestados y refieren acudir al CESFAM ante este tipo de sintomatología, lo cual evidentemente no se constituye como el centro de destino cuando existen centros de salud especializados para tratar ese tipo de complejidad, como lo es el SAPU o SAR. El segundo grupo se constituye con un 26% de los datos, los cuales correctamente elegirían un SAPU para tratar esta problemática. Además, se encuentra un tercer grupo con un 20% de las preferencias, los cuales elegirían la UEA HCVB. Por último, los grupos de menor preponderancia equivalen por un lado al 10% quienes acudirían a un centro de salud tipo SAR y por otro lado a un 3%, quienes elegirían una clínica.

Finalmente, en cuanto a los **Adultos Mayores**, se puede decir que el 32% de ellos, eligen correctamente el centro de salud para este tipo de demanda, ya que indican seleccionar un Servicio de Atención Primaria de Urgencia, le sigue un 28% de este grupo quienes preferían un CESFAM, mientras un 20% de adulto mayores se dirigirían directamente a la UEA. Los grupos de menor

preponderancia hacen referencia a una clínica con un 12% de las preferencias y al SAR con un 10% de los resultados.

Tabla 19 Baja complejidad (Gripe-Nivel Educativo)

Pregunta	Por ejemplo, si necesitara atención por una gripe , ¿A cuál de los siguientes Centros de Salud acudiría?				
Nivel Educativo	SAPU	CESFAM	UEA HCVB	SAR	CLINICA
Básica incompleta	16%	34%	34%	-	16%
Básica completa	37%	25%	37%	-	-
Media incompleta	39%	22,5%	27,5%	10%	-
Media completa	36%	30%	19%	5%	10%
Técnica Superior	46%	33%	8%	-	13%
Profesional	24%	47%	12%	6%	12%

Fuente: elaboración propia, 2017.

En virtud del nivel educativo, se puede apreciar que los usuarios con **básica incompleta**, tiene bajo conocimiento respecto a la elección del centro de salud. Así lo demuestran las cifras, en donde existen dos grupos de 34% que refieren dirigirse tanto a un Centro de Salud Familiar como a la UEA del Hospital Carlos Van Buren. Asimismo, se presenta otra similitud de resultados equivalente al 16%, el cual refleja que para este tipo de afección de salud los usuarios irían a una clínica y al SAPU.

En relación a los usuarios que presentan **Básica Completa**, se puede señalar que su nivel de asertividad con respecto a la utilización de la Red Asistencial, sube considerablemente, ya que ante la eventualidad de una demanda de salud de baja complejidad asistirían al SAPU expresado en el 37% de las respuestas; y por otro lado, en la misma línea porcentual se ubican aquellos usuarios que buscarían atención de salud en la UEA. Por último, se manifiesta un tercer grupo que representa el 25% de los encuestados, y que indican preferir asistir a un CESFAM.

De acuerdo, a los usuarios encuestados que refirieron tener enseñanza **Media Incompleta**, el porcentaje de asertividad sigue incrementando exponencialmente, ya que según el 39% de los encuestados señalan que para esta necesidad se debe asistir al SAPU, mientras que el 27,5% refiere asistir atención de salud en la UEA. Además, un tercer grupo constituido por el 22,5% informa que asistiría a un Centro de Salud Familiar. Finalmente, se puede apreciar el conocimiento de un nuevo centro de salud para el usuario, que se representa con el 10% de las elecciones.

El usuario que posee enseñanza **Media Completa**, aún persiste en seleccionar como primera prioridad en la elección al SAPU, así lo demuestra con un total de 36% de las preferencias. En segundo lugar, su visualiza un aumento de la elección del CESFAM con un total del 30%. Además, disminuyen las preferencias en relación a la UEA al obtener el 19% de los encuestados y al SAR con un 5%. Finalmente, para este nivel educacional el usuario ya busca otras variantes como por ejemplo recurrir a alguna clínica para solventar su problema de salud, situación que se ve reflejada con el 10% de las preferencias de los usuarios.

En cuanto a los usuarios catalogados en el nivel educacional **Técnico Superior**, se puede visualizar que existe un aumento significativo de la asertividad que presenta a la hora de elegir su problema de salud y la cartera que oferta el SAPU, cuyo dato se manifiesta a partir del 46% de las elecciones. Asimismo, el CESFAM aumenta a un 33% de las preferencias, no así la UEA que disminuye obteniendo un total de 8% para este nivel de complejidad. Finalmente, ocurre que, aumenta las preferencias a recurrir a una clínica, viéndose reflejado con un total de 13% de los usuarios que optaron por esta alternativa de salud.

Por último, en relación a los usuarios categorizados al nivel profesional, ocurre un fenómeno especial, pues existe una tendencia a elegir el CESFAM con un total del 47% de las preferencias para esta necesidad de salud, lo que en sí, se considera una elección deficiente porque como se ha dicho, este tipo de centro de salud no se especializa en urgencias, sino que más bien en prevenir y promover la salud. Igualmente, el segundo grupo de mayor preponderancia radica en el SAPU con el 24% de las opciones, sin embargo no da cuenta del proceso progresivo de aumento directamente proporcional respecto al nivel de acierto y nivel educacional. En tercer lugar, se aprecian dos grupos, los cuales obtienen la misma cifra, un total de 12% para cada uno de ellos, por un lado se aprecia la decisión de la UEA y la alternativa del sistema privado de salud. Finalmente con el 6% de los datos lo constituye la opción del SAR, que es un resultado positivo, en el sentido que se posee conocimiento de su existencia, sin embargo no de sus prestaciones o propósitos.

Tabla 20: Baja complejidad (Gripe-Tipo de Usuario)

Pregunta	Por ejemplo, si necesitara atención por una gripe , ¿a cuáles de los siguientes Centros de Salud acudiría?				
Tipo de Usuario	SAPU	CESFAM	UEA HCVB	SAR	CLINICA
Urgencia Ambulatorio	40%	33%	16%	2%	9%

Fuente: elaboración propia, 2017..

Conforme a lo observado en la tabla, se puede considerar que de acuerdo a la tipología de usuario "**Urgencia Ambulatorio**", entendido como aquel quien hace uso de forma esporádica del sistema, pues solo se atiende cuando tiene una complicación de salud, señala que ante una demanda de salud de esta naturaleza asistiría al SAPU cuya decisión representa el 40%% de las respuestas. En segundo lugar, con un 33% le sigue el grupo que indica que para esta situación utilizaría la red de atención primaria de salud. Luego en un grupo de menor preponderancia representado por el 16%, el cual señala que haría uso de la UEA, mientras que un 9% se dirigiría a una clínica. Finalmente el grupo minoritario, con un 2% elige el SAR.

Tabla 21: Mediana complejidad (Fractura Tobillo-Sexo)

Pregunta	En el caso que se fracture el tobillo , ¿a cuál de los siguientes Centros de Salud acudiría?				
Sexo	SAPU	CESFAM	UEA HCVB	SAR	CLINICA
Masculino	24%	9%	62%	-	4%
Femenino	18%	2%	70%	1%	10%

Fuente: elaboración propia, 2017.

Según los datos presentados en la tabla se puede observar que la tendencia de los **usuarios de sexo masculino** ante una demanda de salud de mediana complejidad, como lo representa una fractura de tobillo, es recurrir a la Unidad de Emergencia Adultos del Hospital Carlos Van Buren, elección que se considera correcta para estos casos, ya que las prestaciones que ofrecen, sean exámenes u operaciones, solamente se puede efectuar mediante un centro de salud que tenga los recursos tecnológicos y humanos pertinentes para este tipo de gravedad de salud.

Por otra parte, a partir de los resultados respecto de la población **femenina**, se puede observar que al igual que los hombres a priori definen bien la gravedad de este tipo de problema de salud, pues la vinculan con una oferta ad hoc a las características que el problema de salud requiere. Así lo demuestran los datos que indican que un 70% del sexo femenino elige la Unidad de Emergencia del Hospital Carlos Van Buren y por otra parte un SAPU con el 24% de las respuestas, lo cual se constituye como la tendencia preponderante en ambos grupos analizados.

Tabla 22: Mediana complejidad (Fractura Tobillo-Rango Etario)

Pregunta	En el caso que se fracture el tobillo, ¿A cuál de los siguientes Centros de Salud acudiría?				
Etapa Edad Adulto	SAPU	CESFAM	UEA HCVB	SAR	CLINICA
Adulto Joven	17%	2%	72%	-	9%
Adulto Intermedio	21%	-	69%	-	10%
Adulto Mayor	22%	10%	60%	2%	6%

Fuente: elaboración propia, 2017.

En virtud de los resultados de la tabla podemos apreciar en primer lugar que, el primer grupo **Adulto Joven**, tiene una tendencia positiva en dirigirse directamente a la UEA del Hospital Carlos Van Buren.

En cuanto al segundo grupo, representado por los **Adultos intermedios**, estos señalan en un porcentaje del 69% que para esta eventualidad seleccionarían al igual que el primer grupo la UEA del HCVB.

Finalmente, quien presenta mayor equivocaciones respecto al centro de salud, corresponde al grupo de **Adultos Mayores**, al señalar con un 60% la elección de la Unidad Emergencia del Hospital Carlos Van Buren. Esta disminución en la elección correcta, radica en que el 10% de los adultos mayores elegirían presentarse al CESFAM para tratar esta problemática de salud.

Tabla 23: Mediana complejidad (Fractura Tobillo-Nivel Educativo)

Pregunta	En el caso que se fracture el tobillo, ¿A cuál de los siguientes Centros de Salud acudiría?				
Nivel Educativo	SAPU	CESFAM	UEA HCVB	SAR	CLINICA
Básica incompleta	9%	-	66%	9%	16%
Básica Completa	36,3%	6,3%	55%	-	-
Media Incompleta	6%	11%	67%	-	-
Media Completa	17%	-	78%	-	5%
Técnico Superior	21%	4,3%	63%	-	13%
Profesional	18%	12%	48%	-	25%

Fuente: elaboración propia, 2017.

A partir de la tabla, se puede observar que a pesar de que los usuarios con enseñanza **básica incompleta** poseen un nivel de educacional más bajo, estos igualmente saben a qué centro de salud acudir en circunstancias como estas. Así lo demuestra el 66% de las respuestas, la cual indica que ante la eventualidad de una fractura de tobillo irían a la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Carlos Van Buren.

Respecto a la toma de decisiones de la categoría **enseñanza básica completa**, se aprecia que un 55% de los usuarios elegirían la Unidad de Emergencia Adultos. Mientras que, un 36% recurriría al SAPU para tratar esta problemática de salud.

Por otra parte, el grupo de usuarios con **enseñanza media incompleta**, también toma una buena decisión eligiendo la UEA y se representa con el 67% de las respuestas.

En cuanto a los usuarios con **enseñanza media completa**, se obtuvo un 78% de las preferencias para la UEA. Mientras que para el nivel **Técnico Superior**, representa el 63% de las respuestas. Finalmente, el grupo de **profesionales** manifiesta también esta tendencia en seleccionar la Unidad de Emergencia con un total de un 48%.

Tabla 24: Mediana complejidad (Fractura Tobillo-Tipo de Usuario)

Pregunta	En el caso que se fracture el tobillo , ¿A cuál de los siguientes Centros de Salud acudiría?				
Tipo de Usuario	SAPU	CESFAM	UEA HCVB	SAR	CLINICA
Urgencia Ambulatorio	19%	3%	67%	1%	9%

Fuente: elaboración propia, 2017.

Conforme a lo observado en la tabla, se puede considerar que de acuerdo a la tipología de usuario "**Urgencia Ambulatorio**", entendido como aquel quien hace uso de forma esporádica del sistema, pues solo se atiende cuando tiene una complicación de salud, señala que ante una demanda de salud de esta naturaleza asistiría a la UEA cuya decisión representa el 67%% de las respuestas. En segundo lugar, con un 19% le sigue el grupo que indica que para esta situación utilizaría el Servicio de Atención Primaria de Urgencia. Luego en un grupo de menor preponderancia representado por el 9%, el cual señala que haría uso de una clínica, mientras que un 3% se dirigiría a un centro de salud familiar. Finalmente el grupo minoritario, lo constituye el SAR con tan solo el 1%.

Localización Usuaría

Por otro lado, en cuanto al **uso** de la red asistencial por parte del sistema usuario y de acuerdo a los lineamientos de la presente investigación, este será analizado bajo la siguiente variable: **Localización Usuaría**.

En este sentido y en relación al marco teórico-conceptual, la localización usuaria refiere a la ubicación del sistema usuario en un determinado centro

de salud para su atención, esta colocación está determinada por el tipo de sintomatología y su grado de complejidad. Ligado a lo anterior, se desprenden dos tipos de usuarios: *usuario correctamente localizado*, y *el usuario incorrectamente localizado*.

El usuario correctamente localizado es aquel que recibe atención en el centro de salud correspondiente, donde el tipo y grado de complejidad de su sintomatología es acorde al tipo de prestación de la institución. En cambio el usuario incorrectamente localizado, es aquel que recibe atención de salud en un establecimiento no correspondiente en cuanto a la relación prestación de servicios con el tipo y grado de complejidad sintomática.

Entonces es preciso mencionar que, el usuario correctamente localizado tiene un conocimiento completo del uso de la red asistencial, ya que al no tener error en su selección y ubicarse en el centro de salud correspondiente pasa a ser paralelamente un usuario informado. En cambio, el usuario incorrectamente localizado se relaciona directamente con un usuario de escasa o nula información respecto al uso correcto de la red asistencial, por lo que simultáneamente pasa a ser un usuario desinformado. Finalmente, y siguiendo en la **relación nivel de información del usuario y localización usuaria**, nace una nueva categoría respecto al manejo de información, que sería el ***usuario medianamente informado***, este el que tiene un manejo básico de la información sobre el uso de la red asistencial. En este sentido y en relación a la localización usuaria, el usuario medianamente informado puede recaer en cualquiera de los dos tipos de localización, dependiendo de su selección de atención, ya que este tiene un conocimiento vago del uso de la red, por ende está al límite de ser asertivo en su elección o en error, todo depende de su sintomatología y del nivel de información que tenga al respecto de esta y del centro a escoger, determinará su correcta o incorrecta localización.

A continuación se analizarán los resultados de las encuestas donde se conocerá el porcentaje de los dos tipos de localización usuaria.

Gráfico 5: Equivocación de lugar de atención



Fuente: elaboración propia, 2017.

De acuerdo al gráfico anterior, y según las opiniones del total de los encuestados en los tres establecimientos de salud estudiados, un 68% de estos declara nunca equivocarse en la selección del centro de salud para su atención. Lo que permite señalar según estos resultados, un buen uso de la red asistencial, y un total manejo de la información de la misma, por ende se infiere que el **68% de los encuestados son usuarios correctamente localizados**. En cambio, existe un 5% de los usuarios encuestados que al momento de atenderse no seleccionan el lugar correcto de atención, convirtiéndose estos en **usuarios incorrectamente localizados**, es decir, no utilizan la red de salud de manera correcta producto del desconocimiento de la información del uso de esta. Por su parte, existe un 27% de los encuestados que señalan equivocarse “a veces” de lugar de atención, lo que permite vislumbrar un no manejo total de la información de la red asistencial por ende existen ocasiones que hacen un correcto uso de la red como en otros momentos sus decisiones de selección de atención son erróneas (**estos son los usuarios medianamente informados**)

Siguiendo con el análisis de los resultados, estos se dividirán en las siguientes variables: sexo, edad, nivel educacional, tipo de usuario, con el fin caracterizar a la población usuaria en relación a su localización en la red asistencial. **Cabe destacar que, dicha agrupación de usuarios correctamente o incorrectamente localizados en relación a las variables antes señaladas, se realizarán de acuerdo a la opinión misma de los encuestados, no queriendo decir con ello que sea la realidad objetiva, ya que la respuesta de estos está basada en la subjetividad del usuario en torno a la pregunta “En su experiencia ¿Con que frecuencia se ha equivocado en elegir el lugar de atención de salud correcto?”.**

A continuación se presentan las agrupaciones de la localización usuaria con las variables señaladas:

Tabla 25: Sexo-Localización Usuaría

Pregunta	En su experiencia, ¿Con que frecuencia se ha equivocado en elegir el lugar de atención de salud correcto?		
Sexo	Siempre	A veces	Nunca
Masculino	1 (2,3%)	15 (33,3 %)	29 (63,3%)
Femenino	7 (7%)	25 (25%)	73 (68%)

Fuente: elaboración propia, 2017.

De acuerdo a los resultados obtenidos del total de los encuestados, y según la variable **sexo**, 29 hombres encuestados declara nunca equivocarse en la elección del lugar de atención de salud, en cambio 1 declara siempre equivocarse, por lo que en relación a estos resultados un **63,3% de los encuestados hombres están correctamente localizados**, en cambio un **2,3% de este sexo se encuentra incorrectamente localizado**. En cambio un **33,3%** de los hombres encuestados declara tener un margen de error en la selección del centro de salud pertinente a su sintomatología.

Por su parte, en el sexo femenino, 73 mujeres respondieron nunca equivocarse en la elección del lugar correcto, esto deja un resultado de un **68% de las mujeres encuestadas se encuentra correctamente localizadas**, por otro lado un **7% de las mujeres encuestadas se encuentran incorrectamente localizadas**, esto basado en las experiencias de las mismas. Finalmente un **25%** de estas declara a veces equivocarse en la elección del centro de salud correcto, por lo que se vislumbra en ellas un manejo mediano de la información en cuanto al uso de la red asistencial.

Tabla 26: Edad Usuaría-Localización Usuaría

Pregunta	En su experiencia, ¿Con que frecuencia se ha equivocado en elegir el lugar de atención de salud correcto?		
Rango etario	Siempre	A veces	Nunca
Adulto Joven	-	24 (41%)	34 (57%)
Adulto Intermedio	3 (7%)	10 (24%)	29 (69%)
Adulto Mayor	5 (10%)	6 (12%)	39(78%)

Fuente: elaboración propia, 2017.

Según la variable **edad**, y en relación a la localización usuaria, los resultados de los encuestados fue el siguiente: que un **57% pertenece a adultos jóvenes correctamente localizados**, declarando que según su experiencia no existe error en su elección de centro de salud adecuado a su sintomatología, de modo que hacen un buen uso de la red asistencial, por lo tanto, tienen los conocimientos previos suficientes categorizándolos a los mismos como usuarios informados.

Por otra parte, 41% de los adultos jóvenes encuestados declara equivocarse en su elección del lugar de atención “a veces”, por lo que estos dependiendo del conocimiento que tengan de su sintomatología determinara estar o no correctamente localizado. **En cambio, de acuerdo a estos resultados, no existen adultos jóvenes incorrectamente localizados.**

En relación a la tabla anterior, **el 69%** de los adultos intermedios encuestados declara tener un correcto uso de la red asistencial, por lo que los categoriza como **usuarios correctamente localizados**. En cambio un **7% de los adultos intermedios son usuarios incorrectamente localizados**, infiriendo con esto que son usuarios desinformados en cuanto al uso de la red asistencial. Por su parte, un 24% de los adultos intermedios, declara tener un uso vago de la información de la red en cuanto a su uso, debido a que “a veces” se equivocan en seleccionar el establecimiento de salud correcto.

Finalmente, respecto a los adultos mayores un 39% declaran nunca equivocarse de centro de salud, por lo que se les categoriza como usuarios correctamente localizados. Por otro parte, un **10% de los adultos mayores** encuestados según su experiencia en el uso del sistema de salud, **se categorizan como usuarios incorrectamente localizados**. Y culminando con este grupo etario, un 12% manifiesta equivocarse “a veces” del lugar de atención correcto.

Tabla 27: Nivel Educativo-Localización Usuaría

Pregunta	En su experiencia, ¿Con que frecuencia se ha equivocado en elegir el lugar de atención de salud correcto?		
	Nivel Educativo	Siempre	A veces
Básica Incompleta	4 (33%)	1(8%)	7 (58%)
Básica Completa	-	1 (6%)	15 (94%)
Media Incompleta	-	7 (39%)	11 (61%)
Media Completa	4 (6%)	17 (27%)	42 (67%)
Técnico Superior	-	8 (33%)	16 (67%)
Profesional	-	6 (35%)	11 (65%)

Fuente: elaboración propia, 2017.

De acuerdo al **nivel educativo** de los encuestados y en relación a la localización usuaria de estos, se desprende lo siguiente:

En cuanto a los encuestados que tienen enseñanza básica incompleta, el 58% son usuarios correctamente localizados, y un 33% usuarios incorrectamente localizados.

Según la tabla, los encuestados que contemplan enseñanza básica completa, un 94% de estos son usuarios correctamente localizados, y por su parte no se arrojaron resultados que contemplan a usuarios incorrectamente localizados.

En relación a los encuestados que tienen rendido enseñanza media incompleta, un 61% de estos son usuarios correctamente localizados, en cambio en este nivel educacional no existen usuarios incorrectamente localizados.

Por otra parte, los encuestados que contemplan enseñanza media completa, un 67% de ellos son usuarios correctamente localizados y un 6% de usuarios incorrectamente localizados.

Por su parte, los encuestados con enseñanza técnico superior, un 67% de estos son usuarios correctamente localizados, un 33% de manejo medio de la red asistencial, ya que respondieron que “a veces se equivocan” en escoger el centro de salud pertinente. En cambio de acuerdo este nivel educacional no existen usuarios de enseñanza técnico superior que se encuentren incorrectamente localizados.

Finamente, los encuestados con enseñanza profesional, un 65% son usuarios correctamente localizados, pero un 35% declara a veces equivocarse en el uso de la red asistencial. Según los resultados de esta variable, no existen usuarios incorrectamente localizados que tengan enseñanza educacional profesional.

Tabla 28: Tipo Usuario-Localización Usuaría

Pregunta	En su experiencia, ¿Con que frecuencia se ha equivocado en elegir el lugar de atención de salud correcto?		
	Siempre	A veces	Nunca
Urgencia-Ambulatorio	4 (5%)	29 (33%)	54 (62%)
Gine-Obstetra	-	4 (67%)	2 (33%)
Pediátrico	-	-	2 (100%)
Crónico	4 (7%)	7 (13%)	44 (80%)
Terminal	-	-	-

Fuente: elaboración propia, 2017.

Urgencia-Ambulatorio suma 90,4 ¿??

Según los resultados que aparecen en la tabla “Tipo Usuario-Localización Usuaría”, se desprenden los siguiente: que el 62% de los usuarios de urgencia-ambulatorio son usuarios correctamente localizados al igual que el 33% de los usuarios Gine-Obstetra, que el 100% de los usuarios pediátricos, por su parte el 80% de los usuarios crónicos están correctamente localizados.

Por otro lado, los usuarios incorrectamente localizados según su tipología de atención, son el 4% de los usuarios de urgencia-ambulatorio y el 4% de los usuarios crónicos, de modo que en estos dos grupos se encuentran los que hacen un mal uso del sistema de salud, producto de un nulo conocimiento de su funcionamiento. Por su parte, aquellos que tienen conocimiento vago del uso adecuado de la red se agrupan en 33% de los usuarios -ambulatorio, 67% de los usuario gine-obstetra y el 13% de los usuarios crónico quienes fluctúan entre ser un usuario correcta o incorrectamente localizados, dependiendo de la decisión en cuanto a la selección del centro de salud adecuado a su sintomatología.

Agentes Informantes

En relación a lo anterior, cuando existe un mal uso de los centros de salud producto del desconocimiento de los usuarios, comienza a presenciarse dentro de estos la denominada “**desorientación usuaria**”. En este sentido, cuando los usuarios se sienten perdidos dentro del sistema acuden a ciertos agentes informantes, para que los orienten dentro de la red. Así lo declara la funcionaria de seguridad de un centro de salud de Atención primaria:

“Si llega mucha gente que viene de la posta y no tiene que atenderse acá, yo le digo y aconsejo que hablen directamente con el médico de este centro quien las puede ayudar más rápido en algunos casos”.

Macarena Cisterna Soto, Guardia de Seguridad, CESFAM Plaza Justicia.

En este fragmento se ve reflejado la realidad expuesta anteriormente, en donde existen usuarios que no manejan la información necesaria en cuanto elección del lugar de atención de salud correcto, convirtiéndolos en usuarios desorientados del sistema. Como se puede apreciar en este fragmento, el usuario para orientarse recurre al guardia de seguridad, el cual le brinda una solución a su problema de orientación. Por lo tanto, este funcionario está siendo un agente informante para el usuario.

Entonces, los **Agentes Informantes** son los representantes que brindan información de salud, con un enfoque “orientador”, a quien lo solicita en el centro de salud (usuarios). Si bien, en las instituciones de salud se encuentran establecidos quienes cumplen este rol informativo, **los usuarios son los que determinan a quien dirigirse, basados en sus conocimientos previos de atención de salud y su percepción.**

En este sentido, y de acuerdo a los fines que pretende alcanzar este estudio, se han determinado cuatro agentes informativos presentes en los centros de salud; establecidos y no establecidos.

Como agentes informativos establecidos en los centros de salud son: Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencia (OIRS) y el Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME)

Por su parte como **agentes informativos no establecidos** se encuentran, los Guardias de Seguridad contratados en los centros de salud, y por último, usuarios de los mismos, ya que de acuerdo a las experiencias de estos, existe la colaboración de los pares para orientarse dentro del sistema, y el usuario que informa lo hace con el conocimiento adquirido por sus experiencias de atención de salud.

De acuerdo a esto se han recogido extractos de las entrevistas aplicadas a los guardias y a la OIRS para fundamentar dicha categorización de informantes establecidos y no establecidos:

“...Aunque yo no tengo que hacer el trabajo de dar información pero la gente me busca por el apoyo”

Macarena Cisterna Soto, Guardia de Seguridad CESFAM Plaza Justicia

En este relato, está claramente definido que el rol del guardia de seguridad no contemplan en dar información a los usuarios, ya que el fin de estos es velar por la seguridad del centro asistencial. Así lo declara una funcionaria de seguridad.

“...el rol que yo cumpla es defender al funcionario, al usuario también, a ambos lados”

Macarena Cisterna Soto, Guardia de Seguridad CESFAM Plaza Justicia

Por lo tanto, se reafirma que el guardia de seguridad, a pesar de no ser un rol que debe cumplir por norma contractual, en la dinámica de búsqueda de salud estos son agentes informativos no establecidos por el sistema.

Por otro lado, en cuanto a los agentes informantes establecidos también tienen sus limitantes en sus funciones

“Más que nada dar informaciones en forma general de los pacientes hospitalizados ya que uno no puede dar muchos detalles, porque eso corresponde a un asunto clínico”

Ricardo Sáez Ramírez, OIRS U.E.A. Hospital Carlos Van Buren

Si bien, los funcionarios de informaciones son las personas autorizadas formalmente para brindar orientación usuaria, ésta tiene un límite en relación a la información clínica de los usuarios, debido a que ese tipo de información es restringida y manejada por los profesionales pertinentes.

Independientemente si el usuario quiera saber ese tipo de información, si le consulta ese tipo de dudas al encargado de informaciones este no está autorizado contractualmente para efectuar dicha orientación, solo está facultado para tener y entregar conocimiento de la atención en general, como lo señala el funcionario de la OIRS de la Unidad de Emergencia del H.C.V.B.

El siguiente gráfico, expone los resultados de las encuestas aplicadas a los usuarios de la red asistencial del S.S.V.S.A. en torno al tipo de agente informativo que selecciona el sistema usuario.



Fuente: elaboración propia, 2017.

Según los resultados el **48% del total de los encuestados** acude al **Guardia de Seguridad**, agente informativo no establecido, para realizar las consultas respecto a la atención de salud. Por otra parte, un **25%** del total de los encuestados **se dirige al SOME**, a Elección de Centro de Salud por causa de Baja complejidad agente informativo establecido de la red asistencial, seguido a esto un **24%** realiza sus consultas a la **OIRS**, agente informativo establecido, como primer orientador. Y en un cuarto y quinto lugar con un **1%** consultan a un **Usuario del sistema** y otros participantes del mismo, respectivamente.

A raíz de estos datos se puede inferir que, la población encuestada mayoritariamente se dirige a los medios informales de información (no establecidos) con **50%** de los encuestados, (entre guardias, usuarios y otros). Lo que permite vislumbrar la poca claridad que tiene el sistema usuario para dirigirse a los agentes de información pertinentes, lo que puede provocar que siga su desorientación dentro del sistema o que solucione dicho problema. En relación a esto, se analizarán los resultados

de la siguiente tabla que responde a la interrogante “Al realizar la consulta Ud.:”, con el fin de conocer si los agentes informantes seleccionados por los usuarios resuelven sus dudas. Para efectos de esto, solo se analizarán los agentes que tuvieron mayores porcentajes de acuerdo al gráfico anterior. (Guardias, OIRS, SOME).

Tabla 29: Después de realizar la consulta de atención

Al realizar la consulta de atención, Usted:	Cuando Ud. se dirige a un centro de salud. Primeramente, ¿Con quién acude para consultar sus dudas respecto a la atención?		
	Guardia de seguridad	OIRS	SOME
Resuelve su duda y se desenvuelve sin problema dentro del centro de salud	55	30	31
Tiene que consultar a otra persona por la poca claridad de la información	9	4	6
La información es clara, pero la infraestructura es complicada y se pierde en el lugar	-	1	-
Si está equivocado en la elección del centro de salud, lo derivan al sitio correspondiente	2	1	-
Deriva a OIRS (aplica si la respuesta anterior es Guardia de Seguridad)	5	1	-
TOTAL	71	37	37

Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo a quienes seleccionaron los guardias como agente informante, la mayoría de estos (55 de 71 usuarios que seleccionaron guardias) declaran que resuelven sus dudas. Al igual de quienes que seleccionan agentes informantes establecidos (OIRS-SOME) la mayor cantidad de estos también declaran que resuelven sus dudas. (30 y 31 respectivamente con un total de 37 cada uno). **Lo que se puede inferir que, tanto los medios formales como informales de información (establecidos- no establecidos), tienen un buen manejo de la información respecto al uso de la red, debido a la baja cantidad de respuestas poco satisfactorias por parte de los usuarios.**

En relación a lo anterior, se presentarán los resultados de las encuestas aplicadas a los usuarios de la red asistencial, los cuales se interpretarán en relación a los agentes informantes que seleccionan los usuarios para orientarse dentro del centro de salud. Estos resultados se contrastaran con las siguientes variables: *sexo, edad, nivel educacional y tipo de usuario.*

Tabla 30: Agentes Informantes-Sexo

Pregunta	Cuando Usted se dirige a un centro de salud, primeramente ¿Con quién acude para consultar sus dudas con respecto a la atención?					
Sexo	Guardias	OIRS	Usuario	SOME	Otros	No consulta
Masculino	20 (44%)	13 (29%)	-	11(24%)	-	1 (2%)
Femenino	51 (49%)	24 (23%)	2 (2%)	26 (25%)	2 (2%)	-

Fuente: elaboración propia, 2017.

De acuerdo a los datos entregados por los usuarios encuestados, en relación a la elección del agente informante con la variable sexo se infiere lo siguiente:

Que el 44% de los hombres encuestados recurre al guardia de seguridad del centro asistencial para resolver sus dudas respecto de la atención que requiere. En cambio, 29% de estos se dirige a la OIRS para realizar las consultas. Por otro lado, un 24% de los hombres encuestados, declara que al momento de entrar al centro de salud y tener una duda respecto su atención se dirige al SOME del establecimiento. Y por último, un 2% de los hombres consultados, manifiesta que acude a ningún agente informante.

Por su parte, según los resultados de las consultas a las mujeres encuestadas señalan lo siguiente, que un 59% de al momento de situarse en el centro de salud se dirigen al guardia para consultar sus dudas respecto de su atención. Por otro lado, un 25% de estas se dirige al SOME y un 23% a la OIRS. En cambio, un 2% de las encuestadas declara consultar a otros (personal médico, funcionarios de aseo, entre otros)

Tabla 31: Agentes informantes-Edad

Pregunta	Cuando Usted se dirige a un centro de salud, primeramente ¿Con quién acude para consultar sus dudas con respecto a la atención?					
Edad	Guardias	OIRS	Usuario	SOME	Otros	No consulta
Adulto Joven	27 (47%)	9 (16%)	1 (2%)	21 (36%)	-	-
Adulto Intermedio	17 (41%)	14 (33%)	1 (2%)	10 (24%)	-	-
Adulto Mayor	27 (54%)	14 (28%)	-	6 (12%)	2 (4%)	1 (2%)

Fuente: elaboración propia, 2017.

Respecto a los resultados del total de los encuestados según la edad de los usuarios en relación a la elección del agente informante de estos en cuanto a la atención médica se interpreta lo siguiente:

De acuerdo a los resultados de los adultos jóvenes, un 47% de estos tienen como preferencia los Guardias de Seguridad para realizarles las consultas en cuanto a sus dudas respecto a la atención. Por su parte, un 36% prefiere dirigirse al SOME de los centro de salud, cabe destacar que en la atención de urgencia del hospital no existe esta entidad, sólo oficina de informaciones. Por otro lado un 16% de los adultos jóvenes prefieren realizar sus consultas a la OIRS. En cambio, un 2% de los adultos jóvenes encuestados declara que realiza sus consultas a los mismos usuarios que se encuentran siendo atendidos en el centro asistencial.

En relación a los adultos intermedios encuestados, el 41% de ellos declara dirigirse a los Guardias de Seguridad del centro de salud para sus consultas. La segunda mayoría de estos corresponde a un 33% quienes dicen relacionarse con la OIRS para sus dudas de la atención de salud. Además un 24% de los adultos intermedios declara dirigirse al SOME cuando necesita orientación respecto a la atención de salud. En cambio, el 2% de estos consulta a los mismos usuarios del centro de salud.

Según los resultados de los adultos mayores encuestados, el 54% declara que cuando tiene consultas, al primero en acudir es al Guardia de Seguridad para hacerle las preguntas del caso. La segunda mayoría que corresponde al 28% de los adultos mayores, responde recurrir a la OIRS en estos casos. Y un 12% de adultos mayores encuestados declara que prefiere dirigirse al SOME del centro de Salud.

Tabla 32: Agentes informantes- Nivel educacional

Pregunta	Cuando Usted se dirige a un centro de salud, primeramente ¿Con quién acude para consultar sus dudas con respecto a la atención?					
	Guardias	OIRS	Usuario	SOME	Otros	No consulta
Nivel Educativo						
Básica Incompleta	7 (58%)	4 (33%)	-	-	1 (8%)	-
Básica Completa	9 (56%)	3 (19%)	-	4 (25%)	-	-
Media Incompleta	9 (50%)	4 (22%)	-	5 (28%)	-	-
Media Completa	31 (50%)	13 (21%)	-	18 (29%)	-	1
Técnico Superior	7 (29%)	11 (46%)	2 (8%)	3 (13%)	1 (4%)	-
Profesional	8 (47%)	2 (12%)	-	7 (41%)	-	-

Fuente: elaboración propia, 2017.

Según los resultados de los encuestados, en relación al nivel educativo con la elección de un agente de información en los centros de salud, se infiere lo siguiente:

Respecto a los usuarios con **enseñanza básica incompleta**, un 58% de estos señala que al momento de realizar consultas estos se dirigen al

Guardia de Seguridad del centro de salud. Por su parte un 33% de estos acude a la OIRS y un 8%, prefiere consultar a “otros”, sus inquietudes sobre la atención de salud a recibir

En cuanto a los usuarios con **enseñanza básica completa**, un 56% de los encuestados con este nivel educativo, selecciona al Guardia de Seguridad para su orientación de salud. Por su parte, un 25% prefiere consultar al SOME, y un 19% a la OIRS del centro de salud.

En cambio, los usuarios con un nivel de educación de **enseñanza media incompleta**, un 50% de estos prefieren consultarle al Guardia de Seguridad sus inquietudes. Por otra parte, un 28% se dirige al SOME y un 22% a la OIRS.

Respecto a los usuarios que contemplan la **enseñanza media completa**, un 50% de ellos seleccionan al Guardia de Seguridad como primer orientador dentro del centro de salud. En cambio, un 29% se dirige a SOME y un 21% de ellos selecciona la OIRS.

Por su parte, los usuarios que su nivel de educación es de **técnico superior**, un 46% de estos señalan dirigirse primeramente a la OIRS para realizar las consultas correspondientes. La segunda mayoría con un 29% declara que su primer informante es el Guardia de Seguridad, un 13% selecciona el SOME, un 8% acude a otro usuario del sistema de salud, en cambio un 4% se dirige a otros participantes del sistema.

Finalmente, en cuanto a los usuarios **profesionales**, un 47% se dirige al Guardia de Seguridad como su primer orientador, un 41% acude al SOME del centro de salud, y un 12% de ellos selecciona la OIRS como primera opción para orientarlo dentro del centro asistencial.

Tabla 33: Agentes informantes-Tipo de Usuario

Pregunta	Cuando Usted se dirige a un centro de salud, primeramente ¿Con quién acude para consultar sus dudas con respecto a la atención?					
	Guardias	OIRS	Usuario	SOME	Otros	No consulta
Urgencia-Ambulatorio	41 (47%)	20 (23%)	1 (1%)	24 (28%)	1 (1%)	-
Gine-Obstetra	1 (17%)	1 (17%)	1 (17%)	3 (50%)	-	-
Pediátrico	2 (100%)	-	-	-	-	-
Crónico	27 (49%)	16 (29%)	-	10 (18%)	1 (2%)	1 (2%)
Terminal	-	-	-	-	-	-

Fuente: elaboración propia, 2017.

De acuerdo a la variable *tipo de usuario*, y en relación a los agentes informantes se infiere o siguiente:

En cuanto al **Usuario-Ambulatorio**, un 47% de estos declara que seleccionan al Guardia de Seguridad para su orientación dentro del centro de

salud. En cambio un 28% de estos se dirige al SOME del dispositivo de salud, un 23% acude a la OIRS del mismo. Por su parte un 1% realizan sus consultas a los usuarios de la red y otro 1% se dirigen a otros participantes del sistema.

Respecto al **Usuario Gine-obstetra**, un 50% de los consultados de esta tipología, declaran que acuden al SOME del centro de salud para realizar las consultas de su atención médica., un 17% seleccionan a los guardias como el primer agente informante, un 17% acuden a la OIRS y 17% de estos acuden a un usuario del centro de salud.

En relación al **Usuario Pediátrico**, el 100% de los encuestados de este tipo de usuario, acuden al Guardia de seguridad para realizarle las consultas de su atención de salud.

Finalmente, los **Usuarios Crónicos** encuestados señalan en su mayoría con un 49% de estos, acuden al Guardia de Seguridad como primer agente informante. Por su parte, un 19% de estos usuarios se dirigen a la OIRS del centro de salud, un 18% al SOME del mismo, un 2% consultan a otros participantes del sistema. Por otro lado, un 2% de estos señala que no acuden a ninguno de los informantes señalados ya que no realizan consultas respecto a su atención.

Síntesis y análisis de los resultados

En resumen, se puede concluir que en el uso y manejo de la red asistencial existe un factor transversal en esta que es la información. Dependiendo del nivel de información que tenga el usuario respecto al tipo de servicios que presta cada institución de la red, va a determinar el uso de esta. Es por eso que se dio a conocer la asertividad de las decisiones de los usuarios respecto a la utilización de los servicios de salud en cuanto a enfermedades de baja y mediana complejidad, con el fin de conocer la **realidad objetiva** del a partir de los resultados de las encuestas.

En este sentido, se concluye que el usuario ante una necesidad de salud de baja complejidad presenta un mayor margen de error en comparación de una demanda de mediana complejidad, ya que se puede vislumbrar que el nivel de asertividad aumenta considerablemente para este último caso.

Por lo cual podemos decir que, existe una relación directamente proporcional respecto a las decisiones del usuario de la Red del SSVSA, ya que ante una afección de baja complejidad → el nivel de asertividad disminuye, mientras que ante una demanda de mediana complejidad → el nivel de asertividad

aumenta considerablemente. Así lo demuestran los resultados en donde se observa una mayor dispersión de los datos cuando se les pregunta a que centro de salud acudiría ante una **gripe**, señalando un 35% de las respuestas para SAPU, 31% para CESFAM, 21% para Unidad Emergencia Adulto Hospital Carlos Van Buren, 9% para clínica y 4% para SAR. Por otro lado, para el caso de la **fractura de tobillo**, los usuarios eligieron en un 67% a la Unidad Emergencia Adulto Hospital Carlos Van Buren, 20% para SAPU, 8% para clínica, 4% para CESFAM y 1% para SAR.

Tabla 34: Relación entre Nivel de complejidad y asertividad de salud

Nivel de Complejidad de Salud	Asertividad de salud
Baja complejidad de salud	Disminuye
Mediana Complejidad de Salud	Aumenta

Elaboración Propia. 2017.

Según estos datos se puede inferir dos situaciones, por un lado se puede vislumbrar que los usuarios en general poseen un bajo conocimiento en cuanto a las prestaciones o cartera de servicios que puede ofrecer los centros de salud de urgencia como los son, los SAPU y SAR, puesto que se visualiza que el segundo grupo de mayor preponderancia para la situación hipotética de un cuadro gripal, acudirían a un centro de salud familiar con un total del 31% de las respuestas, lo que provoca que el usuario tenga alargar su proceso de atención de salud, pues como se dijo estos tipos de establecimientos, no se especializan en urgencias, sino que más bien en ofrecer cuidados, mantenimiento y control de la salud de las personas.

Por otra parte, también existe otro nudo crítico, relacionado con el deficiente procesamiento y categorización de una baja demanda de salud, situación que se observa por medio del 21% de las decisiones de usuarios que optaron para el caso de un cuadro gripal, dirigirse Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Carlos Van Buren. Esto evidentemente, produce dos fenómenos que pueden servir para otros estudios posteriores: ***insatisfacción usuaria** y **saturación de la Red de Salud del SSVSA**.

En virtud de los resultados comparados por las variables definidas para el usuario (sexo, Etapa Edad Adulto, Nivel Educativo, Tipo Usuario) y los niveles de complejidad, se obtiene la siguiente tabla resumen

Tabla 35: Resumen Alta y Baja Complejidad

Categoría	Variable	Baja complejidad	Mediana Complejidad
Sexo	Masculino	44%	62%
	Femenino	37%	70%
Etapa Edad Adultos	Adulto Joven	46%	72%
	Adulto Intermedio	36%	69%
	Adulto Mayor	42%	60%
Nivel Educativo	Básica Incompleta	16%	66%
	Básica Completa	46%	55%
	Media Incompleta	37%	67%
	Media Completa	49%	78%
	Técnica Superior	41%	63%
	Profesional	30%	48%
Tipo de Usuario	Urgencia Ambulatorio	42%	67%
	Gine-obstetra	18%	83%
	Pediátrico	50%	50%
	Crónico	36%	65%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En esta tabla se representan los porcentajes totales de las respuestas correctas por variable y nivel de complejidad, y se puede señalar que:

De acuerdo al nivel de complejidad y el sexo, los hombres seleccionan mejor los centros de salud cuando corresponden a problemas de salud de baja complejidad, mientras que las mujeres eligen mejor cuando se trata de problemas de salud de mediana complejidad. En lo respectivo a los grupos etarios de los adultos, se puede señalar que la población mayor capacitada en manejo y uso del sistema corresponden a los adultos jóvenes. En este sentido el grupo más vulnerable en baja complejidad, corresponde a los adultos intermedios, mientras cuando se trata de una urgencia de salud de mediana complejidad, los usuarios adultos mayores son los más propensos a las equivocaciones en los centros de salud.

Cuando se refiere a los niveles educacionales, se puede constatar que los usuarios mayor capacitados en uso de la red del SSVSA para ambos niveles de complejidad, son aquellos que tienen enseñanza media completa, mientras que los usuarios más críticos en una demanda de baja complejidad se encuentran en el nivel de educación básico incompleto, mientras los usuarios que presentan un mayor margen de error en mediana complejidad son aquellos que poseen enseñanza básica completa.

Finalmente, los usuarios más calificados en la selección de los centros de salud cuando corresponden a una baja complejidad son los usuarios pediátricos, no así en mediana complejidad, ya que aquellos que eligen mejor son los usuarios gine-obstetras. En lo que respecta a los tipos de usuarios que tienen mayor tendencia a equivocarse en baja complejidad son

los gine obstetras, mientras que para un problema de salud de mediana complejidad corresponden a los usuarios pediátricos.

Por su parte, a raíz de la asertividad de la selección del lugar de salud de acuerdo al nivel de complejidad se desprenden dos tipos de usuarios: correctamente localizados e incorrectamente localizados, los cuales son determinados por el uso y manejo adecuado de los servicios de salud, es decir, que la atención sanitaria es recibida en el centro de salud correspondiente, el cual deba prestar servicios acordes al tipo y grado de complejidad demandado por el usuario. En este sentido, los usuarios correctamente localizados tienen un manejo completo de la información respecto al funcionamiento de la red, en cambio los usuarios incorrectamente localizados son netamente desinformados en cuanto al funcionamiento de esta. Por su parte, existen usuarios que utilizan la red en un margen de ensayo y error, los cuales se han denominado usuarios medianamente informado.

Es preciso mencionar que, la localización usuaria fue medida bajo la **realidad subjetiva** de los usuarios encuestados, es decir, esta categorización se basa en como los mismos usuarios se ven reflejados en el uso de los servicios, no queriendo decir que estén en lo correcto, por lo que es un análisis espejo y en base a esto se agruparán y determinara en cuanto a cantidad quienes son los “correctamente o incorrectamente localizados”

A continuación se analizarán los resultados, contrastándolos con las variables expuestas en la siguiente tabla, con el fin vislumbrar la variable preponderante en los tipos de localización usuaria.

Tabla 36: Resumen Localización Usuaria

Variable		Correctamente Localizados	Incorrectamente Localizados
Sexo	Masculino	63%	2%
	Femenino	68%	7%
Edad	Adulto Joven	57%	-
	Adulto Intermedio	69%	7%
	Adulto Mayor	78%	10%
Nivel Educativo	Básica Incompleta	58%	33%
	Básica Completa	94%	-
	Media Incompleta	61%	-
	Media Completa	6%	67%
	Técnica Superior	67%	-
Profesional	65%	-	
Tipo de Usuario	Urgencia	62%	5%
	Ambulatorio	33%	-
	Gine-Obstetra	33%	-
	Pediátrico	100%	-
	Crónico	80%	7%
Terminal	-	-	

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En relación la variable *sexo* quienes se encuentran **mayoritariamente correctamente localizados son las mujeres** con un 68% del total de las encuestados. Pero también son estas quienes también más se equivocan en la selección del lugar de atención correcto, siendo mayoría en contraste con los hombres donde estos son 3% y las mujeres un 7%. Entonces, **también en mayor cantidad son las mujeres que se encuentran incorrectamente localizadas**, es decir, a su vez se encuentran en el nivel de usuarias desinformadas, esta condición se da porque hay más mujeres que hombres, no queriendo decir con ello que los hombres también hacen un mal uso de los servicios de salud, de acuerdo a sus respuestas.

De acuerdo a la variable *edad*, son los **Adultos Mayores quienes lideran en los usuarios correctamente localizados** (informados), con un 78%, esto se debe a que por lo general, son los adultos mayores quienes padecen enfermedades crónicas las cuales deben tratarse periódicamente, por lo que ya hay una amistad en cuanto al uso de la red. Por su parte en los **incorrectamente localizados también el porcentaje** (desinformados) mayor corresponde a los Adultos Mayores con un 10% de estos. Este factor se presenta por la gran cantidad de adultos mayores encuestados.

Respecto la variable *nivel educacional*, son los usuarios de **enseñanza básica completa quien en mayor cantidad se encuentran correctamente localizados**, con un 94% de estos. En cambio, el grupo mayoritario de usuarios **incorrectamente localizados son los que poseen enseñanza media completa**, con un 67% de estos.

Por su parte, la variable *Tipo de Usuario*, son los **usuarios pediátricos quienes seleccionan correctamente el lugar de atención**, con el 100% de estos de acuerdo a los resultados entregados por las encuestas aplicadas. Finalmente, los algunos usuarios **crónicos** señalan equivocarse del centro de salud pertinente a su enfermedad por lo que son mayoría, es decir son los que más se desorientan en cuanto a la elección correcta de salud, por ende pertenecen al grupo predominante de **usuarios incorrectamente localizados**, con un 7%.

En cuanto a los resultados de los **usuarios medianamente informados**, estos se basaron en la pregunta *“En su experiencia ¿Con que frecuencia se ha equivocado en elegir el lugar de atención de salud correcto?”*. Donde la respuesta *“a veces”* determinó la categorización de usuarios medianamente informados.

A continuación se presenta una síntesis de estos resultados en relación con las variables: sexo, edad, nivel educacional, tipo de usuario. En donde estos se contrastaran para vislumbrar la preponderancia de las variables de acuerdo a la categoría “**Usuarios Medianamente Informados**”.

Tabla 37: Resumen Usuarios Medianamente Informados

Variable		Medianamente Informados
Sexo	Masculino	33 %
	Femenino	25%
Edad	Adulto Joven	41%
	Adulto Intermedio	24%
	Adulto Mayor	12%
Nivel Educativo	Básica Incompleta	8%
	Básica Completa	6%
	Media Incompleta	39%
	Media Completa	27%
	Técnica Superior	33%
	Profesional	35%
Tipo de Usuario	Urgencia Ambulatorio	27%
	Gine-Obstetra	67%
	Pediátrico	-
	Crónico	13%
	Terminal	-

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Respecto la variable *sexo*, se infiere que son los hombres que alcanzan un número mayor que las mujeres en cuanto al manejo básico de la información. **Es decir hay más hombres que mujeres son usuarios medianamente informados.**

Por su parte, en cuanto a la variable *edad*, en cantidad son más los **adultos jóvenes quienes que son usuarios medianamente informados.**

En cuanto a la variable *nivel educacional*, y en relación a los usuarios medianamente informados, son más personas con **enseñanza media incompleta** quienes tienen este nivel de manejo de la información; usuario medianamente informado.

En cambio, según la variable *tipo de usuario*, son más **usuarios Gine-Obstetras** quienes manejan medianamente la información respecto al uso de la red asistencial.

Por su parte, a partir de la **desorientación usuaria** producto de la *desinformación, la no asertividad en la decisión de toma de salud y por consecuencia la incorrecta localización*, los usuarios buscan orientadores que le brinden la información necesaria para poder finalmente atenderse en los centros a los que acuden, estos orientadores se denominan **agentes informantes.**

Estos agentes informantes se dividen en dos tipos, estos son: agentes informantes establecidos, y agentes informantes no establecidos.

Entre los **agentes informantes establecidos** se encuentra: Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias (OIRS), y el Servicio de Orientación Médica y Estadística.

En cuanto a los **agentes informantes no establecidos** están: Guardias de Seguridad, Usuarios del servicio de salud, Otros interactuantes del sistema de salud.

Respecto a los agentes formales de información (establecidos), ellos cuentan con una limitación en la orientación usuaria, ya que solo pueden compartir información respecto a la atención de salud y no a información clínica de los usuarios.

Por su parte, los agentes informantes no establecidos como los guardias, son los más demandados por los usuarios, y de acuerdo a los resultados su tipo de orientación es adecuada, es decir, tienen un correcto manejo de la información del funcionamiento de la red asistencial. De igual forma, los agentes informantes establecidos como OIRS y SOME, realizan una óptima orientación, esto en conclusión de los resultados antes señalados, ya que hay un bajo porcentaje de respuestas insatisfactorias por parte de los usuarios encuestados.

A continuación, se presenta una tabla-resumen de los resultados, con el fin de inferir según cada variable, la elección del agente informante que realizan los usuarios, de acuerdo al porcentaje más predominante:

Tabla 38: Resumen Agentes Informantes

Variable		Guardia	OIRS	Usuario	SOME	OTROS
Sexo	Masculino	44%	29%	-	24%	-
	Femenino	49%	23%	2%	25%	2%
Edad	Adulto Joven	47%	16%	2%	36%	-
	Adulto Intermedio	41%	33%	2%	24%	-
	Adulto Mayor	54%	28%	-	12%	4%
Nivel Educativo	Básica Incompleta	58%	33%	-	-	8%
	Básica Completa	56%	19%	-	25%	-
	Media Incompleta	50%	22%	-	28%	-
	Media Completa	50%	21%	-	29%	-
	Técnica Superior	29%	46%	8%	13%	4%
	Profesional	47%	12%	-	41%	-
Tipo de Usuario	Urgencia Ambulatorio	47%	23%	1%	28%	1%
	Gine-Obstetra	17%	17%	17%	50%	-
	Pediátrico	100%	-	-	-	-

Crónico	49%	29%	-	18%	2%
Terminal	-	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto la variable **sexo**, quienes consultan más a los **guardias** son las mujeres con un 49%. Por su parte, según los resultados quienes más se dirigen más a la **OIRS** para recibir orientación, son los hombres con un 29% de estos. En cambio al agente informativo **Usuario**, solo el 2% de las mujeres declaro a este como su primer orientador en el sistema. Por otro lado, en la elección del **SOME**, son las mujeres que se dirigen más a este con un 25% de las encuestadas. Finalmente, solo el 2% de las mujeres son las que se dirigen a **OTROS** para recibir orientación respecto a la dudas de la atención de salud.

Por su parte, de acuerdo a la variable **edad**, son los Adultos Mayores con un 54% de estos, quienes acuden más a consultar a los **Guardias** de seguridad respecto a la atención de salud. En cuanto a la **OIRS**, quienes más consultan a esta son los Adultos Intermedios con un 33% de estos. En cambio, con un 2% cada uno, Adulto Joven y Adulto Intermedio, acuden más al agente informante Usuario para informarse respecto a la atención. Por otro lado, quienes prefieren como primer orientador al **SOME**, son los Adultos jóvenes con un 36% de estos. Finalmente, un 4% de los Adultos Mayores son los únicos que se dirigen a **Otros** para orientarse.

Respecto la variable **nivel educacional**, quienes seleccionan mayoritariamente el agente informante **Guardias** son usuarios con *enseñanza básica incompleta* con un 58%. Por su parte, son los usuarios *técnicos superiores* quienes son mayoría en la elección de la **OIRS** como el primer orientador. En cambio, un 8% de estos son los únicos que se dirigen a otro **Usuario** para informarse respecto a la atención de salud. Por otro lado, quienes más seleccionan el **SOME** como primer agente informativo son usuarios con *enseñanza profesional* con un 41% de estos.

Finalmente, en relación a la variable **tipo de usuario**, quienes acuden en mayor cantidad al agente informante **Guardias**, son los *usuarios pediátricos*. Por su parte, al agente **OIRS**, son los *usuarios crónicos* con un 29%. En cambio, al agente **Usuarios** son los usuarios Gine-Obstetra con un 17% y 50% de estos son mayoría en cuanto a la elección del **SOME**.

En conclusión a estos resultados, la elección de los usuarios está dividida, ya que no hay una tendencia tan marcada de selección de informantes formales o informales de salud, los resultados son equitativos entre un tipo de informante con otros. Si bien los guardias en general están en 1% arriba con respecto a la suma de la OIRS y SOME (49%), cabe destacar el

protagonismo de estos como uno de los principales orientadores de la red asistencial siendo que su rol es velar por la seguridad de los establecimientos, salen de su marco contractual y trabajan para un mejor flujo de los usuarios dentro de la red.

3) Análisis del tercer objetivo específico:

3° Objetivo Específico: Identificar y describir el proceso de referencia y contrarreferencia del Sistema Usuario en los Centros de Salud de la Red Asistencial del SSVSA.

Para efectos del análisis de este objetivo, es necesario esclarecer a modo general los conceptos claves del mismo. Por una parte y en relación al marco referencial, la *red asistencial* es un conjunto de establecimientos interconectados entre sí, los cuales se diferencian de acuerdo a su complejidad de atención. Por lo cual, cada institución tiene una cartera de servicios definida, de modo que, si un usuario es atendido en un centro de salud de baja complejidad y su sintomatología es de mayor complejidad, se derivaría al centro pertinente para su tratamiento. Este movimiento del usuario dentro de la red debe ser de forma segura y fluida. Para dicho efecto, la red asistencial cuenta con un mecanismo comunicativo y administrativo que vela por el óptimo flujo del usuario dentro de esta, este mecanismo es denominado proceso de referencia y contrarreferencia.

En este sentido, es preciso señalar que la referencia es entendida como *“la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un usuario derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio”*, y la Contrarreferencia *“es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al usuario al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso.”*

Por su parte, y de acuerdo al lineamiento que pretende alcanzar esta investigación, se dará énfasis en este análisis al proceso de referencia de la red asistencial, ya que este es clave para vislumbrar las rutas usuarias dentro del sistema, es decir, identificar como el usuario se relaciona y fluye entre un centro de salud y otro. En cambio, el proceso de contrarreferencia es una arista más compleja de estudiar en su totalidad, ya que se requiere de fuentes de información internas de los distintos establecimientos de salud como lo es la documentación clínica de los pacientes, por lo que esta será analizada solamente desde la perspectiva usuaria. Por su parte, el proceso

de referencia será analizado desde la perspectiva usuaria, y desde la perspectiva de los funcionarios de los centros de salud.

En primer lugar, en cuanto al *proceso de referencia*, este tiene su comienzo en la atención misma del usuario, en la relación médico-paciente, donde el primero estudia la sintomatología del paciente, lo que determina el grado de complejidad del problema de salud, y a su vez los factores externos a la situación, como lo es la cartera de servicios del centro donde es atendido el usuario. Si ésta última, no cumple con los requerimientos para satisfacer la necesidad sentida del usuario, el profesional toma la decisión de derivación del mismo a un establecimiento pertinente para su tratamiento, por lo tanto, el médico tratante es el primer orientador del usuario en este proceso de referencia.

"En la urgencia del hospital me trataron y luego para controlarme me derivaron a mi CESFAM más cercano para poder hacerme seguimiento de mi enfermedad ... yo no pensaba que un CESFAM podía ayudarme, si no fuera por el consejo del médico no hubiese venido jamás acá".

Silvia Rubio Soto, Usuario CESFAM Plaza Justicia.

De acuerdo a este fragmento de la entrevista aplicada a una usuaria de atención primaria, se puede vislumbrar en primer lugar que el proceso de referencia fue aplicado desde la atención de urgencia del hospital Carlos Van Buren a un centro de salud de atención primaria, con el fin de hacer un seguimiento y tratamiento del problema de salud. Y en segundo lugar, de acuerdo a la opinión de la entrevistada, ella recalca la importancia de la orientación médica en relación al cambio de centro de atención de salud. De modo que, la responsabilidad que tiene el profesional en cuanto a la correcta orientación que brinda al usuario es fundamental para que el proceso de referencia y contrarreferencia en la red sea el adecuado y satisfactorio para quien recibe los servicios.

Por otro lado, en el proceso de referencia después de que el profesional decide enviar al usuario a otro centro de salud para su atención, se generan ciertos problemas por parte de este último en relación a su correcta localización en el establecimiento que fue derivado, y se convierte en un usuario desorientado dentro del sistema.

"Los pacientes tampoco preguntan, yo les digo ustedes tienen que preguntar al doctor, o a la enfermera, si tienen dudas tienen que preguntarlo, ¿Dónde fue enviada mi interconsulta?"

Jacqueline Amigo Valenzuela, Funcionaria OIRS, CESFAM Jean y Marie Thierry

De acuerdo a este fragmento, relatado por una funcionaria de la OIRS, el problema de los usuarios desorientados en un proceso de referencia radica en la relación médico-paciente, ya que si el profesional no dio las indicaciones con claridad, el que tiene el deber de esclarecer la situación es el mismo usuario, y manifestar sus dudas respecto a dicho procedimiento. Es decir, se puede inferir que, una de las **causas de la desorientación usuaria** en un proceso de referencia es el *nivel comunicacional que hay entre el médico y el usuario del sistema de salud*.

Por otra parte, otra causa anexa a la anterior es el lugar donde está localizado el centro de salud, ya que la mayoría de los establecimientos de

"Las personas que vienen con más desorientación son las que vienen al consultorio que está acá al lado..."

Valeska Muñoz Martínez, Funcionaria OIRS, CESFAM Plaza Justicia.

salud colindan con otros y esto produce confusión en los usuarios derivados.

Así lo declara la administrativa de la OIRS de un centro de atención primaria de salud, la mayoría de usuarios desorientados se debe a que no se encuentran localizados en el lugar correcto, debido a la *ubicación de más de un centro de salud en el mismo sector territorial*.

Por otro lado, en cuanto a la **edad de los usuarios desorientados**, son los *adultos mayores* quienes presentan problemas en cuanto al encontrar el lugar correcto de atención en un proceso de referencia, Así lo clarifica el siguiente fragmento de la entrevista realizada a la funcionaria de OIRS.

"Pacientes de la tercera edad, ellos son lo que están más perdidos en cuanto a las horas, interconsultas..."

Jacqueline Amigo Valenzuela, Funcionaria OIRS, CESFAM Jean y Marie Thierry

Finalmente, los resultados obtenidos por la encuesta realizada a los usuarios de los centros de salud de la Red Asistencial del S.S.V.S.A. en cuanto al proceso de referencia y contrarreferencia se llegan a las siguientes conclusiones basadas en el siguiente gráfico:

Gráfico 7: Derivación de Usuarios por Interconsulta



Fuente: elaboración propia, 2017.

Proceso de Referencia y Contrarreferencia Pertinente: existe una adecuada derivación de un usuario desde un centro de salud de origen, comúnmente de menor complejidad (APS) a otro de mayor complejidad. Es un proceso administrativo expedito y eficiente, en el que se le informa correctamente al paciente la ruta que debe trazar, de modo tal que éste pueda identificar tanto la institución como el médico de destino que dará continuidad a un tratamiento de salud, o confirmará o hará descarte de una sospecha diagnóstica. Por otro lado, los canales comunicativos y administrativos son eficientes y eficaces cuando se derive al centro de salud que solicitó la referencia.

Así lo refleja el siguiente gráfico, en donde el 72% del total de los encuestados declara haber sido derivados de manera correcta de un centro de salud a otro, recibiendo la atención de salud correspondiente.

Proceso de Referencia y Contrarreferencia No Pertinente: existe una inadecuada derivación de parte del personal médico, ya que no corresponde con la necesidad de salud del usuario, por lo cual la posibilidad de diagnóstico y/o tratamiento se ralentiza considerablemente, lo que puede provocar que el usuario inicie un proceso de ensayo y error que también demora la atención de salud.

Según los datos cuantitativos en torno a esto, solamente el 8% del total de los encuestados declara que el mecanismo de referencia ha sido

Síntesis de los Resultados

Uno de los componentes de la ruta usuaria en la red asistencial es el proceso de referencia y contrarreferencia en los centros de salud. El primer proceso es el que determina cómo será la trayectoria del usuario que es deriva a otro dispositivo de salud, en el cual se presenta un problema común; la

desorientación usuaria. Esta tiene dos causas, el *nivel comunicacional que hay entre el médico y el usuario del sistema de salud y ubicación de más de un centro de salud en el mismo sector territorial*. La primera causa refiere netamente a la claridad de la información que brinda el médico al usuario en cuanto al proceso de derivación, si esta no es tal, el responsable de esclarecer la información es el usuario consultando sus dudas en el momento al profesional. En cambio, la segunda causa hace referencia a la confusión de los usuarios en la localización del lugar correcto de atención, debido a la existencia de más de un centro de salud en el mismo sector territorial. Además el rango etario de los usuarios desorientados más frecuentes en el proceso de referencia corresponde a adultos mayores.

Finalmente, el proceso de referencia y contrarreferencia en general en los centros de salud estudiados es positivo, ya que de acuerdo a las encuestas aplicadas el porcentaje mayor arrojó que fue un *proceso pertinente*, donde la información y el lugar de derivación fue clara debido a que la atención recibida fue en el lugar correcto y sin equivocaciones. En cambio, un número menor de los encuestados señaló que este *proceso no ha sido pertinente*, ya que no recibieron la atención en el centro de salud derivado.

4) Análisis del objetivo general:

Objetivo General: Conocer las Rutas Usuarías que se presentan en los Centros de Salud de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

El presente análisis pretende integrar cada uno de los tópicos centrales que fueron estudiados en cada objetivo específico, los cuales como se ha visualizado en su conjunto apuntan a develar cada uno de los elementos que confluyen al proceso de construcción de las rutas que seleccionan los usuarios en la Red del Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio. Por ende, es pertinente determinar cómo los factores biopsicosociales, sumado al conocimiento que poseen los usuarios respecto de las ofertas de salud y las derivaciones que el sistema efectúa, determinan distintos caminos hacia la adquisición de salud.

Por lo cual, para generar una abstracción que decante en la eficaz comprensión de este fenómeno, se utilizarán los referentes teóricos del Marketing en Salud, cuyos componentes son óptimos para ordenar y explicar progresivamente el comportamiento que tiene el usuario de salud desde que procesa y concientiza una determinada sintomatología, hasta que recibe prestaciones respecto de un determinado nivel de complejidad de salud.

En la medida que se vaya revelando los caminos, también se conocerán los actores externos que coparticipan en este proceso, los cuales se caracterizan por ser agentes orientadores en la búsqueda de adquisición de salud del usuario.

Finalmente, se podrá evaluar el comportamiento del usuario a partir de la eficacia e ineficacia en sus decisiones sanitarias, en función de que a la postre se puedan obtener conclusiones focalizadas que permitan otorgar tanto una respuesta diagnóstica como propuestas que permitan retroalimentar y mejorar el uso y manejo de la red, mediante el énfasis en los usuarios más desorientados del sistema.

Es así que, a continuación se presentará el modelo de construcción de rutas a partir de los referentes de la Mercadotecnia de Salud.

Proceso de Adquisición de Servicios Sanitarios Red SSVSA
1° Fase → Reconocimiento de una Necesidad: corresponde al factor biológico, el cual se caracteriza por la interacción entre una sintomatología específica de salud y el proceso de racionalización o concientización natural que efectúa el usuario para determinar el nivel de complejidad de su problemática de salud. Dependiendo de la intensidad, duración, frecuencia y localización del dolor, surge un determinado impulso en el usuario que lo sitúa en el siguiente paso.
2° Fase → Búsqueda de Información: es un proceso cognitivo de carácter psicosocial que se sienta sobre dos vertientes de información. Por un lado, se encuentran las referencias internas que apelan a las experiencias previas que haya tenido el usuario que evoca el recuerdo de un síntoma conocido y una percepción de calidad de una determinada oferta de salud. Por otro lado, se indagan referencias externas a través de las redes primarias como la familia, amistades y otros grupos, en pro de modelar cursos de acción que permitan satisfacer necesidades cuando no se tienen antecedentes respecto a dónde y

cómo acudir al momento que se presenta una afección de salud desconocida para el usuario.

3° Fase → Evaluación de Alternativas: es netamente un proceso mental, en el que el usuario baraja las distintas opciones a disposición para conectar efectivamente su necesidad sentida. De acuerdo a los resultados cuantitativos, se puede concluir que la mayor parte de la tasa de error en la elección de los centros de salud radica en este punto, ya que no concientizan efectivamente su problemática, otorgándole una gravedad que no corresponde, pues como se menciona en el siguiente relato los usuarios ante demandas de baja complejidad no asisten a los Centros de Salud más cercanos a su hogar cuando los tienen plenamente a disposición, prefiriendo así, esperar horas prolongadas de atención en el Hospital Carlos Van Buren.

Por lo general, todos los pacientes se dirigen acá a la UEA como punto central, pero acá se les trata de orientar en el sentido de que cuando no son urgencias graves que traten de ocupar los SAPUS, los CESFAM, también en este caso el SAR, donde también hay tiempo de espera pero no lo van a hacer esperar 6 o 7 horas como pasa acá, porque acá obviamente le darán la prioridad a aquellos que están con riesgo vital.

Ricardo Sáez Ramírez, Funcionario OIRS, U.E.A. Hospital Carlos Van Buren.

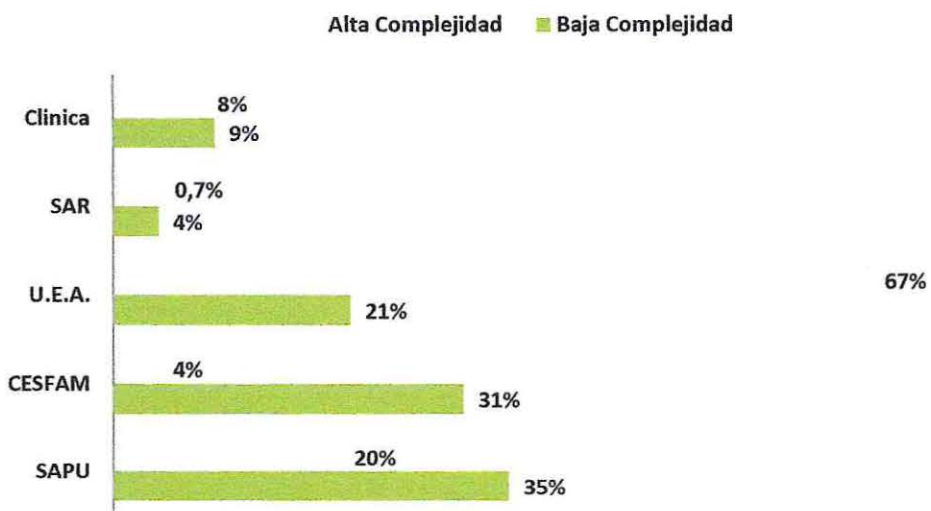
4° Fase → Decisión y Consumo de Salud (INPUT) hace alusión efectivamente a la selección que hace el usuario del centro de salud, la cual está determinada por el nivel de información que tiene respecto de las prestaciones que brindan los diversos centros de salud. En este sentido, la asertividad de la decisión de salud será producto del ser un usuario informado, y por el contrario un usuario desinformado no será asertivo en su decisión.

Según los datos empíricos obtenidos en torno al uso y manejo de información se puede establecer una relación directamente proporcional, puesto que se evidencia que a menor complejidad de una demanda de salud, menor es la asertividad en la elección del centro de salud respectivo, mientras que a mayor complejidad del nivel de salud más acierta el usuario su orientación de salud.

Así lo expresa el siguiente gráfico, donde representa la **realidad objetiva** de las decisiones de los usuarios en torno a la selección de los centro de salud.

Gráfico 8: Centros de salud elegidos según nivel de complejidad

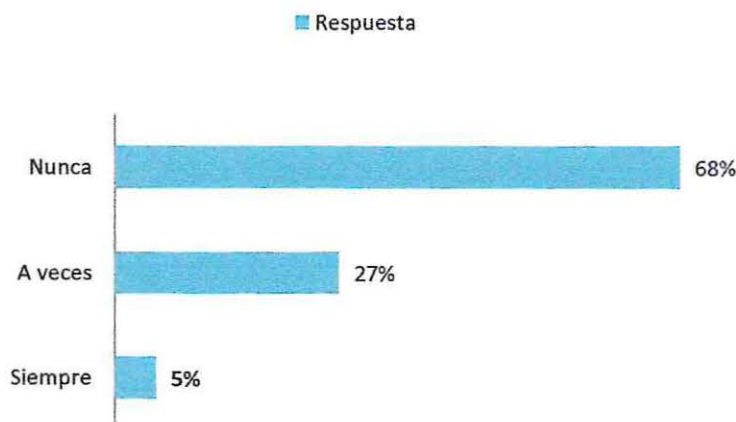
Selección del lugar de atención según nivel de complejidad



Fuente: elaboración propia, 2017.

En cambio la **realidad subjetiva** es netamente como se visualiza el usuario en cuanto a su localización, entendiendo esta como la ubicación del usuario en el centro de salud pertinente según el tipo y grado de complejidad sintomática, la cual puede ser correcta o incorrecta. De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación, más del cincuenta por ciento de la población declara nunca equivocarse en la selección del lugar de salud, lo que se puede inferir que la mayoría de los usuarios siempre están “correctamente localizados”, esto quiere decir que son asertivos en su decisión de consumo de salud, lo que de acuerdo a la realidad objetiva no es tal.

Gráfico 9: Percepción de Usuarios sobre elección de Centros de Salud



Fuente: elaboración propia, 2017.

En relación al gráfico existe un mínimo de porcentaje de acuerdo a la realidad subjetiva de los usuarios encuestados que se encuentra "incorrectamente localizados". Lo que de acuerdo a la realidad objetiva no es tal, ya que las decisiones que toman los usuarios en salud mayoritariamente no son asertivas en los casos de sintomatologías de baja complejidad, no así cuando existe mediana complejidad, la mayor parte de estos decide y selecciona el lugar correcto.

Por su parte, cuando existe baja asertividad en la decisión de salud y por ende una incorrecta localización usuaria, nace una problemática evidente, la "**desorientación usuaria**", si bien su presencia en los centros de salud se puede provocar por diversos factores, los usuarios desorientados toman las mismas medidas, consultar algún agente informante para que su decisión de consumo de salud se concrete. En este sentido, los agentes informantes son de carácter formal o informal; agente informantes establecidos por los centros de salud, o no establecidos, los cuales son escogidos por los usuarios de acuerdo a su experiencia y percepción. En este sentido, existe una relación proporcional en la selección de estos orientadores, ya que la mitad de los usuarios encuestados elige al guardia de seguridad como primer orientador en el centro de salud y la otra mitad de los usuarios recurre a los medios formales de orientación (SOME-OIRS) para informarse respecto a su atención. Si bien, los usuarios que seleccionan los medios formales para su orientación es una decisión asertiva al respecto, existe una alta satisfacción por parte de los usuarios que se dirigen a los agentes informantes no establecidos, porque en la mayor parte de los casos este soluciona sus dudas y los guía de manera óptima a la atención de salud.

Como se vio anteriormente, la desorientación usuaria se presenta antes de la atención médica producto de una inadecuada localización del usuario, pero también puede aparecer post atención médica, específicamente en un **proceso de referencia**. Este se produce cuando el centro de salud tiene una cartera de servicios que no es competente a lo que requiere el usuario de acuerdo a la complejidad sintomática que presenta, por ende, el médico tratante toma la decisión de derivar al usuario a otro centro asistencial adecuado a la necesidad del mismo. En este sentido, la desorientación usuaria se presenta en el trayecto entre el centro de salud de inicio hacia el otro centro de salud competente. Esta desorientación, de acuerdo a los resultados de la investigación, puede ser producto de dos factores, el nivel comunicacional que hay entre el médico y el usuario, y la ubicación de más de un centro de salud en el mismo sector territorial. El primer factor refiere netamente a la claridad de la información que le entrega el médico a su paciente respecto al lugar de atención donde debe dirigirse, y la

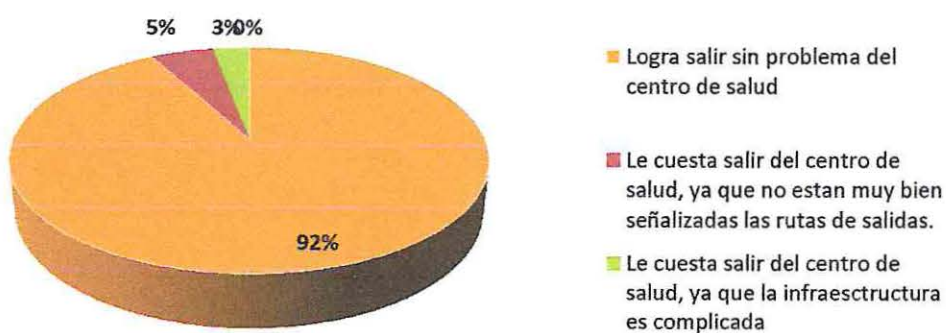
segunda es la confusión del usuario en la ubicación del lugar donde fue derivado debido a la instalación de más de un centro de salud en el mismo territorio.

Entonces se puede inferir que el usuario desorientado por proceso de referencia también es producto de una decisión de consumo de salud no asertiva, lo que provoco localizarse en el lugar incorrecto de salud, y por ende tuvo que ser derivado después de la atención médica a otro centro de salud correspondiente a su nivel de complejidad sintomática.

A raíz de todo lo anterior, se determina que el consumo de salud se concretiza cuando el usuario es atendido y satisfecho su necesidad sentida de salud, en el lugar correcto de atención sanitaria, acorde al tipo y grado de complejidad que atiende el servicio sanitario con la sintomatología del usuario,

5° Fase → Comportamiento Post-Atención de Salud (OUTPUT): es la última etapa que ejecuta el usuario dentro del centro de salud y corresponde a la experiencia adquirida luego de haber recibido algún tipo prestación de salud, aspecto que involucra la fluidez con que el usuario pueda salir del sistema y la pertinencia que puedan existir entre los canales comunicativos del establecimiento con éste. En este sentido, los resultados de la pregunta de la encuesta *luego de recibir atención de salud Usted:* se puede declarar que la mayor parte de los usuarios no tienen complicaciones en retirarse de los centros de salud, pues señalan que la infraestructura y la medios de comunicación que indican las rutas de salidas, son lo suficientemente comprensibles para poder movilizarse expeditamente dentro del sistema.

Gráfico 10: Ubicación de Usuarios al salir de Centros de Salud
Luego de recibir la atención de salud, Ud:



Fuente: elaboración propia, 2017.

Por otro lado, se puede constatar que los mismos usuarios perciben que los bajo niveles de información que poseen respecto de la utilización de la red asistencial de salud, provoca que sean ineficientes en el proceso de atención de salud, es

decir, en algún sentido se hacen responsable de la tardanza que puede haber en el proceso de búsqueda de atención.

Gráfico 11: Percepción Usuaría sobre la relación entre información y acceso a atención en salud

¿Cree Ud. que el usuario desinformado se tarda mucho más en conseguir atención médica?

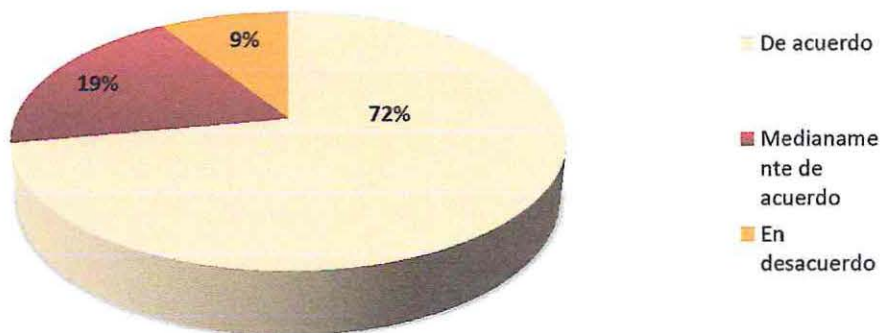


Fuente: elaboración propia, 2017.

Asimismo, el 72% de los encuestados indica que esta situación repercute directamente en su estado de satisfacción como usuario, es decir, la experiencia de salud se verá condicionada por cuán informado se encuentra el usuario respecto del uso y manejo de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. En contraste, el 19% de los encuestados refiere que esta condición no necesariamente refleja el grado de gratificación que pueda tener el usuario, ya que expresa que hay un grado de corresponsabilidad entre el usuario y la promoción eficiente de información que efectúa el servicio.

Gráfico 12: Percepción Usuaría respecto a pacientes desinformados

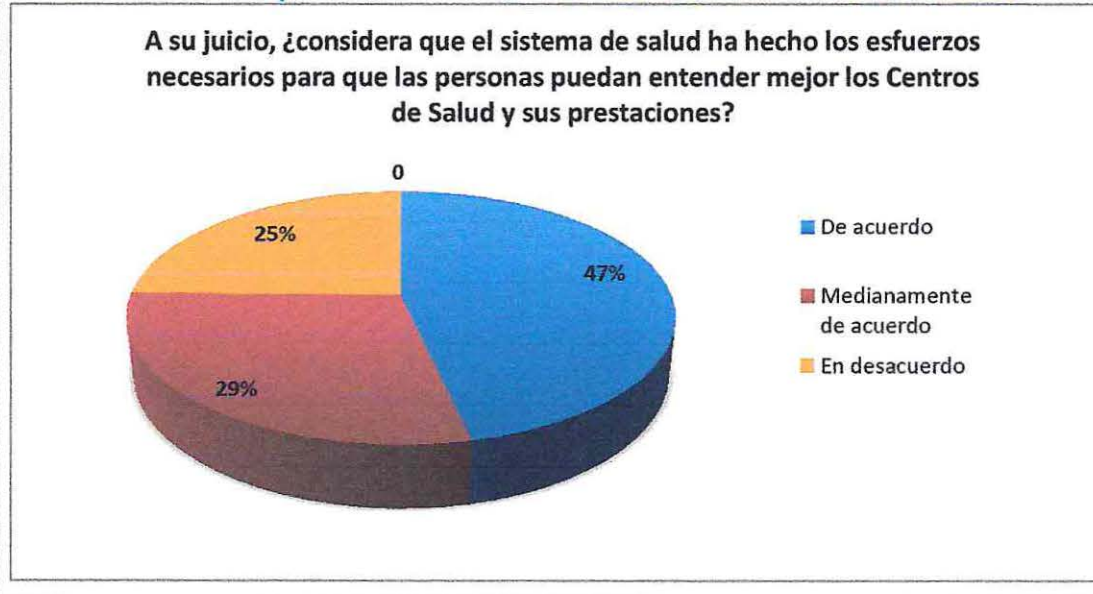
¿Cree Ud. que esta situación repercute en su satisfacción como usuario de salud?



Fuente: elaboración propia, 2017.

Finalmente, para vislumbrar esta corresponsabilidad que señala el usuario, los resultados del presente gráfico indican que el 47% de los usuarios están tan satisfechos con la masificación de información que permita entender las complejidades de salud y los centros de salud que intervienen cada una de ellas. Sin embargo, el 29% señala estar medianamente de acuerdo con esta situación. Finalmente tan solo un 25% refiere estar en desacuerdo, lo que en si representan resultados positivos para el servicio de salud Valparaíso- San Antonio.

Gráfico 13: Percepción Usuaría sobre labor informativa de los Centros de Salud



Rutas Usuarías construidas a partir de dos perspectivas de salud: *Biomédica y Biopsicosocial*

La Ruta Usuaría entendida como el trayecto o recorrido que realiza el sujeto de atención hacia la atención de salud, se puede construir por medio de dos concepciones antagónicas en esencia, por un lado se encuentra la *ruta usuaria biopsicosocial*, que es aquella que no se inicia necesariamente por la proliferación de determinados síntomas, sino que más bien surge a partir de la intención preventiva de controlar, pesquisar y fortalecer aspectos de la salud. Y por otro lado, se encuentra la *ruta usuaria biomédica*, la cual se caracteriza por ser reactiva, es decir, se inicia netamente cuando aparecen los síntomas de salud.

Asimismo, cabe destacar que pueden existir transiciones de una postura a otra, a partir de experiencias puntuales que provocan un cambio del paradigma. Así lo relata, una usuaria que no era participante de la Red Asistencial del SSVSA, y que por la gravedad de una sintomatología visceral,

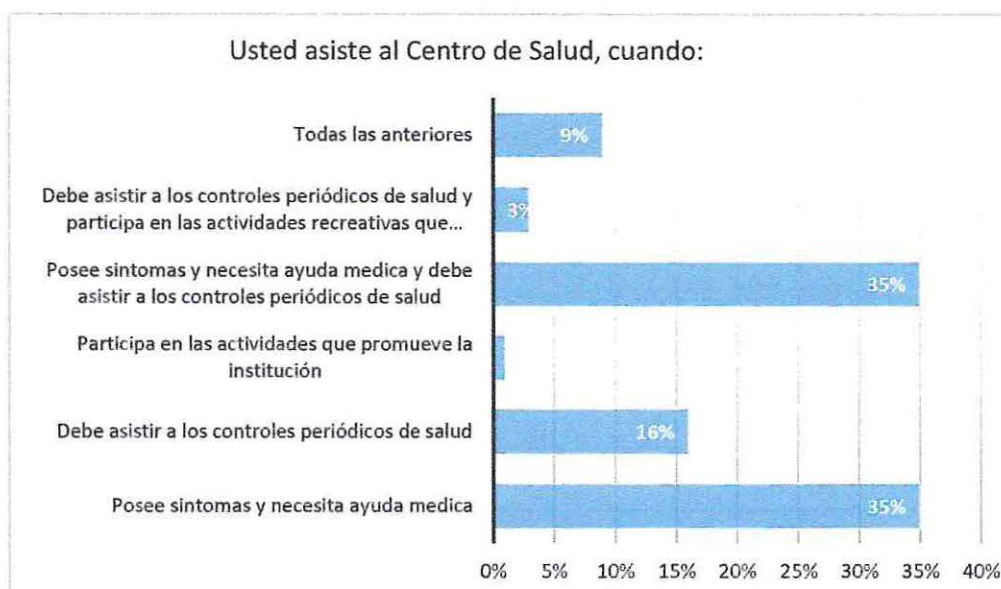
se dirigió a la U.E.A del Hospital Carlos Van Buren, la cual finalmente, luego de haber recibido prestaciones de salud, fue derivada al CESFAM más cercano a su domicilio con el objeto de tanto hacer un seguimiento-control de la enfermedad así como también, para que se beneficiara de las prestaciones preventivas de salud que ofertan estos centros de esta naturaleza.

“Ese día fue terrible, el dolor de colon era insoportable y frecuente, por lo que acudí, como te dije, a la UEA para ver si me podían atender de Urgencia, y así fue. Me trataron y luego para controlarme me derivaron a mi CESFAM más cercano para poder hacerme seguimiento de mi enfermedad...”

Silvia Rubio Soto. Usuaria CESFAM Plaza Justicia.

Para dar a conocer el enfoque de salud que tiene interiorizado los usuarios de la muestra, a continuación se presentan las respuestas de la pregunta *usted asiste del centro de salud, cuando:*

Gráfico 14: Motivos de consulta

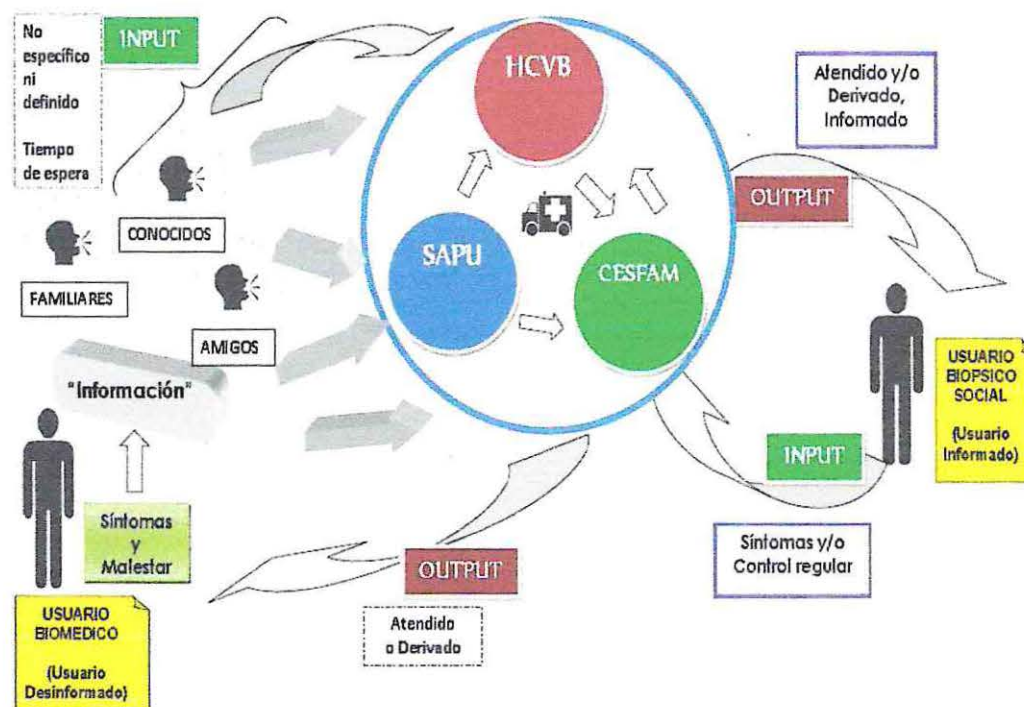


Fuente: elaboración propia, 2017.

Los resultados demuestran que existe una paridad de los dos grupos de mayor preponderancia, los cuales obtuvieron un 35%, situación que da cuenta finalmente de dos paradigmas enfrentados, por un lado se encuentra el paradigma biomédico asociado a los usuarios que respondieron que se dirigen a los centros de salud solamente cuando poseen síntomas y necesitan ayuda médica, mientras que por otro lado se encuentran el enfoque biopsicosocial, representado por aquellos usuarios que respondieron que asisten al centro de salud solo cuando deben asistir a los controles periódicos de salud. y/o cuando poseen síntomas.

Por lo cual, y en función de la construcción de la ruta usuaria, a partir de estos dos paradigmas de salud podemos constatar dos tipos de comportamientos de salud, los cuales se ven reflejados en el siguiente esquema:

Figura 9: Comparación de Ruta de utilización de la Red de Salud por parte de los Usuarios bajo las visiones Biomédica y Biopsicosocial

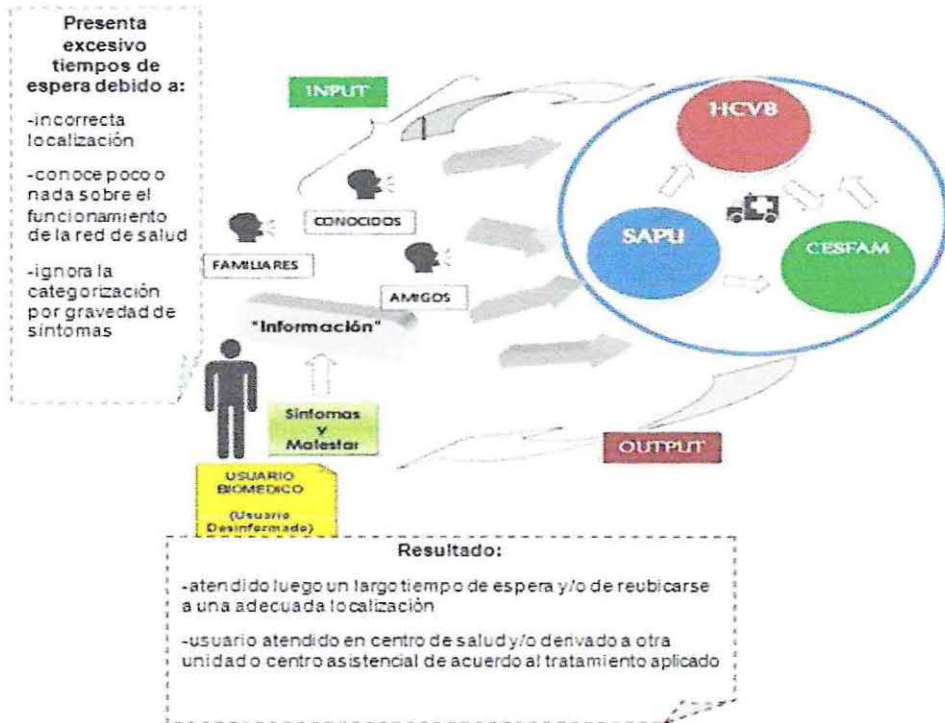


Fuente: elaboración propia, 2017.

Como se puede visualizar, la *ruta usuaria biopsicosocial* es más eficiente en la consecución de atención que la *ruta usuaria biomédica*, ya que además de concientizar efectivamente su necesidad de salud, estos tipos de usuarios poseen la suficiente información que le permite conectar su demanda con una cartera de servicios ad hoc a los centros respectivos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. En contraste, la *ruta usuaria biomédica* es más compleja, ya que aquellos que trazan esta trayectoria primero deben recurrir a diversos agentes informantes socioculturales (familia, amigos o conocidos) en función de generar una decisión de consumo de salud. Además, cabe destacar que cuando entran al sistema (input) naturalmente deben seguir el proceso de búsqueda de atención para poder dirigirse con el personal necesario que le entregará información. Asimismo, cuando las fuentes socioculturales no son pertinentes, la elección del centro por lo general será errónea, situación que genera nuevas derivaciones y terminan por un lado ralentizando el proceso de atención de salud y saturando la Red Asistencial.

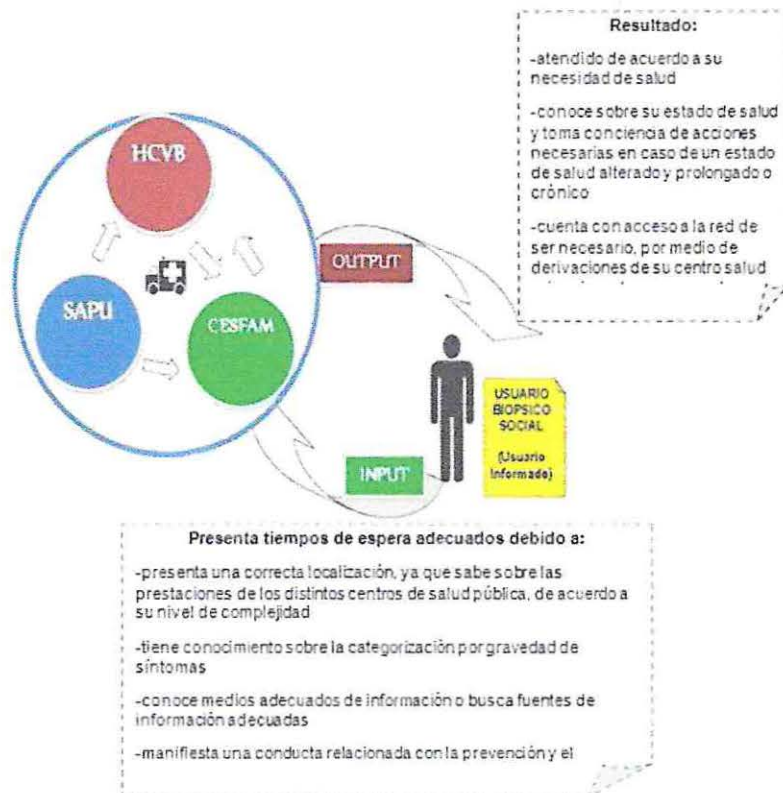
A modo ilustrativo, a continuación se individualizan estos dos tipos de rutas usuarias:

Figura 10: Ruta de utilización de la Red de Salud por parte de los Usuarios bajo la visión Biomédica



Fuente: elaboración propia, 2017.

Figura 11: Ruta de utilización de la Red de Salud por parte de los Usuarios bajo la visión Biopsicosocial



Fuente: elaboración propia, 2017.

Síntesis de las Rutas Usuarías

Las **rutas usuarias ideales**, es aquel modelo que permite cotejar otras trayectorias de salud, y corresponde lisa y llanamente a la visión biopsicosocial, pues los usuarios que más asimilan condiciones preventivas de salud presentan una mayor tasa de acierto en la elección de los centros de salud, asimismo, cabe destacar que este tipo de usuarios son quienes más poseen información, pues son sensible a los canales comunicacionales que el Servicio de Salud tiene con el ecosistema social, de manera tal que pueden retroalimentar constantemente sus niveles de información con el fin de hacer un mejor uso y manejo de la información ya incorporada en sus sistemas mentales.

Por otra parte, este tipo de usuarios se convierten en agentes informantes claves que permiten socializar información a sus grupos más cercanos de la sociedad, lo que para el sistema de salud, constituye un usuario positivo que coopera de manera mancomunada con el comportamiento eficaz que los usuarios deben tener al momento de definir determinadas rutas de salud.

Ruta Real

Como se ha podido visualizar a lo largo del estudio, se pueden manifestar dos tipos de rutas en relación del comportamiento eficaz e ineficaz que presenta el usuario respecto de dos niveles de complejidad de salud.

En cuanto a las rutas usuarias trazadas a partir de una **baja complejidad**, se puede señalar que existe un deficiente comportamiento del usuario en cuanto a la categorización de la gravedad de la sintomatología, la decisión y consumo de salud. Los usuarios que componen esta ruta, la mayor parte de ellos corresponde a la población *femenina en la etapa adulta intermedia, con enseñanza básica incompleta y tipo usuario crónico*

Sin embargo, aquella población que presenta más asertividad en la selección del centro de salud *corresponde a los usuarios masculinos en la etapa adulto joven, con enseñanza media incompleta y tipo de usuario urgencia ambulatorio.*

Por otro lado las rutas usuarias trazadas a partir de una **mediana complejidad**, presentan un comportamiento más eficaz que el anterior, puesto que categorizan efectivamente los signos, la decisión y consumo de salud. Los usuarios que componen esta ruta, la mayor parte de ellos

corresponden a la población *femenina, en la etapa adulto joven, con enseñanza media completa y tipo de usuario pediátrico.*

Sin embargo, aquella población que presenta más deficiencias corresponden a los usuarios *masculinos en la etapa adulta mayor, con enseñanza básica completa y tipo usuario crónico.*

DIAGNÓSTICO Y OPORTUNIDADES

Como se pudo evidenciar en la investigación desarrollada sobre la Ruta Usuaría en la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, se pudo vislumbrar que en dicha ruta existe un problema evidente, el cual es:

“el usuario que padece una afección sintomática de baja complejidad presenta una baja asertividad para seleccionar el centro de salud adecuado para su tratamiento.”

Dicha problemática a su vez surge a raíz de un problema subyacente, el cual se define como ***“el deficiente manejo de la información respecto del funcionamiento real de la Red Asistencial por parte de los usuarios”***.

En base a los resultados obtenidos de la investigación, se observa que en la atención de baja complejidad, de las personas consultadas, la población femenina en la etapa adulta intermedia con enseñanza básica incompleta y de tipo usuario crónico no logró identificar su necesidad de atención sanitaria con el adecuado centro asistencial.

Frente a este panorama, las oportunidades de intervención son múltiples, poniendo el énfasis en la atención primaria como lugar de resolución de las necesidades de salud de usuarios que presenten cuadros sintomáticos de baja complejidad. Los esfuerzos y recursos deben dirigirse a clarificar la información relativa al buen uso de la Red Asistencial de este tipo de usuarios, pensando en captar la comprensión de todos, incluyendo a los de baja escolaridad o los que tengan poca experiencia en cuanto al uso de la Red Asistencial. Por ende la difusión ha de ser atractiva, relevante y amigable en cuanto al lenguaje (evitar difundir utilizando las codificaciones propias del personal de salud).

También es importante dar a conocer los tipos de centros existentes en el territorio y el tipo de prestaciones que estas ofrecen, de modo que los usuarios tengan claridad de las opciones que tienen para recibir atenciones en salud. Es importante reforzar la idea de utilizar los servicios de baja complejidad para las atenciones más simples y generales, así lograrán ejecutar una ruta usuaria más eficiente.

En el contexto de Valparaíso, es importante dar a conocer la labor que realiza el Servicio de Alta Resolutividad (SAR), realizando atenciones que contribuyen a disminuir los tiempos de espera para recibir atención y en definitiva a la descongestión del nivel secundario de atención.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES METODOLÓGICAS

La temática abordada en la investigación se centra en el conocimiento de las Rutas Usuarías presentes en la utilización de los Centros de Salud de la Red Asistencial del SSVA, de la cual existe una carencia en cuanto a estudios que pudieran dar cuenta de tal temática desde un enfoque social.

Por ello se define en primer lugar abordar al sistema Usuario por medio de una investigación que recogiera información respecto a cómo este utiliza la Red Asistencial, que factores inciden en la toma de decisiones en la utilización de la misma. Junto a ello se considera el uso y manejo de información respecto a la Red Asistencial que tenga el Usuario, lo cual le permite orientarse y acceder a servicios sanitarios.

En segundo lugar, para poder tener una visión más integrada de este fenómeno social, se estimó integrar el punto de vista sobre este asunto desde las instituciones de salud, para ello se integra a Guardias y Funcionarios OIRS.

Tomando en cuenta lo anterior, se consideró desarrollar un proyecto de investigación de carácter *Exploratorio-Descriptivo*, lo cual responde por un lado a conocer este fenómeno que se presenta como novedoso, y por otro a lograr obtener información que permita establecer una descripción de lo investigado y poder caracterizarlo, de modo que se pueda lograr una base para seguir indagándose por medio de investigaciones posteriores.

Además del carácter *Exploratorio-Descriptivo* de la investigación, se definió que era valioso desarrollar un trabajo de tipo *Mixto*, ya que se obtendrían datos cuantitativos por medio de la aplicación de *encuestas* a los usuarios, y se captarían valoraciones de carácter cualitativo por medio del desarrollo de *entrevistas semi-estructuradas* a los actores involucrados. Este cruce permite finalmente una mayor profundidad para el análisis del fenómeno en estudio.

De acuerdo al enfoque *Mixto* (“*cuanti-cuali*”) de la investigación, el diseño de muestreo se estimó como *No Probabilístico*, ya que se adaptaba al carácter exploratorio que se está trabajando. Además, considerando la amplia población de usuarios de la Red Asistencial del SSVA, se estimó tomar una *muestra por cuota o a conveniencia*, ya que la finalidad no era ahondar en la representatividad estadística, sino en profundizar en los datos y que estos arrojen luces a partir del adecuado abordaje de la temática.

Las conveniencias que ofrece este marco metodológico fueron varias, en primer lugar la adaptabilidad que presentó frente al abordaje de la temática, considerando que se trabajó en tres diversos centros de salud pública, en dos niveles distintos de complejidad y con distinto flujo de público usuario. También otra fue la posibilidad de determinar una muestra que fuera conveniente con razón de lograr el objetivo y no tener que invertir diversos recursos en lograr capturar una muestra muy grande que justificara la representación de los datos. Otra ventaja es que el planteamiento de los instrumentos generados para la obtención de los datos permitió un posterior análisis integrado en base a temáticas focales dentro de la temática central (*uso de la Red Asistencial*), lo cual dio las bases para elaborar un análisis integrado entre lo cuantitativo y lo cualitativo.

Si se habla de desventajas, es que con este modelo metodológico los resultados obtenidos y los análisis desarrollados, por muy coherentes que resulten, no son representativos de la realidad, sino que son solo un indicador de carácter iluminativo de esta (se aproxima a la realidad, pero no es del todo concluyente frente a esta).

Finalmente, se concluye en este ámbito que las oportunidades de esta metodología se condicen con la posibilidad de levantar investigaciones base para posteriormente elaborar diagnósticos o estudios focalizados en aspectos de lo inicialmente descubierto, propendiendo a la generación de mejorar en cuanto a conocimientos, procesos y funcionamiento de gestiones institucionales de alta complejidad.

CONCLUSIONES TEMÁTICAS

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de esta investigación, se estima que en la muestra de usuarios encuestados hubo relación entre los diversos factores estudiados por medio de los objetivos específicos.

En cuanto a los factores biopsicosociales que influyen en el usuario para la elección de una ruta dentro de la Red Asistencial del SSVSA, en términos biológicos, se observa la percepción de los usuarios a partir de un juicio propio sobre la gravedad de su cuadro sintomático, lo que es el primer paso para tomar la iniciativa de recurrir a algún centro de salud y poder atender su situación. Desde lo psicológico, el usuario toma en cuenta la gravedad de su malestar, y junto a esto considera la información con la que cuenta en base a experiencias propias que haya tenido previamente en cuanto a recurrir a recibir atención en salud por síntomas similares a modo de parámetro de

comparación (lo que se denomina *búsqueda interna*), también considera variables para elegir un centro de salud para atenderse, como la seguridad de atención y el tiempo de espera. En cuanto a lo biopsicosocial, se nutre a partir de la información que puede obtener de su núcleo cercano (*familia*), y los demás componentes de una red de apoyo o participación social (*agrupaciones, iglesias, clubes, etc.*), de modo que pueda obtener una información más completa para poder acceder a un lugar donde efectivamente puedan atender su problema de salud. En estos ámbitos se consideran igualmente la existencia de los atributos del usuario (características propias como *la edad, sexo, nivel educacional, etc.*) y si este posee una cultura sanitaria (relación y conocimiento con la Red Asistencial), para poder definir una decisión respecto a la Ruta a utilizar.

Respecto al uso adecuado de la Red Asistencial, los usuarios demuestran variados niveles de manejo de información. Esto se grafica en el hecho de conocer la oferta de prestaciones de los centros que componen la Red y a su vez en la adecuada relación que establece entre esto y la necesidad de salud presente. Otro punto importante aquí es la consideración que frente a la denominada *desorientación usuaria*, no saber cuál centro de salud es el adecuado de acuerdo a su situación de salud. Frente a ello, las personas recurren a *agentes informantes*, los que pueden ser establecidos (OIRS y SOME) o no establecidos (Guardias y otros usuarios del sistema). Bajo esto, si se toma un ejemplo, los usuarios presentan mayormente errores en la elección de un centro de salud al presentar situaciones de salud de baja complejidad, yendo a centros de mediana y alta complejidad, cayendo en la denominada *desorientación usuaria*; el problema radica en el sistema Usuario, no desde los informantes.

Por último, se observa a través de la investigación el proceso de referencia y contrarreferencia, y de cómo el usuario se ve involucrado en este. El proceso básicamente trata respecto como el paciente es derivado de un centro de salud a otro, probablemente de mayor complejidad (*referencia*), a su vez de cómo el usuario vuelve al centro de origen o se deriva a otro que realice continuidad de atención del caso (*contrarreferencia*). A partir de esto, se pueden generar dos situaciones, una donde la derivación sea correcta y no halla inconvenientes en cuanto al tránsito del usuario dentro de la red (*proceso de referencia pertinente*), y la otra situación, es cuando se deriva equivocadamente al usuario o se entrega información errónea (*proceso de referencia no pertinente*), lo que desemboca en un proceso de ensayo y error del usuario mientras circula en el interior de la Red Asistencial, y finalmente termina en la denominada *desorientación usuaria*.

La aplicación de los instrumentos de investigación arrojó que los usuarios consultados presentaron pocos casos de referencia no pertinente, estos básicamente se debieron a que los profesionales que realizaron la atención de salud no informaron adecuadamente respecto al proceso de referencia (*los pasos a seguir en el proceso de atención, o indican mal una dirección de un centro asistencial, etc.*), o bien los usuarios no indagaron en mayor información respecto del proceso (*falta de proactividad o de cultura sanitaria*) y así evitar errores al llevar adelante el proceso de circulación dentro de la red.

CONCLUSIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

En el contexto de la salud pública, el Trabajo Social se desarrolla dentro de un espacio importante en el quehacer del funcionamiento del sistema, ya que desde los distintos centros de atención sanitaria trabaja en variados niveles de intervención, lo cual le permite tener acceso a un amplio universo de usuarios, tanto a nivel individual/nuclear como colectivo, y a su vez lograr un conocimiento cercano respecto de la realidad concreta de la relación de estos con el sistema de salud pública.

Así mismo, dentro de sus funciones en el sistema de salud, está la implementación de políticas públicas del área en cuestión, la aplicación de la diversa oferta de programas de promoción y prevención en salud, la asistencia de casos que presenten carencias materiales o de falta de acceso a la red de salud, entre otras acciones, lo cual desemboca en una intervención integral en favor de los usuarios. A partir de esto se entiende el rol educador del Trabajador Social en el sistema de salud, que contempla la entrega de información clave, actualizada y fiable al usuario, de modo que este último pueda desarrollarse en un buen proceso de acceso y atención en la red de salud y a su vez pueda empoderarse para tener un mayor control y autonomía respecto de su propia salud.

Considerando lo anterior, es que se puede afirmar en primer lugar que el Trabajador Social, desde su rol educador y relacionado plenamente en la promoción y prevención en salud, está llamado a ser una agente de cambio significativo en la actual dinámica de interacción entre usuarios y establecimientos sanitarios. Los grados de desinformación por parte de usuarios, la oferta de los diversos servicios sanitarios y la saturación de los servicios de urgencia, demandan que por una parte se hagan los esfuerzos en mejorar la gestión y manejo de recursos desde la red asistencial, y por otra parte se deba incidir la acción de los usuarios para que puedan hacer un mejor uso de la red asistencial, por medio de acciones que propendan a

generar un mayor conocimiento de esta, dar a conocer la cartera de prestaciones que efectivamente ofrezcan los diversos centros de salud a la población, contribuir a que haya más conocimiento en cuanto a derechos y obligaciones de los usuarios del sistema público de salud.

Esto por medio de acciones que propendan a que los usuarios tengan un mayor grado de conocimiento efectivo de la red asistencial, mayor integración en diversas instancias de participación comunitaria emanada desde los centros de atención primaria, y tiendan a una visión preventiva de su propia salud, como un potenciador de mejoría en la calidad de vida.

En segundo término, se debe mencionar que el Trabajador Social dentro de la red de salud es gestor, ya que por su propia formación profesional cuenta con una mirada integral de la realidad social, entendiendo los requerimientos de la población usuaria y también los aciertos y fallas del sistema público de salud, y ve oportunidades de mejora de los procesos de interacción entre entes participantes, en este caso Sistema Usuario y Sistema Red Asistencial. A su vez, posee las habilidades para el trabajo interdisciplinario, pudiendo liderar procesos y realizar la integración entre las aportaciones de los diversos profesionales que componen estos equipos de trabajo. Y como el Trabajador Social no está plenamente centrado en la aplicación de procedimientos clínicos puramente, está posicionado en un lugar que le permite ser un interlocutor válido tanto para usuarios como para los profesionales y personal de salud. De allí, que junto con su rol educador, puede ser un agente clave a la hora de entregar a la población usuaria la información en un lenguaje y formato que resulte comprensible y amigable, de modo que la suma de acciones puntuales también resulte de ayuda al proceso general de atención sanitaria. Generar diversas iniciativas, y a su vez gestionar los recursos necesarios para estas, que puedan traducir temas puntuales como la categorización de atenciones en salud (codificada de C1 a C5 según la gravedad presente en el usuario), podrá beneficiar a las personas que finalmente serán quienes hagan uso responsable de las prestaciones de salud, apuntando a que lo hagan en los lugares indicados según los síntomas que presenten, y que puedan entender cómo funciona efectivamente el proceso de atención.

Por último, destacar que en la actual estructuración del sistema público de salud, el Trabajador Social presenta un rol diagnóstico, quiere decir que junto con evaluar los diversos casos en el plano socioeconómico, realiza acciones que apuntan a la concientización de los usuarios, pudiendo orientar respecto de lo fundamental que es la atención preventiva en salud. El hacer hincapié en este enfoque apunta al mejoramiento de la salud individual como familiar,

ya que la meta en este punto es que las personas puedan vincularse con los centros de atención primaria en salud para llevar a cabo controles preventivos a lo largo del ciclo vital, de manera que las personas puedan tener un manejo responsable de su salud, desarrollen una cultura de autocuidado, y por consecuencia, puedan potencialmente ser buenos informantes para su círculo cercano de personas.

El remarcar a los usuarios la idea de que los controles preventivos (EMPA, EFAM, otros) son parte de los derechos de los usuarios, llevará a que la realización de una pesquisa temprana pueda ofrecer más alternativas de tratamiento anticipado en caso de presentar signos del posible desarrollo de alguna patología o cuadro clínico. Esta misma idea, de incrementarse en los usuarios, permitiría disminuir tasas de prevalencia de algunas patologías en la población y un menor gasto de recursos en tratamientos de intervención y/o de carácter paliativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Blackwell, R. D. **"Comportamiento del consumidor."** 9° Edición. Editorial Thompson. México. 2011.
- Díaz Llanes, G. **"La salud desde una perspectiva sistémica."** ENSAP. 2004.
- Gnecco Tassara, G. **"Hacia la Elaboración de un Programa de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad"** Santiago de Chile. Unidad de Calidad y Normas Minsal. Módulo No 6 (35). Mayo de 1995
- Kotler, P.; Armstrong, G. **"Fundamentos del Marketing."** 6° Edición, Prentice Hall Editores. México. 2003.
- Krause, M. **"La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos"** en Revista de Temas de Educación. 7° Edición. 1995
- León, J.; Olabarría, E. **Conducta del consumidor y marketing.** Ed. Deusto. Bilbao, España. 1991.
- Pezoa G., M. **"Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores. Informe Global."** Santiago de Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo: Superintendencia de Salud. 2013.
- Priego-Álvarez; H. **"El proceso de compra en productos sanitarios"** en *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México. 1996.
- Salinas Avilés, D. **¿A cuántos y a quiénes preguntar? : una aproximación al muestreo cuantitativo y cualitativo en investigación social y educacional.** Ediciones Universitarias de Valparaíso, Chile. 2010.
- Vidal Ledo, M.J.; Obregón Martín, M.; Gálvez González, A.M; Morales Valera, A.; Gómez de Haz, H.; Quesada Espinosa, F. **"La Salud Pública: Sistema complejo"** en Año 53 de la Revolución. La Habana, 11 de Noviembre de 2011
- Zaltman, G. **"Cómo Piensan los Consumidores."** Empresa Activa Editores. 2004.

LINKOGRAFÍA

- **"Apuntes Redes en Salud, Documento de trabajo Dra. María Inés Gómez B."**
http://rillo.educsalud.cl/Capac_Gestion_BecadosFOREAPS/EXTRACTO%20%20APUNTES%20%20REDES%20EN%20SALUD.pdf,
Revisado en Mayo 2016.
- **Constitución Política de la República de Chile, Artículo 9°, Capítulo III**

“De los Derechos y Deberes Constitucionales, reconoce el derecho a la protección de salud” http://www.senado.cl/capitulo-iii-de-los-derechos-y-deberes-constitucionales/prontus_senado/2012-01-16/093413.html

- **“Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 25”**
<http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- **“Nuevo Postnatal”** <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/8647>
- **“Organigrama SSVSA”**: Sitio web Institucional <http://www.ssvsa.cl/>
- Programa **“Chile Crece Contigo”** <http://www.crececontigo.cl/>
- Programa **“Elige Vivir Sano”** <http://eligevivirsano.gob.cl/>
- **“Redes Asistenciales integradas de Salud”**
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/b64310d5aaf0070ce04001016401488f.pdf>
, Revisado en mayo 2016.
- **“Salud Responde”** <http://web.minsal.cl/salud-responde>
- **“Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones 2013/2050”**
http://www.dipres.gob.cl/594/articulos-117505_doc_pdf.pdf, año 2013,
Revisado en mes de Junio 2016.
- **“Teoría General de Sistemas”**
<http://www.monografias.com/trabajos11/teosis/teosis2.shtm>
- **“Teoría de Sistemas de Bertalanffy”**
http://www.cime.cl/archivos/ILI260/4958_tgsbertalanffy.pdf

INDICE DE ILUSTRACIONES

Cuadro 1: Identificación de la Institución	5
Cuadro 2: Dirección de las Instituciones.....	20
Cuadro 3: Descripción de las Instituciones: Nivel, Misión, Visión	21
Cuadro 4: Prevención y Promoción	34
Cuadro 5: Situación Actual de Redes Asistenciales.....	36
Cuadro 6: Cuadro Operacional de las Variables	52
Cuadro 7: Comparativa entre perspectivas biomédica y biopsicosocial	60
Cuadro 8: Comparativa de comportamiento usuario en Salud Pública.....	62
Figura 1: Organigrama SSVSA.	16
Figura 2: Esquema resumido de la institucionalidad del Sistema de Salud en Chile	27
Figura 3: Niveles de atención en Salud Pública.....	31
Figura 4: Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario	33
Figura 5: Carta de los Derechos y Deberes de los Pacientes en Salud.....	39
Figura 6: Usuarios que utilizan el Sistema.	51
Figura 7: Proceso de adquisición de productos sanitarios	56
Figura 8: Clasificación del Dolor.....	86
Figura 9: Comparación de Ruta de utilización de la Red de Salud por parte de los Usuarios bajo las visiones Biomédica y Biopsicosocial	142
Figura 10: Ruta de utilización de la Red de Salud por parte de los Usuarios bajo la visión Biomédica	143

Figura 11: Ruta de utilización de la Red de Salud por parte de los Usuarios bajo la visión Biopsicosocial.....	143
Gráfico 1: Conocimiento de Usuarios sobre CESFAM sectorial	99
Gráfico 2: Usuarios inscritos en CESFAM sectorial	99
Gráfico 3: Elección de Centro de Salud por causa de Baja complejidad.....	100
Gráfico 4: Elección de Centro de Salud por causa de Mediana complejidad	101
Gráfico 5: Equivocación de lugar de atención	109
Gráfico 6: Búsqueda de información por parte de los Usuarios.....	116
Gráfico 7: Derivación de Usuarios por Interconsulta.....	132
Gráfico 8: Centros de salud elegidos según nivel de complejidad.....	136
Gráfico 9: Percepción de Usuarios sobre elección de Centros de Salud	136
Gráfico 10: Ubicación de Usuarios al salir de Centros de Salud	138
Gráfico 12: Percepción Usuaría respecto a pacientes desinformados	139
Gráfico 13: Percepción Usuaría sobre labor informativa de los Centros de Salud	140
Gráfico 11: Percepción Usuaría sobre la relación entre información y acceso a atención en salud.....	139
Gráfico 14: Motivos de consulta	141
Tabla 1: Caracterización General Usuaría	81
Tabla 2: Caracterización Usuaría - CESFAM Jean y Marie Thierry	82
Tabla 3: Caracterización Usuaría- CESFAM Plaza Justicia	83
Tabla 4: Caracterización Usuaría- Unidad de Emergencia Adulto, HCVB	84
Tabla 5: Selección de SAPU para atención por gripe	88
Tabla 6: Selección de CESFAM para atención por gripe	89
Tabla 7: Selección de U.E.A. para atención por gripe	89
Tabla 8: Selección de SAR para atención por gripe.....	90
Tabla 9: Selección de CLINICA para atención por gripe	90
Tabla 10: Selección de SAPU para atención de fractura de tobillo.....	91
Tabla 11: Selección de CESFAM para atención de fractura de tobillo	91
Tabla 12: Selección de U.E.A. para atención de fractura de tobillo.....	92
Tabla 13: Selección de SAR para atención de fractura de tobillo	92
Tabla 14: Selección de CLINICA para atención de fractura de tobillo.....	92
Tabla 15: Recomendación familiar a los usuarios.....	94
Tabla 16: Lectura de información por parte de usuarios.....	95
Tabla 17 Baja complejidad (Gripe-Sexo)	102
Tabla 18 Baja complejidad (Gripe-Grupo Etario).....	103
Tabla 19 Baja complejidad (Gripe-Nivel Educativo)	104
Tabla 20: Baja complejidad (Gripe-Tipo de Usuario)	106
Tabla 21: Mediana complejidad (Fractura Tobillo-Sexo)	106
Tabla 22: Mediana complejidad (Fractura Tobillo-Rango Etario)	107
Tabla 23: Mediana complejidad (Fractura Tobillo-Nivel Educativo)	107
Tabla 24: Mediana complejidad (Fractura Tobillo-Tipo de Usuario)	108
Tabla 25: Sexo-Localización Usuaría	111
Tabla 26: Edad Usuaría-Localización Usuaría.....	111
Tabla 27: Nivel Educativo-Localización Usuaría	112
Tabla 28: Tipo Usuario-Localización Usuaría	113
Tabla 29: Después de realizar la consulta de atención.....	117
Tabla 30: Agentes Informantes-Sexo	118
Tabla 31: Agentes informantes-Edad.....	118
Tabla 32: Agentes informantes- Nivel educativo	119
Tabla 33: Agentes informantes-Tipo de Usuario	120

Tabla 34: Relación entre Nivel de complejidad y asertividad de salud	122
Tabla 35: Resumen Alta y Baja Complejidad.....	123
Tabla 36: Resumen Localización Usuaría	124
Tabla 37: Resumen Usuarios Medianamente Informados	126
Tabla 38: Resumen Agentes Informantes.....	127

ANEXOS:

Entrevistas a Usuarios, Funcionarios OIRS y Guardias.

ENTREVISTA A USUARIO, UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO, HCVB.	
Entrevistador	Usuario
¿Podría decir su nombre, edad, ocupación, estado civil, nivel educacional y previsión de salud?	<i>Mario Riquelme Fernandini, tengo 46 años , soy Jefe de patio Soltero, en educación soy técnico superior, y previsión próvida</i>
Durante los dos últimos años, ¿podría mencionar cuántas veces al año se atiende en los siguientes centros de salud: Urgencia Hospital Carlos Van Buren, CESFAM Jean y Marie Thierry y/o CESFAM Plaza Justicia?	<i>Bueno, yo me atiendo alrededor de seis veces al año aquí en urgencia.</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿a quién acude primero cuando se siente enfermo? ¿Por qué?	<i>Bueno, yo acudo a la atención pública que está cerca de mi domicilio que vendría siendo el SAPU, ahí es donde me atiendo en un principio.</i>
De acuerdo a su problema de salud, ¿por qué pensó que este centro de salud le podía ayudar?	<i>Porque, si bien no estoy conforme al cien por ciento de las atenciones, que son públicas en este caso, me han ayudado porque son temas sin mayor envergadura, son temas livianitos, que no son tan graves.</i>
¿Podría relatar su trayecto desde el momento que decidió venir al centro de salud hasta que la atendieron?	<i>Primero que nada, trato de averiguar donde dan la información, piden presentar tus papeles y te hacen esperar, y eso es relativo depende del flujo de personas que hayan te atiende, ya que puede pasar media hora y te atienden o cómo pueden pasar cinco horas y te llaman para atenderse, y eso. Ya después que te atienden, uno no siempre sale conforme con la atención pública porque, primero, el genio de la gente que atiende es como si te estuvieran haciendo un favor y eso es el trabajo de cada cual, y posteriormente a eso dependen de las prioridades que tenga, digamos en este caso, el centro hospitalario, ya que es por gravedad, si hay gente más grave los atienden primero o personas de tercera edad, hay veces que el tema se forma un desorden, pero eso sería.</i>
De acuerdo a su experiencia ¿Usted se ha perdido dentro de los centros de salud? Si es así ¿podría relatar esa situación y cuáles fueron los motivos por los cuales usted cree se perdió?	<i>Si, una vez me derivaron a un piso para atenderme y después no pude salir porque las señaléticas no son claras que me indicarán cómo salir del establecimiento, tuve que preguntarle a una y otra persona.</i>
Entonces en este caso de la desorientación radica más en las señaléticas e infraestructura...	<i>Claro, más que eso, la parte de la información que da la gente del sistema, aunque también va en un tema cultural de las mismas personas, porque primeramente la gente se informa poco, y posterior a eso, los que están encargados de dar las directrices para este tema no lo hacen bien, entonces por ahí va el asunto.</i>
De acuerdo a su experiencia ¿Cuáles son las soluciones que usted realiza para orientarse cuando se siente perdido?	<i>Para mí la solución es preguntar, a la persona que tenga más cerca, ya sea usuario o sea gente del mismo hospital, guardias, enfermero, al que pille más cerca.</i>
En su trayecto, ¿usted visualizó	<i>Sí, me gusta leer mucho la información que se encuentra en</i>

la información entregada en los letreros?	<i>los murales del hospital y todo eso, pero como te comentaba, te mandan a un lado y después de eso no te siguen orientando, al final es pérdida de tiempo muchas veces. Un ejemplo, te dicen, pase al box 1, y luego uno tiene otra consulta al estar ahí pero no pregunta porque uno cree que no te responderán y ahí uno se pierde, hay veces que la atención ha terminado y no te avisan, y uno no sabe qué hacer después si dirigirse a farmacia o irse.</i>
¿La información entregada en los letreros le ayuda para orientarse dentro de los servicios de salud?	<i>La información de los letreros es insuficiente, no está completo el tema, por lo mismo debo dirigirme a otros para poder orientarme.</i>
¿Usted piensa que el informarse adecuadamente mejorará su trayectoria hacia su atención de médica? ¿Por qué?	<i>Yo creo que ahí hay un tema, debido que no solamente hay que culpar al sistema de esto, sino que es un tema de ambos, tanto del usuario y del establecimiento donde uno se atiende, la retroalimentación de la información es entre ambos.</i>
¿Usted piensa que el informarse adecuadamente mejorará su satisfacción como usuario del sistema de salud? ¿Por qué?	<i>Claro, indudablemente, porque sería todo más rápido y por ende uno se va más contento por así decirlo.</i>
¿Qué recomendaciones o sugerencias haría para mejorar la información dentro de los servicios de salud?	<i>Como recomendación sería mayor información al respecto, que haya más educación en esa área, si bien son cosas básicas como, por ejemplo, cuáles son los pasos a seguir en una atención, pero mucha gente no lo sabe, no sabe lo básico como donde tengo que ir primero y que viene después, y la misma gente que te atiende tampoco se da la molestia o el tiempo para explicar.</i>

ENTREVISTA A USUARIO, CESFAM JEAN Y MARIE THIERRY	
Entrevistador	Usuario
¿Podría decir su nombre, edad, ocupación, estado civil, nivel educacional y previsión de salud?	<i>Evelyn Pizarro Monsalve tengo 53 años, soy auxiliar de servicios, divorciada y llegué hasta segundo básico, tengo previsión Fonasa.</i>
Durante los dos últimos años, ¿podría mencionar cuántas veces al año se atiende en los siguientes centros de salud: Urgencia Hospital Carlos Van Buren, CESFAM Jean y Marie Thierry y/o CESFAM Plaza Justicia?	<i>Muchas, porque soy crónica, también vengo a la matrona, acompaño a mi hija al dentista, paso más en el consultorio que en mi casa, vengo muchas veces.</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿a quién acude primero cuando se siente enfermo? ¿Por qué?	<i>Al médico, no voy a la posta, ya que soy sola con mi hija de 13 años</i>
¿Qué síntomas tiene que tener para que usted se dirija a un centro de salud?	<i>Cuando me dan los ataques al colon, ahí bajo si o si al médico.</i>
De acuerdo a su problema de salud, ¿Por qué pensó que este centro de salud le podía ayudar?	<i>Porque yo siempre me he atendido aquí y no he tenido problemas con los doctores</i>

¿Podría relatar su trayecto desde el momento que decidió venir al centro de salud hasta que la atendieron?	<i>Bueno, yo primero llamo temprano en la mañana al consultorio para pedir hora al médico, luego me preparo y bajo, me dirijo al SOME y después me llaman para la atención. Igual no te atienden al tiro, te dan una hora y te atienden de acuerdo a eso.</i>
De acuerdo a su experiencia ¿usted se ha perdido dentro de los centros de salud? Si es así, ¿podría relatar esa situación y cuáles fueron los motivos por los cuales usted cree se perdió?	<i>No, nunca me he perdido.</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿cuáles son las soluciones que usted realiza para orientarse cuando se siente perdido?	<i>Bueno, me dirijo al guardia o al Some, alguno de los dos le pregunto cuando me siento desorientada.</i>
En su trayecto, ¿usted visualizó la información entregada en los letreros?	<i>Sí, leo los letreros, sobre todo en los momentos de tiempo de espera para que me atiendan.</i>
¿La información entregada en los letreros le ayuda para orientarse dentro de los servicios de salud?	<i>Sí, me ayuda.</i>
¿Usted piensa que el informarse adecuadamente mejorará su trayectoria hacia su atención médica? ¿Por qué?	<i>Es que yo creo que va en la persona, ya que hay personas que entran al centro y creen que todo le tienen que decir a la guardia. Por ejemplo, hay que personas que uno ve que llegan reclamando su hora, pero uno igual tiene que esperar un tiempo para la atención, no todo es al tiro; en el caso de esta persona, se perdió en el trayecto porque no pregunto en la entrada no más, la mala información viene de parte de él, no de las personas de acá, porque si uno les pregunta a los trabajadores del centro, ellos te indican donde uno se tiene que dirigir, todo esto depende de cada persona.</i>
¿Usted piensa que el informarse adecuadamente mejorará su satisfacción como usuario del sistema de salud? ¿Por qué?	<i>Sí, porque conoceré mejor cual es la forma correcta de desenvolverse en el centro.</i>
¿Qué recomendaciones o sugerencias haría para mejorar la información dentro de los servicios de salud?	<i>Yo creo que está todo bien, ya que si uno consulta a las personas de acá, ellos responden y solucionan, ya que te informan bien y te orientan bien. Al menos en este consultorio no veo que nada que cambiar, bueno... médicos hay, matrona hay, solo es cosa que no alcanzan las horas nomás, pero en comparación a otros consultorios este es uno de los mejores que va quedando.</i>

**ENTREVISTA A USUARIO,
CESFAM PLAZA JUSTICIA**

Entrevistador

Usuario

¿Podría decir su nombre, edad y ocupación, estado civil,

Silvia Rubio Soto, 70 años, pensionada, viuda, profesional, soy orientadora familiar.

nivel educacional?	
Durante los dos últimos años, ¿podría mencionar cuántas veces al año se atiende en el CESFAM Plaza Justicia?	<i>Como mínimo, en los Cesfam asisto 3 veces al año, por el tema de mi patología colon, por algo puntual o para hacerme exámenes de rutina.</i>
De acuerdo a su experiencia ¿a quién acude primero cuando se siente enfermo? ¿Por qué?	<i>Bueno, yo vivo con mi esposo, entonces él me ayuda cuando yo me siento mal, pero cuando ya es muy grave acudimos al médico. Si es urgencia vamos directamente a la UEA y si no es tan grave pero es necesario atenderse saco un bono.</i>
¿En qué momento decide dirigirse a un centro de Salud?	<i>Bueno, yo personalmente me dirijo a un centro de salud cuando, debo hacerme los controles periódicos de rutina y también cuando necesité atención por el colon.</i>
De acuerdo a su problema de salud, ¿Por qué pensó que este centro de salud le podía ayudar?	<i>Mira, antes yo pertenecía a Isapre, pero por diversos factores y entre uno de ellos el económico decidí cambiarme a Fonasa para poder optar a especialistas y para obtener los medicamentos más baratos o gratis, Entonces me convenía todo el rato. Por lo cual, como verás antes yo no utilizaba los SAPU, CESFAM y la Urgencia del HCVB, pero por un ataque de colon yo fui a la urgencia del Van Buren, me trataron y luego para controlarme me derivaron a mi CESFAM más cercano para poder hacerme seguimiento de mi enfermedad y también con el consejo del doctor para que yo pudiera prevenir otro tipo de enfermedades. Por lo tanto, yo no pensaba que un CESFAM podía ayudarme, si no fuera por el consejo del médico no hubiese venido jamás acá.</i>
¿Podría relatar su trayecto desde el momento que decidió venir al centro de salud hasta que la atendieron?	<i>Bueno en primer lugar, la trayectoria que hice en este caso de mi casa hasta acá fue producto de una derivación por parte de un especialista del Hospital Carlos Van Buren, quien me trato mi patología del colon por una urgencia, después me hizo la colonoscopia y me diagnosticó diverticulitis, y que por motivos de monitoreo y tratamiento me dijo que me inscribiera en este CESFAM, con el consejo además que por mi edad debía prevenir otras patologías, Por lo tanto, en general, recurro a este centro cuando justamente tengo que hacerme los controles periódicos y también para venir a buscar los medicamentos que me la dan por mi ficha clínica</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿alguna vez no ha sabido dónde dirigirse?	<i>Sí, me pasó una vez que producto de una mala información de parte del personal SOME, me derivaron a un especialista que no atendía mi enfermedad y tuve que andar preguntando a las personas ya que estaba desorientada en el espacio. Al final de cuenta, hable con el personal médico y una doctora me contactó directamente con la persona que me iba a examinar, orientándome que en el quinto piso debía ir.</i>
¿Cuáles son las soluciones que utiliza para orientarse cuando se siente perdida?	<i>Cuando me ha pasado, han sido 1 o 2 veces y es porque no he sabido con quien dirigirme. Lo que te quiero decir es que eso por lo común pasa al principio cuando no conoces el sistema, pero una vez cuando ya sabes cómo funciona se vuelve más expedito el tránsito hacia la salud. Además quiero dejar en claro que la salud ha mejorado mucho en esto últimos años. O sea el servicio de Salud ha mejorado. La gente no quiere reconocer eso, pero como yo conozco el sistema te puedo decir que ha habido avances significativos para las personas. Por ejemplo, el SSVSA ha</i>

	<p>ayudado mucho con el tema de la efectividad para "no andar dando jugo", agilizando la búsqueda de salud. Además, el protocolo de turnos para pedir hora ha sido bien bueno. Por otro lado en Oftalmología del Hospital, está más accesible al cambiarlo al segundo piso, ya que antes estaba en el subterráneo.</p>
<p>Cuando usted viene, ¿se dedica a leer los informativos que están en letreros o afiches?</p>	<p>Sí, siempre leo todos los letreros, es importante mantenerse siempre actualizado con los temas de salud. Asimismo, ayudan a hacer conciencia, como por ejemplo el afiche de Donación de Órganos, que ahora mismos estoy considerando en ser donante.</p>
<p>¿Usted cree que la información entregada en los letreros, ayuda para orientarse dentro del servicio?</p>	<p>No, no ayuda ya que no informa el lugar donde me van a atender. Aquí no hay un caminito o una línea amarilla que señala el paso hacia el box correspondiente. Pero tampoco es tan traumático, o sea es una cuestión de preguntar. Lo que sí yo creo que más que el tema de que si el servicio está haciendo las cosas bien o no, lo más preocupante es el servicio de algunas personas que trabajan acá.</p>
<p>¿Usted cree que el informarse adecuadamente, mejorará la trayectoria hacia la atención de salud?</p>	<p>O sea sí, yo creo que si se debiera informar, pero por sobre todo al adulto mayor tiene que conocer los derechos para que se empodere y pueda solicitar los servicios como correspondan. Entonces el tema pasa por darle énfasis a la población adulto mayor, ya que comúnmente los ancianos son los que más tienen problema en acceder al sistema y además que se les menosprecia ya que culturalmente se piensa que cuando las personas llegan a una cierta edad son tontas y muchos médicos incluso los tratan mal. Por lo tanto, el tema pasa por la necesidad de realizar una debida educación al adulto mayor que es en este asunto el que más desconoce el sistema y no por sus condiciones mentales sino que no se le enseña correctamente o no se adecúan a sus necesidades.</p>
<p>Entonces, ¿usted cree que informándose y adquiriendo conocimiento mejorará la satisfacción del usuario?</p>	<p>Yo creo que si se mejora la mirada cultural que se tiene de los adultos mayores, eso creo que mejoraría más. y quedaría más satisfecho como persona y como usuario. Pero, indudablemente que repercute ese hecho de informarse pero que ese conocimiento se adecúe fácilmente a las necesidades de las personas mayores. Por ejemplo, personas que tienen problema a la vista o problemas en la audición que la comunicación verbal o escrita se ajuste para que puedan entender mucho mejor</p>
<p>Finalmente, ¿tiene alguna sugerencia de cómo mejorar la información en los centros de salud?</p>	<p>Si, deberían poner un diario o mural para indicar que tales personas se deben atender en tal lado. Una cosa grande en donde no le tengan que preguntar a nadie. Hoy día, se deben atender tales personas o mediante los rut, sería mucho más fácil. Vez el nombre o rut, y te dicen te toca en tal piso y en tal oficina. Es algo bien concreto, y así te ahorras preguntarle a infinitas personas para poder llegar al lugar correspondiente.</p>

ENTREVISTA A FUNCIONARIO OIRS, UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO, HCVB.	
Entrevistador	Funcionario OIRS
¿Podría decir su nombre y edad?	<i>Ricardo Sáez Ramírez, 38 años de edad</i>
¿Cuánto tiempo lleva trabajando acá en Informaciones?	<i>6 años trabajando en informaciones</i>
¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan en una jornada laboral?	<i>Toda la gente que llega acá a la Unidad de Emergencia, todos llegan sin saber nada. Por lo general llegan preguntando por los pacientes o algún familiar hospitalizado. Preguntas frecuentes: horario de visitas, a qué hora se puede hablar con un médico. Ese tipo de cosas. Aparte están los pacientes ambulatorios que se atienden que son la mayoría problemas que más se suscita es el tiempo de espera.</i>
¿Me podría decir cuál es su relación con las personas, y que hace en respectivas coordinaciones?	<i>Más que nada dar informaciones en forma general de los pacientes hospitalizados ya que uno no puede dar muchos detalles, porque eso corresponde a un asunto clínico con una reunión coordinada con los enfermeros de la sala donde corresponde, y más que nada coordinación con los enfermeros, y en algunos casos con médicos que mandan a buscar familiar directo con alguna cosa puntual, como por ejemplo cuando un paciente está grave.</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿los pacientes que vienen desorientados, generalmente de dónde vienen y por qué lo mandan para acá?	<i>Por lo general, todos los pacientes se dirigen acá a la UEA como punto central, pero acá se les trata de orientar en el sentido de que cuando no son urgencias graves que traten de ocupar los SAPUS, los CESFAM, también en este caso el SAR, donde también hay tiempo de espera pero no lo van a hacer esperar 6 o 7 horas como pasa acá, porque acá obviamente le darán la prioridad a aquellos que están con riesgo vital.</i>
¿Le ha pasado que le han preguntado cosas que no puede orientar?	<i>No, es bien específico por lo que llegan acá, por lo general acá te va a llegar un paciente que necesita una atención de urgencia y la mayoría de los problemas pasan por los tiempos de espera. Todos creen que por llegar más temprano te van a atender antes, pero no es así, la atención acá la marca el nivel de urgencia. Y eso no lo mide uno tampoco, sino que lo mide la enfermera de turno que decida a qué paciente atienden antes o después.</i>
Tú nos contaste algo super importante referido a que los usuarios no utilizan las redes primarias de salud y colapsan acá la UEA. A tu juicio, ¿cuál es el problema del paciente desorientado o desinformado en ese sentido?	<i>La mala información, o sea en realidad, no es que no se entregue información, sino que la gente no hace uso de esa información de la que se le entrega. Si tú ves la sala de espera por todos lados están las categorizaciones, las direcciones donde tienen que acudir, cómo acudir, cuando les pasa cualquier tipo de cosa, aun así la gente no lo ocupa, creen que por venir acá a la UEA los van a atender antes. Por ejemplo, comúnmente dicen "no, es que yo prefiero evitar ir al SAPU, porque yo sé que me van a mandar acá igual". Pero resulta que si no vienen del SAPU derivado por una interconsulta van a caer en una atención de salud que no le corresponde, y allá se evitarían mucho tiempo de espera. Por último, lo van a esperar acá adentro cuando lo atiendan el médico en una categorización C3 o C2, depende de la urgencia.</i> <i>Al final la gente viene para acá porque cree que la van a</i>

	<i>atender antes y no es así.</i>
A su juicio, ¿cuáles son las medidas que deben efectuar los pacientes para mejorar el uso de los centros de salud, en este caso acá el HCVB?	<i>Leer más los trípticos, los letreros informativos, ocupar los centros asistenciales más cerca del domicilio. Hay como 5 SAPU que están como bien estratégicamente ubicados. Entonces, si la gente se acercara más a los SAPU y los utilizará más, sería más óptimo la atención acá en la Urgencia y acá obviamente se colapsa por el tema de los hospitalizados porque acá los box es de atención ambulatoria y están con pacientes hospitalizados y por tanto retrasan la atención ambulatoria.</i>

ENTREVISTA A FUNCIONARIO OIRS, CESFAM JEAN Y MARIE THIERRY Entrevistador Funcionario OIRS	
¿Podría decir su nombre y edad?	<i>Jacqueline Amigo Valenzuela, tengo 48 años.</i>
¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la OIRS?	<i>Bueno en el consultorio llevo trabajando 6 años, y en la OIRS dos años.</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan en una jornada laboral?	<i>Bueno los problemas más frecuentes son los cambios de hora de atención de salud, a veces las personas no contestan el fono entonces no les podemos avisar el cambio y luego vienen y reclaman que no son atendidos, ese es el mayor problema en general. Lo otro que también son las horas médicas y horas dentales, tenemos mucha demanda y a veces se hace poco, entonces necesitamos arreglar esa parte un poquito más, eso es como el problema más frecuente; cambios de horas y horas médicas y dentales que son como de urgencia, a eso me refiero no a los crónicos sino que las horas de urgencia.</i>
En relación a los pacientes del centro de salud, ¿Cuál es el tipo de relación que tienen con ellos?	<i>Tengo una relación muy buena, ellos siempre acuden a mí, en lo que yo puedo dentro de mi trabajo trato de solucionar lo mayor que pueda o por lo menos si no puedo solucionarlos los oriento</i>
De acuerdo a su experiencia, los pacientes que vienen desorientados, ¿Generalmente de dónde vienen y por qué les mandan para acá?	<i>Bueno, vienen de los sectores, todos los pacientes que salen de los sectores cuando son atendidos y no vienen con la claridad de que tienen que pedir, o si le hacen una interconsulta donde fue enviada la interconsulta, si los vio el médico y el carnet crónico no lo entienden, no saben que pedir la siguiente hora, si es hora de enfermera cuando pedirla, no entienden mucho el carnet de crónicos, y tampoco cuando hacen interconsulta desconocen dónde son derivados. Entonces ellos vienen a mí y yo los veo en el sistema, le enseño un poquito el carnet, las veces que han venido se los enseño a como tienen que pedir la hora. Generalmente todos vienen de los sectores del consultorio.</i>
Y ¿le ha tocado el caso que vienen pacientes mal derivados de otras instituciones?	<i>Si también, muchas veces del HCVB por ejemplo, vienen derivados y creen que por eso los atenderemos al tiro, vienen con otra perspectiva. En otros casos, vienen de otros centros de salud a realizarse exámenes y ahí le hacemos entender que cada consultorio tienen sus pacientes. Pero generalmente provienen del hospital Carlos Van Buren, como estamos cerca de él mandan a los pacientes para acá y mal derivados.</i>

<p>Y ¿cuáles son los motivos por los cuáles los derivan a este centro?</p>	<p><i>Ejemplo, le dicen "dirijase al consultorio que está en la subida El Litre para que le hagan la interconsulta", o a lo mejor el personal de allá no verifica que son de otros consultorios y creen que son de acá. Y en ese momento yo le digo a los pacientes a que consultorio pertenecen. Otro motivo son las inscripciones, como estamos sectorizados aunque cualquiera se puede inscribir en cualquier parte, pero para estar más ordenados lo hacemos de acuerdo por las direcciones de los pacientes,</i></p>
<p>Respecto a esto, ¿Usted sabe si el hospital tiene la información acerca de a qué CESFAM pertenecen los pacientes?</p>	<p><i>No, mucha gente no sabe de qué consultorio pertenece, y los funcionarios tampoco, por eso los manda para acá, aunque la persona sea del cerro barón los derivan para acá para inscribirlos siendo que no corresponden a este centro por su dirección domiciliaria.</i></p>
<p>En el caso de la sintomatología, ¿vienen pacientes atenderse siendo que según sus síntomas no se puede realizar en este centro el tratamiento para esto?</p>	<p><i>No, hasta el momento no me ha pasado, nunca han venido hacer un reclamo que no sean de acá del consultorio, a veces igual tienen problemas en el Van Buren y nosotros le decimos que es mejor que vayan a la OIRS del Van Buren hacer el reclamo allá, aunque nosotros también podemos hacerlo y luego derivarlos, pero es más factible que directamente allá. Pero no me ha pasado eso, porque tienen claro donde hacer el reclamo.</i></p>
<p>De acuerdo a su experiencia, ¿Dónde cree que está el problema de pacientes desorientados?</p>	<p><i>Yo creo que no se puede echar la culpa a un solo lugar, generalmente como existe mucha demanda, el SOME da horas pero no pueden hacer la labor de informar, ya que se demorarán más en atender lo que les corresponde. En los sectores tampoco existe el tiempo para que den información a los pacientes. Va enfocado en muchos aspectos, el carnet de crónicos debería enseñárseles a los pacientes que tampoco hay tiempo porque te dan media hora por paciente, las paramédicos preparan al paciente y después viene el otro paciente, entonces el tiempo no da para enseñar al paciente el carnet. En el caso del SOME tampoco lo hacen, porque tampoco tienen el tiempo para hacerlo. Yo me doy el tiempo, pero no se le puede echar la culpa a un solo lugar, todo es un conjunto de situaciones que no lo permite y hace que el paciente esté desorientado. Y por otro lado, los pacientes tampoco preguntan, yo les digo ustedes tienen que preguntar al doctor, o a la enfermera, si tienen dudas tienen que preguntarlo, ¿Dónde fue enviada mi interconsulta?, todo preguntarlo, cuando ellos vienen acá yo le anoto en un papelito donde fue derivada, el folio, todo.</i></p>
<p>¿Cuál es el rango de edad de los usuarios desorientados?</p>	<p><i>Generalmente son pacientes de la tercera edad, ellos son los que están más perdidos en cuanto a las horas, interconsultas.</i></p>
<p>A su juicio, ¿Qué medidas deberían desarrollar los pacientes para mejorar su uso del centro de salud?</p>	<p><i>Nosotros hemos tratado de tomar lo que ustedes me están planteando, de nosotros hacerlo, que el paciente no esté tan desorientado con respecto a su hora, a su interconsulta, a qué sector pertenece, entonces lo hemos hecho, también hemos hecho capsulas entonces en eso estamos, haciendo cápsulas de video donde enseñamos que es una apertura de agenda, lo que es el carnet de crónicos, cuando venir a pedir la hora, o sea en eso estamos, trabajando para que el paciente no ande tan desorientado.</i></p>
<p>¿Cuál es su opinión respecto al rol estratégico cumple el guardia en el CESFAM?</p>	<p><i>Mira, el guardia no es información, ellos no tienen ese rol digamos, nosotros tenemos ese rol que somos OIRS, por supuesto con los guardias tenemos muy buena conexión con ellos, buen trato entre nosotros, así que de ellos de su</i></p>

	<p>voluntad informan al paciente, ellos dicen los sectores, que doctores, bueno ante cualquier duda me preguntan a mí y yo les informo también. A veces hay cosas que yo no sé, pero llamo por teléfono porque no siempre me llegan los correos, pero todo se pregunta y todo se puede solucionar, entonces el guardia tiene una buena disponibilidad con el paciente.</p>
--	--

<p align="center">ENTREVISTA A FUNCIONARIO OIRS, CESFAM PLAZA JUSTICIA</p>	
Entrevistador	Funcionario OIRS
<p>Agradeciendo la oportunidad de que pueda darme unos minutos para responder esta entrevista, para saber los requerimientos y saber las actividades que desarrolla OIRS en el Cesfam Plaza Justicia.</p> <p>Por primera pregunta es si usted me puede indicar su nombre y edad</p>	<p><i>Mi nombre es Valeska Muñoz Martínez, tengo 29 años</i></p>
<p>Y, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando acá en OIRS?</p>	<p><i>En la OIRS llevo un año y medio, más menos</i></p>
<p>¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan en una jornada laboral?</p>	<p><i>La comunicación. Falta de comunicación de repente, eso.</i></p>
<p>¿Algún ejemplo como para entender un poco más?</p>	<p><i>Que no se comparte toda la información que debería tener la OIRS con SOME. "Por la falta de un profesional que me entero en el mismo día que no está", ese tipo de falta de comunicación. Llegan los pacientes con ahí, y recién uno se entera, o mandan los correos a una unidad y no ha todas como corresponde.</i></p>
<p>Dentro del Cesfam, la información está muy atomizada, o sea, ¿Está muy repartida y que falta un canal central que la reúna?</p>	<p><i>Si, por ejemplo las secretarias me van informando a diario de las personas que van faltando o de los cambios que se puedan hacer en el día, pero en sí OIRS con SOME que trabajamos juntos, ahí falta información de repente, falta comunicación.</i></p>
<p>En relación con los pacientes y/o usuarios, ¿Cuál es su relación con ellos?</p>	<p><i>Más de ayuda, porque siempre vienen con algún problema y uno trata de resolverlo en el momento. Pero igual se ve mucho conflicto ahí, cosas que uno no puede resolver en el momento... la molestia, el enojo, porque acá llega mucha gente reclamando con enojo, falta de respeto, y ahí uno no puede poner los límites, solamente pararse, y después continuar si es que continuar, si no, no. Esa es la función que trato de hacer, de tratar de resolver el problema si es que puede, sobre las horas médicas o lo que el paciente necesite, eso.</i></p>
<p>De acuerdo a su experiencia, en el caso de pacientes que, por ejemplo, lleguen acá al centro y que estén como desorientados, en esos casos, ¿De dónde vienen y por qué los mandan para acá?</p>	<p><i>Las personas que vienen con más desorientación son las que vienen al consultorio que está acá al lado, tratamiento de infecciones transmisión sexual. Y lamentablemente ahí hay una desinformación desde donde los están mandando, y lamentablemente los pacientes llegan a mostrarnos las interconsultas que son prácticamente privadas para ellos, porque no todos tenemos que enterarnos de las enfermedades que ellos</i></p>

	<p>tienen. Y llegan diciendo, por ejemplo, "venimos del consultorio Barón y me mandaron para acá porque me tienen que ver esto (muestran su ficha)", y es engorroso para el paciente tener que mostrar eso a todos los funcionarios (a los que le consulta), porque eso es privado. Usted sabe que una enfermedad de transmisión sexual es privada.</p> <p>Entonces yo encuentro que de todos los centros falta comunicación, de información y de llegar a algo concreto con los pacientes, informarles dónde debe llegar, falta orientarlos más. Esa es como la desorientación que tienen los pacientes. Les dicen "vayan a Plaza Justicia", y no les especifican dónde, y claramente al lado dice que centro es (consultorio de atención de enfermedades sexuales).</p>
<p>En su caso, ¿Le ha pasado que algunos usuarios pregunten cosas que no sabe resolver o no sabe orientar?</p>	<p>Es que cuando no tengo el momento para resolver, ahí acudo a mi jefatura. Aunque la mayoría de las cosas las conozco, porque me voy orientando, voy sabiendo para qué sirve esa oficina, y lo que desconozco se los hago saber a mi jefatura y ella me puede orientar o asistir al paciente en ese momento.</p>
<p>Y en esos casos donde no vaya teniendo respuesta o que necesite más información, ¿Con cuánta frecuencia pasa eso? ¿Mucho, poco?</p>	<p>Poco. Trato de averiguar todo primero, y cuando no tengo una respuesta concreta, acudo a la jefatura en sí.</p>
<p>En el caso de los pacientes desorientados que antes mencionamos, me dice que es por un tema de información en general; y en el caso de los usuarios que además de desorientados manifiesten una disposición negativa o violenta, ¿Cómo se resuelve en el momento en la OIRS eso?</p>	<p>Es complicado, porque llega mucha gente con ese tipo de violencia, o sea yo he recibido insultos, amenaza de golpes. Uno trata de acudir a la seguridad que son los guardias, pero de repente ellos más allá no pueden hacer. Y lo que me ha pasado por experiencia es levantarme y decirle "caballero, no puedo seguir con usted", aunque me han llegado unos garabatos de todo tipo; pero yo me manejo así, tengo un carácter más menos fuerte, respetándome y respetando obviamente al usuario, pero ya cuando llega a la agresión verbal, la comunicación se termina y se llama a los guardias, si no se puede echar con los guardias (lo que no pasa muy frecuente), se llama a carabineros. No me ha pasado esa circunstancia en mi oficina, trato de resolverlo, trato de sacarlos con guardias. Tengo un carácter más menos fuerte, pero no puedo negar que me afecte, si me pongo a llorar cuando el caballero se fue, porque las palabras igual duelen, aunque acá nos dicen "no tienes que tomar las palabras en serio". La agresión que hay acá a nivel de todo el consultorio y no solo en mi oficina es así, son pacientes complicados los que llegan acá, el sector en sí es complicado el que abarca nuestro consultorio.</p>
<p>A su juicio, ¿Qué medidas se deberían desarrollar para mejorar el uso de los centros de salud? Además de los esfuerzos de los centros de atención, ¿Qué deberían hacer los usuarios?</p>	<p>El respeto. Uno con respeto se le abren muchas puertas. Pero cuando los usuarios llegan con cierta disposición y se les tiene que resolver todo al tiro, obviamente que no se puede. Pero aquí el tema es el respeto, pero los usuarios... lo voy a decir así como bien sincera, lo que han optado cuando no se le soluciona el problema específico en una unidad, acuden inmediatamente al Director, y se soluciona la situación en el momento. Pasan a llevarla a uno como funcionario, nos tratan mal aparte, y se van con la cara como "burlándose" "no me hiciste nada, pero acá me lo resolvieron", y está la falta de respeto, que los garabatos, los insultos, incluso han hecho tira cosas acá en nuestra institución. Y tenemos que tener presente que hay derechos y deberes de los</p>

	<p><i>pacientes, y uno de los deberes de los pacientes es cuidar el entorno donde se queda. Y eso no se lo hacen saber, ellos buscan más los derechos que las obligaciones</i></p>
<p>Y en este plano de derechos y obligaciones de los usuarios, desde la OIRS, ¿Cómo ven el manejo de información que los usuarios tienen o cómo se manejan acá al respecto? Obviamente hay personas que viene más seguido que otras, los crónicos o las embarazadas a lo mejor por los controles, en general, ¿Cuál es la percepción que tienen respecto de que los usuarios en general están informados? ¿O están muy perdidos (fuera del tema de las actitudes violentas)? ¿Se ubican bien? ¿Saben dónde tienen que ir?</p>	<p><i>Por lo menos se trata de dar una buena información cuando piden las horas correspondientes, hay personas que conocen el lugar, pero aún así se sacan el pillo con que se perdieron en tal piso, que tenían que ir al otro, sabiendo que uno lleva años en este consultorio, yo llevo ocho años en este consultorio y los conocemos, sabemos que se atienden hace mucho tiempo, pero de repente es por las mismas personas que por perder una citación llegaron tarde y no son capaces de asumir su responsabilidad y tiende a echar la culpa, "es que me mandaron para allá y era acá".</i></p>
<p>Y, desde el nivel central, el Servicio de Salud por ejemplo, ¿Qué se puede sugerir para mejorar estos aspectos en consultorios como este, lo pregunto desde tu visión de funcionaria?</p>	<p><i>Por mí, creo que para mejorar la atención en este consultorio, sería aumentar las horas de atención para pacientes, porque son muy escasas, y este consultorio tiene mucha población, y al ser mucha población, son muy pocas las horas que se dan para pacientes crónicos y no crónicos; o sea médicos hay, pero son muy pocas horas. Y no creo que se vea solo acá, sino en todos los Cesfam a nivel nacional, por la gente puede reclamar y decir que no hay médico, y nosotros acá les decimos que hay médicos, pero hay muy pocas horas porque no todos los médicos trabajan en horario completo, ellos piensan que todos los médicos trabajan en jornada completa, y hay médicos que trabajan media jornada o jornada completa. Eso, la idea es poder dar un poco más de citas para los pacientes. Y bueno, que no falten; hay pacientes que se les asignan las horas y las pierden, y de ahí empiezan otra vez de cero.</i></p>
<p>Y respecto de las estrategias de información, me refiero a como entregar la información por distintos medios para poder educar un poco más a los pacientes, ¿Qué faltaría hacer?</p>	<p><i>Es que aunque uno ponga afiches y letreros, la gente no lee, y eso me doy cuenta yo misma en mi oficina que tengo un letrero grande que dice específicamente "la puerta se abre hacia afuera", y la hay quien me dice "señorita no me abre la puerta", entonces la gente no tiene la costumbre de leer, aunque uno le ponga la información por todos lados, no lee.</i></p>
<p>Y dentro de los usuarios, ¿Hay un grupo que maneje menos información o que ande más perdido?</p>	<p><i>Por ejemplo, a los adultos mayores se les puede orientar un poquito más. Pero en general la costumbre del chileno es que no lee, por más grande que le pongan la información. No piensan en estar informándose, les gusta que siempre les digan las cosas. Acá han puesto televisores con información, han puesto afiches con información, pero la gente no la lee; no se da el tiempo de leer.</i></p> <p><i>En la puerta de mi oficina, donde además de ser OIRS hago recepción de la gente que se inscribe en este consultorio, tengo en grande el listado de los documentos que deben traer para inscribirse los usuarios nuevos, y no los leen. Tocan la puerta y dicen "señorita, ¿Qué documentos debo traer?" Y ahí tengo que decirles cuales son, eso es porque la gente no está acostumbrada a leer. Hasta en los carnet, la gente no lee cuando tienen las</i></p>

	<i>citaciones ni las horas, se les pone que deben llegar con 15 minutos de anticipación y de igual manera llegan atrasados, porque no leen. Por más que el consultorio haga afiches o lo que sea, no leen.</i>
--	--

ENTREVISTA A GUARDIA DE SEGURIDAD, UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO, HCVB.	
Entrevistador	Guardia
¿Podría decir su nombre, su edad y años de experiencia que lleva ejerciendo su desempeño de guardia de seguridad?	<i>Mi nombre es Ítalo López llevo ejerciendo como guardia hace ya cuatro años, y tengo 22 años.</i>
En cuanto a este centro de salud, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando aquí?	<i>Llevo tres años y medio trabajando en el hospital</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan en una jornada laboral?	<i>Bueno por lo general, la gente viene alterada, agresiva, lo único que quiere es ver a su familiar, por lo cual esa parte es entendible, pero lamentablemente aquí se debe cumplir un protocolo, donde primero ingresa el familiar con el paciente, el familiar que ingresa con el paciente se le da información correspondiente, a la vez ese mismo familiar le tendrá que dar las explicaciones al familiar que está afuera.</i>
En relación a los pacientes del centro de salud, ¿Cuál es el tipo de relación que tienen con ellos?	<i>Bueno, el tipo de relación que tenemos nosotros es solamente ver el tema de que el paciente ingrese al box que le corresponda y que no ingrese en lugares no permitidos. En el caso de pacientes de tercera edad o que no caminen, pueden ingresar con un acompañante.</i>
¿Qué tipo de información da a los usuarios?	<i>Por lo general, los guardias de la unidad de emergencia entregamos solo información de donde se encuentra el paciente, a menos que no esté el encargado de informaciones ya que es él quien lleva todo lo que es el listado de pacientes hospitalizados y puede ver las hojas de atenciones. Nosotros los guardias no podemos ver esa área, solamente saber dónde pueda estar ubicado el paciente, si este ha sido derivado a otro sector del hospital.</i>
¿Le ha pasado que lleguen usuarios desorientados? Si es así, ¿cómo los orienta?	<i>Si, primero que todo lo que se hace es calmar al paciente y luego se orienta preguntándole si se encuentra inscrito en la lista de atención, para luego dirigirlo al box prioritario y la que la enfermera del box pueda inscribir al paciente. Y si viene muy desorientado hacer un seguimiento hasta que logre su atención, sin descuidar la puerta donde me encuentro, estando atento si vienen pacientes en ambulancia o pacientes menos graves que vengan del SAPU o del SAR que comúnmente vienen, teniendo en cuenta eso uno puede tratar de ayudar al paciente desorientado.</i>
Comúnmente ¿Cuál es el rango de edad de estos pacientes desorientados?	<i>El rango de edad de pacientes desorientados son personas de 65 y 70 años aproximadamente</i>
De acuerdo a su experiencia, los pacientes que vienen desorientados, ¿Generalmente de dónde vienen y por qué las	<i>Por lo general vienen de sus domicilios, o vienen con el personal del SAMU o de algún centro de salud más cercano que a la larga el tiempo de espera en los centros de salud son entre 7 a 8 horas</i>

mandan para acá?	
De acuerdo a tu experiencia, ¿Le ha sucedido que por parte de otro centro de salud haya realizado una derivación no adecuada a este lugar, enviando a pacientes de complejidades de salud que pudo ser atendida en el mismo centro?	<i>Normalmente las personas llegan a este lugar por ser el centro de salud más cercano o están acostumbradas a llegar acá, por ejemplo cuando vienen pacientes con síntomas como cefalea, dolor de estómago, se les categoriza como pacientes C4, los cuales tienen un tiempo de espera aproximado de 7 a 8 horas. Los pacientes que más se atienden acá son pacientes de categoría C2 o C3 que son de mayor complejidad, por lo que son catalogados como prioridad.</i>
¿Le ha pasado que preguntan cosas que no sabe cómo orientar? Si es así, ¿Con cuánta frecuencia y qué decisión ha tomado al respecto?	<i>Por lo general, lo que uno hace es derivar a los pacientes con el encargado de informaciones de la unidad ya que es él quien tiene todo el conocimiento al respecto.</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿Dónde cree que está el problema de usuarios desorientados?	<i>El problema puede ser que los pacientes desorientados como los adultos mayores vienen sin acompañante, y es ahí donde el guardia o el de informaciones debe estar al pendiente de estos pacientes. Un ejemplo si el paciente quiere comunicarse con algún familiar vía telefónica el encargado de informaciones debe ayudarlo, si este no puede por estar ocupado, el guardia se ofrece a realizar esta labor.</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿Qué recomendaciones sugiere para mejorar el problema de pacientes desorientados dentro de los centros de salud?	<i>Mi sugerencia es que aparte del encargado de informaciones, se adhiera una persona más del hospital para que se dedique exclusivamente a la orientación de los pacientes, ya que nosotros estamos solamente facultados para velar por la seguridad de la unidad de emergencia, mantener el orden en esta y que ninguna persona pueda agredir a un funcionario de la unidad. Pero cuando no se encuentra el de informaciones la gente siempre recurre al guardia.</i>
Por otro lado, ¿Existe una ruta interna donde los pacientes se puedan guiar con ella dentro de la unidad?	<i>De los años que llevo ejerciendo en la unidad, no ha existido, cuando las personas se encuentran perdidas por los pasillos y quieren encontrar el sector correspondientes, estas se dirigen al personal de guardias del hospital.</i>



ENTREVISTA A GUARDIA DE SEGURIDAD, CESFAM JEAN Y MARIE THIERRY	
Entrevistador	Guardia
¿Podría indicar su nombre, edad y años de experiencia que lleva de desempeño?	<i>Mi nombre es Beatriz Valenzuela García, acá voy a cumplir 6 años (de guardia)</i>
Y de guardia en general, ¿cuánto lleva?	<i>Los 6 años.</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que tiene que lidiar en una jornada laboral?	<i>Son, por ejemplo, los pacientes que no saben dónde ir, de repente que están citados, ahí se supone que hay que orientarlos, hacerles lo más ágil y rápida la atención de ellos. Eso más que nada</i>
O sea, por lo general, ¿los problemas están en el tema de la información? ¿O que ellos no	<i>Lo que pasa es que ellos no leen; se les avisa, se les dice, pero la gente anda así como que no se preocupa de leer; lo que pasa todos los fines de mes: el asunto de la leche, o el</i>

preguntan...?	<i>asunto acá de la entrega de alimentos o de farmacia, que siempre se dejan cartelitos para que la gente sepa que en el último día del mes hacen un censo mensual, y ellos llegan igual, no saben, o simplemente dicen que no se acuerdan (como que tienen que avisarles). Deberían mirar el calendario del último día del mes, así solo tendrían que venir solo en la mañana.</i>
O sea, usted además de hacer las labores propias de seguridad, usted también informa... se dedica a la información donde usted trabaja	<i>Es que es así la mayoría del tiempo con la información. O sea usted ve la OIRS y no hay nadie, la gente siempre se dirige a nosotros.</i>
Ya, y ustedes empiezan a derivar...	<i>Exacto, sí.</i>
Y en caso de que ustedes no tengan conocimiento de alguna información, ¿ustedes qué hacen?	<i>Preguntamos, vamos a preguntar allá a la OIRS, de lo contrario se deriva al paciente a la OIRS, porque hubo un tiempo en que nos habían "denigrado"</i>
¿De parte del servicio?	<i>Sí, o sea por todos... una situación que ya pasó. Entonces fue mejor que no... "usted solo se dedica más que anda a guiar a las personas, pero la información en sí tienen que darla las señoritas que trabajan en la OIRS. O sea, nosotros por ejemplo, "señorita, ¿dónde queda el sector 3?... pasillo, mano izquierda está el sector 3", pero más allá de horas, de informaciones, esas cosas puntuales que debe entregarlas el funcionario de OIRS.</i> <i>Ahora, por qué la gente se dirige a nosotros es porque los conocemos, es por eso. Porque cuando ven un guardia extraño, ya que vienen por una licencia o reemplazo en ocasiones, a ellos se les dice "ustedes vienen aquí y la gente va a decir: estos son nuevos; entonces preguntan y solitos se van a la oficina de Informaciones", pero cuando estamos nosotros, ellos vienen derecho para acá.</i>
¿Le han tocado casos que vienen derivados mal, de otros centros de salud, que les digan que acá les van a solucionar su problema o que les van a prestar algún servicio que en realidad no den acá?	<i>Sí... no muy seguido, pero pasa</i>
¿Y de dónde vienen?	<i>Generalmente de la asistencia pública, lo que pasa es que acá antiguamente podían retirar medicamentos, ahora no, son solamente los pacientes del consultorio. Antiguamente se podía retirar medicamentos cuando venía con el papel de la asistencia pública, ahí venían de todos lados, después se fue ordenando la situación y ahora es solo para los pacientes de acá.</i>
Ya, ¿Y el escollo lo ordenaron de allá, del Van Buren?	<i>Se supone que eso tienen que hacerlo allá</i>
¿Ellos informaron para que no vinieran para acá?	<i>Sí, llegó una circular acá a la farmacia, donde que los pacientes tienen que retirar en la farmacia del consultorio que les corresponde. Ahora, aunque sean de acá, si tienen la citación tienen que pedir hora para médico para que este haga la receta y la puedan sacar acá. Y los únicos que retiran</i>

	<i>remedios acá son los del SAR, ellos sí están autorizados para retirar acá los que tengan ficha acá.</i>
<i>Por lo general, ¿Cómo ustedes pueden percibir al usuario desorientado? ¿Qué conducta tiene acá en el Cesfam?</i>	<i>Si, comienzan mirando... aquí por ejemplo, entran, miran ahí, miran allá, y como ven este mesón, ven al guardia y van a preguntar. Por lo general es gente que viene al Banco de Sangre o al CONAC, ellos siempre llegan acá, entonces como nosotros conocemos los papelitos (folletos) y exámenes que hacen ahí, entonces los enviamos al tiro allá. Ahora, cuando vienen por primera vez a inscribirse, también se dirigen y nos preguntan cómo lo pueden hacer para ingresar a este Cesfam, entonces yo les pregunto "¿dónde viven?". Es que yo todavía no he concertado en realidad cuáles son los cerros que aquí se atienden, y hasta donde es el límite que atienden, que tampoco (como no soy de acá) conozco, entonces me dicen "del cerro tanto" y no ubico todo. Pero al final las personas que vienen por primera vez tratan de ubicarnos a nosotros, entonces ahí les decimos "diríjase con la señorita Jacqueline de Informaciones y ella le puede dar toda la información".</i>
<i>Las personas que por lo general son tímidas y no se acercan acá al mesón, ¿Ustedes salen a hablar?</i>	<i>Sí, nosotros nos acercamos, les preguntamos si necesitan algo, o sea ahí entablamos un diálogo con ellos para saber lo que realmente necesitan, porque muchas veces no vienen para acá sino para el consultorio de CONAC (...), Corporación Nacional del Cáncer. Es que ahí hacen exámenes de mamografía, hacen ecotomografía.... es que llegan aquí perdidos.</i>
<i>Les dicen que es en El Litre...</i>	<i>Sí, es que dicen El Litre y esta es Blas Cuevas (nombre actual de la calle)</i>
<i>Por lo general, ¿Qué rango de edad es el que siempre está más perdido?</i>	<i>Los abuelitos, andan muchos solos de repente. Nosotros muchas veces tenemos que dejarlos pasar la calle, porque andan solitos ellos, a mi muchas veces me ha tocado que ellos te pasan plata, y no, nosotros no recibimos plata, por lo menos yo les digo: no, guarde sus platita (...), hay muchas personas que si se aprovechan de eso y no corresponde, además en una causal de despido.</i>
<i>Y todo lo que ustedes saben, ¿Cómo lo han adquirido?</i>	<i>La experiencia, mirando.</i>
<i>Porque la empresa no se preocupa de eso...</i>	<i>Ellos saben que nosotros damos información que no nos corresponde, acá la dirección del centro (Cesfam) igual está agradecida con nosotros, porque imagínese usted ahora viene la apertura de agenda (asignación de horas médicas), nosotros llegamos más temprano, repartimos los números, tenemos a la gente acá adentro, llegamos más temprano en el invierno y sabemos que están todos afuera, por lo menos yo aquí abro el consultorio por lo menos 7:40 am, por lo mismo, o sea aquí mucho adulto mayor, nosotros tratamos de hacerlo lo más rápido posible.</i> <i>O sea la empresa sabe, nuestra supervisor sabe esto... por tener disponibilidad también hemos tenido problemas, porque no todos los funcionarios están de acuerdo en que nosotros hagamos una labor que no nos corresponde (...), acá se hace no por el bien de nosotros, es por el bien de los usuarios, como eso se tiene un renombre en el consultorio, porque dicen muchos pacientes que vienen de otros lados la atención de este consultorio es diferente al resto, ellos se dan cuenta y todos se quieren venir para acá, viene gente de Villa Alemana a atenderse acá por lo mismo, y dicen que empezando de ustedes (guardias), también las señoras del</i>

	<p>aseo, porque ven que mantienen limpio, con los funcionarios ven que es un conjunto de todo, porque no nos imaginamos que nos dijeran "no van a dar ninguna información, nada... ponte tú que nos saquen este mesón y nosotros aquí parados, la gente va a reclamar porque está acostumbrada a otra forma de ser. Con lo que pasa con compañeros que vienen y no tienen contacto con la gente, ellos están no sé, ellos van a una instalación cerrada o compañeros que por ejemplo, en el (Cesfam) Plaza Justicia, porque todos los lugares son distintos; yo estuve en el Plaza Justicia y no se interactúa ni con los funcionarios, ni con el personal de aseo, ni con los usuarios tampoco, no están acostumbrados. Yo cuando fui el primer día (había) una tremenda fila en la farmacia, y un abuelo ochentón discapacitado, y yo: ¡venga pase por aquí, siéntese aquí! le fui a buscar una silla; salieron a mirarme de la farmacia. Nosotros los hicimos como normal eso, para nosotros es como normal. Le ofrecimos al tiro la silla, salgo a ver si llega alguien llega así porque apenas puede entrar (traemos) la silla de rueda, de repente mi compañero sale a buscar al Conac a ver la gente, y no podemos salir al intertanto.... pasa que la gente anda sola, y no se puede hacer la vista gorda a una situación que está pasando. Imagínese, ellos ya andan solo acá, en sus casas, si les pregunta, su familia ¿Dónde está? O sea tienen sus facultades mentales, pero nosotros decimos "sabe qué más, yo también tengo a mi mamá es adulta mayor, o sea yo también pienso en ella, a lo mejor puede estar pasando los mismos mal ratos, que la manden de un lado para otro, así que las vamos a dejar al box y de ahí nos venimos.</p>
O sea, las van a dejar a la puerta del médico	Sí, y preguntamos si está citada, si necesita algo; sí, como que las hacemos todas
Ya, y eso es lo que las motiva a ustedes el hacer (esto de) dar informaciones y todas esas cosas... más que nada la empatía, el querer ayudarles	Sí, yo creo que nosotros no deberíamos ser guardias..
Dentro de las funciones de ustedes como empresa de seguridad, no contempla el entregar informaciones, ¿Cierto?	No
Ustedes se han adaptado al servicio y al sistema...	A manejar las llaves del consultorio. Es que este consultorio es tan especial hasta en ese sentido, o sea tenemos mucha responsabilidad. Años atrás teníamos alarma, nosotras teníamos la clave de la alarma, y teníamos que tener en 10 segundos salir, 10 segundos entrar, apagar, que no se active. Pero igual tenemos la responsabilidad, o sea, imagínate la confianza; porque si uno quisiera ser mal intencionado, tienes las llaves de todo, te estoy hablando de bodega de leche, bodega de farmacia, todo, acceso a todo; si tú quisieras robar o hacer una maldad, cosa que pasó con un guardia que estuvo acá y robó leche
¿Y quién trae al guardia acá? ¿Lo pide acá el centro o la empresa?	La empresa
Y la empresa trata de poner un perfil más menos como ustedes	Sí, siempre tratamos de decir que necesitamos gente así, pero... nosotros le decimos a los compañeros, pero (dicen) "ah, es que yo no voy a andar abriendo puertas", claro y ven la cantidad de llaves y se mueren, porque te las tienes que aprender. Además estamos encargados de la luz, del agua, y

	<i>lo que debemos hacer en caso de un corte. Son muchas cosas.</i>
Sobre las cosas que usted no sabe respecto de la información, ¿Qué hace? ¿Deriva con OIRS o al SOME?	<i>(Nosotros) le vamos a preguntar por el lado a la funcionaria de OIRS, explicándole el caso y obteniendo respuesta, porque tiene muchas ocupaciones ahí, luego les decimos a las personas lo que deben hacer o los dejamos en la oficina correspondiente.</i>
Y de acuerdo a su experiencia, ¿Dónde cree que está el problema de los usuarios desorientados o desinformados? ¿Cuál es la causa o problema según ustedes? ¿Qué piensan sobre eso?	<i>Las situaciones de la casa, yo creo que es un tema de desinformación desde la familia que desde acá (Cesfam). Además que sobre todo los adultos mayores andan solos, no saben bien cómo leer su carnet y ahí nosotros les ayudamos en lo que necesiten. En esos casos, cuando no andan con un familiar, ellos van a estar perdiendo el tiempo, nosotros les ayudamos en ver si necesitan pedir hora al médico, farmacia o exámenes.</i> <i>Por otra parte, igual la gente está acostumbrada. Si a lo mejor hubiera un cartel grande que diga: "INFORMACIONES", a lo mejor la gente no vendría para acá. O sea en parte es un tema del Cesfam, si ese mesón (OIRS) estuviera acá sería más visible. Por eso finalmente acuden a nosotros.</i> <i>Por nuestro lado igual estamos felices, porque aportamos algo a la gente, después llegan hartas felicitaciones por lo mismo.</i>
¿Les ha pasado que a personas de otros centros de salud, les dicen que acá se puede responder a las demandas de los pacientes, o sea que haya una derivación por parte de OIRS o de algún médico que se haya equivocado en las derivaciones que hizo?	<i>La verdad es que ahí no me meto, si les dicen eso les derivó a la oficina de OIRS donde le darán la información correspondiente. Ha pasado, no siempre, pero ha pasado.</i>
Y por ejemplo, ¿Cuáles son las cosas que preguntan? ¿Alguno que viene solicita servicios que aquí no se entregan?	<i>No, la verdad es que generalmente las personas que vienen acá son las mismas. O sea, por ejemplo, hay gente que viene a tomarse un electrocardiograma (porque antes se tomaban acá), y ahí les decimos que no, que vayan al SAR/Consultorio del Adulto. Ellos mismos no se dan cuenta que junto con la hora va una nota con los datos (lugar, horario, etc.); el problema es que no leen. Lo mismo ha pasado con la sala ERA, la cual también se encuentra abajo en el Consultorio del Adulto</i>
A modo de conclusión, ¿Cuáles son las recomendaciones que ustedes harían para tratar de ayudar a los usuarios desorientados?	<i>Más que nada es el tema con los adultos mayores, a pesar de que acá se les ayuda mucho porque andan solos, o que vienen de oftalmología y llegan acá, cuando a lo mejor les corresponde ir al Consultorio de especialidades del Hospital</i>
¿Usted cree que sería bueno que el Cesfam pusiera un afiche donde muestre su cartera de todos sus servicios para informar a toda esta gente que anda perdida?	<i>Lo que pasa es que aunque usted ponga eso, que pueda empapelar el consultorio el problema es que la gente no lee, es algo cultural. Yo creo que ese es el tema.</i> <i>Ahora, los papelitos para las citaciones deberían hacerlos un poquito más grande, por los adultos mayores sobretodo. Me pasa mucho que yo misma les escribo en el papel lo mismo, pero con letra más grande el día y la hora de citación para</i>

	<p>que lo graben bien. La señorita de la Farmacia hace lo mismo, les indica y escribe para qué es cada medicamento (este es para la presión, este para el hígado), les pone con letra bien grande las dosis.</p> <p>Por lo mismo, mucha gente que se ha ido de este consultorio por cambio de domicilio, pero que tienen a su mamá aquí, tienden a comparar y nos dicen que en otros consultorios no son igual que acá.</p>
Y en cuanto a la gente joven, ¿Cómo creen que ellos conocen el funcionamiento del sistema?	<p>Sí, mejor. Han ido aprendiendo, consultan una vez y se ubican bien. Lo que sí han reclamado es que ya no hemos prendido los televisores que hay en los pasillos, ya que ayudaba a pasar de mejor forma los tiempos de espera. La gente veía noticias o cosas así.</p>

ENTREVISTA A GUARDIA DE SEGURIDAD, CESFAM PLAZA JUSTICIA	
Guardia	Guardia
¿Podría decir su nombre, su edad y años de experiencia que lleva ejerciendo su desempeño de guardia de seguridad?	<p>Mi nombre es Macarena Cisterna Soto, tengo 53 años, y llevo diez años en mi profesión</p>
En cuanto a este centro de salud, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando aquí?	<p>Acá el 1 de abril cumpla dos años</p>
De acuerdo a su experiencia, ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan en una jornada laboral?	<p>Los más frecuentes, es la gente es como agresiva, insultan a medio mundo, los funcionarios son agradables en la atención de público, pero el público es el que viene con agresividad, de repente tenemos que llamar a carabineros por la agresividad que trae el paciente.</p>
Y ¿Cuál es el motivo de la agresividad de algunos usuarios?	<p>Acá viene mucha gente drogadicta, por ejemplo el joven que subió recién el ascensor, él es muy drogadicto y ahora anda con necesidad de drogarse, angustiado. Y nosotros no podemos cerrar las puertas del consultorio porque es público. Los doctores a ellos le tienen mucha paciencia y muy atentos a ninguno los mira en menos.</p>
En relación a los pacientes del centro de salud, ¿Cuál es el tipo de relación que tienen con ellos?	<p>Yo no tengo ningún problema con los usuarios a todos los saludo muy cordialmente y cuando no estoy de turno preguntan por mí.</p>
¿Cuál es el tipo de conversación que tiene con los usuarios?	<p>Nos preguntamos cómo estamos, hablamos de cotidianidad, temas de casas, cosas así.</p>
¿Cuál es el rol que usted cumple como guardia en la institución?	<p>Eso es muy importante, el rol que yo cumpla es defender al funcionario, al usuario también, a ambos lados.</p> <p>Un ejemplo, una funcionaria le contesta mal al usuario y este viene a mí a decirme y yo lo que hago hablo con ambos y bajo el perfil a la situación, actúo como mediadora en algunos casos para solucionar los conflictos. Aunque ellos tienen que ser capaces de hacerlos por ellos mismos, pero cuando no se puede trato de ayudar en ese sentido y si no</p>

	<i>quieren ceder yo hago un paso al costado.</i>
¿Le ha pasado que lleguen usuarios desorientados?	<i>Si, los oriento super bien, incluso me traen hartos regalos por la orientación que yo les doy.</i>
De acuerdo a su experiencia, los pacientes que vienen desorientados, ¿Generalmente de dónde vienen y por qué las mandan para acá?	<i>Si llega mucha gente que viene de la posta y no tiene que atenderse acá, yo le digo y aconsejo que hablen directamente con el médico de este centro quien las puede ayudar más rápido en algunos casos.</i>
Entonces aparte de su rol como de velar por la seguridad también cumple funciones de dar información	<i>Si, a pesar de que no me corresponde si tengo la voluntad de hacerlo, porque tampoco podemos mandar a la gente tan despistada, así que nosotros la ayudamos en ese sentido (dar información).</i>
Y usted ¿trabaja cooperativamente con OIRS. Con SOME?	<i>No, no, no, aunque yo no tengo que hacer el trabajo de dar información pero la gente me busca por el apoyo, incluso me dicen: tú sabes más que las que trabajan acá. Porque yo me oriento, yo escucho, porque uno escuchando aprende muchas cosas.</i> <i>Por ejemplo viene Sebastián y me dice: señorita ¿dónde queda la matrona Claudia Fernández?, y yo le digo en el tercer piso a mano izquierda y tiene que avisar que llegó. A gracias señorita y se va.</i> <i>En eso yo oriento, cuando me corresponde orientar, yo oriento.</i>
A modo general, ¿cuáles son las preguntas más usuales que le hacen los usuarios?	<i>Mire como horarios de farmacia, donde se encuentran los sectores a los cuales la gente tiene que según la especialidad que le toque, horarios de exámenes. Eso es más o menos lo que me piden.</i>
¿Le ha pasado que preguntan cosas que no sabe cómo orientar? Si es así, ¿Con cuánta frecuencia y qué decisión ha tomado al respecto?	<i>No, no me ha pasado, pero cuando es algo muy específico fuera de las consultas comunes, yo los derivo a OIRS.</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿Dónde cree que está el problema de usuarios desorientados?	<i>Ellos son los desubicados, porque usted le pasa el folleto, por ejemplo: está citada para mañana a las diez de la mañana con el doctor tanto y le pasa el boleto. Al otro día vuelve y te dice: señorita no sé donde estoy citado, y yo me acuerdo porque soy buena fisonomista y le digo: le dijeron que estaba citado con el doctor Camus, y me dicen, usted sabe y yo le digo pero si ayer vino.</i>
Y ¿Cuál es el rango de edad aproximada de los usuarios desorientados?	<i>Si fíjate, aunque no me lo crean la juventud, porque los adultos saben dónde dirigirse, la juventud como entre los 18 a los 35 años, ellos son los que más consultas realizan cuando se desorientan.</i>
Y usted ¿cree que esos problemas radican porque no leen la información dada?	<i>Si es porque no leen, además reclaman diciendo que leyeron y uno les dice que si leyó porque no saben, y es ahí donde muchos se ponen agresivos con uno.</i>

Y los adultos mayores como se desenvuelven en el centro de salud	<i>No tienen ningún problema, además aquí hay un ascensor que los lleva y a veces lo acompañamos nosotros con los guardias.</i>
De acuerdo a su experiencia, ¿Qué recomendaciones sugiere para mejorar el problema de pacientes desorientados dentro de los centros de salud?	Un orientador, urgente un orientador y que se ponga acá abajo en el primer piso, eso sería excelente porque a nosotros los guardias nos dicen que no trabajamos en informaciones, pero como nosotros conocemos el rubro, también como se trata a la gente ayudamos a orientar. Muchas veces personas nos dicen que debemos trabajar en orientación porque saben mucho, en algunos casos orientamos más que los mismos funcionarios del centro.
Y ¿Cuáles son las características que tiene que tener el orientador propuesto?	<i>Que sea amable, que entienda a la persona que está haciendo la consulta, que sea relajado, porque acá llega mucha gente estresada, de repente se ponen a llorar y nosotros los entendimos, yo pienso que ese es un orientador, que esté pendiente de la persona, ofrecerle ayuda en lo que necesite.</i> <i>Mire yo acá recibo muchos regalos de los pacientes y me dicen que les doy gusto como soy, y me extrañan cuando no estoy. Cuando me ven me abrazan y me dicen que yo debiera trabajar de orientadora, en informaciones</i>
Podríamos repasar la parte donde se consultó por aquellas personas que han sido derivadas acá de otros centros de salud ¿Cómo han sido estas derivaciones, correctas o incorrectas?	<i>Por ejemplo nosotros al lado de este centro hay uno que se dedica al tratamiento de enfermedades sexuales, y llegan acá. Yo en ese momento cuando llegan acá derivadas reviso el papel con el que vienen y las mando al centro de al lado porque no correspondía en este</i> <i>Como hay veces que vienen derivados y desorientados, les pido ayuda a la de informaciones y le solucionan el problema y me agradecen.</i> <i>Hay veces que personas no se atienden acá pero pasan por afuera del centro y se sienten mal o se desmayan, lo entramos y lo atienden acá. No es centro de urgencia, pero hay este tipo de casos.</i>