



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y USUARIAS EN LA RED URBANA – RURAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA COMUNA DE QUILLOTA

PATRICIA ESPÍNDOLA MORAGA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

KATHERINE CUEVAS LANG

PROFESORA GUÍA

Noviembre del 2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
FUNDAMENTACIÓN	6
MARCO CONCEPTUAL	12
1. Contexto sociopolítico en Chile: Neoliberalización del Estado y desigualdades en salud	12
2. Cambio de paradigma: del paternalismo en la medicina al enfoque de derechos	13
3. Desigualdad de la salud rural – urbana	14
4. Satisfacción usuaria	16
5. Transformaciones en las políticas de salud internacionales respecto a la satisfacción usuaria	17
6. Políticas públicas de salud y satisfacción usuaria en Chile	18
6.1 Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria y centralidad en el usuario	19
6.2 Estudios de satisfacción usuaria en Chile	21
7. Modelo local de salud en la Red de Atención Primaria en Quillota	23
8. Subjetividad, experiencia y percepción	27
PREGUNTA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	29
MATERIAL Y MÉTODOS	30
1. Enfoque de investigación	30
2. Técnicas de investigación	31
3. Selección de participantes	31
4. Plan de análisis	33
4.1 Método inductivo y explicativo	33
4.2 Categorías de análisis	34
4.3 Medidas para garantizar rigor y calidad del estudio	35
RESULTADOS	36
1. Percepción en el trato	36
1.1 Ámbito rural	36
1.2 Ámbito urbano	37
2. Percepción de la calidad técnica	38
2.1 Ámbito rural	38
2.2 Ámbito urbano	39
3. Percepción de los tiempos de espera	40
3.1 Subcategoría Tiempo de Espera para obtener hora de cita	40

3.2 Subcategoría Tiempo de Espera para la Atención Efectiva.....	41
4. Percepción respecto a la infraestructura.....	43
4.1 Subcategoría Instalaciones	43
4.2 Subcategoría Equipamiento Clínico	44
4.3 Subcategoría Higiene	46
5. Percepción de la participación.....	47
5.1 Subcategoría Participación Ciudadana	47
5.2 Subcategoría Participación Comunitaria.....	48
6. Percepción del Sentir	50
6.1 Subcategoría Percepción Sensorial	50
6.2 Subcategoría Percepción Afectiva	53
ANÁLISIS	56
1. Percepción en el trato.....	56
2. Percepción de la calidad técnica.....	57
3. Percepción de los tiempos de espera	59
4. Percepción de la infraestructura.....	61
5. Percepción de la participación.....	63
6. Percepción del Sentir	65
CONCLUSIONES.....	68
Sugerencias	75
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS.....	80
1. Modelo de afiche informativo	80
2. Modelo de carta de invitación	81
3. Consentimiento informado.....	83
4. Pauta de entrevista o guion de entrevista.....	84
5. Protocolo COVID	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Ranking Trato al Usuario 2013-2018 centros urbanos de Quillota	9
Tabla 2: Ranking Trato al Usuario 2013-2018 centros de salud rurales de Quillota	10
Tabla 3: Perfiles de participantes.....	32
Tabla 4: Categorías de análisis	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de reclamos recibidos en la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias, Departamento de Salud Quillota	9
--	---

RESUMEN

El modelo de atención primaria de salud (APS) en la comuna de Quillota ha sido pionero en el diseño de nuevas estrategias de atención a la población. Tras implementar una innovadora reforma en el año 2002, ha ido fortaleciendo dimensiones asociadas con las particularidades territoriales, el trato humanizado y el enfoque de derecho. De esta manera, la red de APS se ha aproximado hacia un paradigma participativo de la salud, en el que el respeto por la dignidad humana y las comunidades locales, emergen con mayor relevancia que en el enfoque biomédico.

Por este motivo, la investigación busca analizar las percepciones de las experiencias de atención de los usuarios y usuarias en la red atención primaria en Quillota, en el ámbito urbano y rural. Dicho objetivo se desarrolla a partir de un enfoque teórico fenomenológico, atento a la manera en que los valores, la cultura, la intersubjetividad y las expectativas influyen sobre las percepciones que tienen los sujetos de sus experiencias de satisfacción usuaria. Los datos fueron levantados a partir de metodologías cualitativas, mediante entrevistas semi-estructuradas realizadas a 22 usuarios y usuarias que se atienden en los distintos centros de salud municipal. El análisis de la información fue de contenido, después de identificar las principales categorías relativas a percepciones de la experiencia de satisfacción de los y las entrevistadas tales como: trato, calidad técnica, tiempo de espera, infraestructura, participación y sentir.

Dentro de los principales hallazgos levantados emerge con relevancia la dimensión asociada con el trato, en cuanto a que los elementos propios de ésta permean e incluso mitigan los aspectos negativos de las valoraciones que se hacen de otras categorías de análisis. La principal fortaleza del modelo de APS en Quillota da cuenta tanto de la sinergia entre éste y el MAIS, como de la permeabilidad social que tienen los principios y valores que lo articulan. Por su parte, las debilidades dicen relación con insuficiencias en la implementación del modelo de salud local, como son brechas en las estrategias de participación del espacio urbano.

Los resultados sugieren la creación de un grupo de trabajo en torno a la satisfacción usuaria y participación ciudadana, coordinando los esfuerzos institucionales con pertinencia local, más allá del cumplimiento de normas ministeriales.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación pretende aproximarse a las experiencias de atención de salud de los usuarios y usuarias en la red urbana - rural de atención primaria en la comuna de Quillota. Situándose dentro de una fase exploratoria y descriptiva pues es el primer estudio de estas características que se realiza en dicha institución.

El lugar en que se desarrolla el estudio, presenta algunas particularidades ya que, a partir de la reforma implementada en el año 2002 decide apostar por un servicio de salud moderno, resolutivo, amigable y accesible para la población. Esta reforma busca recoger un espíritu participativo y respetuoso de los territorios y las culturas que integran el espacio comunal, junto con reunir dichos elementos con los estándares de eficiencia y eficacia emanados del Ministerio de Salud (MINSAL). Se valoran con igual preponderancia rasgos relativos a la entrega de un trato humanizado hacia los usuarios y usuarias, junto con el rescate de la perspectiva de derecho asociada a los servicios, considerando las particularidades de los territorios.

El diseño de esta investigación se articula en torno a los desafíos propios del objeto estudiado. Los fundamentos teóricos y prácticos de la red de atención primaria en Quillota, exigen saber dimensionar la transición entre un modelo biomédico y otro enfocado en los derechos. Para ajustar estas características, se apuesta por un enfoque teórico de orden fenomenológico, desde el cual recoger las particularidades del modelo quillotano: tras agregar categorías como la participación y los sentires de los usuarios y usuarias al análisis de la experiencia de satisfacción usuaria, se espera poder describir las percepciones subjetivas que ellos manifiestan sobre las definiciones de este modelo de salud.

Dado lo anterior, el propósito de esta investigación es el de poder profundizar en los aportes del enfoque fenomenológico y las metodologías cualitativas para el rescate de la satisfacción usuaria. Comprendiendo que ésta responde a la percepción de la experiencia generada en los espacios de salud, la dimensión subjetiva pretende rescatar los contenidos con los que las personas expresan el modo en que construyen su propia satisfacción. Como se verá en los principales hallazgos, dicha construcción se apoya en las relaciones que estas mantienen con los equipos de salud y las definiciones del modelo. En este sentido, los factores intersubjetivos muestran una gran relevancia en dicha construcción, al mostrar que éstos inciden en la forma en

que los principios, pilares y valores de los modelos de salud permean o se diferencian de los medios sociales en los que participan.

Es bajo este enfoque que la investigación se pregunta ¿cómo son las percepciones de las experiencias de atención de los usuarios y usuarias en la red de Atención Primaria de Salud en Quillota en el ámbito urbano y rural? Mediante la descripción de estas percepciones, se busca aportar en la construcción de instrumentos adaptados a las exigencias de una evaluación de satisfacción enmarcada en una política sanitaria con enfoque de derechos. Adicionalmente, a partir del análisis diferenciado entre cada tipo de territorio, poder vislumbrar las fortalezas y debilidades del modelo actual en la materialización de éste.

La manera en que se aborda este desafío y se responde esta pregunta de investigación, se divide en dos secciones generales. La primera describe la forma en que se diseñaron los instrumentos para realizar esta evaluación de satisfacción usuaria. Ésta se divide en los fundamentos del objeto de investigación, el marco conceptual con el que se procesó y definieron las consecuencias analíticas para cada modelo y el marco metodológico, que incluye una descripción del enfoque, instrumentos y muestreo empleado. La segunda, por su parte, presenta los principales hallazgos generados a partir de la aplicación de dichos instrumentos. Estos se dividen en un capítulo de resultados, compuesto con la identificación de los verbatim encontrados durante la realización del trabajo de campo; y de análisis, en la que se comentan y procesan los contenidos levantados de las entrevistas. Finalmente, se concluye a partir de un recuento de los principales hallazgos dejados por los objetivos específicos, junto a una sección de sugerencias para futuros estudios.

FUNDAMENTACIÓN

Ya en el año 1994, las autoras Busto y Valdés ⁽¹⁾, realizaron diferentes estudios en Chile sobre la satisfacción usuaria. Éstos refieren que la gran mayoría de las personas, al salir de un servicio público de salud y ser consultadas sobre “¿cómo les ha ido?”, contestan que les ha ido “bien”. Sin embargo, si se les hacen preguntas específicas, comienzan a relatar los obstáculos que tuvieron que enfrentar para acceder a la atención de salud. Por lo anterior, es que la satisfacción usuaria se establece como una línea estratégica priorizada en la atención de las personas. El mejoramiento de la medición y comprensión de la satisfacción usuaria se debe

abordar como un proceso permanente y continuo en los centros de salud del país, tanto hospitalarios como de la atención primaria (2).

Por tanto, este tipo de evaluación se constituye en la valoración social del sistema de atención de salud. Ésta no solo depende de la capacidad resolutoria, de la oferta de prestaciones, de la calidad técnica de los profesionales, entre otros factores, sino también de aspectos no “médicos” vinculados a la atención. Entre estos, el MINSAL destaca “la relación entre los pacientes con los equipos de salud, los tiempos de espera, el acceso a la información, el trato digno y respetuoso, la infraestructura adecuada a las necesidades y expectativas de los pacientes” (3).

A nivel nacional, la gestión de los centros de salud urbanos y rurales han enfrentado dificultades en la capacidad de administración, análisis de la información estratégica, en la toma de decisiones, en la ejecución de acciones preventivas y correctivas y en la evaluación del desempeño. En el trabajo como microred, desconocen la brecha de percepción y expectativas de los usuarios y usuarias (4).

Además, se visibiliza en la salud rural una deuda histórica en nuestro país, al igual que en el resto del mundo, principalmente relacionado a dificultades en el acceso, oportunidad y resolutoria, entre otros, vulnerando en muchas ocasiones el derecho fundamental a la salud. Considerando que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” (5). Por lo anterior, es que se requiere analizar el nivel de satisfacción respecto a la atención de salud recibida en los ámbitos urbano y rural separadamente, con el propósito de evidenciar la realidad particular y así gestionar acciones considerando sus experiencias y demandas. Esto desafía a la APS hacia la innovación constante, con calidad del personal y orientación al usuario y usuaria. Para conseguir este objetivo, se deben identificar los factores que inciden en la satisfacción de las personas (6).

Un sistema de salud se considera exitoso cuando logra mantener a su población sana, proveer servicios sanitarios efectivos, seguros, equitativos, eficientes, y justos, brindando atención sin discriminación a todas las personas (7).

Por tanto, un estudio de satisfacción siempre es relevante, ya que permite comprender la subjetividad de los usuarios y usuarias al recibir las atenciones de

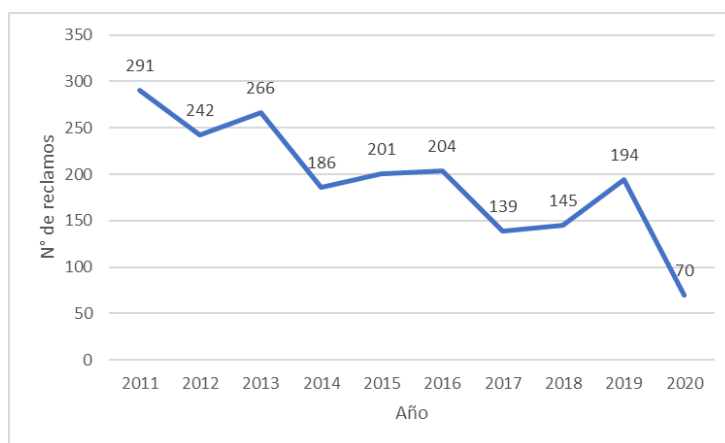
salud planificadas en función a las directrices levantadas por el gestor y la organización.

Teniendo en cuenta lo anterior, es que se realiza esta investigación en la red de Atención Primaria de Salud (APS) de Quillota. Se trata de una entidad administradora de salud municipal liderada por el Departamento de Salud de la comuna. Esta institución considera que la evaluación y el control de la calidad de la atención en salud debe ser un proceso de mejora continua y flexible basado en la percepción de satisfacción del usuario y usuaria, dado que el grado de satisfacción es el indicador principal de la calidad asistencial, con un componente subjetivo, enfocado hacia las percepciones y actitudes, más que a criterios concretos y objetivos.

En el contexto de la implementación local de la reforma de salud iniciada en el año 2002, es necesario hacer estudios de estas características, siguiendo la línea estratégica de comunidades rurales saludables. Esta política busca relevar el tipo de orientación de estos establecimientos, reconociendo su propia identidad, realidad y características de su población, etc. Es muy importante verificar si eso se ha producido en el tiempo, ya que es una línea que no se ha sistematizado con la profundidad requerida. Por tanto, esta investigación es una forma de subsanar esta debilidad, pues busca el grado de avance de esta línea de desarrollo.

En lo que respecta a satisfacción usuaria en la red de APS en Quillota, en el gráfico N°1 se observa cómo los reclamos han disminuido constantemente durante los últimos diez años, alcanzando a descender, para el año 2020, en un 75,9%. Cabe señalar que se produce una baja de las atenciones presenciales por el contexto de Pandemia COVID-19. Por lo tanto, el año 2019 es el último en que las atenciones se entregan con normalidad. En ese escenario, se logró disminuir los reclamos en un 33,3%.

Gráfico 1: Número de reclamos recibidos en la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias, Departamento de Salud Quillota



Fuente: OIRS Quillota, 2011-2020

Además, la red de APS en Quillota ha sido bien evaluada y reconocida técnicamente en diferentes mediciones, como en el Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS) y en las Metas Sanitarias, con cumplimiento por sobre el 90%. Respecto a la calidad de los servicios de salud, la Encuesta Calidad de Vida Urbana (ICVU) año 2019 ⁽⁸⁾, posiciona a la comuna en el primer lugar en el índice de evaluación de los servicios de salud, destacando en acceso, calidad de los servicios y calidad de la atención del personal.

Las tablas 1 y 2 nos indica la evaluación de la Encuesta de Satisfacción Usuaría MINSAL del periodo 2013 - 2018 de los centros de salud de la red de APS en Quillota, donde podemos observar que todos los centros de salud son bien evaluados. Cabe señalar que en los sectores rurales dicha valoración es mayor en comparación con el sector urbano.

Tabla 1: Ranking Trato al Usuario 2013-2018 centros urbanos de Quillota

Centro de Salud Urbano	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018
C. S. C. Raúl Silva Henríquez	6,045	6,149	6,625	6,830	6,347	6,566
C.S. Dr. Miguel Concha	6,140	5,893	6,119	6,794	6,811	6,980

Fuente: Informe Ranking trato al usuario, Ministerio de Salud

Tabla 2: Ranking Trato al Usuario 2013-2018 centros de salud rurales de Quillota

Centro de Salud Rural	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018
CESFAM La Palma	6,606	6,304	6,668	6,613	6,372	6,963
CESFAM San Pedro	6,606	6,682	6,830	6,888	6,937	6,942
CESFAM Boco	6,606	6,733	6,876	6,794	6,799	6,983
Posta Manzanar	6,606	6,733	6,876	6,794	6,799	6,983

Fuente: Informe Ranking trato al usuario, Ministerio de Salud

La red de APS en Quillota como ente coordinador, gestor y protagonista de considerables acciones en salud relacionadas al usuario y usuaria, ha buscado a través de los años proporcionar prioritariamente satisfacción, la cual tendrá un efecto directo en la calidad de la atención. El modelo de salud instalado entiende que la práctica de los cuidados en salud requiere de la adquisición de conocimiento y habilidades esenciales para así satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y usuarias.

A 20 años de implementado el modelo de salud en Quillota, no se han realizado evaluaciones sobre la percepción de las experiencias de los usuarios y usuarias en lo que respecta a satisfacción con esta forma de atención de salud. Lo que se ha aplicado son principalmente instrumentos que evalúan la estrategia ministerial, que estandarizan y homogenizan las acciones en el proceso salud-enfermedad a través de un modelo gerencialista, asociando resultados a incentivos monetarios a la productividad.

Por tanto, este estudio contribuirá en el funcionamiento y organización de las atenciones de salud para emprender acciones de fortalecimiento en las intervenciones y optimización de los resultados esperados, todo esto con el fin de mejorar e impulsar la calidad de atención al usuario y usuaria. Por consiguiente, los aportes que proporcione esta investigación a los gestores locales permitirán evidenciar todas las implicancias que representa la satisfacción de los usuarios y usuarias del ámbito urbano y rural, para enriquecer los conocimientos y generar un insumo pertinente a la gestión sanitaria estratégica. Además, para los equipos de los centros de salud puede ser considerada como una herramienta de evaluación tendiente a fomentar la reflexión y motivar la mejora continua, aplicando los correctivos adecuados, para así propender a una atención de calidad e, idealmente, de excelencia.

Adicionalmente, es relevante verificar si efectivamente las acciones implementadas por los centros de salud rural han ido respondiendo a las necesidades específicas de los usuarios y usuarias. También es pertinente evaluar la línea estratégica implementada en el área urbana, donde se desarrollan tres esquemas programáticos: el primero con un enfoque orientado al daño y a la rehabilitación; el segundo, a la prevención y promoción; y el tercero con enfoque territorial.

Asimismo, un estudio de estas características explora e identifica las diferencias entre las atenciones en los centros de salud rurales y urbanos, atendiendo a las orientaciones locales, que buscan optimizar los recursos y reemplazar la competencia de los centros de salud por la cooperación, con el fin de beneficiar a los usuarios y usuarias en sus procesos de salud-enfermedad.

La importancia de esta investigación, entonces, radica en incorporar la percepción de la experiencia en la atención de salud de los usuarios y usuarias. En las últimas décadas, la participación ciudadana adquiere relevancia en el ámbito de la salud pública, otorgándole un nuevo rol al usuario y usuaria, como agente activo, gestor y generador de su salud, e instalando el paradigma de la atención centrada en ellos. Este último se constituye en uno de los hitos más importantes en relación a la mejora continua que ha experimentado la atención de salud (9).

Algunos autores señalan que durante los últimos años ha habido tensiones en el abordaje de este tema. Por un lado, es habitual que sean los profesionales sanitarios los que decidan, sobre la base de su experiencia y conocimientos, qué es lo mejor para las personas; incluso todavía un gran número de profesionales considera que sólo con actuar de acuerdo con las normas y estándares científico-técnicos de su profesión, se puede ofrecer un servicio de calidad en el sentido más amplio. No obstante, el carácter técnico es sólo una de las dimensiones de la calidad, necesaria pero no suficiente, para satisfacer las expectativas y necesidades de las personas (10).

En consecuencia, es esencial que la gestión sanitaria dirija sus mejoras en el ámbito de la calidad de servicio desde el conocimiento, entendimiento y aceptación del punto de vista del usuario y usuaria. Así, no es de extrañar que sean cada vez más frecuentes las experiencias destinadas a incorporar la perspectiva de las personas a la hora de definir y evaluar la calidad de la asistencia sanitaria (11).

Finalmente, los resultados obtenidos podrán ser replicados y adaptados a cualquier centro de atención primaria en Chile, ya que se aplica tanto al ámbito urbano como al rural. Lo anterior sería un aporte para otros centros de salud, incentivando a que puedan comenzar un proceso de transformación en conjunto con los usuarios y usuarias dentro del marco de las garantías a un derecho fundamental como lo es la salud.

MARCO CONCEPTUAL

1. Contexto sociopolítico en Chile: Neoliberalización del Estado y desigualdades en salud

En Chile, la preocupación por la atenuación de las desigualdades en los niveles de salud de la población y en el acceso a los cuidados médicos y sanitarios acompañó el desarrollo de los servicios sanitarios desde los años 20 hasta el golpe militar de septiembre de 1973. Se realizaron avances notables en lo que respecta a la expansión del derecho a la salud bajo las banderas doctrinarias de la medicina social, dejando un legado histórico que, en los años 80, el neoliberalismo autoritario no consiguió extinguir en el grado pretendido (12). La base ideológica tras el ideario neoliberal, es posicionar al ámbito privado como responsable de las actividades ligadas al cuidado de la salud y desliga al Estado como garante y financiador de la salud poblacional, quedando limitado a atender los problemas de salud de los sectores más empobrecidos, no cubiertos por el ámbito privado (13).

Desde el inicio de la transición, los gobiernos democráticos de forma tímida y oscilante, han implementado medidas para superar las desigualdades sociales heredadas de la dictadura, destacando la reforma de salud del año 2005, la cual se basa en principios como la equidad, la universalidad y la participación (12).

Sin embargo, al evaluar su impacto en el transcurso de los años se evidencian pocas iniciativas desde el sistema público orientadas a reconocer y utilizar la experiencia usuaria y/o a demostrar el impacto de estos mecanismos en la toma de decisiones. Las formas en que las personas viven su atención de salud, lo que piensan sobre los servicios sanitarios y el aporte que pueden hacer son temas pocos explorados, en un modelo de atención que prioriza los indicadores sanitarios vinculados a la enfermedad y que se articula en torno a sistemas de diagnósticos y paquetes de tratamientos rígidos.

Lo anterior tiende a reproducir una profunda asimetría en la toma de decisiones entre los usuarios y usuarias, por una parte, y los gestores de los establecimientos y equipos de salud, por otra. Decisiones que abordan desde la interacción clínica hasta las orientaciones más generales de políticas públicas (14).

Finalmente, la incapacidad del modelo biomédico para incorporar estas percepciones subjetivas dentro de la experiencia de satisfacción usuaria, invita a levantar otras dimensiones de análisis en su evaluación. Tanto la agitación social y política del año 2019 como la actual crisis sanitaria han revelado brechas de acceso, oportunidad y calidad en el sistema público: una deuda que se arrastra por décadas y sobre la que existe un amplio consenso. Un aspecto clave de las demandas en materia de salud que han acompañado a esta compleja crisis se centra en la necesidad de servicios sanitarios que no se limiten a entregar prestaciones, sino que lo hagan considerando y promoviendo la dignidad de las personas (14). Como se verá más adelante, estas consideraciones levantan la necesidad de evaluar el estado de la participación de las comunidades, con tal de poder visualizar la canalización de estas demandas a través de los servicios sanitarios. Esta dimensión se asocia con las nuevas orientaciones que se han dado tras la crítica al paradigma paternalista en la salud pública.

2. Cambio de paradigma: del paternalismo en la medicina al enfoque de derechos

Durante décadas los sistemas de salud y la práctica de la medicina en general se han centrado en "la enfermedad", y han orientado sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos, prestando muy poca atención a la prevención de patologías y a la conservación y promoción de la salud (3). Sin embargo, en la actualidad la salud pública en el mundo, y específicamente en Chile, ha experimentado una serie de cambios en sus principales fundamentos, observándose un giro del concepto salud-enfermedad, centrando el foco en la salud (bienestar físico, psicológico y social), lo que a su vez implica un reconocimiento de la influencia de condiciones psicológicas, sociales, económicas y políticas en el estado de salud de las personas, de su familia y de su comunidad (4).

Este cambio en los fundamentos de la salud pública se expresa por los cuestionamientos al paradigma paternalista ("lo mejor para el paciente, pero sin el paciente"), y la aparición de otro que se resume con el aforismo utilizado por

Coulter: “nada en mí, sin mí”. Este aforismo supone una auténtica revolución en la forma de organizar y prestar la atención en salud ⁽¹⁵⁾. En este marco, han nacido nuevas formas de medir lo que los usuarios y usuarias tienen que decir. Desde hace unos años se ha empezado a evaluar la experiencia de las personas para reflejar la información que proporcionan sobre lo que les ha sucedido en la interacción continua con los equipos de salud y los servicios sanitarios ⁽¹⁶⁾, diferenciándose de la tradicional medida de la satisfacción en la que se le pide que gradúen su valoración en base a elementos “objetivos” de la atención en salud.

Los primeros estudios sobre experiencia usuaria han confirmado la relación de esta nueva aproximación con variables de resultado clínico y con indicadores de seguridad del paciente ⁽¹⁷⁾, lo que ha reforzado su implantación. Estas investigaciones respaldan nuevos constructos que muchas veces se emplean de manera indistinta e intercambiable, lo que les resta validez y limita su impacto en la práctica, como activación, coproducción, implicación o empoderamiento. Todos ellos reflejan que, sin la participación activa de los usuarios y usuarias, los resultados en salud que se alcancen serán más pobres y su coste será mayor ⁽¹⁸⁾.

Por tanto, un enfoque de la salud basado en estos principios, en los derechos humanos, ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas, que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. El objetivo es que todas las políticas y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas ⁽¹⁹⁾. De esta forma, un abordaje de la satisfacción usuaria atento a este viraje contemporáneo en el paradigma de la salud pública, invita a rescatar los sentimientos y las experiencias intersubjetivas de los usuarios y usuarias, sin desestimar la forma en que se relacionan también con los mecanismos participativos institucionalizados.

3. Desigualdad de la salud rural – urbana

El 56% de las personas que residen en las diferentes áreas rurales del mundo no tienen cobertura legal de salud; esta cifra, para el caso de la población urbana, es del 22% ⁽²⁰⁾. Esta brecha rural-urbana es una característica constante que se evidencia en todas las regiones y países ⁽²¹⁾.

Según los datos del Censo 2017, aplicando el criterio de ruralidad de la OCDE, el 25,5% de los chilenos vive en comunas rurales, territorio que representa el

83% de la superficie del país; por su vez, 263 de las 346 comunas son clasificadas en esta condición (22).

En nuestro país la definición de lo rural, como en el resto de América Latina, se ha relacionado con parámetros estadísticos que se vinculan con las bajas concentraciones de población dedicadas a actividades económicas primarias. Ello ha repercutido en un abandono estatal en el desarrollo de lo rural (23), por décadas se han concentrado los esfuerzos públicos y privados en las grandes ciudades, despriorizando el mundo rural, a su gente y sus necesidades (22).

Dentro de la salud chilena masiva y precaria, existe una que se esconde entre montañas y ríos, con personal limitado y con usuarios y usuarias escasas. Es la salud rural, aquella que se enfrenta a climas complejos, muchas veces carece de conectividad y sufre del éxodo del personal de salud a las grandes urbes en busca de mejores oportunidades.

El lugar de residencia puede considerarse como una puerta de entrada o una barrera determinante para acceder a la protección de la salud (21) (24). Para que el acceso a la atención de salud sea efectiva debe proporcionarse cuando las personas lo necesiten, a través de una distribución geográfica equilibrada de instalaciones, profesionales y políticas de atención médica (25). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de muchos gobiernos, persisten importantes desigualdades en relación con el acceso a la asistencia sanitaria según la diferenciación urbana – rural.

Por tanto, el ofrecer un servicio no siempre es sinónimo de que las personas puedan realmente hacer uso de este. Para que esto suceda, influirá fuertemente la accesibilidad de la cual disponga la población hacia los servicios de salud, la que considera variables como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y otras cualidades individuales que puedan ser demandadas. Es así como serán diferentes las necesidades entre las comunidades de los sectores más urbanizados y aquellas que habitan las áreas rurales (26).

Las tendencias de urbanización presentan tanto oportunidades como riesgos para la salud. En comparación con sus contrapartes rurales, las poblaciones urbanas generalmente tienen mejor acceso a servicios sociales y de salud, mayores tasas de alfabetización, mayores expectativas de vida, y más oportunidades de desarrollo económico (27).

4. Satisfacción usuaria

El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas, en la actualidad, requiere evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud y de retomar el concepto de satisfacción como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios (28). La satisfacción usuaria se entiende como un concepto multidimensional, cuyos componentes varían en función del tipo de prestación (ambulatoria, hospitalaria, etc.) (29).

La satisfacción implica una experiencia cognoscitiva derivada de las expectativas y del desempeño de los servicios sanitarios. Está permeada por diversos factores como los valores de los individuos, la cultura, las necesidades personales y la propia organización sanitaria (30). Esto conlleva a que la satisfacción sea subjetiva y a que se manifieste de diferentes formas en las personas.

La satisfacción usuaria es considerada por Donabedian, en el año 1992, como un resultado humano consistente en la aprobación final de la calidad de la atención. A su juicio, esta conformidad a la prestación refleja la habilidad del proveedor para dar respuesta las necesidades de quienes llegan a atenderse a los servicios sanitarios. En este sentido, se considera que los usuarios y usuarias satisfechas continuarán usando estos servicios, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los equipos de salud (31).

Sin embargo, la percepción de la experiencia de satisfacción usuaria constituye un proceso complejo en el que inciden diversos factores intersubjetivos. Más que restringirse a los deseos o expectativas de quienes llegan a los servicios sanitarios, el grado de satisfacción de los equipos de salud incide en la experiencia manifestada por los usuarios y usuarias. Existe, por lo tanto, una trama de actores y de acciones que afectan en las gestiones realizadas, marcando de distinta forma a las condiciones necesarias para que los servicios funcionen y logren su excelencia (32). Ante lo ya mencionado, es posible señalar que la satisfacción de los usuarios y usuarias de salud no sólo es un indicador de perfección, sino también un instrumento para ella (28).

5. Transformaciones en las políticas de salud internacionales respecto a la satisfacción usuaria

En las últimas décadas del siglo XX, se han desarrollado procesos y transformaciones socioeconómicas a nivel global. Entre muchos otros factores, podemos destacar algunos como el crecimiento demográfico, el proceso migratorio, las transformaciones urbanas, la disminución de la pobreza, la incorporación de la mujer al mundo laboral, los nuevos medios de comunicación y la masificación tecnológica.

Todos estos factores han contribuido a los cambios experimentados en la salud de la población y, así mismo, a las políticas de prestación de salud. Uno de los principales cambios en el ámbito de la salud es la promoción de una atención de alta calidad centrada en las personas (28), la que se instala a través de esfuerzos internacionales orientados a que los equipos de salud deban iniciar un proceso de cambio de paradigma en la atención, deconstruyendo el modelo biomédico y la asimetría hegemónica de la práctica médica, para considerar al otro como un ser cultural y un sujeto de derecho (33), es decir, involucrar a las personas en sus cuidados de salud. Lo anterior se traduce en avanzar desde un modelo paternalista –que otorga un rol pasivo al paciente–, hacia uno participativo, donde el usuario y usuaria se transforman en un agente en la definición de la atención de salud.

Tal y como definen autores del ámbito de la psicología de la salud (32), el proceso de la calidad de la atención en los centros sanitarios se convierte en una forma de vida organizacional, promoviendo que cada persona involucrada desempeñe sus tareas para las cuales están asignadas en el momento preciso y en el lugar que les corresponde. En el sentido del cambio de paradigma en salud, son las personas quienes definen la calidad, por tanto, la institución se centra en facilitar lo que éstas necesiten y deseen, con la finalidad de satisfacer sus demandas.

Lo que se busca desde las políticas de salud –a nivel internacional– es que la atención de salud se realice desde una perspectiva humanizada y ofreciendo servicios de alta calidad. El concepto de calidad en salud se desprende, según Vanormelingen, en cinco elementos fundamentales: 1.- excelencia profesional, 2.- uso eficiente de los recursos, 3.- mínimo riesgo para el paciente, 4.- alto grado de satisfacción, y 5.- impacto final que tiene en la salud. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos componentes; necesariamente implica la

integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos. La imbricación de todo lo anterior tiene como resultado la satisfacción de los usuarios y usuarias y la eficiencia de la institución de salud (28).

6. Políticas públicas de salud y satisfacción usuaria en Chile

En sintonía con las discusiones y avances internacionales respecto a la satisfacción usuaria y la eficiencia de las instituciones, en Chile, a partir del año 1995, el MINSAL implementa las primeras estrategias de esta índole. Así surgen las estrategias de participación social para incentivar el involucramiento de los usuarios y usuarias en la toma de decisiones que les afectan directamente y, al mismo tiempo, fomentar una corresponsabilidad en materias de salud (34).

La participación social en sí no tiene una única definición. Tras la revisión de bibliografía se pudo identificar que en su acepción más conocida, se entiende como “la intervención de los grupos organizados de la comunidad en las deliberaciones, en la toma de decisiones y en el control de los procesos de promoción y atención en la salud, así como la asunción de responsabilidades y compromisos derivados de la facultad decisoria” (35). Esta visión de la participación es asociada a un valor socialmente positivo, pero las posibilidades de interpretación abren un amplio abanico de asociaciones entre lo enunciado y lo que efectivamente se implementa, siendo esto último influenciado por contextos, subjetividades y utilitarismos varios (36) (37).

A pesar de la ambigüedad conceptual, se propone sistemáticamente la participación social en salud como una herramienta integradora de los sistemas de salud y es situada como un pilar fundamental de éstos basados en la estrategia de APS (38) (39). Esta última, es un componente fundamental de los sistemas de salud efectivos, ya que es una estrategia que permite fortalecer la capacidad de la sociedad y reducir las inequidades en salud (40). Se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “La Asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país” (41).

Luego, en el año 2003, se incorporan a la política de salud las líneas estratégicas de democratización de información y conocimiento en salud, transparencia en la gestión y corresponsabilidad en la mantención y control sobre la salud y la calidad de los servicios sanitarios (34). Este ímpetu por incluir la participación, la democratización y la transparencia, surge desde la concepción de

que la participación es un derecho humano. A partir de este marco jurídico, ésta es comprendida como la facultad de los individuos de formar parte activa en los distintos ámbitos de la vida política, económica, social y cultural del territorio en los cuales se encuentran insertos. En este sentido, el ejercicio de la participación y la democratización de las diferentes instancias sociales tiene relación con la ciudadanía y la cooperación social. Los individuos, en tanto ciudadanos, están llamados a colaborar con las instituciones para entregar las señales adecuadas que permitan a la gestión pública conocer y responder a las necesidades y preferencias de las personas y, a la vez, controlar y fiscalizar la acción del Estado y sus instituciones en el resguardo de los derechos de las personas (42).

Ya en el año 2005, con la reforma de salud chilena, se fortaleció la APS, centrando el modelo de atención en la promoción y la prevención de la salud y la integralidad del cuidado (43). Esto se alinea con los esfuerzos internacionales orientados a involucrar a las personas en sus cuidados de salud, avanzando desde un modelo paternalista, que otorga un rol pasivo al paciente, hacia uno participativo donde el usuario y usuaria participan en la definición de la atención de salud. En la medida en que se reconoce el rol activo y central que juegan las personas en la mantención y recuperación de su salud, su participación surge como un imperativo ético (14).

A pesar de todos estos esfuerzos, y de acuerdo con la bibliografía consultada, a nivel de la ciudadanía no existe claridad suficiente sobre los alcances de la reforma de salud chilena. Tampoco se conoce en profundidad influencia directa de las personas y comunidades en la atención de salud y en las políticas sectoriales que afectan sus vidas. Lo anterior se traduce en una variabilidad de la práctica clínica y una experiencia de atención de salud que depende del lugar desde el cual se accede a los servicios sanitarios, lo que puede agudizar las inequidades en salud (14). Finalmente, el ímpetu de la idea de la participación y la creciente valoración de la experiencia usuaria en salud no han sido acompañadas por esfuerzos para precisar las consecuencias prácticas de estos conceptos (14).

6.1 Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria y centralidad en el usuario

Más recientemente, el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) fue definido por el MINSAL, en el año 2013, como una política

sanitaria prioritaria, basada en el respeto de los valores y creencias de las personas y el reconocimiento de su responsabilidad compartida en el cuidado de la salud (14). El MAIS se define como un modelo que busca la vinculación tanto de los equipos de salud como de las personas, sus familias y la comunidad de un territorio. Las personas se entienden como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud. Este sistema se organiza en función de las necesidades de los usuarios y usuarias, buscando el bienestar a través de una atención en salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive en toda la red de prestadores. Así, en este modelo, “la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” (44).

El MAIS se sustenta en tres principios irrenunciables: 1.- centralidad en las personas, 2.- la continuidad del cuidado y, 3.- integralidad de la atención. La primera considera la corresponsabilidad del cuidado entre profesionales, personas, sus familias y la comunidad. Además, enfatiza los derechos y deberes involucrados y focaliza la atención en la persona y sus necesidades, otorgándoles información para participar en las decisiones de salud (45). La continuidad se relaciona con la coherencia y conexión que la persona percibe en las distintas acciones relativas al cuidado de su salud a lo largo de su vida y en distintos escenarios clínicos (desde el domicilio hasta los centros hospitalarios). La integralidad, finalmente, se vincula con la priorización de acciones que garanticen la atención de salud en los tres niveles de complejidad, y que articulen acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación desde un abordaje integral de la persona y su familia, lo que exige la disponibilidad de servicios sanitarios para responder a estas necesidades. Cabe destacar, que estos principios no son atributos de un proveedor de salud específico, sino que se definen a partir de la experiencia de los usuarios y usuarias (46).

La atención centrada en la persona/paciente (ACP) constituye un eje central del MAIS, traspasando los distintos niveles de atención de salud (47). Esto quiere decir que el foco se pone en las personas y sus necesidades y, por lo tanto, debe cumplir con ciertas características. Estas son un trato compasivo, respetuoso, empático, competente, eficiente y sensible a las necesidades, valores y preferencias de cada usuario y usuaria, y que provea de la información necesaria para que las personas puedan participar de las decisiones relativas a su cuidado (48). La atención de salud

centrada en la persona incluye las siguientes dimensiones: 1.- perspectiva biopsicosocial; 2.- paciente como una persona única; 3.- la consideración de los valores y creencias del paciente; 4.- poder y responsabilidad compartida en la atención; 5.- alianza terapéutica para mejorar la comunicación y la participación en la toma de decisiones médicas; y 6.- el profesional como persona única (48) (49).

Distintos estudios han demostrado que la ACP, tiene efectos significativos en indicadores como los índices de satisfacción usuaria, los resultados clínicos de salud a mediano y largo plazo, y el impacto en una mejor organización y coordinación de los servicios que proveen los prestadores de salud (49) (50) (51).

El MAIS comprende que los usuarios y usuarias de los centros de salud esperan que, en la atención, los profesionales establezcan relaciones interpersonales, que respeten patrones básicos de conducta social y amabilidad, como saludar y establecer contacto visual. Además, esperan percibir una preocupación genuina por sus problemas, enfatizando el uso de un lenguaje comprensible y el establecimiento de una relación empática y de confianza. Las personas esperan contar con tiempo suficiente para exponer su situación de salud/enfermedad, aspirando a que se consideren sus opiniones en la solución de sus problemas. Por otro lado, enfatizan la importancia de una mirada integral de sus necesidades, lo que incluye no sólo los aspectos físicos sino otros factores que pudieran estar influyendo en su afección. Finalmente, declaran que las experiencias que han vivido, les hacen entender que el sistema de salud funciona centrado en los problemas y no en las personas (46).

En resumen, el MAIS, como modelo de atención, propone que los centros de salud sostengan una estrecha relación con la comunidad, la cual se ve perjudicada cuando el usuario o usuaria no está satisfecho con la atención en la institución, influyendo negativamente en el proceso (52).

6.2 Estudios de satisfacción usuaria en Chile

En Chile se realizan periódicamente estudios de satisfacción a nivel nacional, mediante encuestas que buscan medir la conformidad de los usuarios y usuarias con los servicios públicos de salud. El objetivo de estos estudios es identificar los elementos que son, desde la perspectiva de las personas, los que más contribuyen a que se sientan satisfechos con la atención de salud recibida (14).

Estas evaluaciones presentan ciertas debilidades, por lo que son criticadas por expertos y comunidades. Entre esas debilidades podemos indicar que el diseño de las evaluaciones está construido para una muestra y realidad estandarizada que no permite ser una herramienta que se adapte a las diversas y heterogéneas realidades del territorio nacional. En este mismo sentido, existe un problema de comparabilidad, lo que limita la generalización de sus resultados (14).

El MINSAL reconoce que esto puede impedir llegar a disponer de evidencia robusta sobre los factores que inciden en la satisfacción (53). Por otro lado, el constructo “satisfacción”, tal como ha sido operacionalizado por el MINSAL, deja a los usuarios y usuarias en una posición pasiva, como observadores de un producto acabado. Se privilegia el uso de metodologías cuantitativas para conseguir representatividad estadística; sin embargo, la metodología de encuestas limita las posibilidades de expresión de las personas y no cuenta con las perspectivas emergentes de los sujetos, con la experiencia de los servicios sanitarios, ni con la interacción entre ambos. Tampoco es claro el proceso de levantamiento de estas encuestas ni las propiedades psicométricas que muestren la validez de los resultados reportados (14).

Ante estas debilidades, y como complemento para obtener información objetiva sobre las apreciaciones de los usuarios y usuarias, el gobierno ha fortalecido la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS). La cual se define como “un espacio de participación ciudadana y una vía de comunicación con los servicios de salud, hospitales, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIAS) o MINSAL, facilitando el acceso a la información sobre el funcionamiento y atención en las prestaciones de salud otorgadas en sus establecimientos” (54). La finalidad de la OIRS es garantizar el derecho de los ciudadanos a informarse, sugerir, reclamar y/o felicitar, acerca de las diversas materias en salud, retroalimentando la gestión de las reparticiones públicas.

Teóricamente, el trabajo de las OIRS debiese materializarse en evaluaciones realizadas por usuarios y usuarias del sistema público de salud, a través de diversos mecanismos e instrumentos como encuestas de medición de la satisfacción usuaria, consultas ciudadanas, reclamos y sugerencias; participación en la elaboración de balances de gestión y cuentas públicas de los Servicios de Salud y Hospitales; opinión

de usuarios y usuarias a través de su participación en instancias como Consejos Consultivos de Usuarios, Consejos de Desarrollo y Comités Locales, entre otras (55).

En este marco, la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas en Salud (56), reconoce la dimensión de “calidad de atención” como una línea estratégica donde la participación ciudadana es clave. Esta se basa en la satisfacción del usuario y usuaria como un aspecto básico en su evaluación en cualquier servicio público o privado, asumiendo características específicas en los servicios públicos y que adquiere particular relevancia en el sector salud.

En esta misma línea, en un estudio realizado por la Superintendencia de Salud, el 65% de los beneficiarios del sistema público considera que estas instituciones no respetan los derechos de los pacientes. Siendo lo más importante para los usuarios y usuarias ser atendidos con dignidad, de manera oportuna, con un lenguaje comprensible; en definitiva, que la atención de salud se realice en un contexto seguro y de calidad. En esa misma medición, el 38% de los usuarios y usuarias del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) refirió vulneraciones de derechos, particularmente en relación con horas de atención y el buen trato (57).

7. Modelo local de salud en la Red de Atención Primaria en Quillota

Uno de los objetivos de los Municipios es satisfacer las necesidades de la comunidad y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural. Bajo este escenario los actores políticos de Quillota instalan conceptos que tienen que ver con mayor justicia social. Particularmente, uno de ellos es la equidad en salud, definida por la OMS como: “La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas”.

Para ello, es necesario visibilizar los problemas sociales que hoy en día repercuten en la salud y bienestar en el contexto de la vida cotidiana; es preciso ver al otro e identificarse con el dolor humano y comprometerse con su felicidad (58). En este marco, el Modelo de Salud desarrollado en Quillota apuesta por una transformación cultural que doblegue la racionalidad del actual modelo económico neoliberal, el que promueve una atención y servicio de salud individual sin considerar la organización de los ciudadanos y ciudadanas, ni fomentar la solidaridad y responsabilidad compartida. De esta forma, la expansión del gasto social público no

refuerza los comportamientos solidarios colectivos, sino por el contrario, los individuales (59).

Dado lo anterior, el modelo de APS desarrollado en Quillota se propone pasar de la competencia a la colaboración, entendiéndose que la competencia extrema produce malestar y la colaboración produce bienestar. Por tanto, el desafío es desarrollar un modelo que lleve a la cooperación, a lo colectivo.

En este contexto, en la década de los 90, se comienza a gestar un modelo de gestión innovador en la red de APS en Quillota, en circunstancias en que las políticas socio-sanitarias emanadas desde el MINSAL repercuten desfavorablemente en los equipos de salud, afianzando la medicalización de la actividad sanitaria (modelo hegemónico), debilitando la capacidad local de planificación sanitaria y, con ello, la descentralización y el empoderamiento comunal.

Pese a lo anterior, el Departamento de Salud de la comuna continúa sosteniendo un liderazgo coherente y responsable. Sin embargo, entiende que esta misión no se agota en ese exclusivo desafío y, en este contexto, decide implementar un modelo de gestión actualizado a las necesidades sanitarias, al nuevo escenario epidemiológico y al emergente panorama societario. De esta manera, el Modelo de Salud Quillota logra adaptarse y ser capaz de sustentarse en un escenario restrictivo en cuanto a recursos para gestionar y contribuir con la administración comunal y su estrategia de desarrollo local.

Lo que resulta es una mezcla armoniosa, integradora, innovadora, colaborativa e inclusiva entre lo local y las directrices ministeriales, aproximándose a la forma de hacer salud como lo definió la OMS en el año 1948: la salud se comprende como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (60). Desde este punto, es posible visibilizar la diferencia de la salud tradicional, donde tiene mayor peso el enfoque biológico o biomédico (curativo y asistencialista), en comparación a la apreciación actual sobre la salud, donde se plantea una práctica intersectorial que no solo involucra al sector salud, ya que incorpora formas de vinculación con la sociedad, contribuye a generar ciudadanía, y aporta a la cultura y al desarrollo de los individuos y comunidades.

La salud es un hecho social tanto material como inmaterial. Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la

competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono (61).

El Modelo de Salud Quillota fortalece la ciudadanía, en la medida que facilita una mayor participación de los ciudadanos y ciudadanas en el proceso de salud-enfermedad, porque se ha motivado el desarrollo de un concepto de manejo y cuidado de la salud que está en las manos de las propias personas.

Ya desde la declaración de Alma-Ata, en el año 1978, se subraya la importancia de la participación de las personas y de la comunidad cuando se afirma que “las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria” (38), y se vincula el derecho de las personas a la salud como su derecho a participar en las decisiones que afectan su vida (62). Así, promover la salud de las personas implica proveerlos de los recursos necesarios para ejercer un mayor control sobre ésta (63).

El propósito del Modelo de Salud Quillota es la felicidad de las personas y comunidades, apuesta a una visión holística de la persona inserta en un contexto social, histórico, cultural y geográfico particular, que debe ser atendida y respetada como tal (64). Una persona será más feliz en la medida que sea capaz de relacionarse más armónica y propositivamente con su pasado, con la cultura, con la porción de tierra que ocupa (58, 64), con la forma de vida de su comunidad dentro del seno de su familia, y por último en paz consigo mismo, con sus conflictos internos, con sus defectos y habilidades (65).

Bajo los principios de este modelo, una ciudadanía con altos índice de satisfacción, sería aquella que cuente con las condiciones que le permitan concretar su proyecto de vida, empoderada, con conocimiento de sus derechos y deberes, corresponsable, solidaria, con una actitud positiva y participativa, comprometida con el proyecto comuna y país, y dispuesta a trabajar por el bien común.

En consonancia con lo anterior, el Modelo Salud Quillota se propone como misión: “Ser un sistema de salud municipal, integral, resolutorio y participativo, que entrega servicios de calidad, con énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, aplicando un modelo innovador de gestión local con

respeto del territorio, para contribuir a la mejoría del bienestar de la población de Quillota y de sus propios funcionarios y funcionarias” (37).

En el año 2002 se instala la red de APS en Quillota, conformada por establecimientos modernos, accesibles, amigables y resolutivos. Estos abarcan, por un lado, la dimensión de control del daño y, por otro, la dimensión preventiva, tanto en su ámbito urbano y rural, incorporando 4 elementos distintivos (66):

La reorientación del nivel prestador y la reorientación de la intervención sanitaria. El modelo acoge las necesidades de salud y las vincula mediante unidades constituidas por equipos interdisciplinarios que buscan resolver las distintas problemáticas que afectan a los integrantes del grupo familiar, así como potenciar las propias capacidades de autocuidado en la salud.

El enfoque local de la salud familiar. El modelo busca cambiar el enfoque de individuos a uno familiar, para contribuir al fortalecimiento de la familia, absorbiendo la demanda por prestaciones de salud en esquemas vinculantes de respuesta, tanto en los centros de salud rurales y urbanos. Para concretizar este punto, se crea la Plataforma de Gestión Familiar como un ente articulador de la red de APS en Quillota.

Las nuevas formas de vinculación con la ciudadanía y el fortalecimiento del Centro de Promoción de Salud y Cultura. Se incorporan instrumentos e instancias para incidir en las prácticas y cultura ciudadana, en el entendido que el más importante instrumento condicionador de un modo saludable de convivir es la cultura de asociación de los distintos grupos sociales de la comuna. Para llevar a cabo estas nociones, se crea el Centro de Promoción de Salud y Cultura, un centro que tiene por objetivo promocionar la salud, la ciudadanía y la vinculación social.

Se propicia un proceso de participación social por comunidades rurales saludables. Los centros de salud rurales abordan los dos esquemas programáticos de los centros urbanos, uno enfocado a la prevención y promoción, y el otro al daño y rehabilitación, complementándose con un rol articulador de los actores y capacidades de las comunidades. La red de APS en Quillota incorpora visiones y elementos que configuran un rol más cercano y de mayor protagonismo de salud con las localidades rurales.

8. Subjetividad, experiencia y percepción

Según Seclén-Palacin, algunos autores han expresado que las encuestas de satisfacción usuaria generalmente muestran alta satisfacción y poca variabilidad, lo que dificulta su uso en términos de gestión (67). Sin embargo, otros estudios señalan que la introducción de preguntas que exploren y caractericen las experiencias de los usuarios y usuarias con aspectos específicos de la atención, son más informativas y útiles.

Para comprender de mejor forma estos planteamientos, entenderemos la experiencia como un fenómeno subjetivo, a través del cual se vive un proceso social dinámico que permite dar sentido a la realidad vivida, a la percepción y a las relaciones intersubjetivas. Se entiende que la subjetividad es un punto de intersección entre el sujeto y la cultura que da continuidad entre lo interior y lo exterior (68). La experiencia, entonces, tiene tanto que ver con las realidades intersubjetivas como con las interpretaciones individuales. Es siempre social y subjetiva, colectiva e individual al mismo tiempo (69).

Asimismo, la importancia que tiene la experiencia como forma de relación de las personas con el medio ambiente es tal, que precisamente según se va desarrollando la experiencia, así también los sujetos se van configurando. La experiencia no sólo se reduce al resultado de la interacción inmediata con lo que rodea a la persona, sino que modula el proceso de interacción biofísica (corporeizada) con el entorno y su comprensión (consciente) bajo la acción selectiva de la atención en salud. Por tanto, los individuos se construyen en el acto mismo de comprensión como sujetos (70).

Vemos que la experiencia de la salud y enfermedad son fenómenos complejos con dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales. En torno a la salud y la enfermedad existen distintos sistemas, creencias y prácticas, por lo que es relevante indagar, desde el relato de lo vivido por sus protagonistas, las experiencias y percepciones, con interés en los sentidos y los valores vivenciados por estos mismos (71). A mejor experiencia, mejor percepción del estado de salud y bienestar. Este aspecto nos lleva a poner en valor el trabajo vinculado a la experiencia usuaria en todos los ámbitos asistenciales y no solo por los que tradicionalmente son asociados a la prestación del servicio (72).

En este sentido, y según Pascoe, la satisfacción usuaria es la “comparación de la experiencia de las personas con sus estándares subjetivos al salir de la atención de salud”, por lo que también es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que la persona construye, producto de su encuentro e interacción con el servicio (73).

Por otro lado, la percepción es entendida como un permanente acto de conceptualización. Los eventos del mundo externo son organizados a través de juicios categoriales que se encargan de encontrar una cualidad que represente de la mejor manera posible a los objetos (74). Las características de la percepción de un individuo son subjetivas, selectivas y temporales. Es subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. La condición selectiva en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir. Finalmente es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos (75).

En síntesis, entendemos que el sujeto es existencialmente complejo: siente, piensa, reflexiona, da y busca sentido; es a su vez el conjunto de modos de percepción, afecto y pensamiento, los cuales lo animan a actuar dentro de un entramado intersubjetivo de actividades y experiencias (76). Así, los componentes que nos permiten acceder a sus percepciones se identifican con aspectos propios de los sujetos como son sus valores, sus interacciones intersubjetivas, sus expectativas y su cultura.

PREGUNTA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

La interrogante que guía esta investigación es la siguiente: ¿Cómo son las percepciones de las experiencias de atención de los usuarios y usuarias en la red de Atención Primaria en Quillota, en el ámbito urbano y rural?

El Objetivo General de esta investigación es **analizar las percepciones de las experiencias de atención de los usuarios y usuarias en la red Atención Primaria en Quillota, en el ámbito urbano y rural.**

Mientras que los objetivos específicos son los siguientes:

- Describir las percepciones en las experiencias de atención de salud de los usuarios y usuarias, en relación a las dimensiones de la satisfacción usuaria ministeriales: trato, calidad técnica, tiempo de espera, infraestructura, en el ámbito urbano y rural.
- Explorar dimensiones no asociadas a la satisfacción usuaria tradicional en las experiencias de los usuarios y usuarias en la atención de salud: participación y sentir en el ámbito urbano y rural.
- Comparar las fortalezas y debilidades percibidas en las experiencias en la atención de salud de los usuarios y usuarias, en el ámbito urbano y rural.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Enfoque de investigación

Para responder la pregunta planteada y conseguir los objetivos de la investigación, se utiliza la metodología cualitativa, ya que, a través de ésta, el investigador está inmerso en el contexto, lo cual permite recoger y analizar percepciones, opiniones, discursos, acciones y representaciones personales, al centrarse tanto en la experiencia y la subjetividad (77) de los usuarios y usuarias respecto a la atención de salud. Se entiende por esto, que los procesos y concepciones de salud y enfermedad, más que ser susceptibles de ser medidas, deben ser comprendidas bajo un enfoque integrativo (78).

El enfoque cualitativo permite conocer, desde la perspectiva de los usuarios y usuarias externas (personas y familias o cuidadores) o usuarios y usuarias internas (profesionales, técnicos, personal de apoyo) las creencias, valores, actitudes, percepciones, opiniones, y modos de vivenciar y actuar respecto de los servicios sanitarios. Permite comprender en profundidad el problema y cuáles podrían ser sus causas desde la mirada de los actores sociales (79).

Así, se utiliza el enfoque fenomenológico para comprender la percepción respecto a la satisfacción usuaria, ya que el interés está puesto en analizar el significado de sus experiencias de vida, a través de la interpretación de las vivencias que tienen los usuarios y usuarias. Para aproximarse a éstas, se deben escuchar los discursos profundos de los sujetos, llegando a los significados en ellos contenidos.

Por otro lado, esta investigación se trata de un estudio exploratorio, que permite acceder al conocimiento de la realidad por significados simbólicos, observables a través de las interacciones y el lenguaje de los seres humanos. En este sentido, el propósito de este tipo de investigación es examinar un tema o problema poco estudiado, del cual se tienen dudas o se desean identificar nuevas dimensiones relevantes, obteniendo información de manera más completa sobre un contexto particular. De esta forma, se espera que estudios exploratorios sugieran nuevas líneas de investigación para que estudios profundicen y sugieran estrategias concretas de intervención (80).

2. Técnicas de investigación

Los datos fueron obtenidos de las personas que asistieron a una atención de salud y que fueron seleccionados previamente tras invitación realizada por la investigadora en sala de espera de los centros de salud a través de afiches informativos (Anexo 1) e invitación tipo carta (Anexo 2). La selección se hizo de acuerdo con los criterios de inclusión que se desarrollarán en el siguiente apartado. A quienes aceptaron participar en el estudio, se les solicitó la firma de un consentimiento informado (Anexo 3), que asegura la participación voluntaria e informada.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, ya que éstas cumplen de mejor manera con el objetivo de la investigación. Este tipo de instrumento se caracteriza por generar un encuentro entre el investigador y participante, que perfila una conversación abierta y distendida, donde éste último puede elaborar un relato de su experiencia y percepción, estando circunscrito a áreas temáticas específicas establecidas en el guion (Anexo 4).

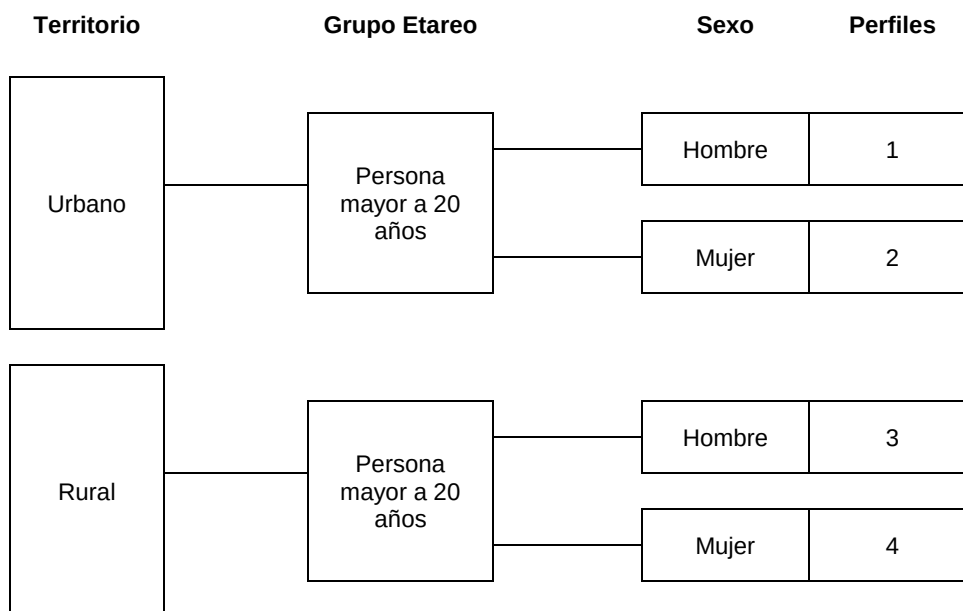
3. Selección de participantes

El colectivo de investigación corresponde a usuarios y usuarias de la red de APS en Quillota. La selección de los y las participantes del estudio es del tipo teórica, es decir, cuando las unidades a incorporar se eligen a partir del conocimiento teórico que se va construyendo sobre la marcha, con la información que va emergiendo a lo largo del estudio, pero a partir un perfil previamente establecido que busca representar a los usuarios y usuarias que acuden a la red de APS en Quillota.

- Criterios de inclusión
 - ✓ Personas mayores de 20 años.
 - ✓ Personas inscritas en algún centro de salud y que hayan recibido atención al menos los últimos 6 meses.

- Criterios de exclusión
 - ✓ Personas que no cuenten con las capacidades cognitivas o auditivas, por las limitaciones comunicacionales de la investigadora para realizar las entrevistas a usuarios y usuarias con estas condiciones.
- Perfil de participantes
 - ✓ Según territorio (urbano, rural).
 - ✓ Según sexo (hombre, mujer).
 - ✓ Grupo etario (persona sobre 20 años).

Tabla 3: Perfiles de participantes



Fuente: Elaboración propia

Para definir el número de participantes en la investigación, se utilizó el criterio de saturación de información, considerando en ello la cantidad y calidad de contenido que ofrecieron los y las participantes. De este modo, el número se fijó de acuerdo a la información obtenida, es decir, cuando perdió novedad y no se profundizó más en el fenómeno de estudio (80) (81).

4. Plan de análisis

4.1 Método inductivo y explicativo

La técnica de análisis implementada es el análisis de contenido. Es un método inductivo y de tipo explicativo externo. Esta herramienta se materializa en el establecimiento previo de categorías y subcategorías análisis que buscan retratar el fenómeno objeto de estudio.

El análisis de los datos se organizó en función de cada uno de los objetivos propuestos. Las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento de los y las participantes, y luego transcritas textualmente, sin interpretaciones. Se confeccionó una planilla Excel para el ordenamiento de las entrevistas realizadas, donde a cada entrevista se le asignó un código de identificación.

La organización de los datos se realizó de acuerdo con las categorías de análisis y los perfiles de los y las participantes en estudio.

Tabla 4: Categorías de análisis

Códigos de Perfiles	CATEGORIAS DE ANALISIS					
	Percepción del trato	Percepción de la calidad técnica	Percepción del tiempo de espera	Percepción de la infraestructura	Percepción de la participación	Percepción del sentir
UPH						
UPM						
RPH						
RPM						

Fuente: Elaboración propia

Para el análisis de datos se utilizó el Software de análisis cualitativo "Taguette", en el cual la organización de los datos se hizo de acuerdo con las categorías de análisis y a los perfiles de los y las participantes en estudio.

Finalmente, se realizaron 22 entrevistas, participaron en este estudio 14 usuarios y usuarias del ámbito urbano y 8 del ámbito rural de la red de APS en Quillota. Los entrevistados fueron 8 hombres, 5 de ellos pertenecen al ámbito urbano y 3 al rural. Respecto a las mujeres se entrevistaron a 15 en total, de las cuales 9 son usuarias del ámbito urbano y 5 del rural.

El rango de edad de los entrevistados, fue 32 a 72 años; sin embargo, el rango en los hombres del ámbito urbano fue 39 a 66 años y de las mujeres fue de 35 a 72 años. En el ámbito rural los rangos fueron para los hombres 36 a 65 años y en el caso de las mujeres el rango fue de 33 a 68 años.

Se cumplieron los criterios de inclusión, se consiguió retratar los perfiles establecidos y la accesibilidad que se tuvo a los y las participantes.

4.2 Categorías de análisis

Para fin de este estudio, se trabajó en base a 6 categorías de análisis, de las cuales 4 corresponden a las utilizadas por el MINSAL en la Encuesta Nacional de Trato al Usuario. Estas son:

1. Percepción del Trato,
2. Percepción de la Calidad Técnica,
3. Percepción del Tiempo de Espera,
4. Percepción de la Infraestructura con sus 3 subcategorías: Percepción de las instalaciones, Percepción del equipamiento disponible, Percepción de la Higiene de los centros de salud. Estas últimas fueron agregadas por la investigadora para detallar más acuciosamente esta temática.

Además, se adicionaron 2 categorías de interés a partir de lo señalado en el marco conceptual de este estudio. Son las siguientes:

5. Percepción de la Participación con sus 2 subcategorías Participación Usuaría y Participación Comunitaria.
6. Percepción del Sentir, con sus 2 subcategorías Percepción Sensorial y Percepción Afectiva.

Entendiéndose por:

- Trato: Las experiencias y percepciones relativas a la calidad de los lazos o relaciones que se establecen entre los usuarios y usuarias con los equipos de salud.
- Calidad Técnica: Como la valoración de la vivencias y experiencias de los y las entrevistadas acerca de la prestación de salud recibida
- Tiempo de Espera: Las experiencias para recibir una atención de salud como aquel que transcurre desde la solicitud de atención o de la hora de la cita programada por el usuario y usuaria, hasta que es atendido por el profesional.

- Infraestructura: Percepción respecto a los espacios de atención tanto clínicos como administrativos al servicio de la atención en salud para la población beneficiaria.
- Participación: Las experiencias asociadas con instancias con las que recibir las demandas o inquietudes desde la ciudadanía.
- Sentir: La disposición de expresar en sensaciones, asociaciones e imaginarios los aspectos materiales e inmateriales de la atención salud.

4.3 Medidas para garantizar rigor y calidad del estudio

Para garantizar rigor y calidad del estudio, se utilizaron los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia/consistencia y confirmabilidad (80) (81). La credibilidad fue resguardada mediante la grabación de las entrevistas y la transcripción fidedigna de estas; todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, lo que limita la posibilidad para que agentes externos al estudio tengan conocimiento de los relatos.

La transferibilidad se vincula a características comunes en el diseño de la red de APS en general, pudiendo encontrarse experiencias similares entre distintos establecimientos primarios.

La dependencia/consistencia fue resguardada mediante el cuidado del contexto en que se realizaron las entrevistas, las cuales se efectuaron de manera uniforme, delimitando el contexto físico, social e interpersonal. Con la finalidad de evitar contagios por COVID-19 se aplicó el protocolo diseñado (Anexo 5). Adicionalmente, se resguardó que la sala contara con ventilación y que permitiera el distanciamiento de 1,5 metros entre participante e investigadora.

La confirmabilidad fue resguardada mediante el registro sistemático por medio de grabación de audio y transcripciones textuales. Además de los criterios descritos para garantizar el rigor de la calidad del estudio, se trianguló el análisis de los resultados con una colaboradora relacionada al área de las ciencias sociales y la tutora de tesis (81).

Es importante destacar que la investigadora pertenece al Departamento de Salud de Quillota. Se resguardó que esta condición no contaminase la interpretación de los resultados. Para este propósito fue clave el rol de la tutora de tesis.

RESULTADOS

A continuación, la presentación de los resultados será organizada por categoría y por ámbito rural y urbano.

1. Percepción en el trato

En esta categoría se consideran las experiencias y percepciones relativas a la calidad de los lazos o relaciones que se establecen entre los usuarios y usuarias y los equipos de salud.

1.1 Ámbito rural

Al preguntarles a los y las entrevistadas respecto al trato, manifiestan que aprecian la personalización de la atención y que se establezcan relaciones desde la empatía, la amabilidad, la amistad y desde lo familiar.

“Yo lo que pienso lo que trata de hacer el CESFAM y lo que a mí me parece y lo que veo desde afuera, es tratar a la gente como gente, primero, y segundo como familia” (CESFAM La Palma, Hombre, Adulto Mayor, 2)

“Acá, como es un consultorio rural, y como que nos conocemos. Como que estamos viendo siempre las mismas caras, y súper. Bien amigable. (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 1)

“...toda la gente fue empática... fue correcto. Desde el comienzo hasta el médico, y también la entrega de medicamentos, todo. Siempre fue bueno”. (CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15)

No obstante, relatan falencias en el trato humanizado. Esto se da en relatos hacia la vocación del equipo de salud.

“colocar gente nueva, motivada po’, gente que quiera atender po’, no gente que quiera venir a sentarse, ganarse las monedas, estar todo el día en el computador y el teléfono. Gente que quiera venir a trabajar y atender la gente, si por algo estudian eso. Si no, mejor que se queden en la casa. (...). (CESFAM San Pedro, Hombre, Adulto, 12)

También se pudo recoger desde las entrevistas que los usuarios y usuarias valoran la resolución a su motivo de consulta de forma eficaz y oportuna.

“Todo es como una confianza, porque si yo tengo algo, alguna duda, algo que preguntarle, yo lo hago y tranquila y me lo contestan y me voy satisfecha con la respuesta... me encanta...”(CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 1)

“Amabilidad, información, en cuanto a lo que ellos me indicaron, eficaz, de manera rápida, y más que todo ameno, agradable. (CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15)

“Cada vez que vengo y requiero algo, una hora y todo, sí el buen trato. Expedito. Te dan la solución a lo que tu vienes. Y si no tiene solución,

me dicen “no, sabís qué, ven tal día”, pero siempre hay una respuesta...para las cosas que yo he venido, lo que yo recibo... se cumplen a mis requerimientos”. (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 3)

1.2 Ámbito urbano

En este ámbito, se valora la amabilidad, la cercanía, la confianza y agregan conceptos como el respeto y calidez.

“... la mayoría de las personas acá son súper amables... es un trato bueno, de hecho, las personas en la admisión como que tienen mucha cercanía, (...) yo creo que hay personas acá que hacen sentir muy cálida la atención... se logran tener lazos, porque todos los días pasas, ¡ahí va el chico que vive abajo!, ¡hola!, ¿cómo estás?, (...)”. (CECOSF Cerro Mayaca, Hombre, 10)

“el trato siempre ha sido muy excelente, muy bueno, muy respetuoso, incluso hasta cariñoso, y lo veo también con las demás personas, que uno está aquí en el lugar en espera, pero ellos muy atentos, personalmente hablo por mí y por mi marido, (...) eso a uno le da como una tranquilidad, se siente como con más ánimos de venir y atenderse aquí en el consultorio”. (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 21)

También, destacan la resolución o respuesta oportuna a su necesidad o motivos de consultas.

“... partieron al tiro y no se demoraron nada... no tengo ninguna queja la verdad del consultorio, cualquier consulta yo pregunto y me atienden al tiro, me responden al tiro”. (CES CRSH, Hombre, Adulto, 19)

“(...) la señorita de farmacia es muy atenta, la persona que me recibe siempre afuera quien inscribe, te orienta, te dice “tienes que esperar acá, tienes que hacer esto otro, primero tienes que pasar a farmacia y después acá y alimento después”, muy bueno, realmente me orientan muy bien”. (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta, 20)

Sin embargo, otros relatos se observan en menor frecuencia. Particularmente, manifiestan desatención del equipo de salud hacia los usuarios y usuarias respecto al trato que se les otorga en el área de admisión, según el cual los funcionarios y funcionarias priorizarían sus necesidades por sobre las de ellos. Otro aspecto que se evidencia es cómo incide la presencia de la jefatura en la conducta funcionaria.

“habiendo tanta gente esa vez, bueno antes que estaba cerrado aquí, había muchísima gente entonces no tocaba número para poder avanzar, y estaban comiendo, tomando agua, conversando entre ellos, entonces la gente lleva media hora esperando ahí. (...) debería cambiar el sentido a eso, que no esperen que llegue una jefatura y cambie su forma de ser, tienen que trabajar tal cual, esté o no esté la jefatura”. (CES Dr Miguel Concha, Mujer, Adulta, 16).

En síntesis, se aprecia en esta categoría que surgen conceptos de amabilidad, calidez, cercanía y respeto. Además, se valora la eficacia y atención rápida en

respuesta a sus demandas. Sin embargo, en menor medida, se describen situaciones que se alejan de la expectativa de un trato humanizado, referenciadas en torno la relevancia de un trabajo con vocación del equipo de salud y a la atención de las necesidades de usuarios y usuarias.

2. Percepción de la calidad técnica

En esta categoría se aprecia la vivencias y experiencias de los y las entrevistadas acerca de la prestación de salud recibida. Resalta el ítem asociado con la resolutiveidad en la atención, comprendiéndose ésta como la posibilidad de dar respuesta a los problemas de salud.

2.1 Ámbito rural

Cuando se les preguntó sobre la calidad técnica a los y las participantes del estudio destacaron elementos asociados con la comunicación con el equipo de salud, indicando cualidades como la escucha activa, la exhaustividad en el diagnóstico y la claridad en las explicaciones sobre el motivo de consulta.

“(...) me pregunta exhaustivamente lo que yo siento. Todo lo que me está pasando. “¿Cómo se siente? ¿Qué es lo que come? ¿Qué hace?”. Todo, todo, todo (...) Y me va dando los controles, es buenísimo. Cada pregunta que yo tengo para hacerle, me la responden y quedo satisfecha”. (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 1).

“La enfermera fue la que mejor me lo explicó. Pero todos cuando nos atienden, yo venía el médico, nutricionista y enfermera, sí, explican todo bien, como esquemático, bien...” (CESFAM San Pedro, Mujer, Adulta, 11).

“Fue buena. Fue buena, porque me escuchó y pude explicar bien a qué venía... él mandó al tiro a exámenes” (CESFAM BOCO, Mujer, Adulta, 14).

No obstante, se aprecian brechas respecto a la calidad técnica. En este caso, y en relación con la resolutiveidad, refieren no contar con el equipamiento clínico para apoyar el diagnóstico en los centros de salud.

“que tengan más máquinas para revisar bien a la gente. Que tengan los equipamientos para poder atender a la gente. Que no... que no tenga que ir tanto a Quillota, que sería lo ideal”. (CESFAM San Pedro, Hombre, Adulto, 12).

“no que te manden como a otro lugar, a hacerte un examen. Que sea como más completo acá, porque igual acá te hacen examen de sangre, de orina, todo eso, pero no sé po’, si tú llegai’ con algún problema de los pies o fracturarse un huesito y que te atienden acá nomás. Que no partir para otro lado” (CESFAM BOCO, Mujer, Adulta, 14).

Adicionalmente, se aprecia por parte de los y las entrevistadas el acondicionamiento y equipamiento clínico de los centros de salud para poder implementar prestaciones más resolutivas que favorezcan la calidad técnica.

“ahora inclusive se hizo algo más que son curaciones leves... o sea operaciones leves, cirugía menor, se hizo una de las salas que había ahí, que era para guardar cosas, la arreglaron y la modificaron para eso, y luego también trajeron un electrocardiograma, un electro, para hacerte el electro, también lo trajeron, y cositas así, que ayudan mucho”. (CESFAM La Palma, Hombre, Adulto Mayor, 2).

2.2 Ámbito urbano

En este ámbito, se deja de manifiesto en las entrevistas que valoran la comunicación con el equipo de salud y la forma en que se entrega el tratamiento; que conversen con ellos, la paciencia y la cercanía con los equipos de salud.

“totalmente conforme... me revisa, me pregunta... revisa los resultados ... si hemos logrado algo, cosas así, me dio una pauta, entonces me dice cómo me ha ido con eso... (CES Dr Miguel Concha, Hombre, Adulto Mayor, 17).

“todo lo dan anotadito en un sobrecito lo que tengo que tomarme, a qué hora y todo eso... es excelente médico él, el doctor Nicolás... igual que la señorita Claudia, la enfermera, ella siempre va y me explica todo, por ejemplo, cuando tengo el pie hinchado, por qué... (...) todos son humanitarios, porque, por ejemplo, si yo hago una pregunta contestan bien,” (CECOSF Cerro Mayaca, Mujer, Adulta, 4).

“pudimos hacerle todas las consultas afortunadamente, el doctor tiene una paciencia se pasó, porque cosa que a lo mejor no le correspondían él amablemente nos escuchó, nos dio recomendaciones” (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 21)

“me atendió súper bien, me midió, me pesó, conversamos, tuvimos una conversa súper entre los dos, así personal, no tengo nada que decir de él” (CES CRSH, Hombre, Adulto, 19).

Adicionalmente, respecto a la resolutiveidad en el ámbito urbano, se evalúa la complementariedad de prestaciones a la hora de dar respuesta a los motivos de consulta.

“incluso remedios que no están acá nos dio recetas para ir a la farmacia comunal para que lo compremos, eso nosotros se lo solicitamos, así que excelente”. (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 21).

“El dentista perfecto, porque además me oriento a saber a dónde tengo que ir, porque como yo soy profesional, estar en una lista de espera por una placa no, teníamos que hacerlo de todas maneras y él me orientó y me dio todos los datos”. (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta, 20).

En esta categoría, se observa que valoran la escucha activa, la comunicación, la paciencia y la cercanía con el equipo de salud. Con relación a la resolutiveidad, las opiniones son diversas dependiendo del centro de salud en que se atienden.

3. Percepción de los tiempos de espera

Se entiende como el tiempo de espera para recibir atención como aquel que transcurre desde la hora de la cita programada o de la solicitud de atención por el usuario o usuaria, hasta que es atendido por algún profesional.

En esta categoría emergieron dos subcategorías durante el trabajo de campo, las cuales son: percepciones de los tiempos de espera para obtener hora de cita y los tiempos de espera para la atención efectiva. La primera, corresponde al tiempo que media entre que se solicita y se obtiene una hora de cita; y la segunda, al periodo que transcurre entre la hora de citación y la atención efectiva.

3.1 Subcategoría Tiempo de Espera para obtener hora de cita

3.1.1 Ámbito rural

Respecto a esta subcategoría, los y las entrevistadas, al momento de preguntarles por el tiempo de espera, diferencian dos motivos o tipos de solicitudes, los que corresponden a consulta de morbilidad y los controles de salud de crónicos.

Para la consulta de morbilidad, refieren dos modalidades para obtener hora: una es llamar a las 7:00 AM y la otra es acudir directamente al centro de salud obteniendo hora para el mismo día o siguiente, lo que dependerá de la oferta programada y la demanda.

“acá vos llamas por teléfono y te dicen si hay médico o no hay médico, ese es el tema. Si hay médico te atienden el mismo día y todo eso. Si no hay médico, te atienden otro día o vas a emergencias”. (CESFAM La Palma, Hombre, Adulto Mayor 2).

“No siempre encontramos hora el mismo día, dependiendo como le digo de la cantidad de personas. Porque claro, abren los cupos creo que a las 7 de la mañana, y si uno se llega a olvidar y se acuerda a las 7:10, 7:20 y llama, ya no hay cupos. O es como ahora, que llamé [su esposa] a las 8 y algo, y no había mucha gente y sí había cupos. Entonces depende del día, la ocasión y todo (CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15).

Respecto a la citación para los controles de salud de crónicos, también se refieren a dos modalidades, dependiendo del centro de salud. La primera es que, al salir de su control, inmediatamente se le asigna la hora para su próxima cita; en la

segunda, el usuario o usuaria tiene que volver en una próxima fecha para agendar su hora, un par de semanas antes a la señalada por el profesional.

“como yo soy crónica, son tres meses, cada tres meses. Salgo del control y pido la hora. (...) Encuentro que son rápidos los tiempos acá”. (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 1).

“el ingreso fue relativamente rápido, pero después para seguir con controles, ahí se retrasa porque la oferta es limitada, hay además días ... Porque yo fui y me dijeron “no, como dos semanas antes de la fecha”, y no me dijeron que era solo los viernes. Entonces ya, primero, “no, no, es solo los viernes”, después “no, tiene que venir más temprano” y así fueron...” (CESFAM San Pedro, Mujer, Adulta, 11).

3.1.2 Ámbito urbano

En este ámbito, la distinción entre consulta de morbilidad y control de salud de crónico no se evidencia en los relatos de los y las participantes del estudio. Sí se destaca el descontento respecto al sistema de “dación de hora” a través de vía telefónica. Se expresa que este sistema automatizado no funciona, ya que no consiguen una hora, teniendo que desplazarse a sus respectivos centros de salud para ser atendidos o atendidas.

“(...) yo llamo a ese fono salud a veces en la mañana temprano, antes de las 7, a las 7, a las 7:02 minutos ya no quedan horas, no entiendo por qué. Entonces ahí yo vengo a hablar aquí, la señorita de buena voluntad me dice “ya, vamos a buscar una hora” ella me busca una hora, pero ahí hay como una dificultad” (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 21).

“las veces que he llamado, muchas veces ya, se supone que es a las 7, y ya no hay hora, a veces intento marcar y no suena, y cuando recién resulta y no hay cupos, están todos ocupados (...) tengo que sacar una, venir para acá ... y lo bueno es que cuando yo pido una hora la fecha es cercana” (CES Dr Miguel Concha, Mujer, Adulta, 16).

“Aquí atienden 2 doctores, y cuando uno necesita una hora, cuando no hay temprano, o uno llega después y hay gente antes, le dan para un rato más, o para las 12 o así, pero siempre hay hora... Igual para el dentista, uno quiere venir, llega temprano y la atienden”. (CECOSF Cerro Mayaca, Mujer, Adulta, 4).

En la visita presencial al centro, se reconoce que el tiempo de respuesta para obtener una hora es en el mismo día o muy cercana.

3.2 Subcategoría Tiempo de Espera para la Atención Efectiva

3.2.1 Ámbito rural

En esta subcategoría la mayoría de los y las participantes del estudio refieren que los tiempos de espera son mínimos. Ante la eventualidad de retrasos se aduce que están relacionados a la atención de personas mayores, cuyo requerimiento de

tiempo sería mayor, además de la flexibilidad de los equipos para atender en forma no programada (extra-programática). Se reconoce que hasta última situación también han accedido los y las participantes del estudio.

“Si fuera un tiempo de media hora, una hora, ahí sí. Pero aquí siempre se retrasan como entre 10, 15 minutos, y también entendemos porque hay muchos adultos mayores, entonces el tiempo con ellos es mucho más amplio. Por lo que para mí me parece que sí es eficaz, en cuánto a eso”. (CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15).

“Bueno, cuando vengo al kine también es rápido. Con la matrona estupendo, también. Justo a la hora. Como yo trabajo, entonces yo vengo como con tiempo limitado... Yo siempre llego un cuarto de hora antes... Ese día me atendieron justo en las cuatro y media. Y parece que antes, a las cuatro y media estaba allá con el doctor”. (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 3).

“viene con Puente gente que no llamo por teléfono y él siempre hace un lugarcito para atender, entonces ahí te puede llegar a correr un poco, y como a veces lo hace con uno, uno entiende y... es como más familiar la cosa acá, yo lo veo así, lo entiendo así”. (CESFAM La Palma, Hombre, Adulto Mayor 2).

No obstante, también hubo expresiones de descontento. Específicamente, referido a la incertidumbre en relación al tiempo de espera para la atención del profesional.

“De por sí siempre llegamos 20 minutos antes. Para ver, en caso que el doctor tenga algún problema o para ver si el doctor llegó, para ver si va a atender o no. Porque hay mucha gente que llega y el doctor no está, o viene recién llegando, o está tomándose un cafecito. Y así se va po’, y la hora se va, se va, y de repente podemos estar no sé po’, usted me dice “me toca las 10” y me terminó yendo a las 12, por decirle”. (CESFAM San Pedro, Hombre, Adulto, 12).

3.2.2 Ámbito urbano

En el ámbito urbano los y las entrevistadas estiman que los tiempos de espera son de alrededor de 10 a 20 minutos, tiempo que consideran aceptable para esperar por la atención.

“lo más que uno puede esperar son 10 minutos más, cuando la gente a veces se atrasa y llega justo a la hora, así pues. O tiene mucha gente el doctor e igual uno tiene que esperar, como en todos lados, pero nunca tanto... Incluso cuando vengo a curación, yo les digo “si están muy ocupadas, yo no tengo problema, yo espero” pero nunca me ha pasado, siempre me hace pasar a la hora”. (CECOSF Cerro Mayaca, Mujer, Adulta, 4).

“hay que esperar su tiempo, hay que esperar, no es que me digan a las 10 y esté listo el doctor y me llaman, no. Hay que esperar un rato, como en todas partes... como 10 minutos, 15 minutos”. (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 22).

“depende de lo que tenga que hacer el personal, depende si es mucha pega lo que tiene que hacer con la otra persona, claro que ahí uno va a tener que esperar un poco más, se van a alargar un poco más los minutos, se puede alargar media hora... 15-20 minutos, más o menos” (CES CRSH, Hombre, Adulto, 19).

En resumen, en esta categoría se pudo observar que en la subcategoría Tiempo de Espera para obtener hora de citación, existe una dificultad respecto al acceso por vía telefónica. No obstante, la modalidad presencial resuelve en forma oportuna y satisfactoria las demandas de los usuarios y usuarias para citaciones de consulta de morbilidad.

Respecto a la subcategoría Tiempo de Espera para la Atención Efectiva, existe un consenso que los tiempos de espera son aceptables.

4. Percepción respecto a la infraestructura

Otra característica asociada a la satisfacción usuaria por el MINSAL es la infraestructura, que se entiende como los espacios de atención, tanto clínicos como administrativos, disponibles para la atención en salud de la población beneficiaria.

Para recoger la información se definieron tres subcategorías:

- Instalaciones.
- Equipamiento clínico.
- Higiene.

4.1 Subcategoría Instalaciones

Esta subcategoría recoge la percepción de los usuarios y usuarias, respecto a las condiciones arquitectónicas de los centros de salud.

4.1.1 Ámbito rural

En este ámbito los y las entrevistadas expresaron que las condiciones estructurales de los centros de salud presentan algunas deficiencias al momento de esperar su atención en el exterior del recinto, lo que se ve agravado por las condiciones meteorológicas, como el frío o la llovizna.

“Lo que yo podría ver como mejora, en cuánto (...) al lugar de espera. Porque claro, ahora estamos todos afuera (...) entonces, en tiempos de frío, a veces es difícil porque igual hay persona de mayor edad todo que tendrían que estar aguantando afuera...” (CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15).

“Faltan asientos para la gente que está parada aquí afuera. Falta un techo para aquí afuera, como le tenían en el verano para la gente, cuando garuga en las mañanas o está muy helado, algo les proteja de las heladas. Porque por ejemplo yo soy joven y vengo abrigado. Pero la gente de 60 años o más, que viene y tiene que estar parada aquí”.
(CESFAM San Pedro, Hombre, Adulto, 12).

4.1.2 Ámbito urbano

En el ámbito urbano, manifestaron iguales brechas que el ámbito rural en lo que respecta a la habilitación de espacios exteriores para la espera de atención. También se mencionó que esta carencia empeora por el frío del invierno y las altas temperaturas del verano, además de la falta de mobiliario adecuado para aguardar más cómodamente.

“Importante que arreglen este consultorio. Que pongan unas sillitas afuera, un toldo para que el sol, la lluvia, que con esta pandemia que hay, cuando uno va a sacar la hora, la gente se para afuera (...)”.
(CECOSF Cerro Mayaca, Hombre, Adulto, 8).

“Bueno, en este caso yo encuentro que las salas de espera, bueno ahora con todo lo que ha pasado lamentablemente no podemos estar todos adentro, entonces tenemos que estar afuera, y en este tiempo el frío y todo lo demás como que de repente uno quiere venir y no quiere venir”.
(CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta, Mayor, 22).

Igualmente, relatan la necesidad de ampliar tanto las instalaciones de los centros de salud como también los boxes de atención.

“este Consultorio es chico. (...) Hace falta un Consultorio más grande. Más amplio. (CECOSF Cerro Mayaca, Hombre, Adulto, 8).

“(...) faltan box de atención. Yo me acuerdo de que esto estaba programado de que querían incluso hacerle un segundo piso, esto había como un proyecto hace como unos 4 o 5 años atrás, y yo escuche varias veces que nosotros estábamos muy contentos (...), que se iba a ampliar este consultorio, todos felices, que mejor que se amplíe, mejor atención más capacidad para todos, (...)”. (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 21).

“los espacios son muy chicos, debería haber un espacio más grande para que haya más personal, (...) los boxes son espacios muy reducidos...” (CES CRSH, Hombre, Adulto, 19).

4.2 Subcategoría Equipamiento Clínico

En esta subcategoría se recoge la percepción de los y las entrevistadas respecto a cualquier equipamiento clínico que se utilice para el diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación de una enfermedad o lesión.

4.2.1 Ámbito rural

En cuanto al equipamiento clínico en la zona rural, las opiniones están divididas. Por una parte, señalan que se cuenta con los equipamientos necesarios para dar respuesta a sus motivos de consultas.

“Es que, como usuaria, (...). Lo que yo veo, lo que yo percibo es que están las cosas que, cuando yo necesito, lo mío. Pero yo no sé para otras personas, para lo mío sí”. (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 1).

“Es que el médico necesita una camilla, el estetoscopio, necesita tener sus guantes quirúrgicos, el lavatorio, que todo lo que tiene el doctor es lo que yo pienso que está bien. Porque es lo que se necesita para atender. Lo mismo que con la enfermera, que con la matrona, tienen refrigeradores donde almacenan las cosas que necesitan refrigeración, la farmacia también está bien y el dentista bien equipado (...) en cuanto a lo que yo veo... todo bien”. (CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15).

Y por otra, refieren deficiencias que conllevan a no responder a sus necesidades en el centro de salud de origen, siendo derivados a otros establecimientos de la red urbana de APS en Quillota, expresando descontento e insatisfacción por esta realidad.

“En realidad, que hubiera más sistema de máquina, es como, cuando de repente uno viene con un dolor más intenso u otra cosa, porque el problema que tienen acá es que, por ejemplo, si usted viene con un problema al corazón, aquí no lo pueden atender. Lo mandan pa’ Quillota. (CESFAM San Pedro, Hombre, Adulto, 12).

(...), una vez tuve, que no tenían la de mercurio. Entonces ahí ya deberían tener un plan b, un plan. No que me digan “no, sabís que no tengo equipos para poder hacerlo”, creo que eso no debería pasar. (CESFAM San Pedro, Mujer, Adulta, 11).

4.2.2 Ámbito urbano

En el área urbana, existe una buena valoración del equipamiento clínico que disponen los centros de salud y, sobre todo, por las óptimas condiciones en que se encuentran.

“Es que, a ver, por lo que yo me he venido a atender, hay.” (CECOSF Cerro Mayaca, Hombre, Adulto, 9).

“bueno por el momento como uno viene a un control, una consulta, sí, yo encuentro que está bien, porque hay una camilla, el doctor tiene su escritorio, su computador, y esta para que uno se siente, o sea estaría bien”. (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 21).

“hasta donde yo he estado siempre me he terciado bien, nunca me he terciado que se haya echado a perder un equipo, no. Hasta aquí estamos bien... los tiene bien mantenidos, están preocupados de eso. (CES Dr Miguel Concha, Hombre, Adulto Mayor, 17).

4.3 Subcategoría Higiene

Esta subcategoría recoge las percepciones y experiencias de los y las entrevistadas respecto a las condiciones higiénicas de los centros, en relación con el control de los factores que ejercen o pueden tener efectos nocivos sobre la salud.

4.3.1 Ámbito rural

Existe una muy buena valoración de la higiene en los centros de salud rurales, expresando que los espacios y equipamiento están en ordenados y limpios, asociados a la regularidad con que son aseados.

“(...) lo importante es que está limpio. Está muy limpio, siempre está ordenado”. (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 3).

“(...) Nada que decir. Siempre están las señoras haciendo aseo, nada que... no puedo decir que está sucio”. (CESFAM San Pedro, Mujer, Adulta, 11).

“La verdad es que yo nunca he visto sucio el consultorio”. (CESFAM Boco, Mujer, Adulta, 14)

4.3.2 Ámbito urbano

En este ámbito, los y las entrevistadas evalúan de forma satisfactoria la higiene de los centros de salud, destacando el trabajo del personal de aseo.

“la persona que hace el aseo yo le agradezco porque ella se da el tiempo de tener el consultorio decente, impecable...las personas que están para eso dedican a mantener la higiene del baño impecable. Porque aquí pasa mañana, tarde, noche, los baños limpios, no tengo na’ que decir”. (CECOSF Cerro Mayaca, Mujer, Adulta, 7).

“he entrado donde la enfermera o acá al lado con el doctor, allá para las inyecciones y allá que he ido sí, están pendientes, limpio, siempre estoy pendiente de la persona que está limpiando, pasando las cosas y eso... de aquí de la entrada sí, limpio y cero problemas, el de acá de kinesiología lo mismo... un olor a limpieza, cada vez que hemos venido, en eso yo siempre miro, por ejemplo, si hemos entrado al baño, está limpio, siempre está limpio (...)”. (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta, Mayor, 22).

“está limpio, siempre hay personal de aseo que están limpiando, que están manteniendo el centro de salud limpiecito, no nada que decir”. (CES CRSH, Hombre, Adulto, 19).

“la higiene está súper bien, yo me di cuenta de la trabajadora y siempre está trabajando, nunca está quieta, así que nada que decir en contra de ella... bien, cuando me toca con los médicos me fijo bastante del detalle de algunas cosas, que los implementos que tienen acá se notan que están limpios y no estén así sucios, ni manchado, ni nada”. (CES Dr Miguel Concha, Mujer, Adulta, 18).

En síntesis, dentro de la categoría de infraestructura es posible identificar diversidad de las opiniones, para cada subcategoría, dependiendo del centro de salud del que se trate.

De este modo, en lo que refiere a las instalaciones, los y las entrevistadas ponen énfasis respecto al lugar de espera de atención en relación con las condiciones climáticas, además de mencionar la falta de box de atención para atender la demanda de la población. De igual manera, con relación a la subcategoría de equipamientos clínicos, existen diversas opiniones sobre su accesibilidad y la calidad en que se encuentran.

Finalmente, la subcategoría de higiene presenta rasgos transversales en la medida en que se aprecia por igual la limpieza y el orden, por la presencia y trabajo constante del personal de aseo.

5. Percepción de la participación

La categoría de percepción sobre participación tiene que ver con la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud, distinguiéndose dos subcategorías:

- Participación ciudadana.
- Participación comunitaria.

5.1 Subcategoría Participación Ciudadana

La participación ciudadana, tal y como está consagrada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se reconoce a través de las garantías y mecanismos que genera una entidad del Estado para permitir la libre asociación y manifestación de las personas en la vía pública. En la medida en que dicha participación requiere que los individuos sean escuchados, resulta interesante recoger la experiencia de los y las entrevistadas respecto a su injerencia en temáticas de salud que potencialmente afecten su vida en comunidad.

5.1.1 Ámbito rural

Los y las participantes del estudio manifiestan no formar parte de las instancias creadas por el equipo de salud. Sin embargo, declaran su interés por participar en espacios que contribuyan a mejorar los servicios sanitarios.

“¡Ah! Sí, claro. Para dar ideas, obvio”. (CESFAM San Pedro, Hombre, Adulto, 12).

“a mí me gusta participar en ese tipo de cosas, (...) porque ahí uno da la opinión y cosas que podría decir ... los problemas, que nos escuchen, pero que no quede en nada, porque si no eso se desinfla”. (CESFAM La Palma, Hombre, Adulto Mayor, 2).

“Sí, sería bueno. Más que todo para poder brindar ideas y también para poder conocer un poco más como el trabajo del CESFAM, porque lo conocemos así nosotros. Pero igual en algunas ocasiones uno podría dar ideas para mejorar la atención, del punto de vista del usuario. Y también ver lo que piensa otra gente...” (CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15).

5.1.2 Ámbito urbano

En este ámbito, se observa poca participación en los espacios generados por el equipo de salud. Manifiestan su interés por participar en instancias que contribuyan a mejorar los servicios, apareciendo esta participación como condicionada a la disponibilidad de sus tiempos.

“Si me invitan yo voy... A veces me enchufo, pero repetidamente sí, no tengo problemas, si me dicen “Berna, sabís que en el consultorio necesitan personas para asistir a una charla, ¿podís?” ... Me hago el tiempo. Vengo. No me pierdo.” (CECOSF Cerro Mayaca, Mujer, Adulta, 7).

“me interesaría participar, pero siempre cuando yo tenga tiempo, porque no sé, yo puedo andar fuera de aquí, puedo andar en Iquique, puedo andar en Calama, y así, no hay problema, siempre que tenga tiempo puedo participar...” (CES CRSH, Hombre, Adulto, 19).

“es que hay que ayudar, si uno puede, si se puede hay que hacerlo no más, o no, no sé, si tení el tiempo”. (CES Dr Miguel Concha, Hombre, Adulto Mayor, 17).

5.2 Subcategoría Participación Comunitaria

Esta subcategoría recoge la percepción y el conocimiento de los y las entrevistadas respecto a las actividades que realiza el centro de salud en su comunidad con las organizaciones y población usuaria.

5.2.1 Ámbito rural

Se expresó desconocimiento sobre la realización de actividades de índole comunitario que realizan los centros de salud en gran parte del ámbito rural.

“No tengo conocimiento. No. Sé que ponen carteles acá en cuanto a que, si uno quiere, o si es de algún tipo de ascendencia indígena, información así. Pero no que ellos hagan actividades”. (CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15).

“Ahí sí que no sabría decirle... No. Y tampoco los he visto en esas actividades... Yo creo que de repente falta interés por parte de los

misimos profesionales que trabajan ahí, de repente en algunas cositas". (CESFAM San Pedro, Hombre, Adulto, 12).

En una de las localidades rurales, se hace referencia a que sí se realizan actividades participativas. Se agregan aspectos positivos de éstas, como es el conocer a otros miembros residentes en el territorio, salir de la rutina cotidiana de cada persona y poder lograr una conexión entre la población y los equipos de salud.

"los que vienen a hacer taller, los que vienen a hacer esto o lo otro, es una forma de conocer gente y de conocerse y salir un poco del ámbito... de la circunferencia en la que uno vive, porque acá vivimos todos muy cerrados (...) con las actividades comunitarias del centro de salud, hay más una coherencia y una adherencia". (CESFAM La Palma, Hombre, Adulto Mayor, 2).

5.2.2 Ámbito urbano

Se observa en los testimonios de los y las entrevistadas del ámbito urbano que existe coordinación y comunicación por parte de los centros de salud con las organizaciones comunitarias, para el desarrollo de actividades masivas. Sin embargo, factores como la pandemia y el desinterés de la población por participar han mermado la realización y continuidad de este tipo de iniciativas.

"(...) el otro día hicieron lo de los carritos, también hubo participación del CECOSF, ayudo también al jardín, en actividades, el jardín de arriba, hay varias juntas de vecinos en lo que es por acá alrededor del cerro... tienen bien sincronizado con lo que son las juntas de vecinos... si hay difusión, por el Facebook, por la radio comunitaria del cerro y también por internet..." (CECOSF Cerro Mayaca, Mujer, 5).

"es la gente la que no participa, es la gente, porque acá están disponibles, y es la gente la que no llega a las actividades, porque se ha celebrado el día de la mujer y es poca la gente que llega, o también cursos para los postrados". (CECOSF Cerro Mayaca, Mujer, 5).

"hasta antes de la pandemia se hacían muchas actividades aquí en el CECOF, incluso se celebraba el día de la mamá, se celebraba navidad, el día del niño, se participaba, bueno, por pandemia eso no se puede hacer todavía, pero anterior a la pandemia sí. yo me enteraba por la junta de vecino del sector, porque ellos invitan a las juntas de vecinos, entonces ellos están muy conectados (...)" (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 21).

"... tenemos un WhatsApp en la villa, y la directiva, sobre todo la presidenta, tiene muy buen contacto con el... bueno y entre paréntesis ellos promovieron el hacer la plazoleta, se recuperó el espacio, entonces cualquier iniciativa que favorece a los pacientes la señora Lucy se contacta con la enfermera jefe y ella lo levanta y lo comunica a todos los de la villa" (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 22).

En síntesis, se observa un desconocimiento del desarrollo de actividades comunitarias. De manera transversal existe interés por participar, ya que ven en estas

instancias una oportunidad para conocer el trabajo que se realiza, para valorar las percepciones de otros miembros de la comunidad y para entregar ideas y propuestas desde sus perspectivas.

6. Percepción del Sentir

Esta categoría se define como la disposición de expresar, en sensaciones, asociaciones e imaginarios, los aspectos materiales e inmateriales de la atención en los centros de salud.

6.1 Subcategoría Percepción Sensorial

En esta subcategoría, se comprenden las capacidades de los y las entrevistadas para captar y asociar, a través de los sentidos (visión, olfato, gusto y tacto), la manera en que perciben los estímulos propios del servicio prestado.

6.1.1 Ámbito rural

En relación con el color, manifestaron asociaciones de los centros de salud con dos tipos de tonalidades. En primer lugar, se hace presente el color blanco, generalmente asociado institucionalmente a la salud, como también a su capacidad para combinar con otros colores. En segundo lugar, se refieren a tonalidades cálidas como el rojo, el amarillo y el naranja, asociándolos a conceptos como la vida, la tranquilidad y la atención a los detalles.

“Uno siempre asocia la salud con blanco... Le pondría un rojo, porque siempre tiene actividades, hay vida. Siempre está con el detalle, que el día de la mujer, que para fiestas patrias. Entonces como el rojo es un color vivo...” (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 3).

“Amarillo, naranja, esos colores... Sí. Cuando uno viene, se siente tranquilidad y más que todo” (CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15).

“El blanco. Porque... pega, con el muro oscuro, no sé, como que revive las cosas. (CESFAM San Pedro, Mujer Adulta Mayor, 13).

En relación con el olor, manifiestan aromas propios de las flores aromáticas como son las rosas y la lavanda, vinculándolas con la limpieza y con sensaciones de agrado. De igual forma, y cómo ocurre con los colores, se observan fragancias que refieren a dimensiones que integran aspectos propiamente institucionales de la salud; ejemplo de aquello, en palabras de los entrevistados, sería el olor a “parche de curación”.

Adentro, me encanta el olor a lavanda. Porque siento que siempre es como limpia”. (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 1).

“olor a rosas...es que es como agradable igual llegar acá po’, porque yo, por lo menos, llaman por teléfono, ya me conocen” (CESFAM Boco, Mujer, Adulta, 14).

“Al olor típico del parche de curación, esas cosas”. (CESFAM San Pedro, Mujer, Adulta, 11).

En tanto, al analizar el sabor con el que asocian a los centros de salud, no se observan referencias directas a aspectos propios de las instituciones de salud (como ocurría con el olfato y los colores), más bien se enfatizan sensaciones asociadas al trato y a las instancias de la atención. Particularmente, se deducen dos tendencias: la primera es a referir al sabor dulce, asociándolo a la acogida o cercanía; también se refieren al sabor ácido, vinculándolo a los dolores, padecimientos o aspectos indeseados propios de la enfermedad.

“¡Dulce!.. hay acogida es dulce venir, porque si te pusieran mala cara, o no tuviera tus regalías, sería amargo venir para acá, una lata. Sería amargo. (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 3).

“ No, ni chocolate, ni café, ni... Yo creo que, relacionado con todos los temas de curación, es más ácido” (CESFAM San Pedro, Mujer, Adulta, 11).

La segunda tendencia, en relación al gusto vincula el sabor del tomate con la funcionalidad del centro de salud. En este caso, el entrevistado lo expresa como un buen acompañamiento que, sin embargo, no se lo comería solo, ni siempre.

“Como un tomate. Sabor a tomate. A mí me gusta el tomate, pero no lo comería siempre (...) no, solo no me lo comería. Sino que es necesario para algunas comidas” (CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15).

Finalmente, en cuanto a la sensación térmica que les produce el centro de salud, y al igual como ocurría con los colores, resaltan las percepciones cálidas. Ello por las condiciones del trato, el respeto, lo agradable, lo entretenido, la calidad en que se encuentran los recintos y la ornamentación de ellos.

“Caliente, sí. Porque por ser ahora, llegué y estaba entretenida viendo los globitos, los mensajes, eso” (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 3).

“Calor. Adentro siempre está temperado” (CESFAM San Pedro, Mujer, Adulta, 11).

“Calentito, rico. Ese calor rico, no ese que te vai’ a sofocar. Sino como un calor rico” (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 1)

Además, hubo relatos en el que se verbalizó la sensación “tibio fresco” asociándolos a conceptos como el de fluidez, tranquilidad, respeto y amistad.

“Hay fluidez en cuanto a cómo uno se siente, pero a la misma vez es como tranquilo. No es que “ay, tanto amor”, no. Sino que respeto, y a la misma vez como... amistad y respeto se puede decir, porque lo conocen

y todo, entonces como tibio, frío... tibio, fresco” CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15).

6.1.2 Ámbito urbano

Los y las entrevistadas del ámbito urbano, se refieren al color blanco en relación al sello institucional de los centros de salud. En este sentido, asociándolos a cualidades positivas como la limpieza, la pureza y la seguridad, y negativas como la formalidad.

“Yo creo que como el color que está afuera, como institucional que lo que conlleva la medicina, el blanco por ejemplo. Blanco, limpio, pureza, que te van a tratar bien, que está todo bien limpiecito, se supone que atienden a personas enfermitas así que igual el color blanco te otorga un poquito más de seguridad” (CECOSF Cerro Mayaca, Hombre, Adulto, 10)

“color crema...siempre he visto el lugar como un consultorio u oficina, es como más formal, porque blanco no, no me gusta mucho todo blanco”. (CES Dr Miguel Concha, Mujer, Adulta, 16).

Adicionalmente, se señala una paleta de colores diferente a la expresada en el ámbito rural. Aquí los colores enunciados distan del rasgo institucional recién reseñado son vivos, resaltantes y vibrantes, como lo puede ser el verde, estrechamente vinculándolos con los gustos personales, los afectos y la esperanza.

“un color vivo, un color resaltante, para que la gente vea más alegría, cosas así, no sé una cosa así, colores más vivos”. (CES CRSH, Hombre, Adulto, 19).

“Es que el color verde es como cuando uno corta la palta. No recuerdo qué color es. Pero ese, es un color ese... Un color bonito po’ (CECOSF Cerro Mayaca, Hombre, Adulto, 9).

“para mi yo diría verde esperanza. (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 22).

En relación con los olores, los y las entrevistadas se expresan con relación a situaciones concretas asociadas con el trabajo de aseo de los centros de salud. En este caso, la limpieza es descrita con el olor a lavanda y a vainilla; olores que son identificados con la función antiséptica de la institución de salud. Lo anterior motiva los sentimientos de susto o terror, que se anhelan cambiar con la introducción de otros aromas más “cálidos” en los centros de salud.

“olor a limpio” (CES CRSH, Hombre, Adulto, 19).

“...es que cuando pasa la niña del aseo siento un olor a lavanda”. (CES Dr Miguel Concha, Mujer, Adulta, 16).

“asociándolo a la limpieza, podría ser lavanda, siempre limpian con estos oloritos a lavanda, vainilla” (CECOSF Cerro Mayaca, Hombre, Adulto, 10)

“Antiséptico, a salud, a hospital, yo le cambiaría el olor, lo haría más cálido, no tan brusco, no tan fuerte, sobre todo para el adulto mayor que le da miedo, que tiene susto del hospital, el hospital es como terrorífico, ese es el concepto que tiene la comunidad” (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta, 20).

Al consultar por la percepción a través del sabor en ámbito urbano, se refirieron a una fruta en particular: las frutillas. Estas sirvieron para expresar elementos dulces, fragantes, agradables y que sirven para acompañar muchas preparaciones.

“El sabor que podría decirle yo... por lo dulce, fragante, la frutilla” (CECOSF Cerro Mayaca, Hombre, Adulto, 9).

“para mi frutilla, porque el punto es que me gusta a mí el helado de frutilla”. (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta, 20).

“frutillas, porque son más ricos, son más dulces, son más agradables, esas cosas se pueden complementar”. (CES Dr Miguel Concha, Mujer, Adulta, 16).

Finalmente, respecto a la sensación térmica, se manifiesta la sensación térmica de calidez, identificándola con los centros de salud, denotando una buena aceptación y sentimientos de lealtad.

“de calor, no, si yo nunca te voy a hablar una cosa mala de aquí”. (CECOSF Cerro Mayaca, Mujer, Adulta Mayor, 6).

“cálido, porque al menos yo y mi marido igual hemos tenido buena aceptación cada vez que hemos venido a consultar”. (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 22).

“cálido, porque pienso que la atención es tan buena que uno se siente bien” (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta Mayor, 21)

En resumen, dentro de esta subcategoría se aprecian dos tendencias generalizadas por parte de los y las entrevistadas: de un lado, se refieren a percepciones sensoriales que remiten a la identidad institucional de los centros de salud, como lo es el color blanco, la limpieza y la seguridad; del otro, a rasgos del trato manifestados por la calidez en la sensación térmica, en la vivacidad de los colores, como el rojo, el amarillo y el naranja, y en la dulzura de algunos alimentos como las frutillas.

6.2 Subcategoría Percepción Afectiva

Para la subcategoría de percepción afectiva, se apeló a la definición que la psicología médica hace de la afectividad. Para ésta, la afectividad es “una cualidad del ser psíquico caracterizada por la capacidad del sujeto de experimentar íntimamente las realidades exteriores y de experimentarse a sí mismo. Es decir, de convertir en experiencia interna cualquier contenido de conciencia”. En ese sentido,

se refiere a la capacidad de las personas para integrar las vivencias más allá de lo puramente sensorial; para emocionarse con un mundo compuesto tanto de situaciones biológicas como sociales. Para poder acceder a estas emociones, se recogieron respuestas en torno al imaginario que las personas manifiestan de los centros de salud.

6.2.1 Ámbito rural

Al consultarles a los y las entrevistadas sobre la forma en que personifican a sus centros de salud, éstos manifestaron imaginarlos como una mujer, lo cual genera confianza, de entre 40 y 50 años, lo que le da “conocimiento”, gordita o de extremidades largas para acoger a todo el mundo, con una conducta acogedora, amable, amorosa, tranquila y empática.

“... como es una mujer que abraza, acogedora. Y la mujer creo que es así. Tenemos ese instinto de ser acogedoras... Yo te diría que tendría que ser alta, para acoger muchos hijos. Tendría que ser muy alta, con brazos muy largos, y su color no sé, me da lo mismo... un poquito ancha para que caigan todos... En la vestimenta. Puede ser igual hartito colorido, que vea alegría... porque hay colores que suben el ánimo” (CESFAM La Palma, Mujer, Adulta, 1).

“yo pienso que sería... una mujer. Más o menos de una edad de entre 40 y 50, más o menos... amable. Como de esas personas que muchas veces uno se encuentra en la parada de los buses, como esperando la locomoción, y te empieza a hablar... Me la imagino normal: jeans, algún chaleco si es que hiciera frío, (...) es como una mujer: que es tranquila, se viste bien, de una edad que ya tiene un conocimiento, es amable y se puede conversar. Entonces uno podría ir y solucionar sus problemas, en cuanto a la salud, entonces me la imagino como de esa forma”. (CESFAM Boco, Hombre, Adulto, 15).

mujer... Como que no me da mucha... como vergüenza. No le contaría muchas cosas... a el doctor. Si me preguntara cosas personales, médicas, no, no lo contaría. Con una mujer me suelto más... término medio, gordita... Amable, directa, que le entendiera, que dijera “ya, lo vamos a solucionar”, no sé po’. Amorosa.... no tan joven. Como unos 48 en adelante. (CESFAM San Pedro, Mujer, Adulta Mayor, 13).

6.2.2 Ámbito urbano

En este ámbito los y las participantes se inclinaron por personificar al centro de salud como una mujer, reiterándose cualidades como ser amorosa y ser empática, y agregando otras como la sabiduría, humanidad, cercanía, maternidad; en definitiva, una persona que sabe escuchar y que, en ocasiones, puede ser gruñona. Fueron más detallista respecto a la apariencia física: gordita, baja y mestiza. Con relación a la edad, tendría alrededor de 50 años.

“sería mujer, sí, obviamente... porque estamos en una sociedad matriarcal... baja, gordita, rechonchita, amorosa, mestiza... la vestiría normal no más, como la Violeta Parra, con pintora... amorosa total, acogedor total, maternal, evidentemente para sanarte, lo que quiere es sanarte, quiere tu salud, quiere tu bienestar, y eso me parece bien... yo creo que por sabiduría más de 50, pero por actividad, bueno que, ellos tienen harta vitalidad, menos de 80” (CECOSF Santa Teresita, Mujer, Adulta, 20)

“podría ser una mujer... por las atenciones, por lo de repente gruñona... De repente puede estar también con su día, (...) como decía mi mamita que en paz descanse, “uno nunca se levanta con el mismo pie, pero uno trata de que los dos pies sigan igual”... yo pienso que tiene que ser golosa, gorda... porque atrae mucha gente... yo pienso que tiene que tener como unos 50 años...”(CES CRSH, Mujer, Adulta, 18).

“mi punto de vista sería más humana, más normal, ¿qué es normal? Te digo, no es mucho del ego, es más humanitaria por el tema de la gente, más cercana a la gente, no está, así como aislada a su oficina, no... como todos son normal, regular, ni flaco ni gordo, somos todos iguales... con jeans, con chaqueta negra, chaqueta salmón... más cercana a la gente, que sepa escuchar, que siempre está ahí” (CES Dr Miguel Concha, Mujer, Adulta, 16).

De este modo, y como síntesis, se ve dentro de esta subcategoría que de forma general se imagina al centro de salud como una mujer de entre 40 y 50 años, de estatura media, y de contextura gruesa. En relación con los atributos emocionales que se expresan a través de la personificación de los recintos, proliferan rasgos como la amabilidad, la cercanía, la capacidad de escucha, el trato humanizado, el ser acogedora, la atracción de las personas y el conocimiento.

Finalmente, ambas subcategorías presentan una disposición sentimental de los y las entrevistadas favorable hacia los centros, a los cuales les asignan atributos institucionales y humanos como lo son, de un lado, la limpieza, la seguridad y la pureza, y del otro, la calidez, la amabilidad y el ambiente agradable que generan para cada uno de ellos y ellas.

ANÁLISIS

1. Percepción en el trato

Los resultados en el ámbito rural exhiben dos temas encontrados que ordenan una percepción del trato humanizado en la experiencia de satisfacción usuaria. El primero, corresponde a los rasgos inmateriales, referidos a la calidad de los lazos sociales experimentados. El segundo, a juicios alusivos a aspectos puramente materiales, como lo es la resolución oportuna y eficaz de sus demandas. En general, se valora el trato humanizado, relacionándolo con el sentimiento de familiaridad con que son tratados por parte del equipo de salud, y que perciben como una vinculación cercana que se ve reflejada en la sensación de reconocimiento de sus condiciones humanas. Este último aspecto se traduce en sentimientos de empatía, amabilidad, amistad y familiaridad entre ellos y el equipo de salud; sentimientos que son indicadores de un lazo fundado en la confianza producida por el respeto a la integridad y la dignidad de las personas.

Lo anterior conlleva la continuidad en el uso del servicio, ya que, como se revisó en el marco conceptual, los vínculos generados por la atención de salud entre el prestador y los usuarios y usuarias, constituye un aspecto relevante en la continuidad de los tratamientos en el tiempo ⁽³¹⁾. Las consideraciones realizadas por Donabedian ⁽³¹⁾ expresan lo anterior, cuando se aprecia que la satisfacción usuaria conlleva dicha fidelización del servicio a través de la mantención de vínculos específicos con los proveedores, el cumplimiento con los regímenes de cuidado y la cooperación con la entrega de información indispensable para los equipos de salud. El trato humanizado, aporta un sentido de pertenencia social que es percibido como una forma de cuidar los lazos establecidos entre los centros de salud y la comunidad.

En el ámbito urbano, dado a sus condiciones de masividad y el carácter integrado de la red urbana de APS en Quillota, también se observa una interacción entre factores materiales e inmateriales. En relación a lo material, lo que destaca es la resolución y las respuestas oportunas a las demandas por parte del equipo de salud. Estos aspectos se refieren a la prontitud en otorgar la atención y a las orientaciones que se entregan. Respecto a lo inmaterial, se valora que se les reconozca como personas, y destacan la referencia personalizada al recibir atención, enmarcándola en la percepción de un trato humanizado.

Esta referencia a lo personalizado, constituye una percepción de la satisfacción usuaria mucho más próxima al formato de atención centrada en la persona (ACP). De acuerdo a lo desarrollado en el marco conceptual, la APC se enfoca en las personas y sus necesidades, siendo el primer pilar del MAIS. El tipo de trato que ello genera, refiere a la identificación de valores como la compasión, el respeto y la empatía, aspectos todos ellos presentes en el juicio emitido por los y las participantes en las entrevistas. También se destaca en las percepciones, aspectos como el reconocimiento de una preocupación genuina por sus problemas y el uso de un lenguaje comprensible.

En particular, las dimensiones del formato APC presentes en este ámbito se refieren al reconocimiento de los usuarios y usuarias y profesionales de la salud como personas únicas, la consideración de las creencias y valores de los pacientes y el incentivo de la corresponsabilidad en la atención de salud.

2. Percepción de la calidad técnica

En general, dentro de las localidades rurales se observa la existencia de una mayor demanda por mejorar las respuestas inmediatas. Lo anterior traduce aspectos que han sido tratados teóricamente a propósito de las diferencias técnicas de los dispositivos sanitarios en los espacios rurales y urbanos. Según se revisó en el marco conceptual, los espacios rurales presentan distintas barreras determinantes para acceder a la atención de salud. A diferencia de los espacios urbanos, este tipo de territorialidad presenta menores niveles de acceso a distintos servicios sociosanitarios, menores tasas de alfabetización, menores expectativas de vida y peores oportunidades de desarrollo económico.

Las brechas anteriormente descritas se presentan en las entrevistas a través del desdén con el que las personas del espacio rural señalan su relación con Quillota. Tanto el acceso dentro de la red comunal de APS, como la distribución de recursos disponibles, se expresan en los contenidos asociados con la demanda territorial por un mayor equipamiento clínico. Para los y las participantes del estudio de las localidades rurales, lo que se percibe como algo negativo es el tener que trasladarse hacia la zona urbana de Quillota para complementar los diagnósticos médicos, así como para dar respuesta adecuada al motivo de consulta. La opinión que se expresa de forma transversal, se detiene en esta experiencia: las carencias en la red asistencial producen respuestas dispares que van desde la derivación a la red urbana,

hasta el acondicionamiento de los centros de salud para mejorar la capacidad de respuesta.

Lo anterior presenta una encrucijada: la apreciación del buen trato recibido por el equipo de salud, contrasta con los equipamientos disponibles. Atributos como la escucha activa, la evaluación exhaustiva y la claridad para explicar tanto el diagnóstico como su tratamiento se ve limitada por la falta de estos últimos.

El caso ejemplar de la localidad de San Pedro, da cuenta de cómo la falta de equipamiento clínico, se traduce en una intensificación de las expectativas de resolución inmediata de los motivos de consulta en el propio centro. Ello deriva en brechas mayores, que rivalizan con el sistema nacional de salud, ya que las demandas de equipos clínicos y de servicios de especialidades médicas comienzan a exigir la entrega de prestaciones que son propias del nivel secundario. En un grado menor, estas demandas se observan también en los relatos de las localidades de Boco y La Palma.

Por otro lado, en atención al contexto de masividad e integralidad del ámbito urbano, la categoría calidad técnica se caracteriza por la posibilidad de los usuarios y usuarias para escoger aquellos establecimientos que más se orienten al motivo de su consulta. Esto favorece la experiencia de circulación que tienen las personas para hacer uso de los diferentes centros salud del radio urbano de la ciudad. Ello se hace evidente en las comparaciones constantes que realizan entre los distintos establecimientos. El carácter integrado de la red urbana se percibe como más completo, en la misma medida en que las derivaciones realizadas se valoran como pertinentes.

A lo anterior se suma dentro de la calidad técnica de los equipos de salud, un buen trato. A este respecto, existe una valoración mucho más evidente de los aspectos asociados con el trato humanizado, como lo son la paciencia, la cercanía, la forma en que se entrega el diagnóstico y tratamiento, así como también la comunicación efectiva. Este punto reafirma el estudio realizado por la Superintendencia de Salud, en el cual se señala la importancia que tiene para los usuarios y usuarias el ser atendido con dignidad, de manera oportuna y con un lenguaje comprensible.

El refuerzo que el servicio puede hacer hacia un contexto seguro y de calidad en el que situar a las personas, también integra un aspecto observado por la población urbana al consultársele por la calidad técnica, siendo un aspecto que se encuentra más sensible en la población rural.

Lo anterior, resuena con las virtuosidades que genera el espacio urbano con respecto a la capacidad de acceso a la prestación de salud. En concreto, se distingue una menor distancia entre las personas y los servicios, intensificando con ello la percepción de una red integrada pensada en la salud de los ciudadanos. Los contenidos relacionados con la calidad técnica muestran, así, una correlación entre la experiencia asociada con la resolutivez de la red de APS en Quillota, y las demandas generadas por los usuarios y usuarias. Factores como el trato humanizado influyen en las expectativas y preferencias, las que luego van a mediar en las evaluaciones y valoraciones realizadas a la capacidad técnica de los centros de salud.

3. Percepción de los tiempos de espera

Para el análisis de la categoría de la percepción de los tiempos de espera se hace necesario retomar algunos elementos que se encontraban en el apartado sobre subjetividad del marco conceptual. Sintéticamente, la percepción sobre los tiempos de espera que expresan las personas entrevistadas varía en función de los roles y atributos que culturalmente se le asigna al tiempo. La definición realizada en el marco conceptual sobre subjetividad, señalaba que ésta es un punto de intersección entre las personas y sus culturas con las que dar continuidad a la experiencia interna con la externa. Los aspectos que integran este concepto son la intersubjetividad, entendida como la manera en que las distintas subjetividades se relacionan entre sí: las interpretaciones individuales, comprendidas como la manera en que cada persona procesa su experiencia; los valores, signados por la escala de referencia que usan las personas para juzgar la realidad; y las expectativas, expresadas como los deseos, aspiraciones y estándares compartidos por la población.

De esta forma, la categoría tiempos de espera se encuentra condicionada por las valoraciones culturales que las comunidades producen en conjunto con los individuos que las integran. En síntesis, para poder comprender estas valoraciones, es necesario describir los valores y las expectativas expresadas por las personas. Con ello, tratar de explicar las razones, iguales o diferentes, tanto el espacio urbano

como rural, que manifiestan un consenso respecto a que los tiempos de espera no sean considerados extensos, pese a los retrasos experimentados.

El ámbito rural, esto se hace más intenso frente a la experiencia de una menor oferta de prestaciones de salud en sus localidades, ya que las brechas existentes en este tipo de espacio terminan por ser complementadas por la apreciación del trato humanizado. La valoración de estas brechas genera un tipo de necesidad específica de esta territorialidad, en la que cada individuo se pueda sentir reconocido y bien recibido como parte de ésta.

Otro elemento presente en la clasificación cultural de los tiempos de espera dentro del ámbito rural, se refiere a la existencia de un otro, también miembro de su comunidad, que requiere ser atendido. Ambas dificultades afectan a los tiempos programados por las personas, colocando nuevamente a las cualidades familiares o cercanas del trato humanizado como un aspecto relevante que sirve para valorar positivamente los posibles retrasos del equipo de salud.

Para el ámbito urbano, la percepción se sitúa en el contexto de relaciones intersubjetivas de tipo masivas e impersonales. Los contenidos levantados a partir de las entrevistas se imponen por circunscribir el carácter individual de los valores que usan para ordenar sus percepciones. Cuestiones generales como la cercanía, los lazos interpersonales entre individuos y el equipo de salud, la conformidad ante la atención o las experiencias de acceso, son percibidas como impresiones que responden a sus expectativas. Pese a ello, una paradoja se hace evidente: las percepciones en la experiencia de satisfacción de los tiempos de espera son expresadas desde lo personal, mientras todas ellas presentan esquemas valóricos transversales que le dan sentido a esta referencia individual.

En este sentido, la flexibilidad tolerable con los retrasos experimentados en los centros de salud se plantea dentro del trazado de una estrategia personal que los usuarios y usuarias realizan en atención al carácter masivo de la atención. La mayor oferta de prestaciones de salud les permite escoger rutas de acceso cuyo éxito depende de la cantidad de cupos disponibles en el establecimiento de salud, en una coyuntura determinada. Los retrasos para quienes eligen este tipo de servicio son, entonces, esperables y normales. Dentro de los factores que pueden incidir en esta valoración, se encuentra la cantidad de trabajo que pueda tener el equipo de salud, y la cantidad de personas que están esperando a ser atendidas.

En resumen, los contenidos asociados con la percepción de los tiempos de espera dan cuenta de la existencia de diferentes criterios que sirven para valorar los retrasos en la atención de salud. La clave en la interpretación para uno y otro caso es la flexibilidad que manifiestan dentro de cada ámbito, haciendo expresa en ésta los rasgos culturales que enmarcan la forma en que se experimentan las demoras del servicio de salud. Con relación a estos criterios, se evidencia una proximidad en los marcos valóricos presentes en la evaluación del trato humanizado en cada ámbito: para el rural se hacen presentes justificaciones provenientes de la cercanía y familiaridad dentro de la comunidad en la que habitan, mientras que, para el urbano, en la individualidad que aflora como punto de referencia al opinar.

4. Percepción de la infraestructura

Las percepciones de satisfacción señaladas por los y las participantes del estudio de los dos ámbitos, rescata dos elementos transversales. En primer lugar, se refieren al personal de aseo para verificar la experiencia asociada a la higiene de los centros de salud. En el segundo, existe una demanda generalizada por ampliar los establecimientos sanitarios, tanto en las salas de espera como en los boxes de atención. El ejercicio para analizar estos tipos de demanda remite a la misma estrategia empleada para describir las percepciones de los tiempos de espera: las expectativas vertidas sobre la función que debe desempeñar el centro es un problema asociado con la subjetividad.

Lo señalado por las personas pertenecientes al ámbito rural refuerzan la idea de que la infraestructura debe ser capaz de apoyar la entrega de un trato humanizado. El parámetro empleado para cumplir con ello, refiere a un rasgo cultural que se comentó en el apartado anterior: trabajar por este tipo de trato significa reconocer al otro en tanto que forma parte de la comunidad. En este sentido, para esta dimensión el trato no solo refiere a lo que sucede entre las relaciones humanas, sino a las condiciones materiales en que los establecimientos sanitarios atienden a los usuarios y usuarias más vulnerables de la comunidad.

Esta proposición tiene relación con lo que se señaló en las definiciones sociales del modelo de la red de APS en Quillota, revisado en el marco conceptual. La perspectiva que se refuerza en esta orientación realizada por las personas de los espacios rurales, recuerda la definición de la salud como un hecho social compuesto de dimensiones tanto inmateriales como materiales. Es en el terreno de las últimas

en que se debe insertar la experiencia percibida de la infraestructura. A su vez, el criterio subjetivo que actúa tras esta directriz refiere a una expectativa de bienestar compartido, en el que la experiencia individual se matiza en razón de un sentido colectivo de la función que se le asigna a este tipo de espacio.

Es por este valor colectivo presente en la evaluación tanto de los tiempos de espera como de la infraestructura, que se constata que la preocupación constante de un tercero u otro aparece como una dificultad al calibrar sus opiniones en atención a la evaluación de los equipamientos clínicos, así como también en los juicios que emiten respecto de las salas de espera. Cuando se señala que las incomodidades provocadas por malas decisiones de los equipos de salud afectan a quienes son más vulnerables, como por ejemplo las personas mayores, lo que se expresa entonces es una expectativa por una infraestructura que permita dignificar la vida y bienestar del conjunto de la comunidad.

Lo anterior contrasta con la forma en que las personas de los espacios urbanos se refieren al rol que juega el trato dentro de esta categoría. Los pilares sociales del modelo de red APS de Quillota se mantienen, en virtud de que lo que se juzga por infraestructura remite a la manera en que el espacio entrega las condiciones para que éste se materialice.

Sin embargo, se hace evidente que lo que se percibe por trato no es lo mismo en uno u otro ámbito. Como se puede apreciar para las descripciones hechas en otras categorías, la infraestructura en el área urbana se evalúa desde la idea del servicio. Se la percibe como una categoría relativa a la capacidad para satisfacer las demandas de los usuarios y usuarias. Los contenidos identificados se enfocan en la percepción de que los centros de salud son pequeños. Las expectativas enunciadas por los y las participantes del estudio tienen relación con el sentir una necesidad por renovar y ampliar los espacios de atención. El acento se encuentra puesto principalmente sobre los boxes de atención y salas de espera.

De esta forma, la percepción que el ámbito urbano realiza sobre la infraestructura se organiza a partir de la experiencia de masividad propia de este tipo de espacio. Los criterios utilizados para evaluar el estado de esta categoría se adaptan al eje de ACP contenido en el MAIS, al mostrar que su satisfacción depende de una atención que considere las creencias, los valores y los deseos individuales de los usuarios y usuarias.

Así, todo lo dicho anteriormente impacta en la forma en que las personas perciben la infraestructura de los centros de salud. La experiencia de satisfacción asociada a esta dimensión fluctúa entre los mismos criterios descritos para los tiempos de espera. Esta afinidad con la presencia de rasgos culturales dentro de los ámbitos rural y urbano se expresa, en el primero de estos tipos de territorio, en una preocupación por los otros y, en el segundo, en el marco de la prestación de servicios que reciben los individuos que llegan a atenderse. Ambos rasgos se traducen en el tipo de expectativa vertida hacia los espacios de los establecimientos sanitarios; anhelo que reafirma una idea sobre los actores que influyen sobre la experiencia de satisfacción y sobre la función social que deben desempeñar los centros.

5. Percepción de la participación

Una serie de contenidos asociados con la participación ciudadana y comunitaria vuelven a destacar la preponderancia que tiene la comunidad dentro de la percepción de la experiencia de satisfacción usuaria, en el ámbito rural. Esto se consta cuando se refieren a los espacios participativos como instancias en las que pueden dar ideas, conocer opiniones y escuchar lo que piensan otras personas. El deseo y la expectativa asociada con la participación permite visualizar una valoración colectiva, ya que la disposición predominante de los y las entrevistadas remite a formas de reciprocidad y de reconocimiento que, una vez más, hacen sentido con la importancia que tiene el trato humanizado en las percepciones.

La experiencia colectiva construye una expectativa comunitaria sobre los mecanismos de participación. Esta se traduce en un mandato hacia los centros de salud para integrarse en las prácticas reciprocas y de reconocimiento que la comunidad pone en ejecución. De acuerdo con esta interpretación, se espera que la labor de los centros se inserte en las actividades comunitarias de los grupos sociales que forman parte del territorio, para lo cual se les exige que escuchen y atiendan a las problemáticas que les quieren exponer.

Esta expectativa de acuerdo, a los relatos recogidos hasta ahora, no ha sido cumplida de forma satisfactoria, ya que las estrategias utilizadas por los centros de salud para insertarse en la comunidad son percibidas como algo pasivo y poco presente. Pese a ello, se observa una disposición favorable en los y las participantes del estudio para comenzar a integrarse en este tipo de instancias, y con ello fomentar

la construcción de una voz colectiva que se active para discutir los problemas y las políticas de salud del territorio.

Los contenidos asociados con la participación en el ámbito urbano destacan la necesidad explícita de tener que “hacer tiempo” para asistir. El interés por los mecanismos participativos generados por los centros de salud se restringe por esta limitante previa. Es esta condición cultural del tiempo, como algo escaso y relativo a cada individuo, permite explicar luego los juicios que emiten hacia sus comunidades: el no disponer o no usarlo para las instancias participativas de los centros de salud es visto por los propios entrevistados y entrevistadas como una falta de interés por la comunidad misma.

Esta limitante complica el desempeño de las estrategias de los establecimientos sanitarios. De acuerdo con los contenidos levantados, se puede observar una presencia intensa dentro de las comunidades de los centros de salud urbanos, que incluye formas refinadas de difusión de actividades como lo es la asociación con las juntas de vecinos, el uso de redes sociales o el empleo de radios comunitarias. En este sentido, se evidencia un trabajo activo por parte de los centros de salud para integrarse a la cotidianidad de los territorios en los cuales se encuentran. Esta disposición activa de los centros, impacta con la falta de tiempo de los usuarios y usuarias, dando pie a juicios, reseñados más arriba, hacia las personas que no asisten pese a disponer de la información y los espacios para hacerlo.

En síntesis, los rasgos culturales, que en las categorías anteriores aparecen como una referencia lejana a las percepciones, toman un mayor protagonismo. De esta forma, el interés expresado en ambos ámbitos adquiere un marco más general que permite visualizar las diferencias profundas que se desarrollan entre los dos. Esto permite comenzar a recoger los efectos que las reformas por más participación realizadas primero en Quillota, el año 2002, y después en Chile, el 2005, comienzan a mostrar sobre la subjetividad de las personas: la percepción que toma a la idea del servicio como ente único para garantizar la salud, empieza a cuestionarse cuando se evalúa la posibilidad, aún incierta sin duda, de que las comunidades sean agentes activos de su salud.

Si se contrasta este hallazgo con el desarrollo realizado en el marco conceptual sociopolítico que ha influido en el desarrollo de las políticas sanitarias en los últimos treinta años en Chile, aparecen elementos interesantes al analizar la

percepción de satisfacción usuaria. Entre los años 2002 y 2005, se dio inicio a un proceso de múltiples reformas tendiente a desafiar la visión clientelar que el neoliberalismo había construido de la medicina biomédica. Estas reformas aún no logran marcar la salida de este tipo de experiencia asociada con la salud. Pese a ello, se comienzan a dar los primeros pasos por una apuesta participativa, en la que las comunidades puedan dar ideas de qué experiencia compartida de salud esperan co-construir.

6. Percepción del Sentir

Los contenidos analizados dentro de esta dimensión complementan el tipo de movimiento que ha experimentado la percepción de la participación en salud en Quillota. El rasgo que más destaca dice relación con la subcategoría sensorial, en la que se observan la presencia de dos tipos de identidad asociadas a los centros de salud y que interactúan entre sí: la institucional y la atención humanizada. Es en virtud del tipo de fidelización que permite esta última, que este aspecto permite presentar una buena síntesis de las percepciones de satisfacción usuaria asociada al nivel primario en esta comuna.

En relación con lo institucional, se presentan rasgos sensoriales relativos al imaginario general de las instituciones de salud, como son el color blanco; los olores a insumos clínicos, antisépticos y la limpieza; y los sabores asociados con los procedimientos clínicos como son el amargor y la acidez. Relativo a los elementos humanizados, destacan sensaciones cálidas, las cuales se expresan en las impresiones térmicas afines, en colores vivos, en sabores dulces o relativos a alimentos complementarios, y los olores florales. Dichos elementos se asocian al trato humanizado, en cuanto refiere a los atributos que destacan del equipo de salud cuando reciben la atención.

Esta interacción entre lo institucional y lo humanizado se da de forma diferenciada entre cada ámbito territorial.

En lo que respecta a lo rural, destaca un abordaje complementario entre ambas identidades. Dicha complementariedad se asocia con la percepción de que los centros de salud forman parte de la comunidad, y de que por lo tanto se rigen por reglas y expectativas similares a las que puedan tenerse con otros miembros de ésta.

En relación con lo urbano, la lógica de asociación se presenta como una rivalidad entre lo institucional y lo humanizado, en tanto que los contenidos levantados refieren a los centros de salud como espacios en los que se otorgan servicios.

Por otra parte, la subcategoría percepción afectiva dentro de las entrevistas analizadas presentan algunos rasgos relevantes para abordar la aproximación que la comunidad rural hace del cuidado recibido por los centros de salud. Destacan elementos femeninos en el imaginario, asociados a la amabilidad, al cobijo y la horizontalidad en la forma de relacionarse con estos espacios. La contextura del cuerpo, la vestimenta y la actitud alegre que presentan de la atención de salud cuando se les pide que la imaginen como una persona, son rasgos clave para recoger la percepción de una forma de cuidado que vale por la manera en que los equipos de salud los reciben.

En cambio, en el ámbito urbano destacan aquellas características desde las cuales se observa la distancia o rivalidad presente entre los rasgos institucionales y humanizados que conviven en los centros de salud. La motivación tras este empoderamiento en el rol del cuidado se traduce en una voluntad genuina por entregar un buen servicio sanitario para los usuarios y usuarias, en la medida que expresan que busca sanar, que quiere la salud de la población y que se orienta por el bienestar. A su vez, el imaginario asociado con estos espacios destaca, por una parte, rasgos como la sabiduría, lo maternal y el carácter fuerte y empoderado en el rol del cuidado, y, por otro, la amabilidad, la cercanía y la capacidad de escucha. Estos rasgos destacan por la distancia entre estos dos conjuntos de características, en condiciones donde a lo institucional se le acoplan definiciones de humanización que se perciben como elementos diferentes entre sí. Particularmente importante es la idea de que en las atenciones se puede ser “gruñona”, lo que se condice con este propósito más general de entregar una buena atención de salud, incluso si ello significa perder cierta amabilidad.

Lo anterior explica la manera en que se dan estos dos polos de rasgos, uno institucional y otro humanizado, al momento de describir el tipo de cuidado brindado por los centros de salud. Las características que definen a este último se refieren, dentro del ámbito urbano, a la capacidad que tienen estos centros para escuchar y atender las necesidades de sus usuarios y usuarias. Esta cualidad se expresa, en este sentido, como la entrega de una atención equitativa hacia ellos, lo que permite

conjugar en el “saber escuchar” esta doble identidad que participa de la dimensión de los sentidos en la percepción de la experiencia de satisfacción usuaria.

Como se constató en el marco conceptual, esta proximidad en el trato se asocia con el enfoque territorial e identitariamente centrado del modelo de Salud de Quillota, lo que se traduce en la generación de estrategias que diferencian las realidades rurales de las urbanas. En los espacios rurales, ello se expresa en una percepción complementaria de ambas identidades, donde los rasgos institucionales conviven con la personalidad respetuosa y humanizada de los establecimientos de salud; en los urbanos, por la percepción de su rivalidad, la que se calibra en favor del trato humanizado a partir de la experiencia de escucha activa. Estas percepciones entregan directrices importantes para profundizar el sentido de las reformas de los años 2002 y 2005, en Quillota y Chile respectivamente.

Estas orientaciones implican reforzar el sentido humanizado del modelo de cuidado que se percibe de la red de APS. Profundización que muestra sus efectos positivos en la producción de bienestar en la población a través de la fidelización de las personas. Nuevamente, como se vio en el marco conceptual, la manera en que el trato humanizado aporta en ésta, implica también un fomento de la experiencia compartida y corresponsable de la salud.

CONCLUSIONES

Tras haber analizado las entrevistas realizadas en el ámbito rural y urbano, se desprenden algunos contenidos generales presentes en las categorías empleadas en el estudio. Lo primero que se destaca, es que tanto el trato como la calidad técnica son enjuiciados en función a la expectativa de un trato humanizado. El reconocimiento que los equipos de salud puedan hacer de las condiciones humanas de los usuarios y usuarias, es recibido como una dignificación de ellos.

Sin embargo, los espacios rurales y urbanos refieren a construcciones diferentes en relación a cómo enuncian este reconocimiento: para el primero de estos espacios, el trato humanizado se asocia con el tipo de lazo, familiar y cercano, que mantienen los actores presentes en los centros de salud; para el segundo, esta forma de trato se estructura en torno a los pilares de la ACP dispuestos por el modelo de salud en Quillota y el MAIS, los cuales ponen al individuo como el marco de referencia desde el que actuar.

Esta satisfacción centrada en el trato opera como una coordenada desde la que se juzga a la calidad técnica. Las señales de complacencia o de disconformidad señaladas por los y las entrevistadas dentro de la comuna permite una mayor flexibilidad en la evaluación de esta categoría en función de este criterio.

Adicionalmente, existen distintas particularidades en el espacio rural que enmarcan la experiencia de satisfacción asociada con este aspecto. La distancia de estos territorios contribuye a generar una sensación de aislamiento que hace que los y las participantes del estudio de estas localidades no transiten cómodamente dentro de la red de APS urbana. Ello se expresa en señales de desdén hacia Quillota, asociado a los tiempos y costos que implican los traslados. Al mismo tiempo, esta distancia afecta a las expectativas con las que evalúan su experiencia, en razón de una intensificación de las demandas por un aumento de la resolutive local a un nivel que se escapa, tanto de las prestaciones primarias en el actual ordenamiento sanitario de Chile como de los recursos financieros existentes en el Departamento de Salud de Quillota.

En cambio, las personas del espacio urbano señalan una mayor satisfacción, relacionada, en parte, con la existencia de una menor expectativa dado el carácter masivo, resolutivo e integrado de la cartera de prestaciones la red de APS en Quillota.

Este elemento masivo e integrado de la red urbana de APS, anuncia parte de los hallazgos reconocidos con la percepción de la experiencia de los tiempos de espera y la infraestructura. Como se revisó, estas categorías mostraron una mayor variabilidad entre sí con respecto a los rasgos subjetivos presentes en las entrevistas.

Dentro del espacio urbano, las experiencias de satisfacción usuaria se enfocaban en las creencias y sentimientos personales. Esto se hacía patente a través de la utilización de la misma subjetividad como un punto de referencia al momento de opinar aquello que se les preguntaba. Adicionalmente a ello, los tiempos de espera se juzgaban desde las estrategias que cada uno trazaba de forma individual; mientras que, de la infraestructura, se esperaba que pudiese mejorar su cobertura para hacer frente a la masividad de los públicos que acceden a los centros de salud.

Estas condiciones del ámbito urbano contrastan con los rasgos culturales del territorio rural. En un sentido general, los y las participantes del estudio de este último articulaban su experiencia de los tiempos de espera y de la materialidad de los centros de salud en consonancia con los valores comunitarios. Estos rasgos señalan una preocupación por el bienestar colectivo de la localidad, lo cual se marcaba en sus relatos a partir de la referencia constante a otro que servía de vara para matizar sus opiniones. Tanto en los tiempos de espera como en la infraestructura, se espera que el equipo de salud sepa identificar y servir a las personas más vulnerables.

Lo anterior muestra una diferencia importante en los patrones culturales presentes en ambos tipos de territorio. Las subjetividades rurales y urbanas comprenden que la dignificación de ellos como personas depende de distintos factores, asociados cada uno con los valores que levanta la presunción de una determinada funcionalidad de los centros de salud. El deseo de un reconocimiento humanizado, presente en las categorías de las percepciones de satisfacción en el trato y la calidad técnica, se complementa así por la forma en que estos aspectos culturales, individuales o colectivos, afectan a la forma en que se evalúan los tiempos de espera y la infraestructura. Así, en el espacio urbano, las personas señalan que estos establecimientos están para servir a sus necesidades individuales, siendo la experiencia de masividad un obstáculo en la satisfacción de sus estrategias. Por su parte, en el territorio rural se asigna una función colectiva de éstos, de modo que se espera que ellos puedan cuidar a quienes más lo necesitan.

La diferencia de patrones culturales se pudo reconocer a través de las preguntas orientadas a conocer los sentires que las personas manifestaban de los centros de salud. Ello se encontraba en la sexta categoría de la investigación, y se tradujo en aspectos alusivos a los imaginarios y sensaciones con las que se identificaban a los centros. Las personas señalaron, en todos los casos, una ambivalencia entre una identidad institucional, señalada por características exclusivamente sanitarias de estos espacios, y una humanizada, expresada en los lazos fraternos y cercanos mantenidos con éstos. Sin embargo, la forma en que se percibía la relación entre ambos mostraba experiencias de satisfacción muy diferentes para uno y otro ámbito.

El espacio urbano destaca por señales de rivalidad entre las dos identidades. Al imaginar al centro como una persona, se referían a sus actitudes desde una ambivalencia que servía para describir la satisfacción hacia el modelo de cuidado de estos centros. Cuidar también significa cumplir el rol institucional de los establecimientos, razón por lo cual se señala que en ocasiones por el bien mayor de la salud de cada uno se permite perder los atributos amables y familiares de este lazo. La experiencia de la escucha activa logra cohesionar estas dos dimensiones, de modo que se valora positivamente a la red urbana de APS por el sentimiento de reconocimiento a ésta.

Por su parte, el espacio rural concibe esta relación de forma complementaria. No hay presencia de una ambivalencia mayor entre lo humanizado y lo institucional. El imaginario asociado con el modelo de cuidado lo refiere como una mujer amable y cercana, que se encuentra presente en la comunidad. Esto exhibe una buena percepción hacia los centros de salud, que depende de la función colectiva que desempeña en el cuidado de los otros.

Estas dos identidades no dejan de mostrar una percepción de rasgos biomédicos y un enfoque de derecho en la salud. La categoría de participación pone de manifiesto aquellas experiencias que transitan entre ambos modelos, en condiciones donde las disposiciones sanitarias en Chile todavía muestran características estos dos. En este sentido, se contrasta los efectos de dos estrategias empleadas en los establecimientos de salud. Los equipos de los espacios urbanos aprovechan mucho mejor las redes de difusión para llegar a las personas, las cuales se veían impedidas de participar por su falta de tiempo. Por otra parte, los del territorio

rural generan acciones menos extensivas, pese a que los y las participantes del estudio refirieron disposición para acomodar sus tiempos a escuchar a los otros de su comunidad.

Los frutos de estas estrategias se anuncian incipientemente en las percepciones de las personas. Las aproximaciones que hace el modelo de salud en Quillota a la participación ciudadana todavía no presentan sujetos activos en la construcción de ésta, pero sí dan cuenta de un movimiento dentro de sus subjetividades que comienza a rivalizar los sentidos comunitariamente estrechos de la medicina biomédica.

En esta línea, es posible ver cómo el pilar dignificador en la percepción de la satisfacción usuaria, surge con mayor fuerza en relación a la exploración de las capacidades participativas de las personas. La introducción de estas nuevas categorías en el análisis pone en valor no sólo la pertinencia de las metodologías cualitativas en este campo, sino también permite una comprensión profunda de los efectos que los modelos sanitarios tienen sobre la forma en que la población vive y experimenta su salud.

La información recopilada tras la ejecución de los instrumentos generados en esta investigación, mostró con ello resultados muy distintos a las encuestas de trato al usuario (presentadas en el capítulo de fundamentación). En estas evaluaciones, la comuna se encuentra bien posicionada, con una nota particularmente alta dentro de los territorios rurales. No sólo se recogieron impresiones mucho más críticas hacia los establecimientos en centros bien evaluados, sino que la ruralidad demostró tener necesidades especiales que no se están recogiendo.

En definitiva, el trato, la calidad técnica, el tiempo de espera y la infraestructura, entregan apenas una aproximación a las condiciones en que esta experiencia es vivenciada. La dimensión de la participación y de los sentires, permite conocer la forma en que las personas construyen su propia experiencia de salud; ampliando el espectro a dimensiones que no se reducen a acontecimientos propios de los establecimientos sanitarios. Los mundos sociales, las condiciones territoriales y los patrones culturales surgen con una mayor relevancia, y con ello una valoración de la subjetividad presente en la satisfacción usuaria.

En resumen, la percepción de satisfacción usuaria presenta las fortalezas y debilidades del modelo de salud en Quillota desde una perspectiva compleja. Dentro de las primeras se reconoce el hecho de que los pilares de este modelo se han interiorizado en las personas favorablemente.

El reconocimiento positivo que hacen de la dignificación generada por el trato muestra que esta dimensión conforma una coordenada nítida en la satisfacción de las personas. Este principio constituye así un punto de referencia importante, en la medida que su presencia como marco de referencia dentro de las entrevistas señala la profundidad en que han permeado el estándar con que las personas evalúan la satisfacción usuaria.

Por otro lado, se observa una compenetración entre las características del modelo de APS en Quillota desde el año 2002, y los pilares del MAIS, en el 2005. Los efectos que tiene esta sinergia en la subjetividad de las personas se indica a través de la aparición de otros principios reconocidos en la valoración de las personas, como son: el acceso, la oportunidad, la resolutiveidad y la ACP; así como también, en un reconocimiento incipiente de la importancia de la participación dentro de la política sanitaria.

Esta compenetración de los pilares del modelo de salud, junto a la coherencia que éste mantiene con el MAIS, muestran una segunda fortaleza: la construcción de una noción dignificante del modelo de cuidados. Esto se traduce en la convivencia que se logra hacer de la identidad institucional y de trato humanizado a la que se asocian los centros de salud. Al mismo tiempo, fomenta la fidelización de los usuarios y usuarias, permitiendo difundir con ello formas de una corresponsabilidad integrada a los ideales de la dignificación, acceso, oportunidad, resolutiveidad y ACP.

Sin embargo, existen variaciones entre lo que los ámbitos rural y urbano asocian a la realización de estos ideales. En relación con la dignificación, se hace evidente que atributos como son la escucha activa, el respeto y las condiciones infraestructurales traducen al trato humanizado de distintas formas.

En el espacio rural, las carencias generadas por las distancias territoriales y la intensificación de las demandas a través de un deseo por que se escuche a la comunidad. En el urbano, esta escucha ofrece más bien una forma de trato

personalizado, dentro de un marco en que la integralidad de la red de APS produce un valor agregado en relación a cómo se juzga esta categoría.

Es en atención de que el contenido asociado a este pilar varía entre ambos tipos de territorios que emergen las principales debilidades del modelo. Dicha variación responde a que para lo rural prima un sentido de la dignificación que se dirige al bienestar de la comunidad, mientras que para lo urbano destaca un propósito centrado en la persona. La interiorización de los mismos principios genera efectos distintos sobre la demanda de las personas, haciendo patente la existencia de diferentes expectativas que influyen sobre la satisfacción usuaria.

Respecto de las debilidades, un punto se refiere a la manera en que el modelo canaliza estas expectativas. En el espacio urbano se observa una demanda mucho más ajustada a las características de la red de APS, mientras que en el rural destaca un desequilibrio entre las expectativas y lo que ésta puede entregar realmente. Sea por falta de una pedagogía, o como un efecto de la intensificación de las expectativas dado al fenómeno conjunto del trato humanizado y la distancia territorial, lo cierto es que las personas de este ámbito son más críticas con respecto a la calidad técnica a causa de una expectativa que no se condice con las posibilidades reales de la gestión municipal de salud.

La segunda debilidad se refiere a las estrategias para activar la participación ciudadana. En este caso, la inatención del modelo de APS a estas diferencias, retroalimenta las brechas en la canalización efectiva de las expectativas de los usuarios y usuarias. Esto se refiere a que las características culturales que ambos territorios generan oportunidades y desafíos específicos para cada ámbito. En especial a lo que refiere a las perspectivas asociadas con la temporalidad, se observa un obstáculo significativo en la forma en que la población del espacio urbano puede sumarse a las instancias participativas construidas por los centros. Por su parte, la ruralidad manifiesta una oportunidad en tanto a que el tiempo se comprende como un aspecto colectivo. Esta condición comunitaria permitiría una mayor convocatoria que se limita, sin embargo, por la ejecución de una estrategia que no resuena con los canales de difusión de la población.

Finalmente, la tercera debilidad se presenta de forma transversal. Ésta hace referencia al sistema de toma de horas. Los problemas identificados en las entrevistas se dividen en dos. En primer lugar, los resultados dan cuenta de las dificultades que

tienen las personas para agendar horas de atención para morbilidad y controles de enfermedades crónicas. Los obstáculos señalados refieren a ineficiencias en el sistema asociado con el agendamiento de estas. Por otro lado, la coordenada de la humanización interiorizada como una fortaleza del modelo de salud, implica que el sistema automatizado pierde aún más valor para los y las participantes de este estudio. Si bien las virtudes presentes en el trato permiten una mayor flexibilidad al momento de subsanar los problemas de agendamiento, la existencia de una voz mecánica e impersonal produce una distancia con la expectativa generada por esta forma de trato. Al contrario, los y las entrevistadas mostraban una preferencia por la modalidad presencial.

Los resultados muestran importantes hallazgos que deberían ser recogidos para la gestión de los dispositivos de salud en la comuna de Quillota. En síntesis, los más relevantes son: en primer lugar, la conceptualización de la satisfacción usuaria vinculada al trato humanizado; en segundo lugar, la diferenciación entre el ámbito urbano y rural respecto a la calidad técnica de la atención; en tercer lugar, la valoración positiva de la participación comunitaria en ambos entornos, aun existiendo diferentes énfasis y obstáculos respecto a aquello.

A partir de estos elementos se reconoce la importancia de la creación y formalización de un equipo de trabajo, dentro del Departamento de Salud, a cargo de coordinar la política local de satisfacción usuaria y participación ciudadana. Este equipo debiese sistematizar la trayectoria de las iniciativas locales en este ámbito, diseñar y proyectar la política y, finalmente, coordinar las estrategias que para este propósito implementan los establecimientos de salud.

Más concretamente, la labor de esta unidad debería estar dirigida estandarizar pautas de satisfacción usuaria adaptadas a la realidad de cada establecimiento; incentivar la realización de evaluaciones cualitativas periódicas complementarias a los instrumentos ministeriales, generar espacios de retroalimentación entre los establecimientos de salud para la promoción de buenas prácticas de satisfacción usuaria y centralizar las iniciativas que actualmente se desarrollan de modo esporádico y con el único propósito de cumplir indicadores dentro de los compromisos de gestión ministeriales.

Sugerencias

Durante la investigación resaltaron tres grandes temáticas que indicaron la necesidad de una mayor profundización. Estas interrogantes no pudieron ser abordadas en el presente estudio, dado a su carácter exploratorio y la delimitación de los objetivos trazados. Estas temáticas dicen relación con aspectos de orden territorial, evaluaciones de las estrategias de los centros de salud y los efectos del actual panorama político nacional en las posibles nuevas expectativas vertidas en la experiencia de satisfacción usuaria.

El primero de estos temas, el territorial, está asociado con los efectos del aislamiento del ámbito rural, las condiciones del acceso y los costos específicos de las localidades rurales para poder acceder al diseño de la red comunal de salud. Además, dada la extensión del entorno urbano, es necesario analizar el fenómeno de la satisfacción usuaria atendiendo a las particularidades socioeconómicas de las principales unidades vecinales de la ciudad.

Lo segundo se refiere a los cuestionamientos de la forma en que las instituciones de salud se adaptan a los medios culturales en los que participan. El enfoque en la subjetividad releva el hecho de que los diseños técnicos deben dialogar con los rasgos culturales de las relaciones sociales, atendiendo a cuestiones como los valores y las visiones locales sobre el tiempo y el espacio.

Finalmente, el tercer tema dice relación con el actual panorama político nacional, pues el proceso constituyente gatillado post estallido social incide en las dimensiones analíticas asociadas con la subjetividad, la participación y los sentires de la población en relación con su salud.

Otra línea de estudio posible de ser desarrollada en base a las temáticas emergentes, tiene relación con los atributos de género observados en las entrevistas. El enfoque de género aplicado al estudio de la satisfacción usuaria en salud cobra mayor relevancia luego de los movimientos feministas de mayo del año 2018.

BIBLIOGRAFÍA

1. Busto M, Valdés T. "Silencio es palabra de mi vocabulario", problematizando el tema de la calidad de trato. Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos. . Santiago: CORSAPS / FLACSO; 1994.
2. Gómez L, Nuñez A. Vigilancia del acceso a la salud en Chile: un sistema de indicadores para monitoreo multidimensional. Revista Medica Chile; 2021.
3. Ministerio de Salud Chile. Orientaciones técnicas compromiso de gestión Santiago 2019. p. 22.
4. Parada Lezcano M. Planificación Estratégica 2020-2024 SaludQuillota. Quillota 2019.
5. Pezoa M. Propuesta metodológica para medir la satisfacción en usuarios de consultorios públicos. Departamento Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud 2011.
6. Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos S y C. Protocolo de San Salvador. 1988.
7. Chiesa De Negri C. CMR Marketing Relacional: innovando en la actitud de servicio. Chile: Planeta Chilena; 2009. p. 19 - 77.
8. Índice de Calidad de Vida Urbana. Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales. Facultad de Arquitectura Diseño y Estudios Urbanos Pontificia Universidad Católica de Chile, Camara Chilena de la Construcción. 2019. p. <https://estudiosurbanos.uc.cl/wpcontent/uploads/2021/06/ICVU-19-ResumenEjecutivo.pdf>.
9. Ruiz Azarola A, Perestelo Pérez L. Participación ciudadana en salud formación y toma de decisiones compartida. Gaceta Sanitaria, España2012. p. 158-161.
10. Riveros S J, Berné M C, Múgica G J. Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. Revista médica de Chile2010. p. 630-638.
11. Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol J. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. Atención Primaria 2003. p. 307-314.
12. Labra Ma E. La reinversión neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. Cad Saude Pública, Río de Janeiro. julio-ago, 2002. p. 1041-1052.
13. David E, Guerra M. El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. Medellín: Fac.Rev. Nac. Salud Publica; 2006.
14. Montenegro M, Bravo P, Dois AR, C. Experiencia usuaria en salud: hacia un modelo de atención que escucha a los usuarios. Temas de la Agenda Pública: Centro de Políticas Públicas UC; 2021. p. 1-4.
15. Mira J, Martínez A, Aranaz J, Guilabert M. Satisfacción versus experiencia del paciente, calidad de diseño versus calidad de conformidad. Pamplona : Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2019.
16. Mira J, Nuño Solinis R, Guilabert Mora M, Solas Gaspar O, Fernandez Cano P, Gonzalez Mestre M, et al. Desarrollo y validación de un instrumento para evaluar la experiencia del paciente en el cuidado de enfermedades crónicas. Cuidado Integral Int J; 2016.
17. Doyle C, Lennox L, Bell D. Una revisión sistemática de la evidencia sobre los vínculos entre la experiencia del paciente y la seguridad y eficacia clínicas. Abierto BMJ. 2013.
18. Danet A, Prieto M, March J. La activación de pacientes crónicos y su relación con el personal sanitario en Andalucía. . Anales del Sistema Sanitario de Navarra; 2017. p. 247-257.

19. Organización Mundial de la Salud OMS. Salud y Derechos Humanos 2017 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
20. Lancet T. Inequidades en salud rural: datos y decisiones. Lancet 2015. 385 p. 1803.
21. Scheil - Adlung X, Organization IL. Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries. Geneve 2015.
22. Comisión Interministerial de Ciudad Vivienda y Territorio. Política Nacional de Desarrollo Rural. In: Gobierno de Chile, editor. 2020.
23. Armijo G, Caviedes H. Vicisitudes y cambios en el mundo rural chileno. La última modernización agraria ¿La gran solución de fin de siglo? Revistas Académicas de la Universidad de Chile. 1997.
24. Baeten R, Spasova S, Vahercke B. Inequalities in access to healthcare. A study of national policies. European Commission 2018.
25. European Commission. Communication from the Commission on effective, accessible and resilient health systems. Bruselas 2014.
26. Esparza J. Identificación de la inequidad espacial en el acceso a los servicios de alta complejidad desde comunas rurales: El caso de Penciahue y Pelarco en la región del Maule. Universidad de Concepción 2021.
27. Organización Panamericana de la Salud OPS. Salud Urbana. <https://www.paho.org/es/temas/salud-urbana>.
28. Massip Pérez C, Ortíz Reyes R, Llantá Abreu M, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. La Habana, Cuba: *Revista Cubana de Salud Pública*; 2008.
29. Mira J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin*2000. p. 26-33.
30. Huamán Ángeles Ma. Satisfacción del usuario de los servicios de salud. <https://www.monografias.com/trabajos101/satisfaccion-del-usuario-servicios-salud/satisfaccion-del-usuario-servicios-salud>.
31. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS/OMS, editores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. . Washington DC:OPS/OMS: Publicación Científica; 1992. p. 382-404.
32. 32Zas Ros B, Grau Ábalo J, Hernández Meléndez E. Psicología de la salud y gestión institucional. En: Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. . México: Universidad de Guadalajara. 2005.
33. Salaverry O. Interculturalidad en Salud. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*2010. p. 80 - 93.
34. Ministerio de Salud Chile. Orientaciones Técnicas para la Estrategia de Buen Trato. Santiago 2017.
35. Paganini JM, Prascilio H. Los sistemas locales de salud: Un camino hacia la equidad. 2000.
36. Bronfman M, Gleizer M. Participación Comunitaria: ¿Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Públ; 1994. p. 111-122.
37. Ferrer I, Borroto T, Sánchez M, Álvarez J. La participación de la comunidad en salud. La Habana, Cuba: *Revista Cubana de Medicina General Integral*; mayo - junio. 2001.
38. Organización Mundial de la Salud OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma-Ata Ginebra 1978.

39. Organización Mundial de la Salud OMS. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud-OMS. Ottawa 1986.
40. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas.: Revista Panamericana de la Salud Pública; 2007.
41. Organización Mundial de la Salud OMS. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza 2008.
42. Serrano Madrid C. Pobreza, capital social y ciudadanía. En Asesorías para el Desarrollo. Red de Integración Social Ciudadanía y Pobreza. 2002.
43. Ministerio de Salud Chile. Modelo de Atención Integral en salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1. 2005.
44. Ministerio de Salud Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. 2013. p. 13.
45. Dois A, Bravo P, Soto G. Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. Revista Médica de Chile. 2017.
46. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solis C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. Revista Médica de Chile. 2016.
47. Dois Castellón A, Ojeda Cabrera I, Vargas Palavecino I, Larrea Quintanilla M, Quiroz Olave M, Rodríguez Cares M, et al. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2012.
48. Robinson JC, LC., Berry J, Dearing K. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2018. p. 600-607.
49. Mead N, Bower P. Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & Medicine. 2000. p. 1087-110.
50. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. . Journal of Family Practice. 2000. p. 796-804.
51. Rathert C, Wyrwich M, Boren S. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the literature. Medical Care Research Review. 2013. p. 351-379.
52. Reynaldos K, Achondo J, Azolas V. Factores influyentes en la satisfacción usuaria de la Atención Primaria en Salud Latinoamericana: Revisión Integradora. Revista de Salud Pública 2017. p. 65-76.
53. Ministerio de Salud Chile. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. 2011. p. 314.
54. Ministerio de Salud Chile. <http://oirs.minsal.cl/atencionusuario.aspx> [
55. Ministerio de Salud Chile. Medición Nacional de Satisfacción Usuaría en la Red Pública de Salud de Chile. Aplicación. Santiago 2009.
56. Almeida Cunha C, Olave R. Calidad de atención y satisfacción del usuario en la atención Primaria de Salud. 2003; 72: 85 - 97.
57. Superintendencia de Salud. Estudio de Usuarios de Salud respecto de la Ley de Derechos y Deberes. Informe Preliminar. 2015.
58. Mazo Gómez WdJ. Elementos constitutivos para una bioética en Humberto Maturana. Revista Lasallista de Investigación. 2014;11(1):181-91.
59. Pressacco CF, Salvat P. Consideraciones críticas sobre política pública y social de los gobiernos Concertación: Chile, 1990-2010. ¿Del crecimiento con equidad

- al crecimiento basado en la competencia y el subsidiarismo generalizado? Pap Polit Bogotá (Colombia). 2020;17(1):85-118
60. Organización Mundial de la Salud OMS. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social.>
 61. Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens Revista Universitaria de Investigación. 2008; 9:93-107.
 62. Organización Mundial de la Salud OMS. Informe sobre la salud en el mundo - Cambiemos el rumbo de la historia. 2004.
 63. Organización Mundial de la Salud OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud 1986.
 64. Hasen Narváez F. Interculturalidad en Salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. Ciencia y Enfermería XVII. 2012;3:17-24.
 65. Seligman M. La Auténtica Felicidad. Barcelona, España: Editorial España; 2017.
 66. Ministerio de Salud Chile. Estrategia Nacional de Salud 2010-2020. Santiago.
 67. Seclén-Palacin J, Darras C. Satisfacción de Usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2000:127-141.
 68. Orejuela Gomez J, Ramirez A. Aproximación cualitativa al estudio de la subjetividad laboral en profesionales colombianos. Universidad de California: Pensamiento Psicológico; 2011. p. 125-144.
 69. Kleinman A, Fitz-Henry E. The Experiential Basis of Subjectivity. En Biehl, J., Good, B. & Kleinman, A. California: University of California Press: *Subjectivity. Ethnographic Investigations*; 2007. p. 52-65.
 70. Ibañez Ramos M. Aspectos transformadores de la experiencia humana a la luz de la práctica de la meditación de atención plena. Madrid: Endoxa serie filosófica; 2018. p. 285-308.
 71. Díaz Bernal Z, Aguilar Guerra T, Linares Martin X. La antropología médica aplicada a la salud pública. Revista Cubana de Salud Pública; 2015. p. 655 - 65.
 72. Instituto para el desarrollo e integración de la salud. A mejor experiencia, mejor percepción del estado de salud y bienestar Publicación de Sanidad Privada: Redacción médica; 2019.
 73. Pascoe G. Satisfacción del paciente en atención primaria: revisión y análisis de la literatura. Evaluación y planificación de programas; 1983. p. 185-210.
 74. Oviedo G. La definición del concepto de percepción en Psicología con base en la teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales. 2004;18:89 - 96.
 75. <https://percepcionpsicologia.weebly.com/caracteristicas.html>.
 76. Ortner S. *Anthropology and Social Theory*.: Duke University press: *Culture, Power and the Acting Subject*. 2006. p. 107-128.
 77. Gibbs G. *El análisis de datos cualitativos en Cualitativa*. Madrid: Morata; 2012.
 78. Sánchez Vanegas G, Abadía C. Epidemiología y antropología: una propuesta frente a problemas complejos en salud pública. Bogotá: Revista de Facultad de Medicina; 2012. p. 247- 251.
 79. Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew T. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. Rev Med Chile 2017. p. 373 - 379.
 80. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación.
 81. Parada Lezcano M. Metodología Cualitativa de Investigación.

ANEXOS

1. Modelo de afiche informativo

SaludQuillota
Red Municipal de Centros de Salud

Universidad de Valparaíso
CHILE

QUEREMOS CONOCER
TU EXPERIENCIA
EN LA ATENCIÓN RECIBIDA EN
NUESTROS CENTROS DE SALUD

**PERCEPCIONES DE
LAS EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN
DE LOS USUARIOS Y USUARIAS**

En la Salud Municipal de Quillota en el Ámbito Urbano y Rural

El objetivo es analizar las percepciones de las experiencias de atención de los usuarios y usuarias en la salud municipal de Quillota en el ámbito urbano y rural.

Para participar debes cumplir con los siguientes criterios:

-  Ser mayor de 20 años.
-  Estar inscrito o inscrita en algún centro de salud desde **al menos 3 años**.
-  Haber recibido atención en algún **centro de salud de Quillota**.

Si estás interesado o interesada en participar, consulta en la **Unidad de Admisión del Centro de Salud** para más información.



Noviembre - Diciembre 2021 / Centros de Salud Municipal Quillota

2. Modelo de carta de invitación



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para participante mayor de 20 años o más edad, usuario(a) de la atención primaria de Salud Municipal de Quillota

El propósito del presente documento es invitarlo(a) a participar en el estudio **“Percepciones de las experiencias de atención de los usuarios y usuarias en la salud municipal de Quillota en el ámbito urbano y rural”**. Usted ha sido elegido(a) por ser usuario(a) de la Atención Primaria de Salud Municipalizada de Quillota. El perfil requerido para esta investigación es ser mayor de 20 años o más, estar inscrito en algún centro de salud al menos 3 años y haber recibido atención en algún centro de salud de Quillota.

La investigadora responsable es Patricia Espíndola Moraga, estudiante del Magister en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, se le explicará a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

1. La investigación mencionada se realizará en la comuna de Quillota, durante el año 2021.
2. La Atención Primaria de Salud municipalizada de Quillota no ha realizado evaluaciones sobre la percepción de las experiencias de los usuarios y usuarias en lo que respecta a satisfacción con esta forma de atención en salud. Debido a esto, se propone monitorizar el nivel de satisfacción de los usuarios y usuarias hacia la atención de salud recibida en el sector urbano y rural por separado, con el propósito de evidenciar la realidad de cada sector y así mejorar el servicio considerando las experiencias de los usuarios y usuarias. Por tanto, el objetivo de esta investigación es analizar las percepciones de las experiencias de atención de los usuarios y usuarias en la salud municipal de Quillota en el ámbito urbano y rural.
3. Su participación en la investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. Su participación implica asistir a una entrevista que tendrá una duración de entre 40 y 60 minutos que se basará en una conversación relacionada al logro de los objetivos de la investigación y será grabada en audio por la entrevistadora. El lugar se definirá de acuerdo a su preferencia del o la participante, ya sea en el Centro de Salud en el cual esté inscrito(a) o en el Departamento de Salud, ubicado en Clorindo Veliz 520, población México, Quillota.
4. **Riesgos**
Dado que la investigación busca recoger sus experiencias en la atención de salud, se elaboró un protocolo denominado **“Primera Ayuda Psicológica”**, una herramienta útil para brindar apoyo si experimenta situaciones de alto estrés, durante el desarrollo de la entrevista. Este documento busca velar por su seguridad, dignidad y derechos que pueden verse en riesgo tras relatar situaciones dolorosas y/o complejas que haya experimentado en contexto de atención en el sistema de salud municipal. En el caso de que usted requiera de una intervención profesional, el Departamento de Salud Municipal de Quillota ha dispuesto una dupla psicosocial y médica para ello.
5. **Beneficios**
Si usted participa en esta investigación, no tendrá un beneficio directo e inmediato, sino que será toda la comunidad la que será beneficiada a futuro, pues contribuirá en el funcionamiento y organización de las atenciones de salud para emprender acciones de fortalecimiento en las intervenciones y optimización de los resultados esperados en la Atención Primaria Municipal de la comuna de Quillota. Además, constituye una herramienta de evaluación de los equipos de salud para reflexionar y optar por un cambio, aplicar correctivos y así garantizar una atención de calidad hasta alcanzar la excelencia.
6. Se utilizará la metodología cualitativa de investigación. Esta metodología se caracteriza por abarcar una comprensión profunda de la realidad sociocultural. Es flexible, por lo que permite profundizar en las opiniones y valorizaciones de las personas con las que se trabaja, centrándose tanto en la experiencia y la subjetividad de los sujetos, como en el contexto en el cual estas se producen.
7. Este tipo de investigación no genera gastos para realizarla. En el caso de producirse alguno, este será asumido por la investigadora. No se hará entrega de regalos o pagos por participar en esta investigación, así como tampoco recibirá pago la investigadora por realizarla.



8. **Derechos del participante**

- a. Usted tiene derecho a manifestar sus dudas, por lo que la investigadora estará disponible a cualquier consulta respecto a la investigación en el momento que se requiera a lo largo del proyecto, pudiendo ser ubicada en el fono +56 9 95633893 o en el correo electrónico patricia.espindola@uv.cl.
- b. Su participación es voluntaria, por lo que podrá retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, comunicándose a Patricia Espíndola Moraga su decisión de no continuar con su participación, lo cual no le afectará en las atenciones que recibe en su centro de salud.
- c. En caso de que se produzca un hallazgo a raíz de la entrevista, será derivado o derivada al Departamento de Salud Municipal Quillota, para su intervención.
- d. Como participante de esta investigación, se le preparará un documento con la síntesis de los resultados emanados por las entrevistas otorgadas por usted. De esta forma, usted tendrá acceso a los hallazgos e informaciones relevantes derivados de la investigación. El documento será puesto a su disposición, previo a la difusión pública de la investigación, de manera tal que usted pueda cambiar su opinión respecto de su participación.

9. **Confidencialidad**

- a. Su participación es anónima y el resguardo de su nombre será asegurado a través del uso de un código de identificación alfanumérico.
- b. La información recogida será guardada por un periodo de cinco años en el computador de la investigadora, con clave, que se encuentra en el Departamento de Salud Municipal de Quillota, en la dirección Clorindo Veliz 520 población México, Quillota. Además, podrá ser reutilizada en futuros estudios que sigan la misma línea de la investigación, resguardando los términos de confidencialidad pactados por ambas partes.
- c. No se compartirá información confidencial. Habrá encuentros en la comunidad y estos se anunciarán. Después de estos encuentros, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan conocer esta investigación, pero siempre protegiendo su identidad.

10. **Evaluación Ética Científica**

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI) (de la Facultad de Medicina (FAMED), de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-260 30 02 o E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl



3. Consentimiento informado



ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participante mayor de 20 años y más edad, usuarios de atención primaria de salud municipal de Quillota

Yo,....., C.I..... DECLARO que la investigadora responsable, el marco de su tesis de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso, Patricia Espíndola Moraga, me ha informado en forma completa en qué consiste la investigación "Percepciones de las experiencias de atención de los usuarios y usuarias en la salud municipal de Quillota en el ámbito urbano y rural." que llevará a cabo en el Departamento de Salud Municipal de Quillota, ubicado en calle Clorindo Veliz N° 520, Población México de la ciudad de Quillota, durante el año 2021 (este acta es válido por 1 año). He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Que consistirá en asistir a una entrevista que tendrá una duración de entre 40 y 60 minutos, que se basará en una conversación relacionada al logro de los objetivos de la investigación y será audio grabada por la entrevistadora. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con la investigadora. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.



Nombre y Firma Participante
C.I.:
Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable
C.I.:
Fecha:

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado
C.I.:

Quillota,.....de de 202...
(completar sólo con 2021 o 2022)



4. Pauta de entrevista o guión de entrevista



GUIÓN TEMÁTICO DE ENTREVISTA A PARTICIPANTES EN ESTUDIO

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Datos de identificación de la entrevista

- Grupo etario
- Día de la entrevista
- Hora de la entrevista
- Duración de la entrevista
- Locación donde se realizó la entrevista

Contextualización a la entrevista a desarrollar, la información entregada será parte de un estudio de investigación para obtener el grado de Magister en Salud Pública. Además de permitir recoger las percepciones de las experiencias de los usuarios y usuarias de salud municipal de Quillota en el ámbito urbano y rural.

Comenzaremos la entrevista, para ello realizaré algunas consultas personales:

¿Cuándo fue su última atención de salud recibida?

¿Qué atención de salud recibió?

Preguntas referentes a las categorías de análisis:

Trato:

¿Ud. me puede describir cómo fue el trato que recibió por parte del personal de salud cuando la atendieron?

¿Ud. me puede describir cómo sería una situación ideal de buen trato en una atención de salud?

Calidad técnica:

¿Quedó conforme con la atención recibida en cuanto a su motivo de consulta? ¿Por qué?

¿Le explicaron su diagnóstico, en qué consiste y su tratamiento? ¿Quedó satisfecha con la explicación? ¿Por qué sí/no?

¿Fue resuelto su motivo de consulta? ¿Por qué cree que sí? ¿Por qué cree que no?

Tiempo de espera:

¿Cuánto tuvo que esperar para obtener la citación con el profesional de salud?

Según su opinión, ¿Cuál es el tiempo de espera para obtener una cita con el profesional de salud ideal? ¿Por qué?

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar la atención de salud dentro del establecimiento?

¿Cuál es el tiempo de espera para ser atendido por el profesional de salud ideal?

¿Por qué?

Infraestructura:

¿Puede Ud. Describir la infraestructura (el edificio, las instalaciones, el equipamiento, los espacios de espera, baños, etc.) del establecimiento donde se atendió?

¿Qué opinión tiene respecto a las instalaciones del establecimiento donde se atendió?

Participación:

¿Conoce Ud. actividades que realice el establecimiento de salud en su población/comunidad? (Actividades con JJVV, clubes de adulto mayor, organizaciones sociales, etc.)

Si responde que sí, ¿Ud. participa de estas actividades? ¿Por qué si/no? ¿Cómo se entera de estas actividades?

Si responde que no, ¿Por qué cree que Ud. que no conoce las actividades que se realicen? ¿De qué forma podría mejorarse la difusión de estas actividades?

¿Le gustaría participar en instancias que contribuyan a mejorar los servicios de salud (diagnóstico participativo, encuestas de satisfacción, cabildos, etc.)? ¿Por qué?

Del Sentir:

¿Cómo describiría Ud. el establecimiento de salud desde sus sentidos? ¿Qué olor tiene? ¿qué sensación térmica? ¿qué colores tiene? ¿Qué sabor tiene? ¿Por qué?

Si el establecimiento de salud fuese una persona, ¿Cómo la describiría? (Género, aspecto físico, vestuario, comportamiento, grupo etario) Justifique su respuesta, interpretaciones simbólicas de cada característica.

Debilidades:

En síntesis, ¿Qué aspectos deberían mejorar en el establecimiento donde se atendió? ¿Por qué?

Fortalezas:

En síntesis, ¿Qué destaca del establecimiento donde se atendió? ¿Por qué?

Cierre:

¿Le gustaría agregar algún comentario de algo que sea importante para el estudio y que no se haya conversado?

Agradecimientos

5. Protocolo COVID

PROTOCOLO BIOSEGURIDAD EN ENTREVISTA EN CONTEXTO PANDEMIA

Elaborado por: Patricia Espíndola Moraga Investigadora	Revisado por: Katherine Cuevas Lang Tutora Tesis	Aprobado por: Comité de Bioética Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.
Fecha: septiembre 2021	Fecha: septiembre 2021	Fecha: septiembre2021

<u>INDICE</u>	
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	3
ALCANCE	3
RESPONSABLES	3
DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	4
GLOSARIO	4
INGRESO A ENTREVISTA	5
FLUJOGRAMA	6

INTRODUCCIÓN

Considerando la Contingencia Sanitaria Actual, relacionada con COVID-19, enfermedad contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2, transmisión vía gotitas, aerosoles y probablemente respiratoria y fómites. El periodo de incubación promedio es de 6 a 4 días, variando entre 2-14 días. La tasa de letalidad es aproximadamente 2-3%. La mayoría de las muertes por COVID-19 ocurren en pacientes adultos mayores y personas con comorbilidades.

De acuerdo a lo anterior, y a las recomendaciones actuales, es necesario poder establecer protocolo de bioseguridad para las entrevistas en el marco de la investigación denominada *“Percepciones de las experiencias de atención de los usuarios y usuarias en la salud municipal de Quillota en el ámbito urbano y rural”*, tanto para los y las participantes como para la investigadora.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las acciones pertinentes para asegurar condiciones de bioseguridad en entrevistas para quienes pudiesen estar expuestos a este agente de riesgo biológico y mitigar el impacto físico, mental y emocional de quienes participan en contexto de pandemia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Implementar TRIAGE de ingreso, con control de signos y síntomas a los y las participantes e investigadora.
- Mantener puntos de alcohol gel y pediluvio al ingreso.

1. ALCANCE DEL PROTOCOLO

Este protocolo se encuentra dirigido a investigadora y Comité de Bioética Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.

2. RESPONSABLES

- Elaboración del documento: Investigadora
- Comité de Bioética Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.:
Revisión, mejoras y sugerencias del protocolo.

3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de atención primaria, en contexto SARS cov 2 V.6 2020.

4. GLOSARIO

COVID – 19: Enfermedad contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2, transmisión vía gotitas, aerosoles y probablemente respiratoria y fómites.

TRIAGE: Evaluación rápida de los pacientes al ingreso del centro, aplicando encuesta con sintomatología asociada a COVID, donde determina presencia de síntomas cardinales y otros y acciones a seguir.

PEDILUVIO: Primera línea de barrera para prevenir el ingreso de virus, y otros agentes infecciosos causantes de enfermedades.

SIGNOS CARDINALES: Signos que permiten configurar la definición de casos sospechosos. La presencia de 1 signo cardinal define CASO SOSPECHOSO.

- Fiebre mayor o igual a 37.8
- Pérdida brusca y completa del olfato (ANOSMIA).
- Pérdida brusca y completa del sabor (AGEUSIA).
- *OTROS SIGNOS*: Signos que permiten configuran la definición de casos sospechoso, la presencia de 2 o más de estos signos define CASO SOSPECHOSO.
 - ✓ Tos.
 - ✓ Congestión Nasal.
 - ✓ Disnea.

- ✓ Taquipnea.
- ✓ Odinofagia.
- ✓ Mialgia.
- ✓ Debilidad general o fatiga.
- ✓ Dolor torácico.
- ✓ Calofríos.
- ✓ Diarrea.
- ✓ Anorexia o náuseas o vómitos.
- ✓ Cefalea.

5. INGRESO A ENTREVISTA

5.1 Toda persona que asista a la entrevista, será controlada al ingreso, donde:

- Se le aplicará cuestionario de signos y síntomas relacionados con COVID-19.
- Se realizará control de temperatura.
- Se registrará en planilla realizada para tal efecto datos, presencia de signos y síntomas y temperatura.
- Se le solicita higienización de manos con alcohol gel dispuesto para tal efecto y limpieza de zapatos en pediluvio.

5.2 Si la persona no presenta ningún síntoma asociado, ingresará a la entrevista

5.3 Si la persona presenta algún síntoma asociado a COVID-19:

- Se dispondrá de un lugar para la espera, se verificará estado de mascarilla (si no estuviese en condiciones se entregará una).
- Se realizará coordinación en SAPU Respiratorio para su derivación.
- Se derivará a SAPU respiratorio para toma de PCR con orden de solicitud de atención espontánea.
- Posteriormente se sanitizará lugar de espera.

5.4 Respecto a nóminas de registro de ingreso, estas serán escaneadas y guardada en computador de investigadora.

