



**Universidad de Chile**  
**Facultad de Economía y Negocios**  
**Escuela de Economía y Administración**

# **La Alfabetización de la Salud en el Sistema de Salud Pública en Chile**

Seminario para optar a Título de Ingeniero Comercial  
Mención Administración

**Autores:**

**Julio Escoda Riveros**

**Felipe Terrazas Martins**

**Profesor Guía:**

**Enrique Manzur Mobarec, PhD**

**Santiago, Chile**

**2008**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar queremos agradecer a todas las personas que de una u otra forma participaron de este proceso a lo largo de su gestación, a quienes aportaron datos, contactos, información valiosa, ideas, consejos y ganas. A la Universidad de Chile por brindarnos los medios, conocimientos y valores académicos con los cuales hoy contamos. A nuestro profesor guía por su aporte de experiencia, ideas, intuición y agudeza. A Andrea, nuestra consejera, un pilar fundamental en el desarrollo de este trabajo, le agradecemos su apoyo incondicional, buena voluntad, gran ayuda y tiempo invertidos en las páginas posteriores. A Thomas, Claudia y Solana por su tiempo, consejos, ánimo y disposición.

En segundo lugar queremos agradecer a nuestros seres queridos por la paciencia y apoyo constante, pero más que nada a nuestros padres por estar presentes siempre en nuestro camino, por las oportunidades que nos han dado, por los valores, la comprensión y el amor incondicional que día a día nos entregan.

Julio Escoda R.  
Felipe Terrazas M.

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El objetivo de esta investigación es desarrollar el concepto de Alfabetización de la Salud y analizar el nivel de un grupo determinado de la población chilena, con especial énfasis en personas diabéticas e hipertensas.

Lo que se pretende hacer con este estudio es comprobar las hipótesis de que las personas con enfermedades crónicas tienen un mejor nivel de Alfabetización de la Salud en relación a las personas que no poseen estas enfermedades; que existe una alta correlación entre la capacidad de comprensión de lectura de salud y el nivel de educación de las personas; que los individuos que tienen mayor frecuencia en la lectura de libros serán clasificados en rangos superiores de alfabetismo de salud; y que aquellas personas que tienden a leer la información nutricional de los alimentos tienen un mejor nivel de respuestas y por ende una mejor alfabetización de la salud que aquellos que no acostumbran a leer este tipo de información.

La primera parte de este trabajo presenta una descripción de la salud en general en Chile, explicando cómo funciona el sistema con especial énfasis en los servicios públicos ya que es donde la mayoría de las personas se atiende. Luego se explica el concepto de Alfabetización de la Salud junto con las herramientas que existen para medir esta característica en la población. Finalmente las implicancias son desarrolladas para lograr entender los beneficios reales de mejorar de alfabetización de la salud en la sociedad.

La metodología usada en este estudio se basó en la herramienta llamada Newest Vital Sign. Este test permitió evaluar los niveles de alfabetización de la salud en pacientes de la Atención Primaria del Sistema Público Chileno. Los resultados obtenidos a través de estas encuestas nos demostraron que las personas que pertenecen a los grupos de hipertensos y diabéticos no tienen una mejor alfabetización de la salud en comparación a las personas sanas. Más aún, estas personas que no poseen estas enfermedades tienen un mejor nivel de comprensión de lectura de la salud, lo que se puede interpretar de la siguiente forma: la baja alfabetización de la salud hace que las personas se cuiden menos y por ende tengan mayores probabilidades de ser o diabéticos o hipertensos.

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I: La Salud en Chile .....	7
Salud en General.....	7
Los Sistemas de Salud .....	8
Un Nuevo Enfoque de la Salud .....	12
Enfoque Familiar .....	15
Enfermedades en la Sociedad Chilena.....	19
CAPÍTULO II: Alfabetización de la Salud .....	22
Un análisis conceptual y dimensional .....	24
Atributos .....	25
Consecuencias .....	26
Definición .....	27
Contexto, Perspectiva y Filosofía.....	27
Implicancias.....	33
Baja Alfabetización en la Salud: Qué entienden realmente los pacientes.....	34
CAPÍTULO III: Instrumentos para la medición de la Alfabetización de la Salud.....	36
Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM.....	36
Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA .....	37
The Newest Vital Sign: NVS .....	38
Comparación de las herramientas de medición .....	40
Elección del modelo y modificaciones.....	41
CAPÍTULO IV: Objetivos y Metodología de la Investigación.....	42
Objetivos de la Investigación .....	42
Metodología de la Investigación.....	43
Planteamiento de Hipótesis .....	44
Determinación del Nivel de Alfabetización de la Salud en los Pacientes .....	44
CAPÍTULO V: Análisis de Resultados .....	46
Análisis Gráfico.....	46
Análisis ANOVA para la Comprensión de la Información Nutricional.....	54
Análisis de Datos Cruzados.....	55
Análisis ANOVA para el Tratamiento de la Enfermedad .....	58

CAPÍTULO VI: Recomendaciones e Implicancias.....	59
Recomendaciones Sistema de Salud.....	61
Recomendaciones Etiqueta Nutricional .....	67
REFERENCIAS .....	69
CONCLUSIONES.....	72
ANEXOS.....	75
NVS Original.....	76
NVS Modificado .....	78
Grupo / Nivel de Alfabetización de la salud.....	81
Leyó libro último año/ Nivel de Alfabetización de la Salud .....	81
Nivel de educación / Nivel de Alfabetización de la Salud .....	82
Sexo / Nivel de Alfabetización de la Salud .....	82
Tratamiento / Nivel de Alfabetización de la Salud.....	83
Revista “Viviendo con Diabetes”, American College of Physicians Foundation .....	84

## **INTRODUCCIÓN**

*“El bajo nivel de alfabetización en salud es una epidemia silenciosa y por esta razón los proveedores necesitan una forma sencilla y rápida para poder identificar cuáles pacientes corren un mayor riesgo en su consultorio”*

Doctor Barry D. Weiss

Actualmente en Chile la salud está pasando por un proceso de cambios y reestructuras dentro de lo que se conoce como la Reforma de la Salud. El objetivo principal de esta reforma es crear un nuevo modelo de atención integral en donde las personas sean consideradas en su integridad física - mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familias, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

En resumen el nuevo modelo de atención se dirige a la consecución de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es decir, anticipatorio al daño.

Esta prevención de la enfermedad se logra mediante distintas formas. Por ejemplo, con una relación médico – paciente estable y constante en el tiempo, se pueden detectar problemas en la salud antes de que la enfermedad alcance niveles más graves. Otra forma de prevención se logra mediante una buena comunicación y educación para con el paciente. Si los pacientes logran entender y ejecutar completamente las indicaciones hechas por su médico muchos problemas de salud podrían ser evitados.

En este sentido en los últimos años se ha trabajado mucho en lo que se conoce como la Alfabetización de la Salud, lo que en términos simples se refiere a la habilidad para entender y utilizar información sobre la salud.

Según Kellerman (1999) la capacidad de lectura en general es un mejor predictor del estado de salud de las personas que otras características como la edad, niveles de ingreso, educación y trabajo. Además una baja alfabetización en salud impide que

muchos pacientes hagan pleno uso de los tratamientos más recientes y que se actualicen de información clínica disponible respecto de su enfermedad. Como resultado, muchos pacientes son incapaces de aprovechar en un cien por ciento los servicios de salud. Otra implicancia sobre una mala alfabetización de la salud se origina cuando las personas hacen decisiones poco saludables en supermercados, restaurantes o incluso cuando hablan con sus médicos.

Dada la importancia de este tema, la principal motivación de este trabajo fue lograr obtener una estimación de los niveles de alfabetización de la salud en las personas que se encontraban en los centros de Salud Pública en Chile. Además se estudiarán las relaciones entre grupos como diabéticos e hipertensos junto con analizar otras características que pueden influir en la alfabetización como por ejemplo la edad, sexo, nivel de educación y trabajo.

Para medir esta alfabetización de la salud en la población, se usó una herramienta llamada Newest Vital Sign, NVS (Weiss 2005). Ésta consiste en una evaluación de seis preguntas simples sobre la información nutricional de un envase de helado. El test NVS permite evaluar de forma rápida y precisa las destrezas o habilidades de un individuo para leer, entender y utilizar la información sobre salud.

La estructura de esta investigación se basa en 5 partes. En la primera parte se habla de la salud en general con un especial enfoque en el Sistema de Salud Pública de Chile. Luego, en la segunda parte, se explican detalladamente los conceptos de Alfabetización de la Salud, con las distintas perspectivas sobre la importancia de éste término en la salud actual, al unísono con los resultados de estudios hechos en distintas universidades. Una vez explicados los conceptos, la tercera parte del presente estudio analiza cuáles son las principales herramientas para la medición de la salud, con un enfoque en el test NVS. Luego se detallan los objetivos y metodología usada para esta investigación. Finalmente se explican y analizan a fondo los resultados, dándose a conocer las implicancias y conclusiones del estudio.

## **CAPÍTULO I: LA SALUD EN CHILE**

### **Salud en General**

Junto con la educación, la salud es el área de mayor importancia para los países en general. Esto se refleja en la alta inversión que se hace para el cuidado de la salud de sus habitantes. En Chile, por ejemplo se gastan alrededor de 4.450 millones de dólares en la salud, representando un 3,7% del PIB<sup>1</sup>. A pesar de esta alta cifra el gasto está por debajo de países como Brasil, Argentina y Colombia en los cuales lo que se invierte en salud sobrepasa el 7% del PIB en promedio. Por otra parte existen en Chile 21 mil médicos colegiados, lo cual representa un médico cada 779 habitantes para el país y 545 para la Región Metropolitana<sup>2</sup>. Además el 2005 se realizaron 1,9 consultas médicas por habitante, cifra que se mantuvo estable en los últimos tres años consignados, las que se traducen en un total de 45.837.828 consultas a nivel nacional<sup>3</sup>.

Uno de los puntos más importantes de las políticas sociales es la salud. Ésta es indispensable para alcanzar las metas nacionales de desarrollo social, crecimiento económico y bienestar. Es muy importante entonces que las políticas sean las adecuadas ya que afectan la vida diaria de las personas y permiten regular el sistema para que sea seguro y eficiente. Un país con un sistema de salud ineficiente tendrá mayores índices de enfermedades y afectará directamente el bienestar de sus pobladores e indirectamente el desarrollo social, cultural y económico.

Los objetivos principales a los cuales están enfocadas las políticas públicas en el sector de la salud son:

- 1) Hacer justicia en salud: Reducir las actuales diferencias en el nivel de salud, en el acceso y la calidad de promoción, prevención y atención de salud.
- 2) Dar más años a la vida: Disminuyendo las muertes evitables y aumentando las expectativas de vida de los chilenos.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud y Banco Central de Chile año 2007

<sup>2</sup> Colegio Médico de Chile

<sup>3</sup> Ministerio de Salud



3) Dar más salud a los años: A través del desarrollo de las capacidades físicas y mentales de las personas para vivir saludablemente y aspirar a una vida feliz.

Respecto a la salud a nivel nacional se estima que el 25% de la población adulta en Chile sufre de alguna enfermedad crónica. Las enfermedades cardiovasculares son las más frecuentes, ya que más de la mitad de la población adulta tiene riesgo cardiovascular alto o muy alto, con tasas altas de hipertensión, sobrepeso, obesidad, dislipidemia y tabaquismo. La diabetes también tiene una alta presencia con un 4,2% de la población que sufre de esta enfermedad<sup>4</sup>.

Actualmente en Chile se trabaja en la reforma a la salud para obtener mejoras del sistema. La reforma define el nuevo Modelo Integral de Salud, como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige –más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados –a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

El nuevo modelo de atención se dirige a la consecución de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es decir, anticipatorio al daño.

## **Los Sistemas de Salud**

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, es decir, se compone de entidades públicas y privadas. Actualmente el 65% de la población utiliza el sistema público. El resto se divide en Isapres (privado), Fuerzas Armadas, Particulares y otros.

El subsistema público es controlado por el Ministerio de Salud, y es responsable de desarrollar actividades de fomento y protección de la salud para toda la población y de atender las necesidades de recuperación y rehabilitación de los beneficiarios de la Ley

---

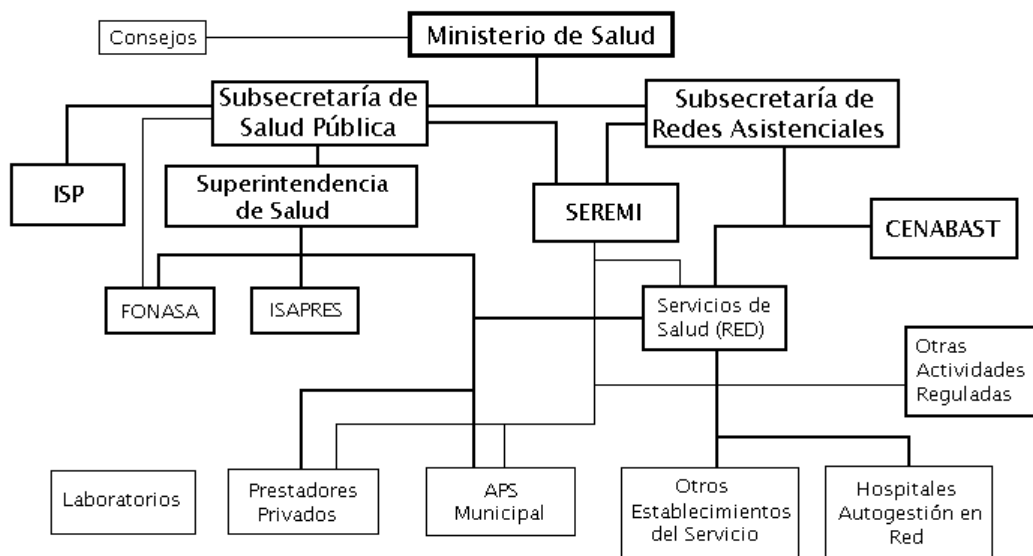
<sup>4</sup> Encuesta Nacional de Salud 2004

18.469. Este grupo está compuesto por trabajadores activos, ya sean dependientes o independientes que cotizan en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), incluyendo sus cargas familiares, y también por personas indigentes o carentes de recursos, no cotizantes. FONASA tiene por función captar y administrar los recursos financieros provenientes del fisco y de las cotizaciones de los afiliados al sistema público.

Las personas que forman parte del sistema público tienen la opción de atenderse en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud (SNSS) o atenderse a libre elección siempre y cuando los médicos e instituciones privadas estén dentro del sistema de FONASA. Los indigentes en cambio sólo lo pueden hacer en establecimientos del SNSS. Los centros de Atención Primaria de Salud también forman parte de este subsector y tienen por objetivo, fomentar y proteger a la comunidad. Actualmente los Centros de Salud Familiar (CESFAM) son los principales establecimientos de atención primaria y dependen de las Municipalidades en donde se encuentren. Dentro de sus acciones preventivas están los controles periódicos de salud a la población infantil, las vacunaciones, atención de embarazadas y otras acciones, como la entrega de leche y medicamentos.

El sistema público de salud está compuesto actualmente por las siguientes instituciones:

- El Ministerio de Salud (Superintendencia de Isapres).
- Sistema Nacional de Servicios de Salud, compuesto por 26 organismos y el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente.
- El Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- La Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública.
- Los Establecimientos de Atención Primaria.



En Chile existen 2.256 establecimientos de salud, de los cuales 2.074 establecimientos pertenecen al subsector público. De este total, 675 corresponden a Consultorios de Atención Primaria. Por otra parte el número de establecimientos pertenecientes al subsector privado es tan sólo de 182. Las consultas médicas generadas en un año son cercanas a los 46 millones<sup>5</sup>.

El subsector privado está compuesto por 15 Isapres abiertas a la comunidad, que son empresas privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos de atención médica de sus afiliados y cargas. Existen también 14 Isapres cerradas para atender cotizantes (y sus cargas) de determinadas empresas, algunas estatales y otras privadas. Las atenciones, por lo general, son proporcionadas por profesionales y establecimientos privados de salud.

### ***Financiamiento del Subsistema Público***

En el año 2008 se destinaron 2,5 billones de pesos para el gasto social en salud. Para el año 2009 se calcula que se gastarán casi 3 billones de pesos, es decir un aumento del 8,7%. Cabe destacar además que el crecimiento del gasto de 2008 frente a 2007 fue de un 11,3%. Este aumento del presupuesto se explica por la construcción de nueva infraestructura, el aumento de los médicos y funcionarios de planta, nuevas camas, más cobertura en la red asistencial primaria y dos patologías que se agregarán al Plan Auge.

<sup>5</sup> Compendio Estadístico INE 2007

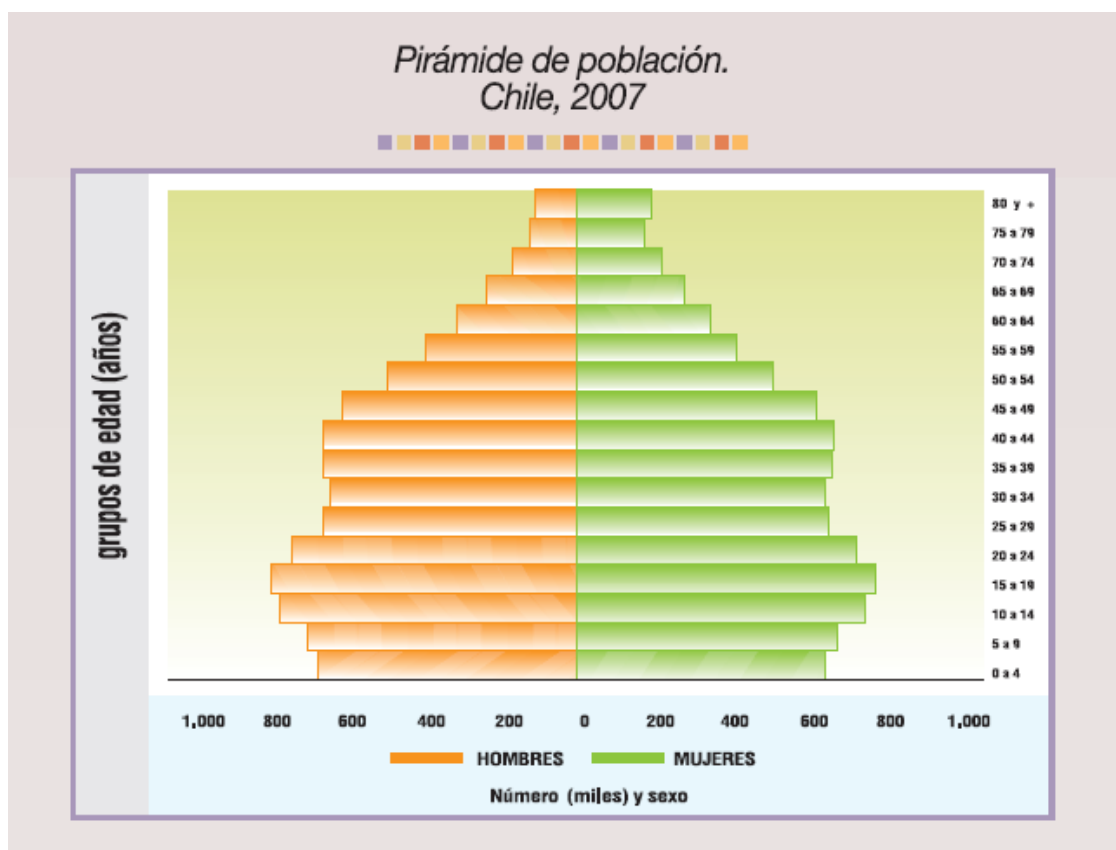
### ***Gastos del Sistema***

Los mayores gastos son generados por el aumento en la cobertura de la red asistencial, que actualmente abarca a más de 10 millones de personas. Esto significa un gasto de 675 mil millones de pesos. Además la construcción de nuevos hospitales y centros de salud, así como la remodelación de varios de ellos, tiene un costo de 161 mil millones de pesos. Se proyecta también una inversión de 13 mil millones de pesos para financiar los ascensos de los funcionarios y contratos a 478 médicos que actualmente trabajan a honorarios. También se planea que 400 funcionarios subcontratados de Fonasa pasen a ser de planta.

### ***Perspectiva del Sistema***

El sistema de salud deberá adecuarse en el mediano plazo a las nuevas características demográficas de la población chilena, caracterizada por el envejecimiento y la disminución de menores de 15 años. Simultáneamente, deberá enfrentar la llamada transición epidemiológica, que se caracteriza por una coexistencia de problemas de salud infectocontagiosos y materno infantiles, con un importante incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

Según el estudio "Impacto del Envejecimiento en el Gasto en Salud: Chile 2002-2020" elaborado por la Superintendencia de Salud, Chile presenta un proceso de envejecimiento acelerado: el 2020 un 17,3% de los chilenos (3.207.729 hab.) será mayor de 60 años. Actualmente la pirámide de población muestra un envejecimiento de las personas en el país dado que las partes inferiores de ésta se están haciendo menores en comparación a las pirámides de poblaciones más jóvenes. Por esta razón las estimaciones hechas, indican que el gasto en salud se podría cuadruplicar y pasar desde casi \$500 mil millones en el año 2002 a cerca de dos millones de millones de pesos (\$2 billones), en el año 2020.



### **Un Nuevo Enfoque de la Salud**

La Salud en Chile ha migrado desde una orientación en la curación de la enfermedad, hacia una orientación principal en el cuidado y prevención de la salud. Es en este sentido, que el Gobierno Chileno ha establecido la reforma de la salud como un eje fundamental destinado a cambiar el actual modelo de atención por uno más integral, enfatizando un conjunto de acciones que promuevan y faciliten la atención con mayor eficiencia, eficacia y oportunidad. Que se dirija más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, como seres pertenecientes a diferentes familias, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Con este propósito, el Gobierno, mediante el Ministerio de Salud, ha desarrollado iniciativas para fortalecer la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) como soporte de este modelo integral, que consiste en promover la vida saludable, prevenir la enfermedad y, en caso de que ocurra, enfrentarla tempranamente. El modelo de Salud Familiar constituye el pilar fundamental. Este modelo se centra en el equipo de salud

familiar, y entre sus profesionales cuenta con médico, enfermera y matrona, superando la idea del médico de cabecera, dado que permite desarrollar un concepto interdisciplinario, apuntando a la promoción de estilos de vida más saludables y no sólo a curar la enfermedad.

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

En las últimas dos décadas hemos visto cómo la Atención Primaria de Salud (APS) ha pasado de formatos de atención personificados en Consultorios, para luego llamarse Centros de Salud y finalmente, como nos encontramos en la actualidad, Centros de Salud Familiar. Es preciso entonces definir la función de la APS en nuestro país y posteriormente exponer las opciones que tiene hoy en día la comunidad para atenderse en Centros de Salud familiar y cómo estos funcionan.

### ***Atención Primaria de Salud***

La atención primaria integra el Sistema Nacional de Salud y representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud. La APS se preocupa de llevar la atención de salud lo más cerca posible al lugar donde residen y trabajan las personas. Trabaja de la mano con la estrategia de desarrollo social y económico global de una comunidad. Por lo tanto, es un proceso participativo, descentralizado e intersectorial para mejorar integralmente la calidad de vida de todos los habitantes del país. En este proceso la primera prioridad la tienen los sectores pobres y postergados. Son componentes estratégicos de la APS el desarrollo local, la gestión participativa, la participación social, la mantención de la salud, la prevención y control de riesgos, el autocuidado y la integración de los niveles del sistema de salud. Su

definición, según el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile, es concebida como:

*“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”*

El anterior es un proceso que se viene llevando a cabo desde 1990 y que como objetivo persigue la transformación del concepto de Consultorio a Centro de Salud: readecuación en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas.

### ***Consultorio***

Es un establecimiento con una adecuada capacidad resolutive, preocupado tanto de dar respuestas eficientes y eficaces a las necesidades específicas de salud de las personas y familias, como de contribuir, con los mejores esfuerzos, a mejorar el ambiente donde vive y trabaja la comunidad. Éstos, sin embargo fueron pensados en la concepción biomédica de la salud, es decir, para prevenir, recuperar y rehabilitar las enfermedades que afectan a la población que sirven.

### ***Centros de Salud***

Se define como una unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), cuya misión específica es prestar servicios dentro de un territorio delimitado, con el propósito de contribuir a resolver los problemas de salud y elevar el nivel de salud de la población que allí vive o trabaja. La idea del cambio consiste en la capacidad de lograr una integración social, para compartir las responsabilidades en salud. En este sentido, pasa a ser una instancia articuladora de la realidad local, que debe adecuar su estructura, organización y funcionamiento a los diversos cambios que ocurren en su contexto, y cuyo accionar debe estar basado en la relación Centro de Salud- comunidad- ambiente. Un aspecto fundamental y novedoso consiste en que incorpora la tarea de la Promoción de la Salud. Sus tareas se definen en 3 ámbitos: asistencial, participación social y comunitaria y el trabajo intersectorial.

## **Enfoque Familiar**

Es un subproducto del enfoque biopsicosocial en que el contexto familiar es el más relevante. A diferencia del enfoque biomédico que regía a los antiguos consultorios, el enfoque biopsicosocial trata a la salud y enfermedad como un continuo, deja de ser curativo para prevenir, sus diagnósticos son contextualizados y ya no reduccionistas, la relación humana es relevante y ya no cae en el error de separar cuerpo - mente, sino que brinda una atención de salud integral, preocupándose del entorno familiar y social del individuo.

El enfoque familiar busca comprender las distintas interrelaciones entre los subsistemas familiares, para ser capaz de comprender las diferentes situaciones que vive cada individuo y cada familia. Su objetivo es conocer profundamente el entorno de sus pacientes, al considerarse parte de una red comunitaria y de salud. Su finalidad es brindar un cuidado personalizado, atención a toda la familia y continuidad a la población, es decir, que el mismo equipo de salud los acompañe durante toda la vida, de tal forma de conocer el contexto en el que sus pacientes están inmersos, entender el porqué se generan las enfermedades y el porqué de la dificultad de la curación de estas mismas.

La gran ventaja del enfoque familiar corresponde a una mejor comprensión de cómo la estructura y el sistema de relaciones entre los miembros de la familia puede ser un factor decisivo en:

- Aparición o etiología de la enfermedad
- Mantención de la enfermedad
- Resolución o curso de la enfermedad y problemas de salud comunitarios

Por lo tanto, el enfoque familiar es una forma de entender la realidad sin caer en el error de tratar a la enfermedad como un ente separado de la familia y la sociedad.



### ***Centro de Salud Familiar (CESFAM)***

Es un proyecto creado en 1995 y con aportes 100% estatales. Los Centros de Salud Familiar son una Unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud. La misión de un Cefsam es contribuir a resolver los problemas de salud y elevar el nivel de salud de la población que vive y trabaja en el sector definido que se le ha otorgado. Según el Ministerio de Salud un Cefsam se define como un “establecimiento de nivel primario que durante su proceso de transformación desde consultorio tradicional hacia Centro de Salud incorpora en su modelo de atención, los conocimientos y las técnicas de la Salud Familiar” (Minsal, 1998). Los Centros de Salud Familiar tienen atribuciones de capacidad resolutoria y de articulación de recursos. Poseen una orientación hacia los resultados y se coordinan con otros niveles, actores y sectores de la salud. Entre sus características se encuentra el manejo de una determinada población a cargo, por lo que presta servicios dentro de un territorio delimitado. El nuevo enfoque de la Salud Familiar se puede desprender del estilo de atención de un Cefsam: “*El individuo es atendido en salud y enfermedad, como un ser integral en su contexto familiar, laboral y social*”. El espacio físico de un Cefsam está destinado a establecer una relación de continuidad entre un equipo de salud y las familias a su cargo. El equipo de salud debe planificar y evaluar las acciones a implementar, en función del impacto de éstas en la salud de la población y debe adquirir destrezas para incorporar a la familia como la unidad de atención. El objetivo de un Cefsam es crear un espacio de interrelación continua entre un equipo de salud y una población a cargo, que preserve los principios de la Salud Familiar (enfoque biopsicosocial, enfoque familiar, énfasis en promoción, continuidad de los cuidados); cuya organización estimula el trabajo en equipos comprometidos con la participación de la comunidad (R. Depaux). Los cambios que se pueden observar en comparación a los Consultorios, entre otros, son:

*Población a cargo:* cada equipo debe tener la responsabilidad del cuidado de salud de un número definido de familias y personas, las que serán debidamente informadas de quiénes son los que asumen este cuidado.

*Plan de Salud Familiar:* conjunto de prestaciones claramente definidas, que permite acreditarlos y evaluarlos.

*Equipo de Salud:* uno o más equipos, multidisciplinario, con capacitación en aspectos de Salud Familiar.

*Sectorización:* en base a criterios definidos localmente, generalmente geográfico, pero que deje libertad a que las personas elijan el equipo al cual confían su cuidado de salud.

*Sistema de Información:* parte del proceso de modernización del Estado, con el objeto de mejorar la administración y gestión de los recursos disponibles.

*Articulación de recursos:* en el sentido de ofrecer herramientas técnicas y administrativas que lleven a resolver los problemas de salud más cerca de las personas.

*Orientación a resultados:* teniendo como eje central la calidad de las prestaciones y no el número de ellas.

El nuevo modelo de atención considera el desarrollo y fortalecimiento de tres áreas fundamentales: enfoque de salud familiar, enfoque preventivo-promocional y el trabajo en red entre los múltiples prestadores de salud. Para esto se debe realizar una cuidadosa revisión de la estructura de un consultorio, funcionamiento, objetivos, técnicas y estrategias de intervención e introducir los cambios que sean necesarios para ser reconocidos formalmente como Centros de Salud Familiar. Entre los elementos necesarios para la acreditación de un Cefam están:

- Voluntad expresa de la autoridad política
- Presencia en el establecimiento de un Médico de Familia o de un becado de la especialidad
- Población a cargo
- Sectorización
- Centro de Costos
- Educación permanente (interna y externa)
- Compromisos de Gestión
- Plan de Salud Familiar

Las medidas adoptadas por el Gobierno de Chile para la ejecución de los Centros de Salud Familiar corresponden a:

- Garantizar la gratuidad en la atención institucional a todos los mayores de 60 años.
- Implementación del aumento a 40, de las patologías cubiertas por el Plan Auge.
- Creación de 60 Centros Comunitarios de Atención Familiar en todo Chile

Los objetivos que se buscan cumplir con la implementación de los Cesfam consisten en reforzar la Atención Primaria de Salud, asegurar la ejecución del Plan AUGE y entregar priorización a menores y adultos mayores. Al sectorizar la población de cada centro se espera acercar la salud a la gente, que cada equipo de salud logre conocer a los grupos familiares, desarrollar iniciativas de prevención y promoción más focalizadas, mantener un contacto más directo, fluido y permanente con la comunidad y facilitar un mayor impacto sanitario a nivel individual, familiar y comunitario. Se persigue construir con la comunidad una relación de tipo colaborativo, en que no sólo se garantice participación, sino una inserción permanente de los ciudadanos en el funcionamiento del centro.

Hoy en día existen más de 30 Centros de Salud Familiar distribuidos en la Quinta Región, Sexta Región, Séptima Región, Octava Región, Novena Región, Décima Región y en la Región Metropolitana donde se encuentran principalmente en los sectores norte, sur, occidente y centro.

### **ÁNCORA**

El Proyecto Áncora nació en 2004 luego del interés de las escuelas de la Universidad Católica por extender su experiencia de trabajo en atención primaria y salud familiar, en las comunas del área sur oriente de Santiago. Su propósito es el desarrollo de un modelo de Salud Familiar docente-asistencial al servicio de los más necesitados, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de nuestros beneficiarios y sus familias y al desarrollo de políticas públicas en el ámbito de la Atención Primaria de Salud chilena.

Este proyecto cuenta con el compromiso de la entidad privada para construir y administrar Centros de Salud Familiar (CESFAM), configurando una red de atención de salud primaria (de hasta 6 CESFAM) incorporada en la red de salud del Servicio de Salud Sur Oriente de Santiago y financiada en su operación por un aporte per cápita por población inscrita y validado por FONASA, hasta un máximo de 20.000 personas. Este financiamiento compromete al proyecto a ofrecer un plan de atención en salud familiar de amplia cobertura y resolutivez a la población inscrita.

La conducción del proyecto ha estado a cargo del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina junto a las Escuelas de Enfermería, Psicología y Trabajo Social. Hoy en día, trabajan poco más de 50 profesionales en materia de prevención y

gestión clínica en enfermedades crónicas. Actualmente funcionan tres centros repartidos entre Puente Alto y La Pintana. En la comuna de Puente Alto se encuentra el Centro de Salud Ancora más recientemente inaugurado, cuyo nombre es “San Alberto Hurtado”. Otros tres recintos se construirán antes de 2009 en el sector sur oriente de la capital.

Lo que diferencia la labor que se realiza al interior de los Centros de Salud Familiares Áncora, de la del resto de los centros de atención primaria es la función universitaria, expresada en docencia, investigación y desarrollo de innovaciones, orientada hacia el modelo de atención en salud familiar. Desde esta perspectiva, Ancora UC espera actuar en complementación con el resto de la APS pública, colaborando en el diseño de mejores respuestas a las necesidades de atención de la población.

Algunas de las características generales de un Cesfam Áncora corresponden a una superficie construida de 1.600 metros cuadrados, 2 sectores de atención por equipos de cabecera, 1 médico/ 3.300 personas y 1 enfermera / 4.700 personas, una planta de personal de alrededor de 50-55 personas y el concepto de un Centro de Salud sin papel, es decir, informatizado.

### **Enfermedades en la Sociedad Chilena**

Dentro de las 46 millones de consultas que se producen al año en Chile, existen enfermedades que tienen mayor presencia en la población que otras. Según la Encuesta Nacional de Salud realizada el año 2003 las enfermedades que tienen mayor incidencia en Chile son:

1. Sedentarismo	90.8%
2. Caries dentales	66.0%
3. Tabaquismo	42.0%
4. Sobrepeso	39.3%
5. Dislipidemia (Colesterol)	35.4%
6. Dolores Articulares	34.3%
7. Hipertensión Arterial	33.7%
8. Enf. Digestivas (R.G.E)	29.9%
9. Obesidad	22.0%
10. Enf. Respiratorias Crónicas	21.7%
11. Depresión	17.5%
12. Diabetes Mellitus	4.0%
13. Ceguera	2.6%

Como se puede observar muchas de las enfermedades guardan relación con la alimentación de las personas. Las caries dentales, el sobrepeso, la hipertensión y la diabetes tienen una analogía con la dieta de las personas. Además, para el caso de la diabetes e hipertensión, consideradas enfermedades crónicas, debe existir un control mayor por parte del médico respecto a la alimentación que presenten los pacientes que sufran estas enfermedades. Asimismo, los pacientes que padecen estas enfermedades son los que a su vez utilizan con mayor frecuencia los servicios de Atención Primaria para consultas y urgencias, en casos de bajas o alzas de presión y descompensaciones. Por esta razón las indicaciones que los médicos realicen a estos grupos en particular, deben ser comprendidas, con la particularidad de que los pacientes sean capaces de leer, interpretar y actuar de acuerdo a las recomendaciones de los mismos, específicamente las escritas. Para efectos de este trabajo serán estudiados dos grupos de pacientes: uno que padezca de Hipertensión Arterial y otro de Diabetes Mellitus, de tal forma de evaluar las relaciones existentes entre sus enfermedades y la alfabetización de la salud que éstos posean.

### ***Hipertensión Arterial***

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que se caracteriza por un alza en las cifras tensionales de la presión del corazón más allá de los límites aceptados como normales. En el 90% de los casos se diagnostica una hipertensión arterial esencial, es decir, sin causa conocida (idiopática). Aquí confluyen etiologías de carácter genético (herencia) y ambientales, como exceso de sal, obesidad, sedentarismo, estrés, etc. Para que el paciente desarrolle hipertensión arterial debe existir una carga genética hacia la hipertensión, es decir, heredable, pero además el medio ambiente debe favorecer la manifestación clínica de la enfermedad.

En Chile las consultas por hipertensión arterial han sido en promedio 688.185 en los últimos 2 años, de las cuales 656.123 lo han hecho por FONASA y 32.060 a través de ISAPRES.

### ***Diabetes Mellitus***

La diabetes es una enfermedad de tipo metabólico. En nuestro organismo el alimento se convierte en energía, proceso en el cual la insulina es un factor fundamental. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de

combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina permite que ingrese a las células.

Existen dos tipos principales de diabetes. El tipo I, dependiente de la insulina, conocida también como diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos). Como el cuerpo no produce insulina, personas con diabetes del tipo I deben inyectarse insulina para poder vivir. Menos del 10% de los afectados por la diabetes padecen el tipo I.

La Diabetes Mellitus tipo II, surge en adultos. En este caso el cuerpo sí produce insulina, pero la patología se genera debido a que el organismo la produce en cantidades insuficientes, o éste no puede aprovecharla de manera eficiente. La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células. El tipo II suele ocurrir principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad y/o con índices de obesidad..

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de ésta. Los pacientes que sufren de diabetes, a diferencia de aquellos que sufren de enfermedades de otro tipo deben tener un mayor compromiso para el control de su patología. Cualquier cambio en la dieta, ejercicio, nivel de estrés, entre otros, puede ser un factor predisponente tanto para la presentación como para la descompensación del individuo .Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición.

En Chile durante los últimos 2 años el promedio de personas que se atendió debido a Diabetes Mellitus fue de 232.372 de las cuales 215.316 lo hicieron por FONASA y 17.056 por ISAPRES<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Diabetes & Hormone Center of the Pacific

## **CAPÍTULO II: ALFABETIZACIÓN DE LA SALUD**

Para muchos el alfabetismo es un concepto que consiste en la capacidad de los individuos de leer y escribir, pero la anterior es una noción básica que quizás poco a poco va quedando en el pasado a medida que el mundo se globaliza y las sociedades van en una dirección hacia donde ya no es tan valorado el acceso a la información debido a la creación de Internet y la digitalización de documentos, imágenes y videos que están al alcance de todos. En el siglo 21 el desafío es el análisis que las personas puedan hacer con las infinitas cantidades de información a la que se puede acceder desde un mismo lugar sin moverse del asiento. Es por esto que el concepto de alfabetismo para la U.S. National Literacy Act of 1991 (Encuentro Nacional de Alfabetismo en EE.UU. de 1991), consiste en “un individuo capaz de leer, escribir y hablar en su lengua materna, además de estar capacitado para computar y resolver problemas a niveles necesarios de habilidades que le permitan funcionar en el trabajo y la sociedad, de tal forma de lograr sus propios objetivos y desarrollar potencial y conocimientos”. Sin embargo, la Alfabetización de la Salud conocida como *Health Literacy* en EE.UU., va un poco más allá al incluir la capacidad de usar estas habilidades para leer y entender información relacionada con la salud, tales como etiquetas de medicamentos, prescripciones médicas y documentos de seguros médicos. Estas habilidades son vitales para permitir que los pacientes reciban el más alto cuidado de la salud. No obstante según un estudio hecho por la National Assessment of Adult Literacy (NAAL) en el año 2003, se identificó que 90 millones de personas, casi la mitad de EE.UU., tienen habilidades limitadas en cuanto a alfabetización de la salud se refiere. Este es un número impactante del cual no se tiene registro, ya que es primera vez que en este estudio se incluyó un componente diseñado específicamente para testear en adultos la habilidad de leer y entender información relacionada con salud (Tkacz, Metzger & Pruchnicki, 2008). Los pacientes con baja alfabetización de salud tienen un mal estatus de salud y una fuerte utilización de recursos médicos, lo que se demuestra en que este grupo posee un bajo e incompleto entendimiento de sus propios problemas de salud y los tratamientos en los que se ven inmersos, un aumento de las hospitalizaciones, menor cuidado preventivo (por ejemplo, mamografías, examen de la próstata e inmunizaciones) y un aumento en el riesgo de muerte prematura.

Las consecuencias de una baja alfabetización de salud suelen ser multifactoriales y pueden incluir demoras en la búsqueda u obtención de tratamientos médicos, sobre uso o bajo uso de servicios médicos, abuso o ausencia de ingesta de medicamentos, problemas de comprensión de información médica, carencia de conocimientos de condiciones médicas, carencia de entendimiento y uso de servicios preventivos del área de la salud, escasez de auto-diagnósticos precisos de molestias de salud y costos elevados del cuidado de salud (Andrus & Roth, 2002). Lo anterior unido a una elevada susceptibilidad en errores de medicación, puede resultar en efectos adversos, tales como la necesidad de tratamientos adicionales, fallas terapéuticas y la ausencia del conocimiento y habilidades necesarias para llevar a cabo adecuadamente un régimen de prescripción médica a través de dosis diarias de pastillas.

En definitiva la baja alfabetización de la salud que posee en la actualidad la población mundial, corresponde a una barrera entre la comunicación médico-paciente y la cadena cuidado-prevención de la salud. Por ende, la mejora de este problema es clave para corregir las disparidades en el campo de la salud, por lo que de hecho es un área fundamental en los objetivos a mediano plazo de las Instituciones de Salud en los países desarrollados. Promover la alfabetización de la salud para mejorar la salud de la población, mejorando de tal forma la eficiencia económica en la entrega y consumo del cuidado de la salud son aspectos prioritarios en los objetivos del gobierno norteamericano de aquí al año 2010, incluidos en su programa *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health (Personas Saludables al 2010: Comprendiendo y Mejorando la Salud)*. Sin ir más lejos, el año 2007 la UNESCO conmemoró el Día Internacional de la Alfabetización con la discusión centrada en la importancia decisiva del nexo entre la alfabetización y la salud.

Las actividades orientadas a la salud consumen una gran porción de los recursos económicos de las sociedades modernas: el cuidado de la salud no es gratis. Representa un fuerte compromiso de recursos, ya sea en tiempo, energía, desarrollo de habilidades, materias primas y capital, que están por consecuencia no disponibles para otras formas de producción (Evans & Stoddart, 1990). En Chile, el gasto en salud representa el 6,1% del PIB (World Health Report, 2003). Según un estudio acerca de los costos económicos de una inadecuada alfabetización de salud, se concluyó que el costo de un



paciente con una baja alfabetización de salud puede llegar a ser cuatro veces mayor que el de la población en general.

Las palabras “salud” y “alfabetización” forman un poderoso concepto que ha evolucionado desde la década de los 70’s. Para comprender el origen de este concepto, sus implicancias en el sistema de salud, en individuos y en la sociedad, es fundamental revisar un estudio realizado bajo la modalidad de análisis conceptual/dimensional, a manos de Josephine M. Mancuso, profesional de la Facultad de Enfermería de la Universidad Marquette, de Milwaukee, EE.UU.

### **Un análisis conceptual y dimensional**

Un individuo debe tener ciertas habilidades y capacidades necesarias para lograr competencias en la alfabetización de la salud. Estas competencias implican tener la capacidad de funcionar efectivamente en situaciones de asistencia médica. En la literatura, seis dimensiones de estas competencias fueron identificadas:

- i) operacional
- ii) interactivo
- iii) autonomía
- iv) informacional
- v) contextual
- vi) cultural

La competencia operacional incluye las competencias necesarias para leer, escribir y actuar sobre la información oral entregada por profesionales del cuidado de la salud.

Las competencias interactivas consisten en involucrarse con el auto-manejo de los problemas, en colaboración con los profesionales del área de la salud, incluyendo la toma de decisiones por parte del individuo para mejorar la salud.

La autonomía es el nivel de conocimiento y habilidad personal necesaria para administrar y analizar información con respecto a la salud propia, de tal forma de ejercer control sobre situaciones de cuidado de la salud.

La competencia informacional consiste en la capacidad de identificar las fuentes de información adecuadas y ser capaz de utilizarlas para extraer información relevante.

La competencia contextual sugiere que los individuos aprenden mejor cuando el estudio es situado a través de la interacción y la interpretación del contenido dentro de un ambiente familiar.

La competencia cultural es la habilidad de interpretar el significado de las prácticas sociales en el sistema. La cultura implica el patrón integrado del comportamiento humano que incluye pensamientos, comunicación, acciones, costumbres, creencias, valores y la institucionalidad de razas, etnias, religiones o grupos sociales.

## **Atributos**

Los atributos de alfabetismo de salud son la capacidad, la comprensión y la comunicación. Estas características se encuentran entrelazadas dentro de los antecedentes previamente discutidos y son elaboradas para visualizar los aspectos intrínsecos de la alfabetización de la salud.

### ***Capacidad***

Las capacidades se obtienen a través del proceso de aprendizaje. Capacidades como las de comunicación oral son fundamentales a la hora en que los pacientes tienen que articular sus preocupaciones de salud y describir sus síntomas.

### ***Comprensión***

La comprensión es un proceso complejo basado en la efectiva interacción de lógica, lenguaje y la experiencia. Esto es crucial para asegurar la interpretación de una gran variedad de información proporcionada. La comprensión está asociada con el entendimiento. La enorme mayoría de consultas médicas implica entrega de

información; sin embargo, el alfabetismo de salud está preocupado con lo que el individuo entiende.

### ***Comunicación***

La comunicación consiste en como los pensamientos, mensajes o información son intercambiados a través del discurso, señales, escritura o el comportamiento. La comunicación implica entrada, decodificación, codificación, salida y feedback del mensaje. Algunas habilidades de comunicación esenciales son la lectura con entendimiento, la transmisión de ideas a través de la escritura, hablar y que el resto entienda, escuchar activamente y observar críticamente.

### **Consecuencias**

Individuos con alfabetismo de salud inadecuado tienen gastos de asistencia médica elevados, menos conocimiento de sus enfermedades y tratamientos, menos habilidades de autodirección, menos capacidad de preocuparse por condiciones crónicas, un pobre cumplimiento, más errores médicos o de tratamientos médicos, una carencia de las habilidades necesarias para negociar satisfactoriamente con el sistema de salud y un menor acceso a los servicios de asistencia médica (American Medical Association, 1999; Weiss, 2005). Los pacientes con alfabetismo de salud inadecuado usan más servicios de asistencia médica, tienen un riesgo mayor de hospitalización y tienen una utilización más alta de servicios caros, como el cuidado de emergencia y admisiones de hospitalización (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

Un inadecuado alfabetismo de salud afecta negativamente la prevención y el cuidado, los comportamientos promovedores de salud, la consideración de la historia médica y las explicaciones considerando diagnósticos y tratamientos (American Medical Association, 1999; Weiss, 2005). Un estatus pobre de salud, definido como malestar físico o percepción de enfermedad, achaque o daño, se asocia frecuentemente con una inadecuada alfabetización de la salud en los pacientes (Nielsen-Bohlman et al., 2004). Los gastos en salud se ven adversamente afectados debido a una falta de conocimiento relacionado con la alfabetización de la salud, que además genera una disparidad en la salud provocando un mayor riesgo de enfermedad y discapacidad.

## Definición

El alfabetismo de salud es un proceso que evoluciona durante la vida de un individuo y abarca los atributos de capacidad, comprensión y comunicación. Los atributos de alfabetismo de salud están integrados dentro del concepto y son precedidos por las habilidades, estrategias y destrezas necesarias para lograr el alfabetismo de salud. Los resultados de la alfabetización de salud son dependientes sobre si uno ha alcanzado o no el alfabetismo de salud adecuado y tienen el potencial para influenciar sobre los individuos y la sociedad (ver Fig.1).

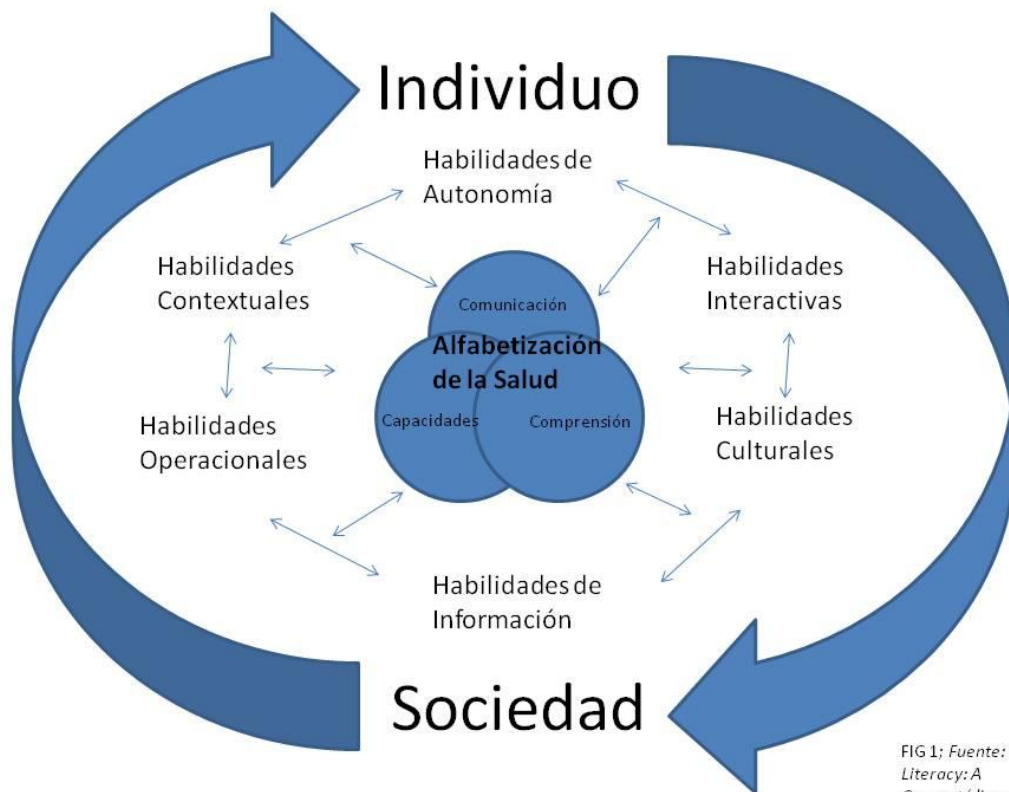


FIG 1; Fuente: Health Literacy: A Concept/dimensional analysis

## Contexto, Perspectiva y Filosofía

### *Contexto Educativo: Perspectivas individuales y profesionales*

El término “Alfabetización de la Salud” fue usado por primera vez en 1974 en un paper llamado “Educación de la Salud como una política social”. Desde entonces, alfabetismo de salud, ha sido definido por el Joint Committee on National Health Education Standards, como “la capacidad de individuos para obtener, interpretar y entender

información básica de salud, además de los servicios y competencias necesarias para usar tal información en vías de mejorar la salud”. Los estándares de la educación de la salud ponen énfasis en la comprensión de conceptos relacionados a salud y enfermedad, la demostración de habilidades necesarias para acceder a información de salud y el uso de la comunicación interpersonal y la habilidad de toma de decisiones para mejorar la salud, analizando la influencia de la cultura, los medios, la tecnología y otros factores sobre la salud en sí. Los estándares de la salud toman en cuenta que el individuo es el tomador de decisiones: a través de la comunicación (verbal y escrita), a través de la comprensión (entendimiento de la información) y a través de la capacidad (logro de habilidades). Está implícito dentro del sistema de salud que los individuos tienen la labor de desarrollar las competencias necesarias, a través de un aprendizaje auto-dirigido y de velar por la salud personal, familiar y comunitaria.

Desde la perspectiva de los educadores, alfabetización y salud es una relación compleja entre el conocimiento y las habilidades que los individuos necesitan para lograr como resultado la obtención del objetivo de la alfabetización de la salud. Los objetivos de educación y salud abarcan autonomía, independencia, la promoción de estados físicos y mentales saludables y la reducción de las tasas de mortalidad y obesidad mórbida, los cuales se obtienen del desarrollo de dimensiones sobresalientes de comunicación, capacidad y comprensión (atributos alfabetismo de salud). La alfabetización de la salud requiere que los educadores se preocupen de desarrollar en la comunidad habilidades y procesos cognitivos, además de motivar comportamientos saludables, en los cuales las decisiones que tome la población estén relacionadas con la salud y se basen en sus propias necesidades e intereses. Los antecedentes implican que el énfasis debe estar sobre las competencias operacionales, interactivas y de autonomía.

### ***Contexto Científico, Información Bibliotecaria: Perspectiva profesional***

En el contexto de ciencia de biblioteca e informaciones, la alfabetización de salud es vista en términos de la creencia que uno tiene el derecho de acceder y comprender informaciones de salud. Tales informaciones son necesarias para que los individuos puedan ser activos y ser el determinante clave del proceso de toma de decisiones en cuanto a la salud (Burnham y Peterson, 2005). De la perspectiva del bibliotecario, las informaciones de salud son la llave para la detección y la diagnosis de problemas de salud, permiten buscar los mejores servicios disponibles de salud, evadir los riesgos

para la salud y tomar buenas decisiones de salud en cuanto al tratamiento, la enfermedad y la promoción de salud (Parker y Kreps, 2005). La comunicación es vista en términos del lenguaje, ya sea escrito o hablado, consistiendo en el uso de palabras compartidas por todos y es reconocido como una habilidad necesaria para hacer preguntas, articular pensamientos o describir los propios síntomas con exactitud.

### ***Contexto de Cuidado de la Salud: Perspectivas profesionales e individuales***

En el contexto del marco de servicios de salud, la alfabetización de salud es definida utilizando una definición de la American Medical Association (AMA) y la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM). La AMA (1999: 553) define la alfabetización de salud como:

Una constelación de habilidades, incluidas la capacidad de ejecutar lecturas básicas y tareas numéricas exigidas para funcionar en el medioambiente de salud. Los pacientes con alfabetización de salud adecuada pueden leer, comprender y actuar sobre informaciones de salud.

La NLM define la alfabetización de salud como:

El grado en el cual los individuos tienen la capacidad para obtener, procesar y comprender informaciones de salud básicas y servicios necesarios para tomar decisiones apropiadas de salud.

Estas definiciones son estrechas y no toman en cuenta la cultura, el medioambiente, la autonomía, la interacción, colaboración o comunicación. De la definición de la AMA se desprende que el analfabetismo de salud es un problema de lectura, numérico y de habilidades. Estas habilidades y cómo uno las obtiene a través del proceso de aprendizaje no son elaboradas o definidas. La comprensión es vista como entendimiento, la lógica y el lenguaje no son reconocidos. El paciente es el tomador de decisiones con respecto a la salud. Sin embargo, cuál es el significado de “funcionar en el medioambiente de salud”. Por otra parte, la definición de NLM es ambigua en el uso del término “decisiones de salud apropiadas”. Aunque al individuo se le implica como el tomador de decisiones, queda poco claro quien define “apropiado”. Las consecuencias de una inadecuada alfabetización de salud con respecto al costo para el

individuo y la sociedad están firmemente arraigadas en la literatura de cuidado de la salud.

Las perspectivas en el contexto del cuidado de la salud encontradas en la literatura incluyen a los médicos, enfermeras, farmacéuticos e individuos. La literatura médica y de enfermería subraya los determinantes de alfabetización de salud como la edad, la genética, la lengua, la cultura, la educación, el estatus socioeconómico y el medio ambiente (Nielsen-Bohlman et al., 2004; Weiss, 2005). La perspectiva de los farmacéuticos de alfabetismo de salud está centrada en la seguridad de la medicación, adherencia y cumplimiento, apoyo de la simplificación de materiales educativos y la clarificación de la comunicación de la salud. Dentro de estas perspectivas, el individuo es apreciado en términos de los atributos de capacidad y comprensión. Ambos atributos son adoptados en las estrategias para el desarrollo de materiales de educación en la salud y de las informaciones de salud (es decir prescripciones, formularios de salud) que los individuos necesitan para navegar en el sistema de salud. Las estrategias de comunicación toman en cuenta el medioambiente, cultura y lenguaje, ya que forman un punto fundamental para la obtención de un efectivo intercambio de información entre proveedor-paciente.

Los individuos perciben la alfabetización de salud en términos de información de salud y educación de salud (Nielsen-Bohlman et al., 2004; Rudd et al., 2005). La comunicación, el respeto, la sensibilidad, lenguaje amistoso e informaciones de salud en términos de documentos, direcciones, navegación y comunicación han sido citados como importantes por los individuos (Rudd et al., 2005).

### ***Contexto de Salud Pública: Perspectiva profesional***

Dentro del dominio de servicios médicos, la Salud Pública es una fuerza dominante en la literatura de alfabetización de salud. En el contexto de Salud Pública, la alfabetización de salud es definida por Nutbeam (2000: 259) como:

Las habilidades personales, cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de individuos para acceder, entender y utilizar informaciones para promover y mantener una buena salud.

Esta declaración reconoce que, mejorando el acceso y desarrollando la comprensión de informaciones de salud, uno recibirá el poder para promover y mantener un estilo de vida que contribuirá a la maximización de la salud humana. La Salud Pública ha continuado desarrollando y refinando el concepto de alfabetización de la salud. Zarcadoolas et al. (2006: 55) dijo que:

La alfabetización de salud es la amplia gama de habilidades y competencias que la gente desarrolla para investigar, comprender, evaluar y utilizar informaciones de salud y conceptos para hacer elecciones informadas, reducir riesgos para la salud y aumentar la calidad de vida.

Esta definición refleja la totalidad del individuo y engloba todos los atributos y antecedentes discutidos anteriormente.

Sin embargo, es la primera implicación que la alfabetización de salud se desarrolla sobre el propio estilo de vida e impacta completamente la calidad de vida de un individuo. Ambas definiciones consideran al individuo como un informado tomador de decisiones.

### ***Contexto de Salud Mental: Perspectiva profesional***

Un área emergente del alfabetismo de salud está enfocada dentro de la esfera de cuidado mental. Aunque la alfabetización de la salud en los variados contextos trata los aspectos físicos de la salud, tales como la prevención, seguridad, conocimiento y búsqueda de información; el área mental de la salud tiene su enfoque en el reconocimiento de los desórdenes específicos o sufrimientos psicológicos, las actitudes que facilitan la búsqueda de ayuda en aquellos afligidos con problemas mentales, el conocimiento de cómo buscar información concerniente a la salud mental y las creencias acerca de los factores de riesgo y causas, como intervenciones de auto-ayuda y ayuda profesional para el enfermo mental. En Australia, el término “alfabetización de la salud mental” ha sido introducido para englobar el conocimiento y las creencias acerca de los desórdenes de salud mental que ayudan al reconocimiento, administración o prevención de éstos. Las intervenciones para mejorar la alfabetización de salud mental incluyen la vida comunitaria, base escolar y programas de entrenamiento individual, en los cuales la comunidad internacional va a la vanguardia con programas como “Beyond Blue” (Más allá de lo Azul) y “Compass Strategy” (Estrategia de Compás) en Australia, “Defeat Depression Campaign” (Campaña de Vencimiento a la Depresión) en Inglaterra y



“Nuremberg Alliance Against Depression” (Alianza de Nuremberg contra la Depresión) en Alemania. Estas iniciativas ponen énfasis en los atributos de comunicación, capacidad y comprensión.

Filosóficamente las perspectivas anteriores confluyen en que los esfuerzos deben alinearse con las teorías de crítica social que entregan el poder a la comunidad y la liberación de la opresión a través de estrategias de educación enfocadas en comunicación, cultura, lenguaje, medioambiente y experiencia, de tal forma de confeccionar materiales de información salud/paciente que sean capaces de cubrir las falencias anteriormente mencionadas (Nutbeam, 2000; Kickbusch, 2001; Levin-Zamir & Peterburg, 2001).

<b>Definiciones Alfabetización de Salud</b>	
<b>Educacional</b>	Alfabetización y salud es una relación compleja entre el conocimiento y habilidades que individuos necesitan para lograr el objetivo de Alfabetismo de Salud. Los educadores deben motivar comportamientos saludables
<b>Científico</b>	Todos los individuos tienen el derecho de acceder y comprender informaciones de salud. Éstas son la llave para la detección y diagnóstico de problemas de salud
<b>Cuidado de Salud</b>	Médicos, enfermeras y farmacéuticos subrayan determinantes de alfabetización de salud como edad, genética, lengua, cultura, educación, estatus socioeconómico y medio ambiente
<b>Salud Pública</b>	Amplia gama de habilidades y competencias que la gente desarrolla para investigar, comprender, evaluar y utilizar informaciones de salud para hacer elecciones informadas y aumentar calidad de vida
<b>Salud Mental</b>	Se enfoca más que en los aspectos físicos, en el reconocimiento de los desordenes específicos o sufrimientos psicológicos y las actitudes que facilitan la búsqueda de ayuda. Para mejorar la alfabetización de salud mental, se debe practicar vida comunitaria y tener al menos enseñanza básica

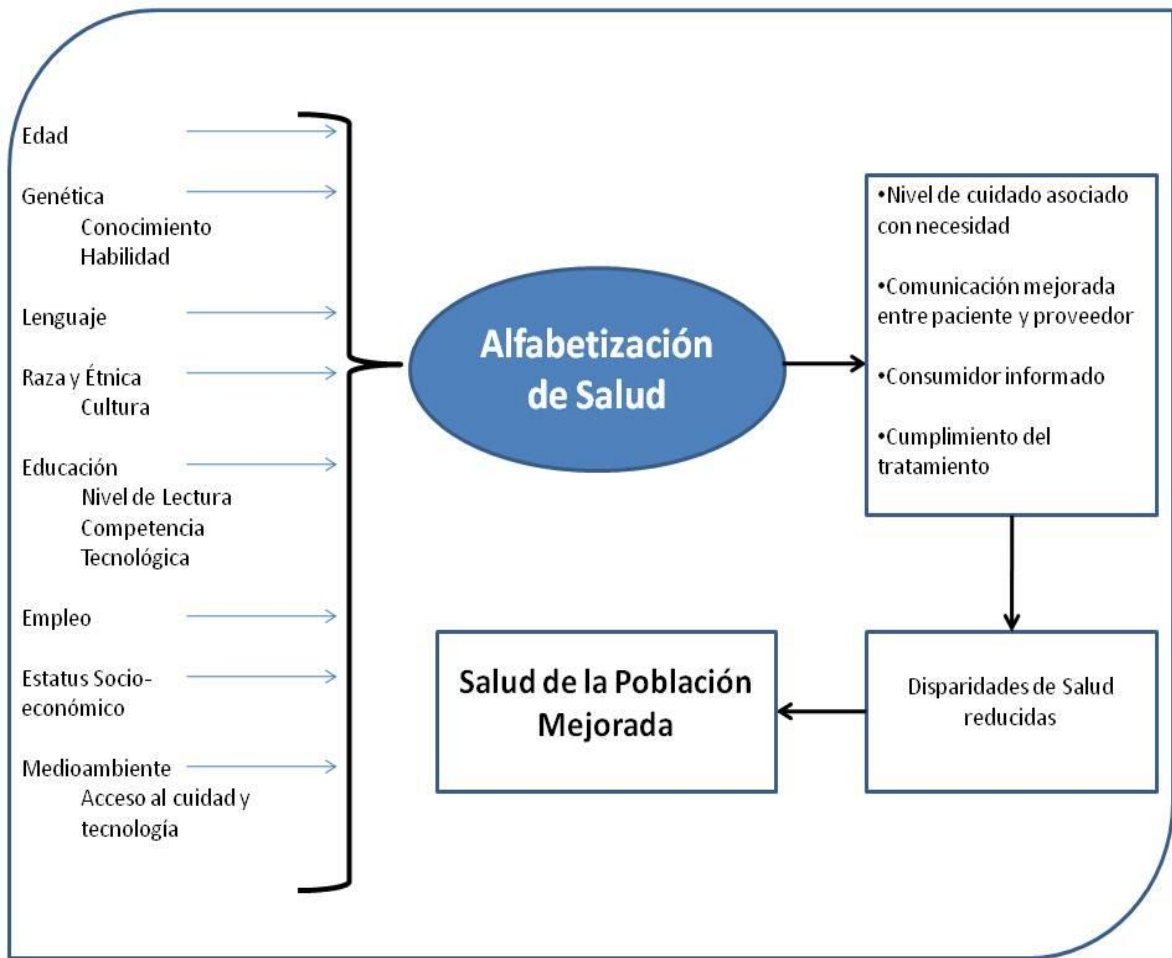
## **Implicancias**

La alfabetización de salud desempeña un papel importante en la experiencia de cuidado de la salud y el conocimiento ganado por la información de salud, que en conjunto impactan la entrega del cuidado y resultados de la salud. La clarificación del concepto de alfabetización de salud a través de la aproximación del análisis conceptual/dimensional ha provisto la oportunidad de ver las complejidades de este concepto. Los atributos de capacidad, comprensión y comunicación son esenciales si uno se embarca en el camino a la alfabetización de salud. Los clínicos deben evaluar la presencia de antecedentes de alfabetización de salud para lograr el deseado fin del alfabetismo de salud adecuado. Las enfermeras están en la primera fila y deberían ponerse a la cabeza en la investigación que podría ayudar a identificar aquellos individuos con alfabetización de salud inadecuada y así promover vías a través de las cuales los pacientes pueden transformarse en alfabetos de la salud.

Una investigación avanzada es necesaria al existir cuestiones sin respuesta que aparecen mientras el concepto de alfabetización de salud continúa desarrollándose y evolucionando. Algunas preguntas que las enfermeras deben explorar incluyen: ¿qué intervenciones de las enfermeras son necesarias para asegurar que los pacientes sean alfabetos de salud?, ¿existen otros instrumentos aparte de test de lectura y comprensión que deban desarrollarse para evaluar la alfabetización de salud?, ¿cómo la alfabetización de salud impacta a la familia y a qué costo?

La contribución de la enfermería en la alfabetización de salud es deficiente. A la fecha, solamente un artículo de enfermería ha sido encontrado en la literatura del tema, que abastece un análisis del concepto de alfabetización de salud (Speros, 2005). Otros artículos ven la alfabetización de salud solamente como un componente de educación al paciente. La educación al paciente dirige la atención sobre la comunicación y la comprensión enfocado siempre sobre el individuo, pero falla al no dirigir la atención sobre el impacto social y los numerosos aspectos de las capacidades necesarias.

El siguiente esquema brinda un apoyo fundamental para la comprensión de los determinantes y factores claves involucrados en la salud de la población mediante un adecuado alfabetismo de salud.



### Baja Alfabetización en la Salud: Qué entienden realmente los pacientes

Cada visita de un paciente a una institución o profesional de la salud involucra una gran cantidad de papeles: Formularios de salud, historiales de medicamentos personales, instrucciones de procedimientos y recetas. Los médicos y enfermeras ofrecen breves explicaciones y esperan que los pacientes lean y re-lean los materiales que se les entregan y que luego hagan los procedimientos de manera correcta. Siempre apurados, los profesionales de la salud dejan poco tiempo para interrupciones de sus pacientes y para responder sus dudas.

Los médicos asumen que todos sus pacientes saben leer, entender y ejecutar la información del cuidado de salud que se les da. Se asume que los pacientes tienen un alfabetismo de la salud adecuado. Estudios recientes demuestran lo contrario.

¿Pueden los pacientes leer la mayoría de la información relacionada con la salud?

Los materiales de cuidado de salud (folletos, tratamientos, formularios) son usualmente escritos en un nivel superior al de las habilidades de lectura de un paciente promedio. Lo anterior se torna aún más complejo para los grupos inmigrantes. Sin embargo considerando estos antecedentes, es difícil reconocer a primera vista aquellos pacientes con inadecuado alfabetismo de salud, ya que la mayoría de ellos tienen un nivel de inteligencia promedio, hablan bien y están adaptados para funcionar correctamente en la sociedad. El problema es que estos pacientes tienen dificultades en conocer sus propias limitaciones y a menudo les da vergüenza y esconden su problema del resto.

¿Cómo se puede ayudar a pacientes con baja alfabetización de salud?

Las barreras enfrentadas por los pacientes con bajo alfabetismo de salud dentro del sistema de salud (barreras de acceso, diagnóstico y tratamiento) provocan un desafío para el desarrollo de nuevas formas de comunicarse con más efectividad hacia los pacientes. Las recomendaciones para los médicos y otros profesionales de la salud van más allá del uso de un lenguaje simple y sencillo, sino que realizar instrucciones interactivas de tal forma de tener a los pacientes haciendo, escribiendo, diciendo o señalando algo que demuestre su entendimiento. Otra técnica es mostrarle a los pacientes un frasco de pastillas y preguntarles: “Si esta fuera su medicina, dígame cómo la tomaría”. La discusión que prosigue a este ejercicio proveerá una excelente oportunidad de tasar discretamente el alfabetismo de salud del paciente y adaptar las instrucciones al nivel que éste necesite.

## **CAPÍTULO III: INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA ALFABETIZACIÓN DE LA SALUD**

Actualmente existen 3 instrumentos principales para la medición de la alfabetización de la salud. Estos instrumentos fueron desarrollados por distintas universidades en Estados Unidos y cada uno cumple con funciones distintas asociadas a la comprensión de lectura.

### **Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM**

El REALM (Davis, 2002) es una herramienta que tiene por objetivo medir el alfabetismo de la salud mediante el reconocimiento de palabras asociadas a la salud. Este test fue desarrollado en Luisiana State University en el Health Sciences Center por la doctora Terry Davis y su equipo.

Este instrumento está hecho para ser aplicado a personas adultas que sepan leer y sólo se exige que la persona reconozca, lea y pronuncie correctamente palabras determinadas. El tiempo de aplicación varía entre 2 a 3 minutos y sólo se puede hacer en inglés.

Para su validación se usaron 3 tests de comprensión de lectura general en inglés y se encuestaron a 203 pacientes adultos de la atención primaria en 4 hospitales públicos del estado de Louisiana. Estos tests fueron el Peabody Individual Achievement Test – Revised (PIAT-R), el SORT-R y el Wide Range Achievement Test (WRAT-R). Mediante el cálculo de correlaciones con los distintos tests se concluyó que el REALM es estadísticamente significativo. Los resultados obtenidos determinaron una correlación de 0.97 entre el REALM y el PIAT-R; 0.96 entre el REALM y el SORT-R y 0.88 entre el REALM y el WRAT-R<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> p < 0.0001

Este test de medición de alfabetización de la salud se recomienda para hacer estimaciones de cuánto entienden realmente los pacientes sobre indicaciones de los médicos, etiquetas de remedios, material educativo para pacientes y recetas médicas.

El test REALM consiste en una hoja con 66 términos médicos, la cual se le muestra al paciente y se pide que lea correctamente cada una de las palabras ahí escritas. Luego las palabras que son pronunciadas correctamente suman un punto cada una, no así las que se pronuncian mal. Finalmente se suman los puntos obtenidos y se clasifica a la persona según su capacidad de reconocimiento de los términos de salud. De 0 a 18 puntos el paciente presenta un bajo alfabetismo de salud y probablemente no es capaz de leer ni entender ningún tipo de indicación médica. De 19 a 44 puntos el paciente sigue teniendo un nivel de alfabetismo de salud bajo y seguramente necesitará de una ayuda verbal para entender indicaciones médicas. De 45 a 60 puntos el paciente será capaz de leer muchas indicaciones pero tendrá problemas para entenderlas y aplicarlas. Por último de 61 a 66 puntos la persona tiene un buen nivel de alfabetismo de salud y entenderá la mayoría de las instrucciones médicas.

### **Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA**

Una herramienta un poco más compleja que el REALM, es el TOFHLA (Parker, 1995) el cual fue creado en la Universidad de Michigan por el doctor JD Parker y su equipo.

El test TOFHLA fue diseñado para medir el nivel de alfabetismo funcional en pacientes usando materiales reales de atención sanitaria. Estos materiales incluyen la información de la educación del paciente, las prescripciones de etiquetas de botellas, los formularios de registro y las instrucciones para pruebas de diagnóstico.

Este test evalúa dos conceptos principales: las nociones elementales del cálculo aritmético y la comprensión de lectura; en total tiene 67 artículos. La primera parte es la escala numérica, que mide las nociones elementales de cálculo aritmético, tiene 17 artículos. La segunda parte es la escala de comprensión de lectura. Contiene 50 artículos y es usada para medir la habilidad del paciente para leer y comprender pasajes relacionados con la atención de salud. Esta escala de comprensión de lectura utiliza el procedimiento de Cloze, una técnica que presenta al paciente oraciones en donde faltan

palabras, que por lo general son entre la quinta y la séptima. Luego el paciente debe escoger la palabra faltante apropiada de una lista de cuatro respuestas posibles. Solamente una elección es correcta en base a la gramática o el contexto de la oración.

En la sección de comprensión de lectura luego de que los pacientes escogen una respuesta correcta de una lista de cuatro elecciones posibles, a las respuestas correctas se les asigna un punto y a las incorrectas cero. La sección de nociones elementales de cálculo aritmético también tiene una escala dicotómica: uno (para las respuestas correctas) y cero (para las respuestas incorrectas). Luego de juntar todas las respuestas, los puntajes sin procesar son cambiados por puntajes adaptados, que van de 0 a 100. Para interpretar el puntaje total, los participantes con menos de 59 puntos son clasificados como personas con alfabetismo de salud funcional inadecuado; aquellos que suman entre 60 a 74 puntos tienen alfabetismo de salud funcional menor, y los sujetos con 75 puntos o más tienen alfabetismo de salud funcional adecuado.

Existen dos versiones adicionales del TOFHLA: La versión traducida al español, el TOFHLA-S y una versión más corta que es el S-TOFHLA. Esta versión toma sólo 12 minutos para ser administrada contra los 20 minutos o más que se necesitan para la versión completa. Está compuesta por 4 artículos de nociones elementales de cálculo aritmético y 36 artículos de comprensión de lectura.

Para su validación se utilizó el Wide Range Achievement Test (WRAT-R) con el cual tuvo una correlación de 0.74. Además con el Rapid Estimate of Adult en Literacy in Medicine (REALM) obtuvo una correlación de 0.84.

### **The Newest Vital Sign: NVS**

El NVS (Weiss, 2005) es un test que fue creado en base a los 2 tests mencionados anteriormente, el REALM y el TOFHLA por el doctor Barry Weiss en la Universidad de Arizona, Estados Unidos.

Este instrumento se desarrolló a partir de la simulación de distintos escenarios en los cuales se les daba información de la salud a determinados pacientes y luego se les

hacían una serie de preguntas y se veía si eran capaces o no de responder con la información que recibían.

Estos escenarios fueron creados por paneles de especialistas de la alfabetización de la salud basados en los conceptos y herramientas usados en la investigación del alfabetismo de la salud y del alfabetismo en general (leer y escribir), como la encuesta Nacional de Alfabetismo en Adultos, el Instrumento de Diagnóstico de Lectura y el TOFHLA.

Los escenarios y preguntas fueron posteriormente mejorados con el feedback de los pacientes, entrevistadores y los analistas de la información, lo que finalmente llevó a que fueran 5 los escenarios seleccionados para la creación de esta nueva herramienta de medición de la alfabetización de la salud en Estados Unidos: (1) Instrucciones de la receta de un remedio para el dolor de cabeza, (2) el consentimiento informado para una angiografía coronaria, (3) Instrucciones de auto-cuidado para fallas del corazón, (4) La información nutricional de una etiqueta de un helado y (5) Instrucciones de remedios para el asma. Todos estos escenarios tenían un enfoque particular, por ejemplo el consentimiento informado para una angiografía coronaria y las instrucciones de auto-cuidado para fallas del corazón enfatizaban la habilidad de comprender el texto. La etiqueta de información nutricional en cambio tenía un mayor énfasis en la habilidad de usar números y los conceptos matemáticos.

La inclusión de los escenarios que involucraban destreza de lectura y nociones de cálculo fue impulsada por la investigación ya que ambas son necesarias para lograr una correcta alfabetización de la salud. Además ambas destrezas tienen una alta correlación entre sí. Es decir, quien comprende bien las instrucciones de lecturas sabrá interpretar correctamente las instrucciones numéricas y vice-versa. Finalmente se optó por validar el escenario de la etiqueta de helado ya que era la opción que mejor evaluaba tanto la parte numérica como la textual.

En este contexto el NVS le muestra al paciente una etiqueta de helado con su información nutricional. Luego se hacen 6 preguntas sobre cómo interpreta y cómo actuaría respecto a la información de la etiqueta. El entrevistador hace las preguntas y anota las correctas que suman 1 punto. Luego con la suma de los puntos se clasifica a la



persona por niveles: de 0 a 1 existe una probable alfabetización limitada, de 2 a 3 existe una posible alfabetización limitada y 4 o más indica una alfabetización adecuada.

### Comparación de las herramientas de medición

Instrumento	Tiempo requerido	Mediciones	Procedimiento	Niveles	Idiomas
REALM	3-5 minutos	Lectura de texto	Pronunciación de 66 términos médicos	≤ 0-18, 3er nivel; 19-44, 4º a 6º nivel; 45-60, 7º u 8º nivel; ≥ 61-66, 9º nivel	Inglés
TOFHLA	20 minutos	Lectura de texto y cálculos matemáticos	3 párrafos de un texto y 17 ítems numéricos	0-59, inadecuado; 60-74, marginal; 75-100, adecuado	Inglés y español
NVS	3 minutos	Lectura de texto y cálculos matemáticos	6 preguntas relacionadas a la información nutricional de una etiqueta	0-1 probablemente inadecuado; 2-3 posiblemente inadecuado; 4-6 adecuado.	Inglés y español

Actualmente estas son las tres pruebas más importantes en la medición de la alfabetización de la salud. Si bien el REALM y el TOFHLA son los más antiguos, el NVS no deja de ser interesante ya que como se explicó anteriormente abarca tanto las áreas de comprensión de lectura como las de cálculo básico aritmético. Además es el que menos tiempo necesita para su implementación y su forma (etiqueta de helado) lo hace más interactivo y entretenido para el paciente encuestado. Principalmente por estas 3 razones señaladas se cree que es el test más adecuado para llevar a cabo una medición piloto sobre el estado actual de la alfabetización de salud en Chile.

## **Elección del modelo y modificaciones**

En base al instrumento NVS se creó una herramienta que es aplicable para hacer una medición en Chile, siempre tratando de mantener lo máximo posible el formato del original. Lo primero que hubo que modificar fue la forma con que se presentan las informaciones nutricionales. En el original aparecen porcentajes de cada uno de los ingredientes basados en una dieta estándar de 2.000 calorías diarias. En el caso chileno, por ley todas las informaciones nutricionales deben hacer referencia primero a 100 gramos o mililitros y luego a la porción. Por esta razón existen 2 columnas que señalan la cantidad de nutrientes (en gramos, miligramos, litros, mililitros, kilocalorías, etc.) que poseen cada una de estas 2 medidas. Por otra parte en relación a los nutrientes en sí, para el caso chileno no es necesario hacer referencia a la cantidad de fibras dietéticas y azúcares como lo es para el caso de la versión aplicable en Estados Unidos. Por esta razón tampoco se incluyeron en el test modificado. Además se optó por cambiar la porción de ½ taza a 1 taza para que las columnas de los nutrientes fueran de 100 ml y 200 ml respectivamente.

En cuanto al cuestionario, la base también se mantuvo, sólo con modificaciones menores. En la tercera pregunta se pide hacer una resta en base a las cantidades de grasas saturadas consumidas en un día. Para la versión modificada se decidió eliminar esta resta y simplemente preguntar cuánta grasa saturada menos se consume con una porción menos en la dieta. Además se agregaron preguntas sobre la información personal de los encuestados para determinar si existen relaciones entre los grupos. Por ejemplo entre los diabéticos, rango de edades o sexo y el alfabetismo de salud obtenido. El resto de las preguntas se mantuvo igual y el único cambio que hubo en la parte de los ingredientes fue que en lugar de poner la palabra cacahuate se optó por maní.

## **CAPÍTULO IV: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivos de la Investigación**

Los objetivos generales de este trabajo son:

El objetivo principal de esta investigación es determinar el nivel de alfabetización de la salud en los pacientes de Atención Primaria. Para esto es necesario conocer cuál es el nivel de comprensión de lectura que tienen los individuos para comprender una etiqueta de información nutricional. Esta característica permite saber si la población posee una buena alfabetización de la salud ya que el test fue diseñado basándose en indicaciones médicas, relacionando conceptos matemáticos con conceptos de lectura en general.

Los objetivos específicos de este trabajo son:

- Evaluar la existencia de diferencias en la comprensión de lectura de la salud entre los pacientes que padezcan hipertensión y/o diabetes con los pacientes que no posean estas enfermedades.
- Elaborar una tabla con los niveles de alfabetización de la salud de cada grupo y ver cuáles son las características que se relacionan con una adecuada comprensión.
- Elaborar un perfil de las personas que tengan un nivel alto y bajo de alfabetización de la salud y ver las diferencias con aquellas personas que tengan un nivel bajo.
- Determinar cuáles son los errores más comunes en la lectura para proponer soluciones de mejora a la etiqueta de información nutricional de los alimentos.

## **Metodología de la Investigación**

### ***Diseño de la Investigación***

La investigación realizada para este trabajo corresponde a una descriptiva no probabilística realizada por juicio, ya que los elementos seleccionados para la investigación eran elegidos según el criterio de los encuestadores. Es importante destacar que las personas seleccionadas eran pacientes que se encontrasen capacitados para responder las preguntas. Personas con problemas de lectura ya sea por la edad o por encontrarse muy enfermas no eran seleccionadas para la muestra. La encuesta además fue hecha de manera personal y dirigida por los encuestadores. Respecto al estudio realizado este es de carácter cuantitativo por haber obtenido los datos mediante una encuesta personal.

### ***Tipo de Muestra y Tamaño Muestral***

Las personas encuestadas fueron personas que estaban en las salas de espera de distintos centros de atención primaria de la salud durante el mes de Diciembre de 2008. Específicamente estos lugares son el Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado en Puente Alto (Proyecto Ancora) y el Hospital del Salvador en Providencia. En ambos lugares se contó con las autorizaciones de sus respectivos directores; el Dr. Fernando Poblete del CESFAM de Puente Alto y el Dr. Francisco Peragallo del Hospital del Salvador. En total se reunieron 123 encuestas de las cuales se utilizó una muestra efectiva de 110 encuestas, divididas en 3 grupos. Personas diabéticas (30), hipertensas (30) y personas sin estas enfermedades (50), todas encuestadas con la herramienta NVS. Las 13 encuestas restantes fueron descartadas de todo análisis y estudio debido a que se encontraban incompletas, ya que estos pacientes fueron llamados a sus respectivas consultas en el momento de la aplicación del estudio.

### ***Recolección de Datos***

Las respuestas obtenidas eran marcadas en cada encuesta y luego tabuladas en Microsoft Excel para posteriormente importarlas al SPSS y analizar los resultados. Los tipos de escalas usados fueron nominales, ordinales y de escala.

## **Planteamiento de Hipótesis**

Las principales hipótesis que testaremos en este trabajo son:

H<sub>1</sub>: Los pacientes que padecen de hipertensión y diabetes tienen una mejor alfabetización que los pacientes que padecen de otras enfermedades o no tienen ninguna enfermedad.

H<sub>2</sub>: Las personas con mejores niveles de respuesta son las que a su vez tienen una mejor educación.

H<sub>3</sub>: Las personas más jóvenes tienden a entender mejor la etiqueta nutricional que las personas de más edad.

H<sub>4</sub>: El grado de entendimiento de la información se correlaciona directa y positivamente con el hábito de lectura de un libro.

H<sub>5</sub>: Las personas que están más tiempo en tratamiento tienen mejores índices de alfabetización de la salud.

H<sub>6</sub>: No existen diferencias entre el número de respuestas correctas y el sexo de las personas.

H<sub>7</sub>: Las personas que están acostumbrados a leer la información nutricional de los alimentos tienen un mejor nivel de respuestas en la aplicación de la encuesta.

## **Determinación del Nivel de Alfabetización de la Salud en los Pacientes**

Los niveles para determinar la calidad de la lectura de las personas en este estudio están basados en los niveles originales del test NVS. Con el resultado de las 6 preguntas, se suman las respuestas correctas y se clasifica a la persona en 3 niveles posibles:

<b>Respuestas Correctas</b>	<b>Nivel de Alfabetización de la salud</b>
0 - 1	Nivel Bajo
2 - 4	Nivel Medio
5 - 6	Nivel Alto

El nivel bajo de la salud se refiere a aquellas personas que son incapaces de leer cualquier tipo de información relacionada con la salud. Por lo general estas personas también tienen problemas en la comprensión de lectura en actividades del día a día como textos de noticias, mapas, señales de tránsito, etc. Además necesitan repeticiones individuales orales de las instrucciones

El nivel medio abarca todas aquellas personas que tienen un nivel mínimo de alfabetización de la salud, es decir también enfrentan problemas con las indicaciones médicas. Es probable que este tipo de personas necesite una explicación verbal para comprender mejor las indicaciones relacionadas con la salud.

El nivel alto se refiere a las personas que poseen habilidades para la comprensión de indicaciones de la salud. Con este nivel de alfabetización las personas entenderán las instrucciones. Existe una probabilidad de que cometan errores en la interpretación, pero comprenderán el mensaje de la indicación.

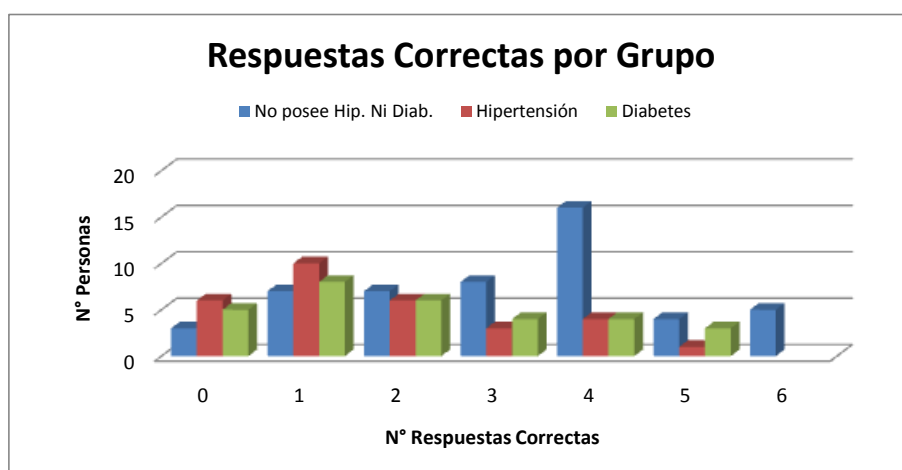
## CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE RESULTADOS

### Análisis Gráfico

En esta parte del informe se muestran los resultados obtenidos a partir de las encuestas realizadas en los centros de atención primaria de salud. El objetivo es lograr medir y analizar las características que determinan una buena alfabetización de las personas.

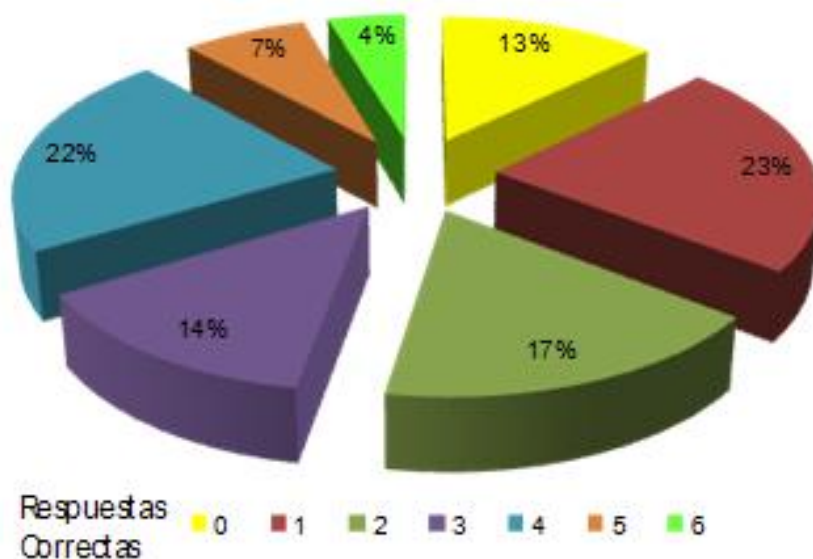
Si bien fueron muy pocas las personas que contestaron todas las preguntas correctas, el nivel tampoco fue tan bajo como se esperaba. La media de respuestas correctas fue de 2.49. Si se crea un perfil de la población encuestada podemos decir que mayoritariamente es un paciente de sexo femenino, en un rango de edad entre 45 a 54 años, que no acostumbra a leer la información nutricional, se encuentra en un nivel medio de alfabetización de salud, el último libro que leyó fue hace más de un año, es casada y vive en un grupo familiar de 4 personas, tiene educación media completa y no trabaja.

En adelante se realizarán diversos análisis considerando distintas variables que pueden influir sobre el resultado de los individuos encuestados, tomando en cuenta únicamente las 6 preguntas relacionadas a la etiqueta nutricional que se les presentó a los pacientes en el momento de la realización del estudio.



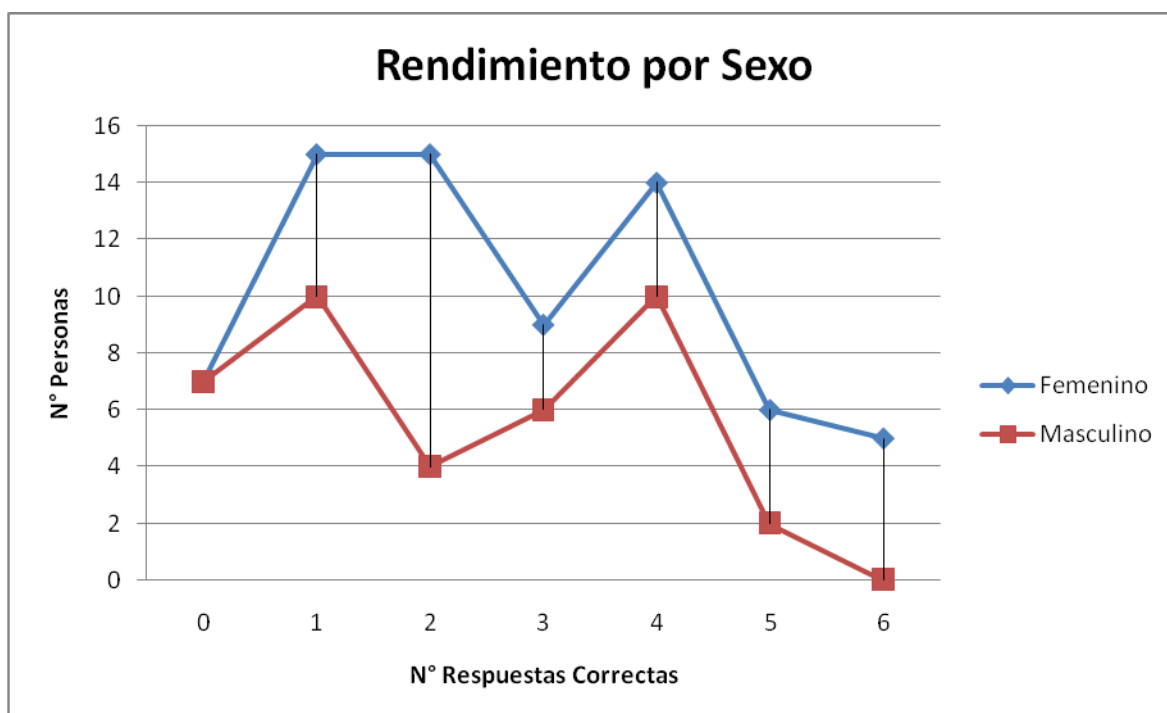
El gráfico anterior muestra el resultado de la aplicación del estudio subdividido por los grupos de pacientes hipertensos, diabéticos y quienes no poseen ninguna de estas dos enfermedades. De ahora en adelante, llamaremos a este último grupo con el nombre de “grupo neutro”. En el eje horizontal se encuentran la cantidad de respuestas correctas que van desde cero a seis. En el eje vertical está el número de pacientes que contestaron cierta cantidad de respuestas. El resultado que más se repitió dentro de la muestra fue el del grupo neutro que contestó 4 respuestas correctas en 15 oportunidades. En segundo lugar se observa al grupo de 9 pacientes hipertensos con un resultado de 1 respuesta correcta. Los pacientes que padecen diabetes coincidieron en mayor cuantía en el resultado de 1 respuesta correcta. En el nivel analfabetismo que corresponde a 0 respuestas correctas, se observa una frecuencia mayor para los pacientes hipertensos, es decir, este grupo fue el que más falló en la encuesta y por ende son los pacientes con un mayor analfabetismo de salud. Por otro lado, el resultado mayor de la encuesta lo alcanzó solamente el grupo neutro, ya que los pacientes hipertensos y diabéticos no lograron contestar las 6 preguntas relacionadas a la etiqueta nutricional sin errores, lo que corresponde a un resultado muy llamativo, ya que el comentario general de los individuos con hipertensión o diabetes consistía en la importancia que tiene para ellos la información nutricional, a raíz de su enfermedad.

### N° Personas por Respuesta Correcta

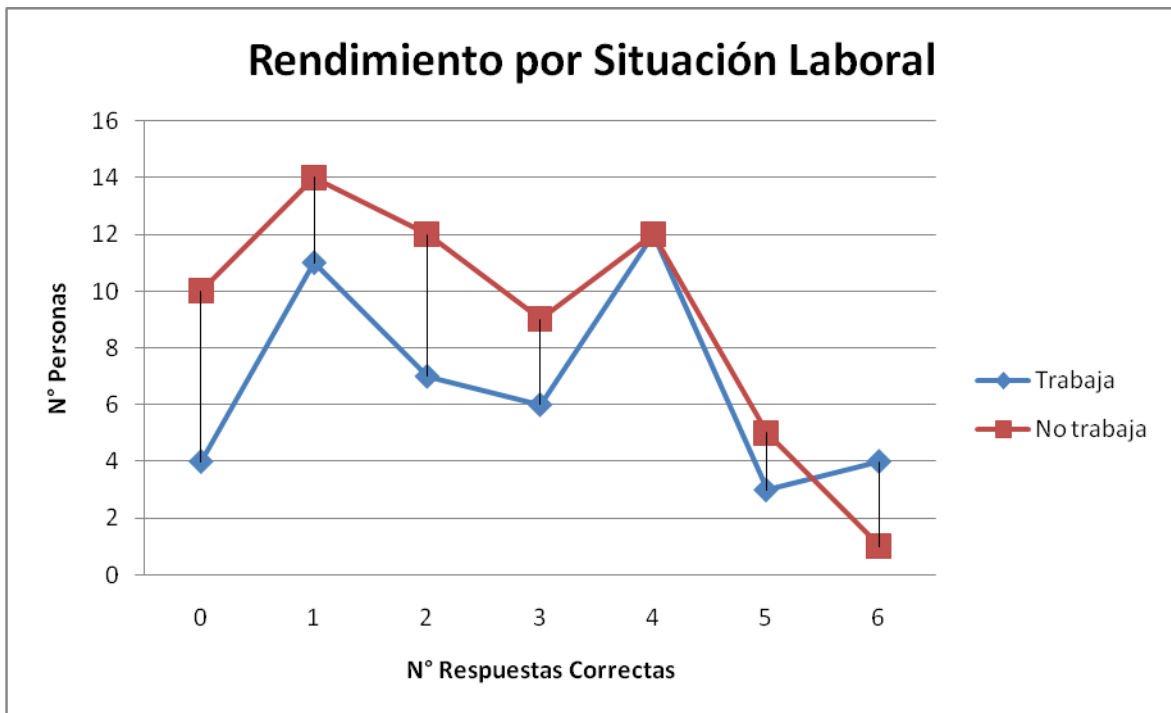




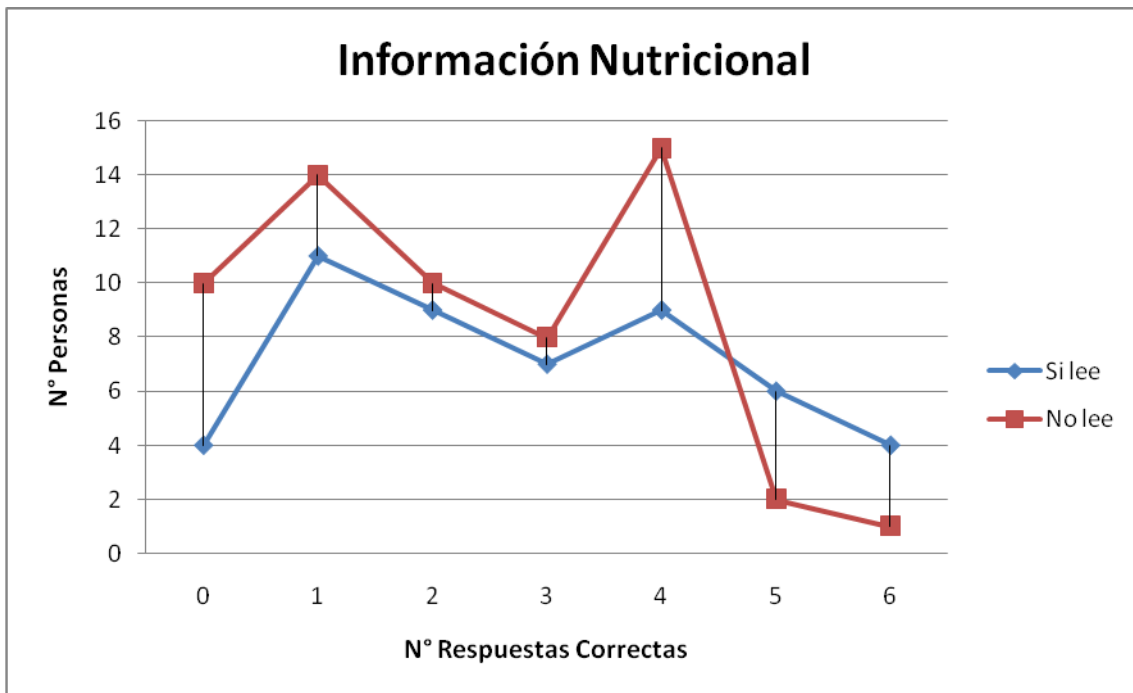
En el gráfico anterior observamos la distribución de respuestas correctas del estudio, siendo las posibles desde cero a seis. El 23% de las respuestas correctas recayó sobre el nivel bajo de alfabetismo de salud correspondiente a 1 respuesta correcta. El segundo resultado que más frecuencia obtuvo fue el de 4 respuestas correctas con un 22% de la población encuestada. Luego los resultados se reparten sin mayores diferencias en el grupo compuesto por 2, 3 y 0 respuestas correctas. Por lo tanto, el 89% de la muestra clasificó en niveles de alfabetismo de salud bajo, medio y analfabetismo. Es decir, 97 personas contestaron cuatro o menos respuestas correctas, mientras solamente 13 personas que corresponde al 11% de la muestra, clasificaron en el nivel adecuado o alto de alfabetización de salud, donde ocho personas obtuvieron 5 respuestas correctas y cinco personas lograron el resultado máximo de la encuesta.



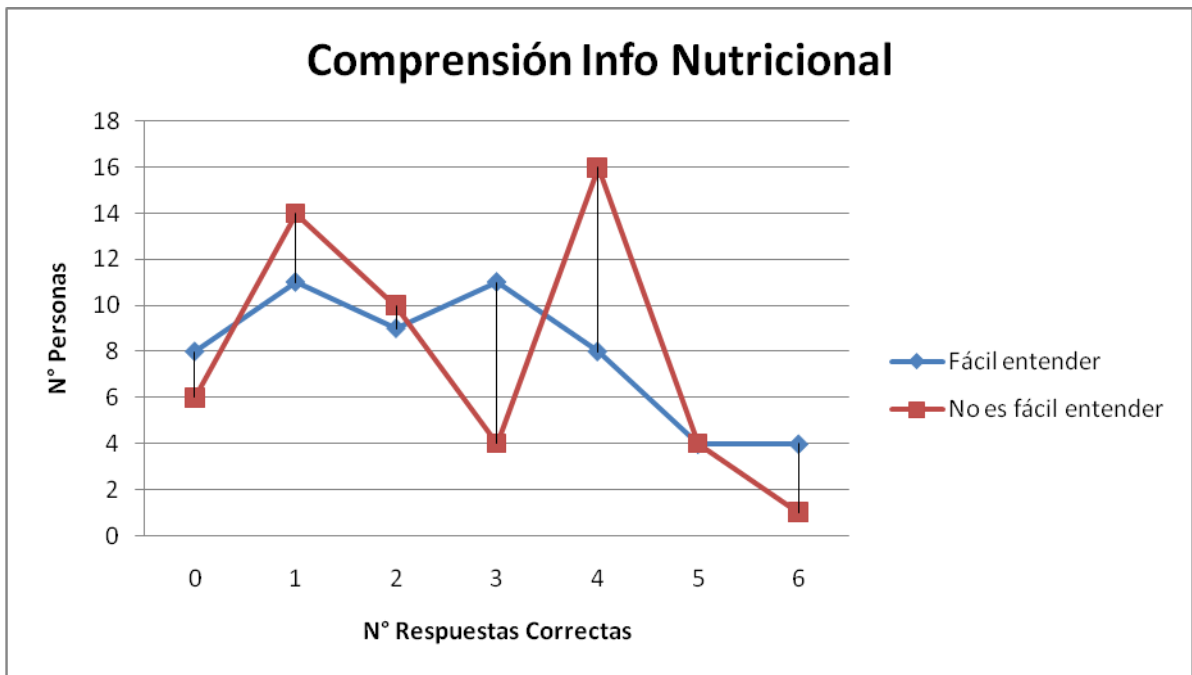
En cuanto al resultado del estudio analizado por géneros, se observa que el sexo femenino tuvo un mejor rendimiento. Si bien el 65% de la muestra corresponde al sexo femenino, se observa que nunca un hombre fue capaz de responder la encuesta totalmente correcta, mientras que las 5 personas que obtuvieron el máximo resultado corresponden al sexo femenino. La distribución de las mujeres concentra el 84,5% en los niveles analfabetismo, alfabetismo bajo y medio, mientras que en los hombres sólo el 5,1% logró un nivel de alfabetización de salud alto.



Con respecto a la situación laboral de la muestra, es preciso señalar que el 42,7% trabaja y el restante 62,3% no trabaja, entre los que se encuentran cesantes, dueñas de casa, pensionados e individuos fuera del sistema laboral. El análisis que se puede inferir del gráfico anterior corresponde a que las personas que trabajan superan en el nivel alto de alfabetismo de salud a los pacientes que no se encuentran trabajando. De hecho, entre los individuos con ocupación laboral, el 14,9% se posicionó en el nivel alto, mientras que sólo el 9,5% de los pacientes sin trabajo logró 5 o más respuestas correctas. Finalmente el resultado que más se repitió entre los individuos con trabajo fue el de 4 respuestas correctas, mientras aquellas personas sin trabajo coincidieron mayoritariamente en 1 respuesta correcta. Lo anterior se puede deber al beneficio que otorga el hecho de estar trabajando y cumplir con responsabilidades u obligaciones, que provocan que los individuos activos en el mercado laboral ejerciten en promedio más su cerebro a través de la necesidad de estar informados con respecto al acontecer nacional e internacional, del conocimiento de información relacionada a sus trabajos y del manejo de datos numéricos así como el cálculo de operaciones matemáticas cotidianas.

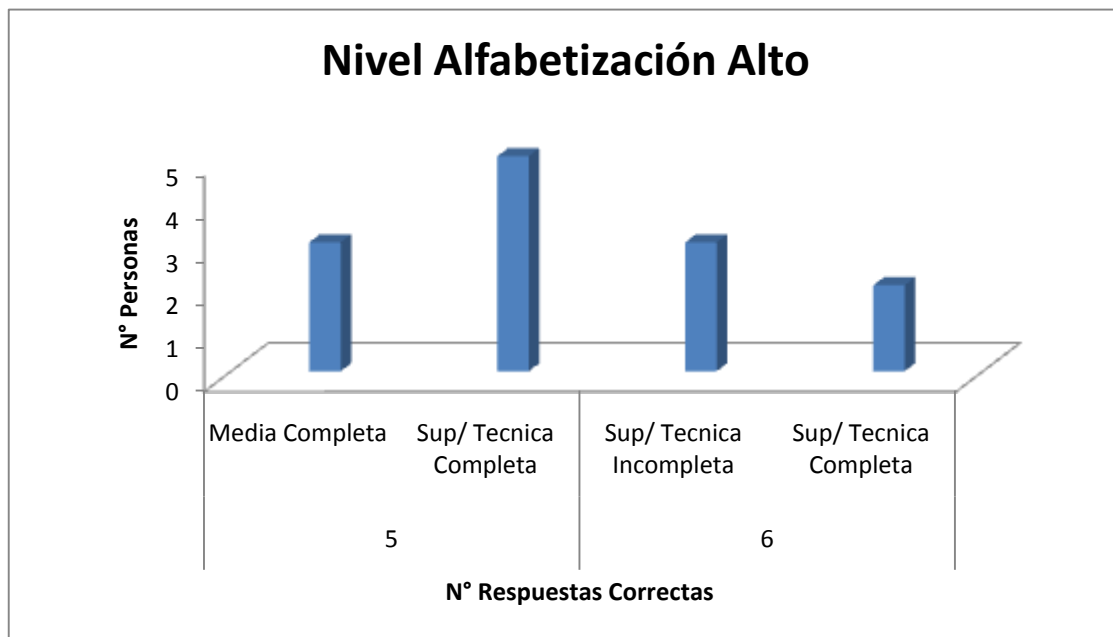


Una de las preguntas de la encuesta consistía en si los pacientes acostumbraban a leer la información nutricional de los alimentos. Los resultados son ambiguos en los niveles inferiores, pero son decisivos en los niveles de adecuada o alta alfabetización de la salud, ya que se observa cómo en este sector las personas que afirman leer la información nutricional obtienen mejores resultados. Lo anterior se puede analizar de la siguiente forma. El hecho de afirmar o negar la lectura de etiquetas nutricionales no significa nada, el dato que tiene valor consiste en cómo es el resultado de los individuos en las 6 preguntas de la encuesta que miden el nivel de alfabetización de salud que éstos poseen. Como esta pregunta está posicionada en la encuesta antes que las preguntas a partir de una etiqueta nutricional tipo, es muy fácil decir que efectivamente se leen las etiquetas, pero donde esta respuesta obtiene un elevado valor es en aquellas personas que obtuvieron buenos resultados en la encuesta. De las 13 personas que clasificaron en el nivel alto de alfabetización de salud, el 76,9% corresponde a individuos que afirman leer este tipo de información.

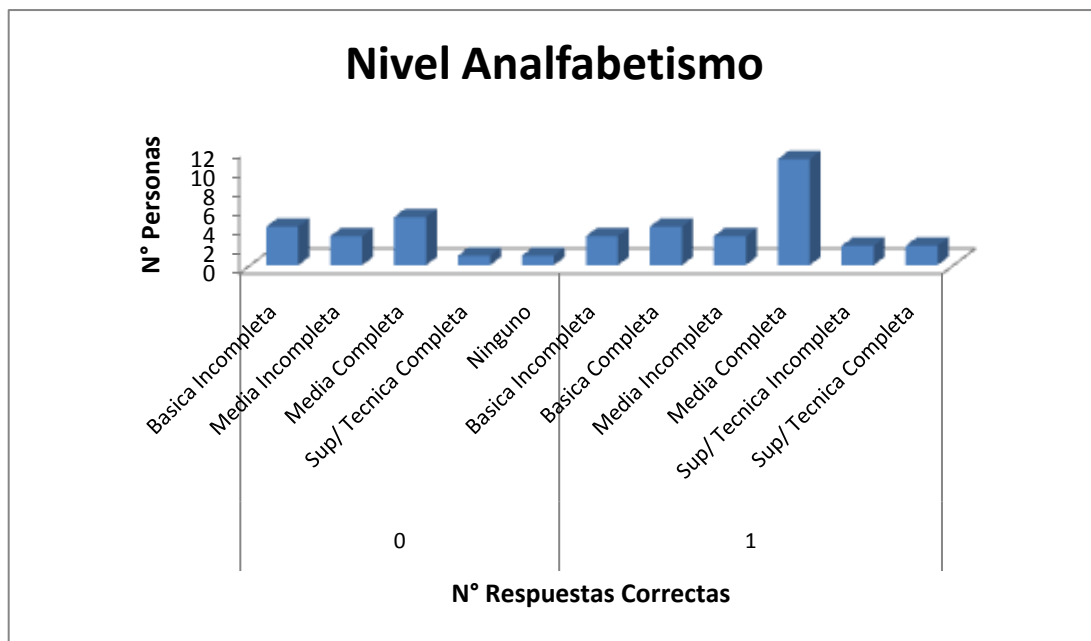


La pregunta siguiente a la lectura de información nutricional consistía en la comprensión de esta misma, es decir, si los encuestados encontraban que era fácil entender la información que se presenta en una etiqueta nutricional o difícil. La distribución de la muestra en esta pregunta fue absolutamente equitativa, es decir, 55 personas contestaron que es fácil entender la información nutricional y 55 que la consideran difícil de entender. Los resultados no fueron tan marcadamente diferentes, ya que tal como la pregunta anterior, el hecho de contestar afirmativa o negativamente no tiene mucha relevancia. De todas formas, el rendimiento fue superior para el grupo que considera que es fácil entender la información nutricional, ya que el 14,5% de éstos clasificó en el nivel alto de alfabetismo de salud, mientras que sólo el 9,1% de los encuestados que consideran difícil de comprender este tipo de información, clasificaron en el nivel alto de alfabetización de salud.

En los gráficos siguientes se puede observar el nivel de educación de los individuos que clasificaron en los niveles extremos del estudio, es decir, el nivel de alfabetismo alto de salud (5 o 6 respuestas correctas) y el nivel de analfabetismo de salud (0 respuestas correctas).



En el gráfico anterior se observa el nivel de educación de aquellos individuos que contestaron 5 o 6 respuestas correctas en el estudio, por lo que se definen como pacientes con adecuado o alto alfabetismo de salud. El nivel de educación de estos individuos es siempre con educación media completa y en la mayoría de los casos, con estudios superiores. De un total de 13 personas que contestaron cinco o seis respuestas correctas, siete tienen estudios superiores completos y tres estudios superiores incompletos, mientras que 3 individuos tienen educación media completa. Por lo tanto, se observa que el componente nivel de educación es fundamental al momento de realizar operaciones matemáticas básicas y la comprensión de información nutricional.



El nivel de analfabetismo de salud, que corresponde a la obtención de cero respuestas correctas en el estudio, se repitió en 14 oportunidades. El 92,9% de los analfabetos de salud no posee estudios superiores, de los cuales el 57,1% sólo tiene educación media incompleta. Por lo tanto, se puede observar que el componente nivel de educación es fundamental al momento de realizar operaciones matemáticas básicas y la comprensión de información nutricional.

## Análisis ANOVA para la Comprensión de la Información Nutricional

### Descriptives

Nº Respuestas correctas

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Si	55	2.51	1.783	.240	2.03	2.99	0	6
No	55	2.47	1.643	.221	2.03	2.92	0	6
Total	110	2.49	1.707	.163	2.17	2.81	0	6

### ANOVA

Nº Respuestas correctas

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.036	1	.036	.012	.912
Within Groups	317.455	108	2.939		
Total	317.491	109			

Analizando la relación entre las medias de los grupos se concluye que no se puede rechazar la hipótesis nula de que las medias de los grupos son iguales. El valor del test F calculado es de 0.012, el cual es inferior al valor tabla de 3.936 (con 1 grado de libertad en el numerador y 108 en el denominador y un 5% de significancia). Además el p-value es de 0.912.

Por lo tanto al no existir una relación estadísticamente significativa entre quienes creen que la información nutricional de los alimentos es de fácil comprensión y quienes no, se puede concluir que las personas creen entender la información nutricional, cuando realmente no es así.

## Análisis de Datos Cruzados

Al analizar los resultados obtenidos para determinar si existe asociación entre el nivel de alfabetización de la salud y el grupo al cual pertenecen las personas según su enfermedad, vemos que con un grado de significancia de 5% se puede rechazar la hipótesis nula. El valor del estadístico Chi-cuadrado es de 11.65 con un p-value de 2%. Dado que es mayor al valor crítico (9.488 con 4 grados de libertad) se puede afirmar que existe una relación entre el grupo y el nivel de alfabetización. Esto se puede explicar, observando a los grupos por separado, que las personas que no poseen ni hipertensión ni diabetes tienen un nivel mejor de comprensión de lectura de la salud, al contrario de lo que se esperaba al principio de este trabajo. Esta diferencia puede significar que aquellas personas que tienen menos capacidad de entendimiento de términos de la salud, sean finalmente las personas que más se enferman.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.653(a)	4	.020
Likelihood Ratio	12.396	4	.015
Linear-by-Linear Association	5.866	1	.015
N of Valid Cases	110		

a. 2 cells (22.2%) have expected count less than 5.  
The minimum expected count is 3.55.

Al analizar la asociación de la lectura de un libro en el último año con el nivel de alfabetización se puede observar que la hipótesis es rechazada ya que el valor del estadístico Chi-cuadrado es mayor que el valor crítico con 2 grados de libertad ( $6.274 > 5.991$ ), con 5% de significancia. Además el p-value es igual a 4,3%. Esto lo podemos interpretar como que las personas con mejores hábitos de lectura, entiende mejor las instrucciones relacionadas con la salud que aquellas que no tienen la costumbre de leer un libro.



**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.274(a)	2	.043
Likelihood Ratio	6.429	2	.040
Linear-by-Linear Association	6.199	1	.013
N of Valid Cases	110		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5.  
The minimum expected count is 5.79.

Respecto a la relación entre la educación de las personas y el nivel de respuestas alcanzado se puede rechazar la hipótesis de que no existe asociación entre estas variables. El p-value es cero y el valor del estadístico Chi-cuadrado es de 20.083 mayor que el valor crítico (9.488 con 4 grados de libertad y un 5% de significancia). Claramente aquí existe una relación entre los individuos con más años de educación y su capacidad de comprender la información nutricional, por ende los temas de salud. Además los niveles de mejor tasa de respuesta se concentran en los grupos que han alcanzado niveles superiores de educación.

Para este caso en particular se reagruparon los niveles de estudio en: Básica, para las personas que no hayan tenido educación escolar o que hayan cursado enseñanza básica (completa e incompleta); Media para las personas que estuvieron en la enseñanza media (completa e incompleta) y Superior para las personas que tuvieron cursos en universidades o centros de formación técnica (completa e incompleta).

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.083(a)	4	.000
Likelihood Ratio	21.977	4	.000
Linear-by-Linear Association	17.440	1	.000
N of Valid Cases	110		

a 2 cells (22.2%) have expected count less than 5.  
The minimum expected count is 2.60.

En este caso que se analiza la asociación entre el nivel de alfabetización de las personas con el sexo, no se puede rechazar la hipótesis nula, es decir, estadísticamente no hay evidencias que nos permitan afirmar que un género tiene mejor nivel de comprensión de

lectura en salud que otro. El valor del estadístico Chi-cuadrado (3.274) no supera el valor de tabla (5.991 con 2 grados de libertad y 5% de significancia).

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.274(a)	2	.195
Likelihood Ratio	3.540	2	.170
Linear-by-Linear Association	3.041	1	.081
N of Valid Cases	116		

a 1 cells (16.7%) have expected count less than 5.  
The minimum expected count is 4.48.

Respecto a la relación entre “estar en tratamiento” y el nivel de respuestas, no se puede rechazar la hipótesis nula dado que el valor del estadístico Chi-cuadrado es inferior al valor de tabla. En otras palabras no se puede afirmar que existe asociación entre estas variables. Por lo tanto pese a que las personas se estén controlando a través de consultas y tratamientos, no se asegura que estén cuidando mejor su salud.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.403(a)	2	.817
Likelihood Ratio	.406	2	.816
Linear-by-Linear Association	.097	1	.755
N of Valid Cases	73		

a 3 cells (50.0%) have expected count less than 5.  
The minimum expected count is .82.

## Análisis ANOVA para el Tratamiento de la Enfermedad

### Descriptives

Nº Respuestas correctas

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Si	63	2.21	1.547	.195	1.82	2.60	0	6
No	10	2.50	1.716	.543	1.27	3.73	0	5
Total	73	2.25	1.562	.183	1.88	2.61	0	6

### ANOVA

Nº Respuestas correctas

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.744	1	.744	.302	.584
Within Groups	174.817	71	2.462		
Total	175.562	72			

Respecto a la comparación de la medias entre el grupo que se encuentra en tratamiento y el grupo que no, se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas. El test F calculado es de 0.302 el cual es menor al valor crítico (3.978 con 1 grado de libertad en el numerador y 71 en el denominador con 5% de significancia). Además el p-value es de 0.584 por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula.

Esto reafirma la conclusión anterior que comprueba que las personas en tratamiento por una enfermedad crónica no necesariamente tendrán mejor alfabetización de la salud que las personas que no lo están.

## **CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES E IMPLICANCIAS**

A través del desarrollo de esta investigación y del interés por exhibir en discusión y conocimiento de todos, un tema tan actual como la Alfabetización de la Salud, se busca clarificar y sincerar la relevancia e impacto en el Sistema de Salud, que provoca el hecho de tener una población con un nivel bajo o insuficiente de alfabetismo de salud.

Entre los beneficios que implica tratar con pacientes poseedores de un alfabetismo de salud adecuado, destaca en primer lugar la reducción de costos en recursos monetarios, físicos y de tiempo. Hoy en día el Sistema de Salud Público, al cual pertenecen los Consultorios y Hospitales sufre de críticas principalmente por demoras en la atención y por períodos excesivamente extensos en concesión de horas o consultas, es decir, esperas interminables provocadas por una población atendida superior a la que el sistema puede soportar. Estos problemas se evidencian todos los años y lo sufre el 70% de la población. Una de las principales quejas de los centros de urgencia y de los consultorios corresponde a la existencia de pacientes policonsultantes, es decir, individuos que asisten repetitivamente a las consultas para atenderse por las mismas complicaciones. Generalmente los pacientes policonsultantes son personas incapaces de seguir al pie de la letra un tratamiento, de forma responsable y consciente, además de ser incapaces de prevenir obteniendo resultados positivos. Según Weiss y sus colegas (1994) el costo promedio anual de salud en pacientes con bajo alfabetismo de salud puede llegar a ser cuatro veces más alto que el de pacientes de la población en general. Es poco probable que un paciente con un nivel adecuado de alfabetización de salud, capaz de entender y actuar sobre información de la salud se convierta en un policonsultante. Este riesgo disminuye considerablemente si se toma en cuenta un Sistema de Salud que trabaja en pos de la creación de un ambiente adecuado para pacientes con bajo alfabetismo de salud, a través de la supresión del uso de un lenguaje innecesariamente complejo, de la síntesis de indicaciones y de la confirmación del entendimiento por parte del individuo. Si consideramos el costo de un paciente policonsultante como monetario al consumir recursos humanos de la consulta y como espacial al consumir recursos físicos de la consulta, obtenemos un costo real de un gran impacto para cada consultorio u hospital. Un paciente con baja alfabetización de salud se caracteriza por hacer un escaso uso de las instancias preventivas del sistema de salud,

tales como los diagnósticos gratuitos que se ofrecen en los Cesfam, así como también de registrar un pobre control de las enfermedades crónicas y de cometer errores con respecto a medicamentos y seguimiento de tratamientos. Todo lo anterior confluye en la sobre utilización del sistema de urgencia, ya que el paciente en momentos de crisis no acude a instancias preventivas, sino que solicita que su problema sea solucionado rápidamente. En estas instancias la atención es económicamente superior en valor a si se hubiese llevado a cabo en un consultorio, ya que la hora/médico en urgencia cuesta más que en horario normal de atención y el aumento del tiempo de espera en urgencia tiene un costo superior al tiempo de espera en consultorio. Las implicancias de contar con una población donde los individuos poseen un nivel adecuado de alfabetismo de salud se observan en variados ámbitos, tales como la capacidad de los pacientes en esbozar mejores diagnósticos en la primera consulta, habilidades para comprender de forma más fidedigna las indicaciones de los médicos, lo que a su vez converge en menos consultas a mediano/largo plazo, así como también más conciencia en la automedicación y un factor fundamental que radica en el aprendizaje y movilidad por el sistema de salud que van generando en el tiempo los pacientes con un nivel adecuado de alfabetización de la salud.

Uno de los atributos más destacables de un paciente con alfabetismo de salud es la *prevención*, la cual es un beneficio bilateral, es decir, le otorga resultados positivos a la salud del paciente al atacar con anterioridad la enfermedad y, por otro lado, genera externalidades positivas al Sistema de Salud ya que provoca el uso de las instancias preventivas en desmedro de las instancias de urgencia, por lo que se crea el espacio para realizar tratamientos más completos, derivar a especialistas, en definitiva hacer un uso de recursos de forma más eficiente y efectiva, contando con una población que conoce su salud, que sabe que prevenir es curar y capaz de mantener un buen estado de inmunidad al trabajar en conjunto (familiar y comunitario), con una mentalidad de valorar como un bien preciado a la salud y no sólo como un bien dado.

## **Recomendaciones Sistema de Salud**

Formas Simples para mejorar la Alfabetización de la Salud y la Comunicación con el Paciente.

### ***Mejorar la Comunicación Verbal***

- Hablar lentamente
- Simplificar el lenguaje, evitando la jerga técnica
- Usar la técnica de entregar al paciente entre 2 a 3 conceptos a la vez y chequear que haya entendido la información preguntando de vuelta
- Usar la técnica de “contrapregunta” pidiéndole al paciente que explique las indicaciones en sus propias palabras. Decir “Dígame que hará y muéstreme cómo lo va a hacer”
- Durante la consulta o discusión permanezca sentado

### ***Modificar el Lenguaje Escrito***

- Simplificar el lenguaje, usar palabras comunes
- Escribir en primera persona
- Escribir instrucciones para el hogar simples y enumerar los pasos en que deben llevarse a cabo
- Lea y repase las instrucciones con el paciente. Subraye o haga un círculo sobre los puntos clave
- Utilizar imágenes y diagramas para apoyar la información escrita

### ***Crear un ambiente Libre de Vergüenza***

- Envolver a todo el staff en el esfuerzo de simplificar y clarificar el lenguaje escrito y oral. Revisar formularios, procedimientos de admisión, contactos telefónicos, interacciones uno a uno

- Ofrecer gentilmente ayuda con todo el papeleo
- Brindar apoyo a los pacientes argumentando que mucha gente tiene dificultades con la información del cuidado de la salud y que usted lo puede ayudar
- Instalar un sistema para revisar los medicamentos, instrucciones de tratamientos y confirmaciones de citas, antes que el paciente la consulta
- Realizar llamadas de seguimiento y recordación para chequear el entendimiento y cumplimiento

#### *Usar los recursos disponibles*

- Los miembros de la familia pueden actuar como lectores sustitutos y reforzadores del cuidado de la salud en el hogar
- Preguntarle al paciente si quisiera invitar a un miembro de la familia o amigo para acompañarlo en la fase de apoyo psicológico y planificación

La baja alfabetización de la salud provoca que los pacientes cometan más errores con respecto a los medicamentos: toman más de la cuenta, no respetan los ciclos de ingesta y se auto medican. Para minimizar estas barreras existentes en el cuidado de la salud es preciso mejorar la comunicación oral, mejorar la forma en que se prescriben los remedios y mediante la generación de material educativo eficiente.

Hoy en día, según lo que pudimos constatar en los consultorios y hospitales que visitamos, la comunicación entre los médicos y pacientes dista mucho de ser fluida y óptima. Si uno hiciese un catastro a la salida del box de consulta de pacientes, veríamos que la mayoría de éstos recuerda menos de la mitad de la información que recién les ha sido entregada por su médico. Para perfeccionar las visitas de los pacientes, una estrategia simple y efectiva puede ser la de fomentarlos a llevar sus medicamentos a la consulta y asistir con un miembro de la familia, de tal forma de conocer sus costumbres y que su acompañante actúe como un segundo oyente y apoyo en el tratamiento. Es importante también que las indicaciones que los médicos entreguen en la consulta no sean de forma rápida y como si fuera un monólogo, sino que es fundamental ralentizar

la forma de entregarlas, considerar las preocupaciones de los pacientes y confirmar su comprensión. Lo principal es evitar la pregunta ¿Le quedó claro?, ya que generalmente se recibirá un “sí” de respuesta. Existe una relación decidora, que consiste en que los pacientes con baja alfabetización de la salud son menos abiertos a realizar preguntas para tratar de entender completamente la información, lo que produce una especie de círculo vicioso. Teniendo en cuenta que muchos pacientes sienten vergüenza de preguntar por falta de vocabulario o falta de confianza, los médicos pueden realizar preguntas como ¿Sé que le he entregado mucha información y que por su cabeza debe estar sobrecargada? ¿Cuál es su primera pregunta?, siempre tratando de lucir relajados e interesados, sin demostrar apuro o distracción.

Cuando se prescriben medicamentos se debe ser específico y concreto. La mayoría de los médicos dicen a sus pacientes el nombre del medicamento y para qué es, pero no detallan cómo usarlo, lo que provoca que muchas personas yerren al momento de ingerirlos o se confundan con las instrucciones de etiquetas cuando están tomando más de un remedio a la vez. Es decir, entre más simples y más precisas sean las instrucciones de los médicos, más fácil les será a los pacientes entender cómo ingerir los medicamentos. Se deben considerar datos como los siguientes:

- Nombre del medicamento
- Para qué es y cómo beneficiará al paciente
- Cómo tomar la medicina incluyendo la dosis
- Cuándo tomar la medicina (momento u hora del día), buscando relación con alguna actividad cotidiana (desayuno, antes de acostarse)
- Por cuánto tiempo continuar tomando el medicamento
- Qué hacer con respecto a la comida y otros remedios
- Qué efectos secundarios esperar



En los Consultorios y Hospitales siempre hay información para los pacientes, material educativo y folletos pegados en murales, en las paredes o depositados en las salas de espera. Sin embargo, muchas veces esta información no es concreta, es escasamente motivadora, poco práctica, extensa, está escrita en lenguaje formal y por individuos con elevada alfabetización de salud, además de muchas veces poseer letras ilegibles para personas mayores. Por lo tanto, estos materiales educacionales deberían responder afirmativamente las siguientes preguntas:

- ¿Es claro el mensaje?
- ¿Es legible la información?
- ¿El folleto es personal y en tono de conversación?
- ¿Es manejable la información o es muy extensa?
- ¿El esquema del folleto es amigable con el usuario?
- ¿Las ilustraciones transmiten el mensaje?

Finalmente el material educativo impreso en folletos será más efectivo cuando los responsables de impartir la salud lo utilicen para argumentar la información que están entregando a sus pacientes.

<b>Número</b>	<b>Tips para Mejorar Comunicación</b>
<b>1</b>	Disminuir la velocidad
<b>2</b>	Limitar la información clave de 3 a 5 puntos
<b>3</b>	Utilizar un Lenguaje Informal
<b>4</b>	Apoyar información usando modelos, ilustraciones o dibujos
<b>5</b>	Resumir puntos claves acerca de cuáles son los pasos a seguir o qué necesita hacer el paciente
<b>6</b>	Confirmar que el paciente haya entendido usando el método de contrapregunta (pedirle que repita las instrucciones y gentilmente corregir cualquier error o confusión)
<b>7</b>	Ser honesto, positivo y motivador

Una iniciativa digna de imitar es la llevada a cabo en EE.UU. por la Fundación de Universidades Americanas de Medicina (American College of Physicians), a través de la creación de una Revista bajo el nombre “Viviendo con Diabetes”, que consiste en una guía de uso diario para el afectado y su familia. La finalidad de la guía es poder controlar la diabetes y sentirse mejor, mediante pequeños cambios capaces de marcar la diferencia, como por ejemplo comer más saludable, hacer ejercicio, lidiar con las altas y bajas de azúcar, tomar los medicamentos y aprender sobre la insulina. La gran innovación de esta guía radica en el fuerte uso de imágenes para ilustrar cantidades adecuadas de comidas y cantidades muy grandes de comidas. Asimismo la guía acierta en comunicar efectivamente qué ingredientes son adecuados para los pacientes que sufren diabetes, por ejemplo a través de fotografías a platos de comida bajos en carbohidratos. Otro aspecto interesante de esta revista es el acompañamiento en las ilustraciones de objetos que sirven de medidas universales, como por ejemplo una cajetilla de cigarrillos, una pelota de béisbol, papas del tamaño del puño de la mano, etc. Una indicación muy fácil de recordar consiste en la definición que dentro de la revista se le otorga a un Plato Saludable. Se le pide a los pacientes pensar en un plato dividido en tres partes: verduras, proteínas y carbohidratos, consistiendo la fotografía de este plato en la mitad de verduras, un cuarto de proteínas y un cuarto de carbohidratos. A lo largo de toda la revista se hacen comparaciones por grupo alimenticio, es decir, carbohidratos, proteínas, verduras, ilustrando qué porciones están correctas y cuáles incorrectas, además de mencionar qué alimentos contienen ingredientes de estos grupos alimenticios. Finalmente, esta guía alude comentarios de pacientes, médicos y enfermeras que participaron en su creación para cada uno de los temas que allí se tocan, lo que genera una sensación de cercanía del lector y su experiencia con la realidad de los involucrados en la revista y acerca los problemas de ambos grupos creando aprendizaje.

Esta guía fue creada fue creada en conjunto entre Equipos Nacionales de Diabetes y expertos de comunicación y alfabetización de la salud. Se revisaron todos los materiales existentes de educación para pacientes diabéticos y se condujeron Focus Groups en 5 estados de EE.UU. en el sector público y privado. Participaron más de 100 pacientes, más de 100 proveedores de la salud (médicos, enfermeras, farmacéuticos y nutricionistas). La guía está enfocada en el hacer y en un tono directo, personalizado y

de conversación, con un fuerte apoyo en las imágenes. Frases motivadoras como “tú puedes hacerlo” y listas de verificación de actividades, son iniciativas que logran un acierto en cuanto al involucramiento del paciente con e tratamiento.

Existe una herramienta publicitaria creada en EE.UU. llamada “Pregúntame 3” (Ask Me 3), cuyo objetivo es mejorar la comunicación entre médicos y pacientes, de tal forma de hacerla más eficiente. Consiste en un programa para fomentar a los pacientes a realizar preguntas claves a sus médicos, de tal forma de direccionar cada una de las consultas y de enfocarse en lo fundamental, considerando que el paciente no quede con preguntas sin responder y que el médico cumpla con su labor de informar lo realmente importante. La forma de llevarlo a cabo es pegando los folletos de “Pregúntame 3” en los consultorios, hospitales y clínicas. El folleto consta de 3 preguntas que los pacientes deberían hacerle a sus médicos:

- ¿Cuál es mi problema principal?
- ¿Qué necesito hacer?
- ¿Por qué es importante que haga esto?

## Recomendaciones Etiqueta Nutricional

La información y distribución de los datos correspondientes a una etiqueta nutricional tipo en Chile generan variados problemas en la población, que van desde un entendimiento errado al paso por alto de datos fundamentales, que simplemente las personas no logran ver.

Los principales problemas que se generan a partir de una etiqueta nutricional tipo son:

- Muchas personas no entienden dónde está la información nutricional de las calorías. El hecho de que la información acerca de las calorías aparezca bajo el nombre de Energía (kcal) provoca muchísimas dudas en las personas que observan la etiqueta nutricional.
- No se entiende el concepto calorías, ya que la mayoría de las personas lo asocia a algo malo, nocivo para la salud, cuando en realidad es algo necesario que en exceso o escasez genera problemas para la salud. Es decir, la dieta de cada persona debería tener entre 2.000 y 2.500 calorías diarias. Por lo tanto, un valor de calorías diario inferior o superior al rango anterior es nocivo para la salud.
- A lo largo de la investigación hubo declaraciones dignas de rescatar, ya que grafican de muy buena manera la relación de los pacientes con la información nutricional y el uso que éstos le otorgan a los datos allí presentes, como por ejemplo:
  - “Hace mal comer tanto helado porque yo sé que tiene mucha grasa, más grasa que leche”. Esto se hizo con los datos nutricionales de cada componente alimenticio del helado en la mano.
  - “No tengo idea cómo saber cuántas calorías tiene un alimento”. También se declaró esto con la información nutricional en la mano.
  - “La información entregada en las etiquetas nutricionales no es verídica. Las empresas mienten. Lo sé porque trabajé en una de ellas”.
- Un dato no menor es el correspondiente a la dificultad que planteó un porcentaje significativo de la muestra en leer la información nutricional que se preparó para la encuesta, es decir, la etiqueta nutricional de un envase de helado (Ver Anexo). Esto considerando que se hizo con un tamaño superior

en un 300% al tamaño estándar original. Por lo tanto, si una parte de la población encuestada tuvo problemas para leer una etiqueta de este tamaño, éstos simplemente no podrían leer una etiqueta estándar de tamaño original y, además, el número de individuos con dificultades para leer este tipo de información aumentaría considerablemente.

Por lo tanto, las recomendaciones que saltan a la vista luego de los problemas que demostró la muestra con respecto a la encuesta consisten en:

- Reorganizar la información existente en las etiquetas nutricionales
- Agrandar el tamaño de las letras de la etiqueta
- Incorporar en la etiqueta nutricional imágenes para esclarecer la cantidad de porciones por envase, cuya información fue vagamente percibida por la población, ya que las personas saltaban inmediatamente a los valores calóricos, de grasas, sodio, etc. De esta forma se busca destacar la cantidad de porciones que existen por envase, ya que la gente no logra ver esta información.
- Cambiar orden de columnas de 100 ml y 1 porción, ya que las personas tienden a confundirse con la información presente en la columna que sigue inmediatamente a la descripción del componente del alimento. Al aparecer en orden en primer lugar la columna de 100 ml y luego la columna porción (de izquierda a derecha), se genera una confusión en la personas ya que por rapidez observan los números que están a su disposición más cerca y absorben la información por 100 ml cuando en realidad el dato más valioso y el necesario en la mayoría de los alimentos para bosquejar un valor aproximado del consumo diario de calorías, es el componente por porción más que por 100 ml, ya que las medidas suelen hacerse “al ojo”, por porción más que por mililitros que es una medida si bien más exacta, mucho más complicada.
- Una buena medida consiste en la posibilidad de agrupar los ingredientes por riesgo, ya que los individuos encuestados tendían a leer solamente los tres o cuatro primeros de un total de 12 lo que corresponde al 33%.

## **REFERENCIAS**

- American Medical Association. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. JAMA 1999; 281: 552–557.
- Andrus MR, Roth MT. Health literacy: a review. Pharmacotherapy 2002; 22: 282–302.
- Burnham E, Peterson EB. Health information literacy: a library case study. Libr. Trends 2005; 53: 422–433.
- Davis, Terry et al. 2002. Administration Manual of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine.
- Evans, R.G., & Stoddart, G.L. (2003). Consuming research, producing policy? American Journal of Public Health, 93(3), 371-379.
- Joint Committee on National Health Education Standards. National health education standards: Achieving health literacy. Kent: American School Health Association, 2005. ERIC No. ED386418.
- Kellerman, R., (1999), “Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs”, Journal of the American Medical Association.
- Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. Health Promot. Int. 2001; 16: 289–297.
- Levin-Zamir D, Peterburg Y. Health literacy in health systems: perspectives on patients in Israel. Health Promot. Int. 2001; 16: 87– 94.
- Mancuso, Josephine M. Nursing and Health Sciences, 2008, 10, 248-255. Health literacy: A concept/dimensional analysis.

- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA (eds). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: The National Academies Press, 2004.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communications strategies into the 21st century. *Health Promot. Int.* 2000; 15: 259–267.
- Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurse JR. 1995. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills.
- Parker R, Kreps GL. Library outreach: overcoming health literacy challenges. *J. Med. Libr. Assoc.* 2005; 93: S81–S85.
- Pawlak, Roberta. *Nursing Economic\$*/ July-August 2005/Vol.23/No.4. Economic Considerations of Health Literacy.
- Rudd RE, Renzulli D, Pereira A, Daltroy L. Literacy demands in health care settings. In: Schwartzberg JL, VanGeest JB, Wang CC (eds). *Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health*. Chicago: American Medical Association, 2005; 69–84.
- Speros C. Health literacy: concept analysis. *J. Adv. Nurs.* 2005; 50: 633–640.
- Tkacz, Victoria L.; Metzger, Anne; Pruchnicki, Maria C. Health Literacy in Pharmacy, *Am J Health-Syst Pharm.* 2008; 65:974-81.
- Weiss BD, Mays MZ, Martz W, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *AnnFamMed.* 2005; 3(6):514-522.
- Weiss, Barry et al. 2005. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sing.

- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.
- Atención Primaria y Salud Familiar 2008, Prof. Ivonne Ahlers, Universidad de Chile - Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar. Presentación PowerPoint.
- Centros de Salud Familiar, Dr. Luis Leiva Godoy, Médico Familiar Usach. Presentación PowerPoint.
- Compendio Estadístico INE 2007, “Pirámide de la Población Chile”
- Diabetes & Hormone Center of the Pacific, David Fitz-Patrick M.D., F.A.C.P., F.A.C.E. <http://www.endocrinologist.com/Espanol/>
- Encuesta Nacional de Salud, 2004. Gobierno de Chile - Ministerio de Salud.
- La Inserción de la Medicina Familiar en los Sistemas de Salud, Dr. Luis Leiva Godoy, Médico Familiar Usach. Presentación PowerPoint.
- Red de Centros de Salud Familiares Áncora UC. <http://www.ancora.cl/>
- Redes de Salud y Modelo de Atención, Dra. Adriana Fuenzalida R. División de Gestión de Red Asistencial, Gobierno de Chile - Ministerio de Salud. Presentación PowerPoint.
- World Health Report, The. <http://www.who.int/whr/en/>
- 60 Centros Comunitarios de Salud Familiar, Medidas Primeros 100 días, Gobierno de Chile – Ministerio de Salud. Presentación PowerPoint.



## **CONCLUSIONES**

Tras la realización de esta investigación hemos generado aprendizaje en distintas áreas, que van del conocimiento, trabajo en grupo, análisis de datos, confección, realización y aplicación de encuestas, dar un uso adecuado a las bases de datos electrónicas, hasta la organización de pautas de trabajo, coordinar entrevistas, reuniones y conseguir permisos o autorizaciones para impartir encuestas en Instituciones de la Salud.

Nuestro conocimiento se vio aumentado en primer lugar en las áreas de la salud, ya que tuvimos que conocer desde el funcionamiento del sistema de salud en Chile hasta el concepto de los Centros de Salud Familiar que para nosotros eran totalmente desconocidos. Por lo tanto, gracias al desarrollo del Seminario de Título nuestro juicio con respecto al Sistema de Salud Público en Chile es más informado y con un mayor bagaje. Asimismo, nuestro conocimiento en áreas relacionadas a la Ingeniería Comercial se vio satisfactoriamente acrecentado en temas relacionados al Marketing principalmente. En los últimos meses que estuvimos dedicados a nuestra tesis, hemos ahondado en conceptos relacionados a la confección de encuestas y Metodología de la Investigación, el análisis de datos a través del programa SPSS y de Excel a través de Tablas Dinámicas. Un trabajo de este tipo es más bien un proyecto, sobre todo si se considera el hecho de que esta tesis fue realizada por dos personas. Trabajar en grupo puede ser muy agradable o absolutamente desagradable. Ambos tuvimos de los dos tipos de experiencias a lo largo de la carrera, por lo que en esta ocasión decidimos desde un principio hacer un trabajo organizado, con una pauta de trabajo clara, definiendo reuniones semanales y coordinando nuestro trabajo día a día alineando lo necesario para la respectiva siguiente reunión. Ahora que el trabajo llega a su fin podemos decir que lo principal para obtener un resultado positivo es confiar en el compañero de trabajo, en su profesionalismo y responsabilidad, porque de esta forma se genera un ambiente de trabajo adecuado para el desenvolvimiento natural en cada una de las reuniones. Otro aspecto fundamental es el compromiso que cada integrante deposita en el proyecto a llevar a cabo: desde un principio nuestra intención fue realizar un trabajo que no quedara en la montonera junto con otros, sino que algo que por lo menos para nuestros ojos fuese valor agregado. Por ende, nuestra actitud reunión a reunión era de mucho ánimo, motivación hacia el otro y frente al trabajo y de discusión de todas las ideas por muy irrisorias o descabelladas que pudiesen ser. A través de la realización de la

encuesta a aplicar para nuestro proyecto, nos dimos cuenta que no existe la encuesta perfecta, ya que cada persona interpreta las preguntas de una forma distinta. Lo importante es aplicar el estudio a toda la población de la misma forma, entendiéndose tonalidad de la voz, uso de las mismas palabras y rigidez en cuanto a la solicitud de muchas personas por algún tipo de explicación, asimismo en cuanto al criterio aplicado para clasificar a los encuestados. Un descubrimiento muy llamativo para nosotros fue el acceso a bases de datos electrónicas, tales como EBSCO. El uso que se le puede otorgar a esta herramienta es infinito. Gracias a esta plataforma pudimos reunir un sinnúmero de papers relacionadas a la alfabetización de la salud y sin movernos de nuestro escritorio. Esto significó un ahorro de tiempo y desplazamientos inconmensurables, lo que a su vez nos permitió contar con una mayor cantidad de información y la posibilidad de hacer un análisis más detallado y del espectro completo sin dejar de lado información relevante.

Además aprendimos que Internet es una herramienta muy poderosa, que acerca a las personas y posiciona el conocimiento al alcance de la mano, aunque uno se encuentre en el último rincón del mundo. Esto lo decimos porque a lo largo de nuestra investigación dimos con un test creado en EE.UU. y también validado al español, cuyo nombre es REALM. La creadora de este documento es la Dra. Terry Davis, a quien contactamos para hacerle algunas preguntas acerca de su estudio y debido a su amable acogida nos comunicamos en repetidas oportunidades, hasta que decidió enviarnos el estudio libre de cargos desde Estados Unidos hasta la puerta de la casa de Felipe Terrazas. Es decir, hoy en día es fundamental atreverse a generar lazos más allá de nuestros límites territoriales, ya que esa es la ventaja de las redes comunicacionales: siempre habrá otra persona en el mundo interesada en lo que se puede hacer con herramientas creadas por ellos y el impacto que pueden tener en la creación de contenido y el hecho de significar un grano de arena en la mejora de un sistema de salud. No olvidemos que antes de la necesidad económica de los seres humanos, que por cierto es muy válida, está la vocación que lleva a éstos a la creación de soluciones para problemas. Por ende, en algunas situaciones los encargados de estudios o tests cuya forma de adquirirlos sea a través de un cargo por Internet, estarán felices de compartirlos gratuitamente si la finalidad es científica o en beneficio de la sociedad.

*“Las grandes obras de las instituciones, las sueñan los santos locos, las ejecutan los luchadores natos, las disfrutan los felices cuerdos, y las critican los inútiles crónicos...”*

Bertolt Brecht

**ANEXOS**

## NVS Original

<b>Información Nutricional</b>	
Tamaño de la Porción	½ taza
Porciones por envase	4
Cantidad por porción	
Calorías 250	Cal Grasa 120
	%DV
<b>Grasa Total</b> 13g	20%
Grasas Sat 9g	40%
<b>Colesterol</b> 28mg	12%
<b>Sodio</b> 55mg	2%
<b>Total Carbohidratos</b> 30g	12%
Fibra <sup>§</sup> Dietéticas 2g	
Azúcares 23g	
<b>Proteína</b> 4g	8%

\*Porcentaje de Valores Diarios (DV) se basan en una dieta de 2.000 calorías. Sus valores diarios pueden ser mayores o menores dependiendo de las calorías que usted necesite.

**Ingredientes:** Crema, Leche Descremada, Azúcar Líquida, Agua, Yemas de Huevo, Azúcar Morena, Aceite de Cacahuete (Maní), Azúcar, Mantequilla, Sal, Carragenina, Extracto de Vainilla.

		ANSWER CORRECT ?	
		YES	NO
READ TO SUBJECT: Esta información aparece en el reverso de un envase de helado.			
1	Si usted se come todo el helado en el envase, ¿cuántas calorías habrá consumido?		
Respuesta	1,000		
2	Si a usted le recomendaron consumir 60 g de carbohidratos en la merienda, ¿cuánto helado puede comer?		
Respuesta	Cualquiera de: Hasta un máximo de una taza Una taza La mitad del envase Nota: Si el/la paciente responde "dos porciones", pregúntale "¿Cuánto helado sería si usted lo midiera en un plato?" La respuesta correcta es cualquiera de las tres escritas arriba.		
3	Su médico le aconseja reducir la cantidad de grasas saturadas en su dieta. Usted normalmente consume 42 g de grasa saturada al día, que incluye una porción de helado. Si deja de comer helado, ¿cuántos gramos de grasa saturada consumiría cada día?		
Respuesta	33 g		
4	Si usted normalmente come 2,500 calorías en un día, ¿qué porcentaje de su valor diario de calorías habrá consumido si se come una porción?		
Respuesta	10%		
Usted es alérgico/a a las siguientes sustancias: Penicilina, cacahuete (maní), guantes de latex y picaduras de abeja.			
5	¿Puede comer este helado con seguridad?		
Respuesta	No		
6	(Solamente si responde "no" a pregunta 5): "¿por qué no?"		
Respuesta	Porque tiene aceite de cacahuete (maní)		
Total Correct			

## NVS Modificado

INFORMACIÓN NUTRICIONAL		
Porción : 1 Taza (200 ml)		
Porciones por envase: 4		
	100 ml	1 Porción
Energía (kcal)	125	250
Proteínas (g)	2	4
Grasa Total (g)	7	14
Grasa Saturada (g)	5	10
Colesterol (mg)	14	28
Hidratos de Carbono (g)	15	30
Sodio (mg)	28	56
Ingredientes: Crema, Leche Descremada, Azúcar Líquida, Agua, Yemas de Huevo, Azúcar Morena, Aceite de Maní, Azúcar, Mantequilla, Sal, Carragenina, Extracto de Vainilla.		

Buenos días/Buenas tardes, somos estudiantes de Ingeniería Comercial de la Universidad de Chile y estamos haciendo un estudio sobre la alfabetización de la salud. Le agradeceremos si nos puede ayudar contestando estas preguntas que no le tomará más de 5 minutos.

¿Usted padece alguna de las siguientes enfermedades? (si padece de más de una marque la de mayor relevancia para usted):

- a) Hipertensión
- b) Diabetes
- c) Infección Respiratoria
- d) Salud Oral
- e) Otra: \_\_\_\_\_
- f) Ninguna

En caso de que padezca alguna enfermedad, ¿Se encuentra usted actualmente en tratamiento?

- a) Si
- b) No

En caso afirmativo: ¿Hace cuánto tiempo inició el tratamiento?

- a) 1 a 6 meses
- b) De 6 meses a 1 año
- c) De 1 a 5 años
- d) 5 años o más

¿Cada cuanto tiempo se controla?

- a) 1 vez a la semana o más
- b) Entre 2 y 3 veces al mes
- c) 1 vez al mes
- d) Entre 2 y 6 veces al año
- e) 1 vez al año
- f) Cada 2 años o más

¿Acostumbra a leer la información nutricional de los alimentos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Encuentra que es de fácil comprensión la etiqueta nutricional de los envases?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



	Respuesta Correcta?	
	SI	NO
Lea atentamente la información que aparece en el reverso de un envase de helado.		
1- Si usted se come todo el envase de helado, ¿Cuántas calorías habrá consumido?		
<i>Respuesta: 1000 calorías</i>		
2- Si a usted le recomendaron consumir 60 g de Hidratos de Carbono en el almuerzo, ¿cuánto helado puede comer?		
<i>Respuesta: Hasta un máximo de dos tazas, Dos tazas, La mitad del envase</i>		
Nota: Si el/la paciente responde "dos porciones" pregúntele ¿Cuántas tazas? La respuesta es cualquiera de las puestas arriba		
3- Si usted come todos los días una porción helado y un día deja de comer, ¿Cuánta grasa saturada menos tendrá su dieta?		
<i>Respuesta: 10 g</i>		
4- Si usted normalmente come 2.500 calorías en un día, ¿Qué porcentaje de su valor diario de calorías habrá consumido si se come una porción?		
<i>Respuesta: 10%</i>		
Suponga que usted es alérgico/a a las siguientes sustancias: Penicilina, Maní, Guantes de Látex y Picaduras de abeja.		
5- ¿Puede comer este helado con seguridad?		
<i>Respuesta: No</i>		
6- (Solamente si responde "no" a la pregunta 5): ¿Por qué no?		
<i>Respuesta: Porque tiene aceite de Maní</i>		
Totales		

¿Cuándo fue la última vez que leyó un libro?

1 mes \_\_\_\_ 3 meses \_\_\_\_ 6 meses \_\_\_\_ 12 meses \_\_\_\_ Más de 1 año \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: 18-24\_\_ 25-34\_\_ 35-44\_\_ 45-54\_\_ 55-64\_\_ 65 o más\_\_

Estado civil: Casado(a)\_\_ Soltero(a)\_\_ Viudo(a)\_\_ Divorciado(a)\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_

Estudios: Bas Incompleta \_\_ Bas Completa\_\_ Media Incompleta\_\_ Media Completa\_\_

Superior (Técnica) Incompleta \_\_ Superior (Técnica) Completa \_\_ Ninguno \_\_

Trabaja: Si\_\_ No\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nº Integrantes de la Familia: \_\_\_\_\_

## Grupo / Nivel de Alfabetización de la salud

Grupo \* Nivel de Alfabetización de la Salud Crosstabulation

		Nivel de Alfabetización de la Salud			Total
		Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto	
Grupo	Grupo 3 (Sin H o D)	10	31	9	50
	Grupo 1 (Hipertensos)	16	13	1	30
	Grupo 2 (Diabéticos)	13	14	3	30
Total		39	58	13	110

## Leyó libro último año/ Nivel de Alfabetización de la Salud

Libro\_último\_año \* Nivel de Alfabetización de la Salud Crosstabulation

			Nivel de Alfabetización de la Salud			Total
			Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto	
Libro_ultimo_año	Leyó libro en el último año	Count	16	35	10	61
		% within Libro_ultimo_año	26.2%	57.4%	16.4%	100.0%
	No leyó un libro en el último año	Count	23	23	3	49
		% within Libro_ultimo_año	46.9%	46.9%	6.1%	100.0%
Total		Count	39	58	13	110
		% within Libro_ultimo_año	35.5%	52.7%	11.8%	100.0%

## Nivel de educación / Nivel de Alfabetización de la Salud

Estudios \* Nivel de Alfabetización de la Salud Crosstabulation

		Nivel de Alfabetización de la Salud			Total	
		Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto		
Estudios	Básica incompleta	Count	7	7	0	14
		% within Estudios	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
	Básica completa	Count	4	3	0	7
		% within Estudios	57.1%	42.9%	.0%	100.0%
	Media incompleta	Count	6	10	0	16
		% within Estudios	37.5%	62.5%	.0%	100.0%
	Media completa	Count	16	17	3	36
		% within Estudios	44.4%	47.2%	8.3%	100.0%
	Superior/Técnica incompleta	Count	2	4	3	9
		% within Estudios	22.2%	44.4%	33.3%	100.0%
	Superior/Técnica completa	Count	3	17	7	27
		% within Estudios	11.1%	63.0%	25.9%	100.0%
Ninguna	Count	1	0	0	1	
	% within Estudios	100.0%	.0%	.0%	100.0%	
Total	Count	39	58	13	110	
	% within Estudios	35.5%	52.7%	11.8%	100.0%	

## Sexo / Nivel de Alfabetización de la Salud

Sexo \* Nivel de Alfabetización de la Salud Crosstabulation

		Nivel de Alfabetización de la Salud			Total	
		Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto		
Sexo	Femenino	Count	22	38	11	71
		% within Sexo	31.0%	53.5%	15.5%	100.0%
	Masculino	Count	17	20	2	39
		% within Sexo	43.6%	51.3%	5.1%	100.0%
Total		Count	39	58	13	110
		% within Sexo	35.5%	52.7%	11.8%	100.0%

## Tratamiento / Nivel de Alfabetización de la Salud

¿Se encuentra actualmente en tratamiento? \* Nivel de Alfabetización de la Salud Crosstabulation

		Nivel de Alfabetización de la Salud			Total	
		Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto		
¿Se encuentra actualmente en tratamiento?	Si	Count	26	32	5	63
		% within ¿Se encuentra actualmente en tratamiento?	41.3%	50.8%	7.9%	100.0%
	No	Count	5	4	1	10
		% within ¿Se encuentra actualmente en tratamiento?	50.0%	40.0%	10.0%	100.0%
Total		Count	31	36	6	73
		% within ¿Se encuentra actualmente en tratamiento?	42.5%	49.3%	8.2%	100.0%

## Tenga cuidado con las porciones de su comida

- Puede ser que las porciones de su comida sean muy grandes. Una de las formas más importantes de controlar su diabetes es comer porciones más adecuadas.



Observe estos platos. Los platos en la izquierda tienen mucha comida. Las porciones son muy grandes. Los platos en la derecha tienen la cantidad correcta.

PORCIONES MUY GRANDES



PORCIONES MUY GRANDES

PORCIONES ADECUADAS



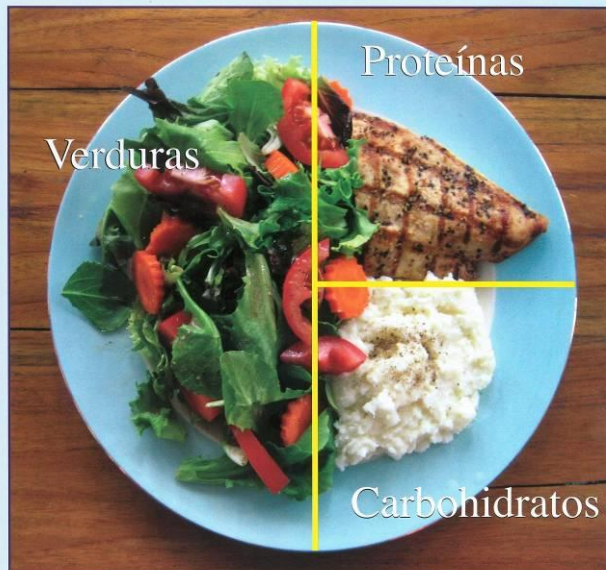
PORCIONES ADECUADAS



5

## Un plato saludable

Piense en su plato dividido en 3 partes: verduras, proteínas y carbohidratos.



9

## Como usar la insulina

1. Escoja una parte de su cuerpo que tenga grasa, como por ejemplo:

- su estómago, pero NO muy cerca de su ombligo
- la parte entre su brazo y su codo
- los lados de sus muslos o caderas

*La insulina debe de ser inyectada en la grasa y NO en las venas.*



2. Limpie su piel antes de inyectarse. Use una toallita con alcohol o agua y jabón.



3. Si toma más de un tipo de insulina, revise la etiqueta y asegúrese que está usando la insulina correcta.



4. Cuando use un frasco nuevo, quítele la tapa de plástico.



5. Limpie la tapa de goma con una toallita de alcohol.

41

## Consejos sobre las porciones



*"La porción correcta de la carne es tan grande como un paquete de barajas."*



*"Cuando salgo a comer a restaurantes pongo la mitad de mi comida en una caja para llevar. ¡Así tengo dos comidas por el precio de una y no como tanto!"*



*"Me encanta la fruta, pero no la como en exceso. Como una pera o manzana de la medida del tamaño de una pelota de béisbol."*



6