



FACULTAD DE  
ARQUITECTURA  
Y URBANISMO

UNIVERSIDAD DE CHILE

# ESPERANDO EL TURNO DE ATENCIÓN

Implementación del Design Thinking en un Centro de Salud Familiar

Tesis para optar al título de Diseñadora Industrial



**BÁRBARA LETELIER SOTO**

PROFESORA GUÍA: PAOLA DE LA SOTTA LAZZERINI

SANTIAGO - CHILE  
DICIEMBRE 2017

# ESPERANDO EL TURNO DE ATENCIÓN

Implementación del Design Thinking en un Centro de Salud Familiar

Tesis para optar al título de Diseñadora Industrial

**BÁRBARA LETELIER SOTO**  
PROFESORA GUÍA: PAOLA DE LA SOTTA LAZZERINI

*"Lo propio del saber no es ni ver ni demostrar, sino interpretar."*

- Michael Foucault

A papá, por enseñarme el valor de los detalles, la paciencia y la dedicación.

A mamá, por enseñarme a luchar y por estar ahí siempre.

A mi hermano, por ser mi guía y mi mejor amigo.

A Diego, por acompañarme en la lucha y por su amor bondadoso.

A Claudia, por abrirme las puertas del Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca y

apoyarme en este proceso.

A los funcionarios del Centro de Salud, por compartir conmigo sus experiencias e historias,

colaborando siempre.

A Paola, por ser más que una profesora, por ser una amiga y por escuchar con pasión.

# RESUMEN

---

La presente tesis de investigación busca introducir la mirada de un diseñador (Design Thinking) en el ámbito de un servicio de salud pública, analizando la experiencia que viven usuarios y funcionarios en un Centro de Salud Familiar (CESFAM).

Se abordará la problemática del hacinamiento en las dependencias de un CESFAM como un síntoma de un problema de comunicación entre la institución y la población, buscando plantear estrategias que aporten al mejoramiento del servicio global.

Se busca con esta investigación, aplicar una metodología propia del diseño en un sector donde en la actualidad no se aplica y que presenta una problemática que escapa a las disciplinas de la salud o de la gestión.

Esta investigación es cualitativa, de tipo exploratoria-descriptiva. En su etapa exploratoria, se realiza una revisión del escenario a estudiar en el contexto nacional y local, estableciendo el funcionamiento institucional de todo lo referido al área de la salud, concentrando la atención en un establecimiento de Atención Primaria. En su etapa descriptiva determinará cuáles son las dinámicas que generan quiebres en la experiencia, contemplando la triada que da vida al servicio: el CESFAM, los usuarios y los funcionarios.

Para lograr recabar la información necesaria, se realiza un acuerdo con la administración del CESFAM, quien facilita un diagnóstico interno y entrega la posibilidad de investigar con libertad.

Como resultado se da con un diagnóstico acabado en los tres componentes que dan vida al servicio, como base para una proyección en el ámbito del diseño, constatando un problema comunicativo entre la institución y los usuarios, entre la institución y los funcionarios y entre los funcionarios y los usuarios.

Fue posible constatar que la problemática asociada a la información es la causal de la extensión en el tiempo de permanencia de los usuarios en las dependencias del CESFAM y repercute en el desempeño de los funcionarios y en la percepción de la calidad de servicio por parte de los usuarios, quienes ponen en el centro de sus expectativas atributos como la rapidez, el buen trato por parte de los funcionarios y la atención de salud de calidad.

Las limitaciones de este estudio están asociadas a la omisión del diseño como un paso lógico en el planteamiento de los servicios y por ende, a la escasez de recursos que se destinan a implementar este tipo de metodología en ámbitos que son propios de otras disciplinas.

Se recomienda en este sentido, un trabajo multidisciplinar que contemple tanto una visión de salud, de diseño y de psicología organizacional.

**Palabras clave:** Design thinking, Diseño de servicios, Diseño en salud, Atención primaria de salud.

# ABSTRACT

---

This thesis project considers the goal to establish a designer point of view (Design Thinking) in the scope of a community health service, analyzing the experience of users and workers experience in a family health center (CESFAM).

The overcrowding problem in the buildings of the CESFAM as a symptom of a communication issue between the institution and the population, looking for strategies that contribute to the improvement of global service.

With this research, we are going to try to apply a personal design methodology in a sector which currently does not and that presents a that escapes to the disciplines of health or management. This is a qualitative research, exploratory-descriptive type. In its exploratory stage, the study scenario will be checked in a national and local context, establishing the institutional functionalities referred to the Healthcare area, focusing the attention on a Primary service establishment.

The descriptive stage will determine what are the dynamics that create breaks in the experience, watching the triad that gives life to the service: the CESFAM, users, and staff. To obtain the essential information, an agreement with the administration of the CESFAM is made, who facilitates an internal diagnostic and delivers the possibility to freely investigate.

As result occurs with a diagnosis finished in the three components that give life to service, as a basis for a projection in the field of design, noting a communication problem between the institution and users, between the institution and officials and users.

It was conceivable to notice that the problems associated with information are the reason for the time extension of users permanence in the CESFAM and influences the performance of civil servants and the perception of the quality of service by users, who lay in the middle of expectations attributes such as speed, friendly staff, and quality health care.

The limitations of this study are related with the design omission as a logical step in the service planning and thus to the scarcity of intended resources to carry out this type of methodology in areas that are typical of other disciplines.

Is recommended in this sense, a multidisciplinary work that embraces both a vision of health, design and organizational psychology.

**Keywords:** Design thinking, Service Design, Health design, Primary health care.

# CONTENIDOS

## 1 PRESENTACIÓN PÁG. 15

- Pág. 16  
Introducción
- Pág. 18  
Caso de Estudio
- Pág. 20  
Hipótesis
- Pág. 21  
Objetivos
- Pág. 22  
Metodología

## 2 MARCO TEÓRICO PÁG. 25

- Pág. 26  
El Sistema de salud chileno
- Pág. 36  
El CESFAM Padre Manuel Villaseca
- Pág. 51  
Modelo cognitivo

## 3 MARCO METODOLÓGICO PÁG. 55

- Pág. 56  
La investigación cualitativa
- Pág. 60  
Diseño Centrado en el Usuario (DCU)
- Pág. 64  
Design Research
- Pág. 70  
Herramientas seleccionadas para la investigación

## 4 RESULTADOS PÁG. 79

- Pág. 80  
Observación no participante
- Pág. 98  
Entrevistas semi estructurada a usuarios
- Pág. 120  
Focus group con funcionarios

## 5 PROYECCIONES PÁG. 137

- Pág. 138  
Problemática en tres niveles
- Pág. 152  
Otros aportes al servicio

## 6 CONCLUSIONES PÁG. 155

Pág. 156

## 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS PÁG. 160

Pág. 161

## 8 ANEXOS PÁG. 163

Pág. 164

# ÍNDICE DE IMÁGENES Y FIGURAS

	PÁG.		PÁG.
Figura 1. El Caso de Estudio en las áreas y sub áreas de investigación.....	17	Figura 41. Ficha de registro, observación no participante N°2A.....	83
Imágen 1. Frontis CESFAM Padre Manuel Villaseca.....	19	Figura 42. Ficha de registro, observación no participante N°2B.....	84
Figura 2. Esquema de la Metodología de investigación.....	23	Figura 43. Diagnóstico inicial. Identificación de prestaciones y recorridos al interior del CESFAM (A).....	91
Figura 3. Categorización de beneficiarios de FONASA.....	29	Figura 44. Diagnóstico inicial. Identificación de prestaciones y recorridos al interior del CESFAM (B).....	92
Imágen 2. Captura de titular: Crisis de médicos especialistas en la salud pública.....	31	Figura 45. Diagnóstico inicial. Información educativa de salud y estadía prolongada por factores del contexto. ....	94
Imágen 3. Captura de titular: Hombre muere tras esperar ser atendido en Hospital de Talca.....	31	Figura 46. Diagnóstico inicial. Conclusiones y acciones a realizar.....	96
Figura 4. El Sistema de Salud Chileno.....	32	Figura 47. Herramienta, instrumento e insumos centrado en los usuarios.....	98
Figura 5. El sistema privado de salud.....	33	Figura 48. Simbología de resultados generales de entrevistas con usuarios (A).....	99
Figura 6. El sistema de salud público.....	34	Figura 49. Simbología de resultados generales de entrevistas con usuarios (B).....	100
Imágen 4. Fotografía Marcha 11 de Julio 2013 por la Salud Pública.....	35	Figura 50. Resultados generales de entrevistas (A).....	101
Figura 7. Mapa de cobertura territorial del CESFAM Padre Manuel Villaseca y la distribución geográfica de los sectores.....	37	Figura 51. Resultados generales de entrevistas (B).....	102
Figura 8. Layout del CESFAM Padre Manuel Villaseca con Sectores destacados.....	38	Figura 52. Resultados generales de entrevistas (C).....	103
Figura 9. Organigrama CESFAM Padre Manuel Villaseca.....	39	Figura 53. Viaje del usuario del CESFAM Padre Manuel Villaseca.....	104
Imágen 5. Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) CESFAM Padre Manuel Villaseca.....	40	Figura 54. Arquetipos de usuario del CESFAM Padre Manuel Villaseca.....	106
Figura 10. Gráfico de Solicitudes ciudadanas.....	41	Figura 54. Ficha de Arquetipo Exigente.....	108
Figura 11. Gráfico de causales de reclamos.....	42	Figura 55. Ficha de Arquetipo Experto.....	110
Figura 12. Gráfico de distribución de cobertura FONASA en usuarios CESFAM Padre Manuel Villaseca.....	42	Figura 56. Ficha de Arquetipo Resignado.....	112
Imágen 6. Carnets de usuarios CESFAM.....	43	Figura 57. Ficha de Arquetipo Indiferente.....	114
Imágen 7. Interior de carnet de niño usuario CESFAM.....	43	Figura 58. Ficha de Arquetipo Empático.....	116
Imágen 8. Interior de carnet de adulto mayor usuario CESFAM.....	43	Figura 59. Ficha de Arquetipo Afectivo.....	119
Figura 13. Esquema de funcionamiento del triaje al interior del CESFAM Padre Macual Villaseca.....	45	Figura 60. Herramienta, instrumento e insumos centrado en los funcionarios.....	120
Figura 14. Gráfico de evolución de población inscrita en CESFAMs a nivel comunal en Puente Alto.....	45	Figura 61. Presentación de los participantes del Focus Group.....	121
Figura 15. Gráfico de evolución de población inscrita en el CESFAM Padre Manuel Villaseca.....	45	Imágenes 13, 14, 15 y 16. Registro de Focus Group.....	123
Figura 16. Gráfico de variación de la población inscrita en los CESFAMs de la Comuna de Puente Alto.....	46	Figura 62. Respaldo de actividad de Cardsortin Cerrado (1).....	124
Figura 17. Gráfico de variación de estructura etárea de usuarios del CESFAM Padre Manuel Villaseca.....	46	Figura 63. Respaldo de actividad de Cardsorting cerrado (2).....	126
Figura 18. Gráfico de variación de estructura etárea a nivel comunal en Puente Alto.....	46	Figura 64. Respaldo de actividad de Cardsorting abierto.....	127
Figura 19. Esquema de protocolo de atención del Modelo de Acogida al Usuario.....	47	Figura 62. Temáticas de la discusión en el Focus Group con funcionarios.....	128
Figura 20. Carta de derechos y deberes de los pacientes.....	48	Figura 63. Contexto de trabajo y relación con usuarios (Focus group).....	129
Imagen 9. Compromisos Modelo de Acogida al Usuario.....	49	Figura 64. Impacto de la relación con los usuarios en la vida cotidiana de los funcionarios (Focus group).....	130
Imagen 10. Orientadora de sala CESFAM Padre Manuel Villaseca.....	49	Figura 65. Funcionamiento organizacional de la institución (Focus group).....	131
Figura 20. El Modelo cognitivo según la teoría de Aaron Beck.....	52	Figura 66. Comparativa de Cardsorting (A).....	132
Figura 21. Comparación de dos ejemplos de esquemas cognitivos diferentes.....	53	Figura 67. Comparativa de Cardsorting (B).....	134
Figura 22. El flujo de la investigación cualitativa.....	56	Figura 68. Acciones que se desprenden de la problemática en tres niveles.....	139
Figura 23. La triangulación del análisis cualitativo.....	58	Figura 69. Incoherencia comunicativa hacia el usuario.....	140
Figura 24. Flujo de una entrevista empática.....	59	Figura 70. Sectores por color (ubicación geográfica del usuario).....	141
Figura 25. La usabilidad como consecuencia del Diseño Centrado en el Usuario.....	61	Figura 71. Sectores por color (layout).....	142
Figura 26. Fases del Proceso de Diseño Centrado en el Usuario.....	62	Figura 72. Prestaciones transversales en los sectores (layout).....	143
Figura 27. Herramientas de investigación para el Diseño Centrado en el Usuario.....	63	Figura 73. Prestaciones transversales fuera de los sectores y sin color.....	144
Figura 28. Ejes de análisis del Design Research.....	64	Figura 74. Prestaciones transversales fuera de los sectores y con color.....	145
Figura 29. Herramientas del Design Research.....	65	Figura 75. Saturación de información hacia la comunidad en muros del CESFAM.....	146
Figura 30. Ficha de arquetipo.....	66	Figura 76. Información proveniente del servicio de salud (Ministerio de Salud).....	147
Figura 31. Mapa de atributos.....	67	Figura 75. Información proveniente del CESFAM sobre talleres.....	148
Figura 32. Fases del Viaje del Usuario.....	68	Figura 76. Factores que tensionan el servicio.....	149
Imágen 11. Ejemplo N° 1 de Viaje del Usuario.....	68	Figura 77. Señalética insuficiente.....	150
Imágen 12. Ejemplo N° 2 del Viaje del Usuario.....	69	Figura 78. Tiempo de espera prolongado.....	151
Figura 33. La triada que da vida al servicio y las herramientas para la investigación.....	70	Figura 79. Psicología organizacional.....	153
Figura 34. Herramientas, instrumentos e insumos de la investigación para La Triada del Servicio.....	71		
Figura 35. Ficha de registro de observación no participante.....	72		
Figura 36. Pauta de Entrevista semi estructurada a usuarios.....	75		
Figura 37. Pauta de Focus Group con funcionarios.....	76		
Figura 38. Herramienta, instrumento e insumos centrado en el contexto.....	80		
Figura 39. Ficha de registro, observación no participante N°1A.....	81		
Figura 40. Ficha de registro, observación no participante N°1B.....	82		

# GLOSARIO

- **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (OMS):** La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

- **MODELO CON ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA (MINSAL):** Se define como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

- **TRIAJE (OMS):** Método de selección y clasificación de pacientes empleado en la medicina de emergencias y desastres. Evalúa las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.”

- **RED ASISTENCIAL (MINSAL):** Se entiende como el conjunto de instituciones públicas que ofrecen prestaciones de salud, que están conectadas a través de las distintas instancias institucionales (todas las instituciones de salud están regidas por el Ministerio de Salud y sus Subsecretarías).

- **CORPORACIONES MUNICIPALES (AGCM):** Son personas jurídicas de derecho privado y sin fines de lucro, constituidas a partir de 1981, conforme a las normas del Código Civil y a los Decretos N° 462/81 y 110/76 del Ministerio de Justicia.

La finalidad principal de las Corporaciones Municipales es administrar y operar los servicios de educación y salud, traspasados a los municipios, así como también en algunos casos, la atención de menores.

A contar de la vigencia de la Ley N° 18.695 (31/03/88) y luego de un fallo del Tribunal Constitucional al respecto, los municipios ya no pudieron hacer nuevas corporaciones sino con los objetivos específicos de promover el arte, la cultura y el deporte.

Sin perjuicio de lo anterior, las 53 corporaciones ya existentes pudieron continuar con su gestión hasta el día de hoy.

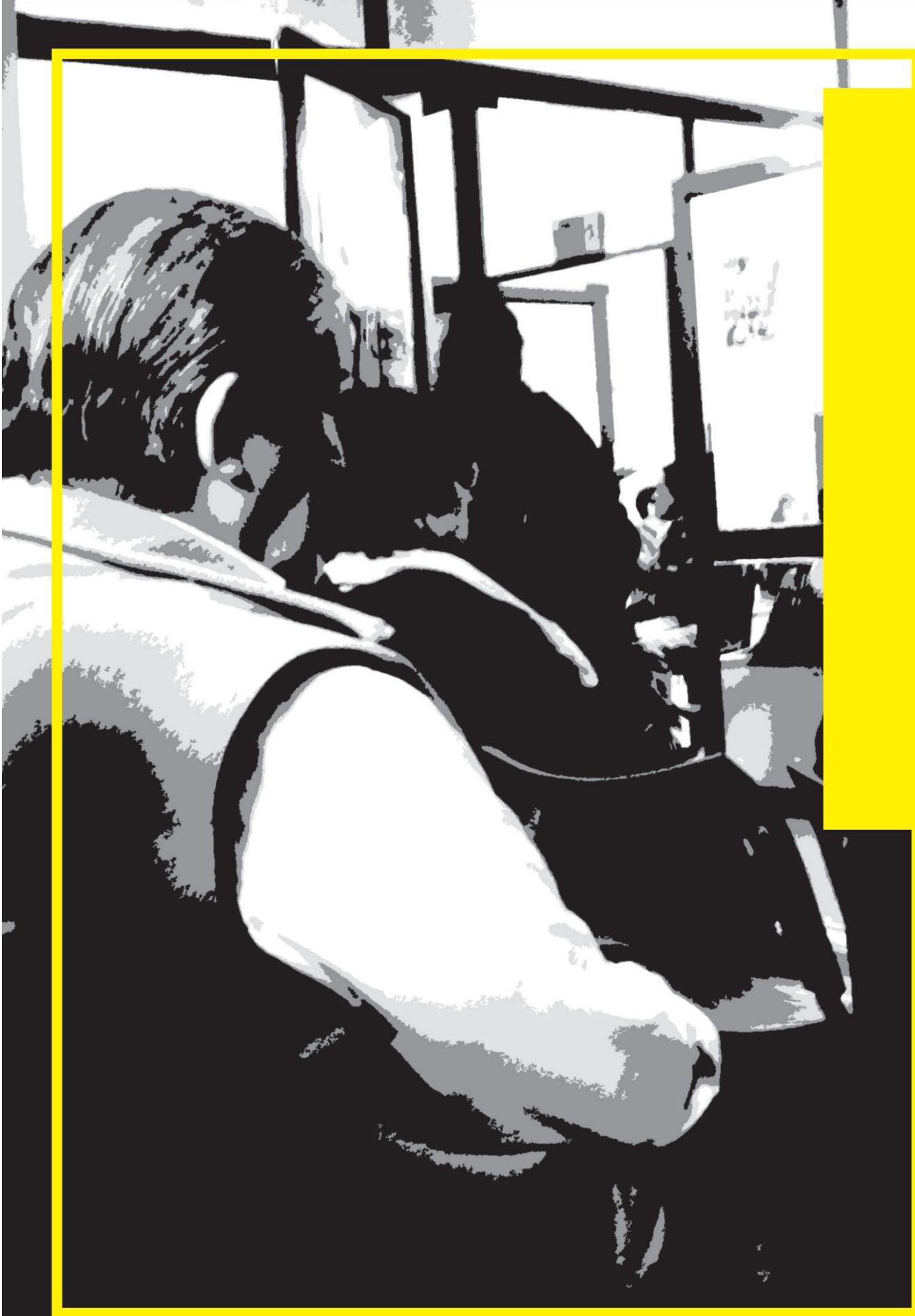
- **DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA (INE):** Es un indicador de dependencia económica potencial; mide la población en edades “teóricamente” inactivas en relación a la población en edades “teóricamente” activas.

- **HACINAMIENTO (RAE):** La condición de hacinamiento se refiere a la acumulación de individuos en un mismo lugar, cuyas características físicas no están preparadas para contenerlos. Esto quiere decir, que la ocupación del espacio es superior a este mismo y no responde a requerimientos de comodidad, seguridad y/o higiene.

- **MORBILIDAD:** Es la atención profesional otorgada por el médico, a un paciente en un lugar destinado para esos fines en establecimientos de nivel primario de atención. Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla, etc.

Las consultas se clasifican en: Infección Respiratoria Aguda (IRA) Alta, Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), Neumonía, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Otras Respiratorias, Obstétricas, Ginecológicas, Ginecológica por Infertilidad, Infección de Transmisión Sexual, VIH-SIDA y Otras Morbilidades.

- **ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (OMS):** Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.



# 1. PRESENTACIÓN

## 1.1. INTRODUCCIÓN

Los establecimientos que entregan prestaciones de salud a través de las instituciones públicas han sido concebidos con el afán de cuidar la salud de los ciudadanos que no poseen los medios económicos para acceder al sistema privado.

El planteamiento del servicio se ha centrado en la salud, por lo que las problemáticas asociadas a los procesos previos y posteriores a la atención dentro de un box han pasado a un plano secundario, generando una latente insatisfacción y resignación por parte de los usuarios ante un servicio que no da abasto para las necesidades de tantas personas.

¿Cómo abordar problemáticas tan diversas en un servicio que ya está pensado de una manera determinada?

Es necesario establecer una visión sistémica, que aborde el problema global, salir del box de atención, de la prestación de salud en específico y hacer un giro paradigmático que permita una cadena efectiva y conectada de acciones en pro de mejorar el servicio que se le entrega a la población.

Es aquí donde se hace relevante la aplicación de una metodología de Diseño de Servicios (Brown, 2009), centrada en los usuarios y en los funcionarios que se desenvuelven en este sistema.

Esta metodología cualitativa, busca poner en el centro del análisis a las personas que participan en el entorno estudiado, tomando en cuenta sus necesidades y requerimientos tanto en la realización de un diagnóstico, como en las acciones posteriores al análisis.

Es así como esta investigación tiene una naturaleza descriptiva-exploratoria; en una primera etapa se ahondó en el funcionamiento de las instituciones de salud nacionales y en un caso de estudio en particular, el Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca; en una segunda etapa se estableció la metodología a aplicar y en una tercera etapa se estableció el diagnóstico de la problemática global y de las acciones potenciales a realizar con el propósito de aliviar los síntomas de un servicio trascendental para el desarrollo de una comunidad.

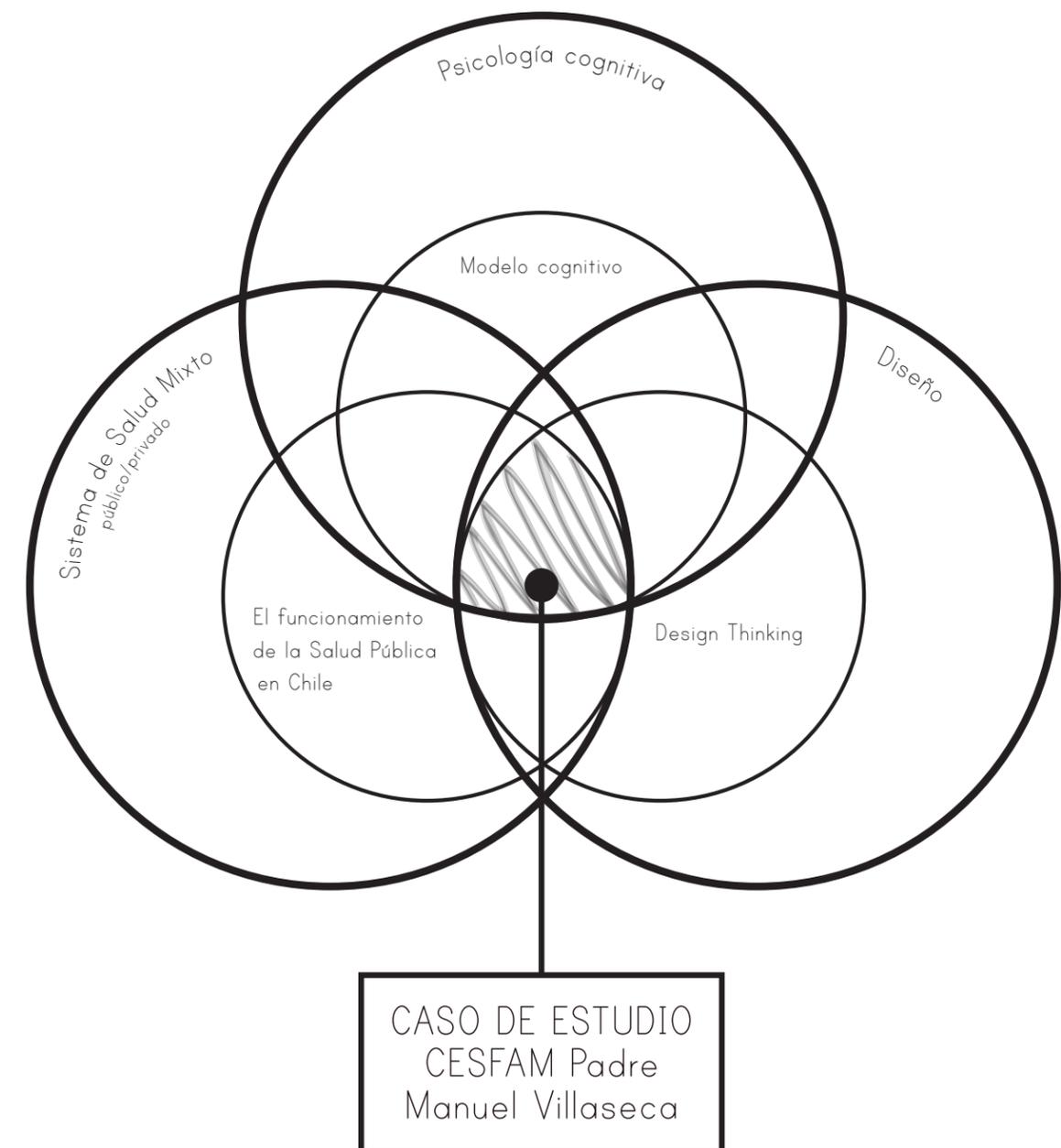


Figura 1. El Caso de Estudio en las áreas y sub áreas de investigación. Fuente: Elaboración Propia

## 1.2. EL CASO DE ESTUDIO

El CESFAM Padre Manuel Villaseca es un caso relevante de investigar ya que como Centro de Atención Primaria de Salud (OMS, 1978) se encuentra en una situación de sobredemanda, dado su emplazamiento en la comuna de Puente Alto, la más poblada de Chile, y una de las que presenta mayor crecimiento en los últimos años (INE, 2012).

Uno de los antecedentes más importantes a considerar, es el hecho de que el Centro fue diseñado para acoger la demanda de 30.000 usuarios, pero que hoy en día cuenta con 61.880 usuarios inscritos (CESFAM Padre Manuel Villaseca, 2015).

Las posibilidades de ampliar el espacio del Centro de Salud son limitadas tanto por razones prácticas como económicas, por lo que los problemas que se presentan en la cotidianidad de su funcionamiento son de diverso origen y complejidad, destacándose principalmente los prolongados tiempos de espera por parte de los usuarios y el hacinamiento que presentan las salas de espera.



Imágen 1. Frontis CESFAM Padre Manuel Villaseca. Fuente: De Autora

### 1.3. HIPÓTESIS

La información disponible para los usuarios genera confusión sobre el funcionamiento del Centro de Salud, influyendo en el tiempo en que permanecen en el lugar y generando sobrecarga laboral en los funcionarios.

### 1.4. OBJETIVOS

#### 1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Explorar a través de Design Thinking la experiencia de los usuarios y funcionarios del Centro de Salud, estableciendo la percepción de la calidad del servicio, las causas de la prolongación en la estadía de los usuarios y las consecuencias para el desempeño de los funcionarios.

#### 1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir en detalle el funcionamiento del Sistema de Salud nacional y en particular el del caso de estudio.
2. Detallar las interacciones de usuarios y funcionarios en el contexto de análisis dado el protocolo de atención.
3. Establecer las opiniones de usuarios y funcionarios en relación al servicio y su relación con la institución.
4. Sugerir un diagnóstico que permita proyectar una intervención que mejore globalmente la experiencia en el Centro de Salud.

## 1.5. METODOLOGÍA

Esta investigación es de carácter cualitativa de tipo exploratoria-descriptiva.

En su etapa exploratoria, se realiza una revisión del escenario a estudiar en el contexto nacional y local, estableciendo el funcionamiento institucional de todo lo referido al área de la salud, concentrando la atención en un establecimiento de Atención Primaria.

Se llevará a cabo una revisión bibliográfica en metodología de Design Thinking, definiendo herramientas de investigación en torno a tres ejes; la triada que da vida al servicio estudiado:

1. Centrada en el contexto: Se realizarán visitas al Centro de Salud para constatar el escenario de estudio. Se aplicará como herramienta la Observación no participante, donde el investigador no interviene en el sistema. Se busca establecer por este medio un diagnóstico inicial, dando constancia de la infraestructura, equipamiento, comportamiento natural de los usuarios y funcionarios en la interacción con el servicio.

2. Centrada en los usuarios: Se recopilarán testimonios y apreciaciones de usuarios reales del servicio. Se aplicarán entrevistas semiestructuradas, de carácter presencial, a un grupo de usuarios, desde la lógica del Design Research, buscando rescatar experiencias, comportamientos e intereses de las personas que interactúan con el

servicio, para generar una categorización de segmentación actitudinal.

3. Centrada en los funcionarios: Se recopilarán testimonios y apreciaciones de quienes trabajan en el servicio. Se realizará una dinámica de Focus group con funcionarios de diversos cargos, dando espacio para la discusión desde los distintos roles, sobre la convivencia con los usuarios y sus impresiones sobre el manejo organizacional de la institución. Adicionalmente se realizarán dinámicas de Cardsorting cerrado y abierto para potenciar ejercicios de empatía con los usuarios, lograr acuerdos entre funcionarios en torno a las prioridades para mejorar el servicio y dar espacio para que entreguen sus quejas y sugerencias en torno al funcionamiento interno del Centro de Salud.

La fase descriptiva determinará cuáles son las dinámicas que generan quiebres en el servicio, tanto en la administración interna, entre funcionarios de distintos cargos, entre funcionarios pares, entre usuarios y funcionarios, entre usuarios con la administración, y entre usuarios con otros usuarios.

La identificación de las dinámicas que generan quiebres en el servicio permitirá realizar un diagnóstico acabado desde un paradigma sistémico, estableciendo las bases para una potencial reestructuración del servicio.

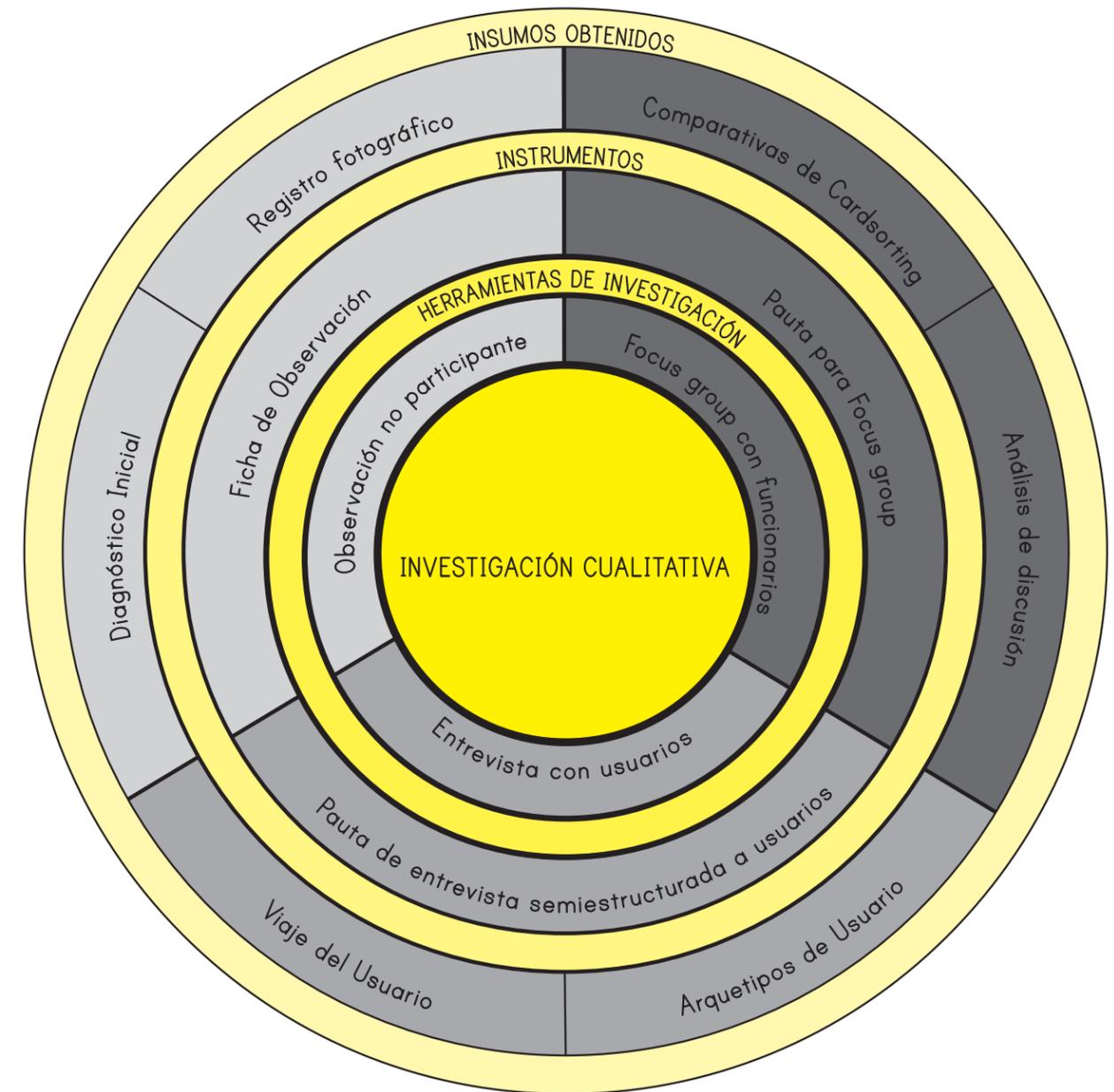


Figura 2. Esquema de la Metodología de investigación. Fuente: Elaboración propia



## 2. MARCO TEÓRICO

## 2.1. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

El sistema de salud en Chile es considerado un modelo mixto ya que en él participan tanto entidades privadas como públicas.

Las entidades públicas de salud dan cobertura aproximadamente a 13.256.173 personas en el país (aproximadamente el 70% de la población total) (INE, 2012)

El sistema de salud es normado y dirigido por el Ministerio de Salud, el cual ha definido lo siguiente:

“La misión institucional que el Ministerio de Salud se ha dado para este período (2014-2018), busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y deberes.

La visión del Ministerio de Salud es la de que las personas, familias y comunidades tendrán una vida más saludable, participarán activamente en la construcción de estilos

de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo. Vivirán en ambientes sanitariamente protegidos. Tendrán acceso a una atención en salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sentirán más seguras y protegidas (MINSAL, 2014a)

El Ministerio de Salud divide sus responsabilidades en dos Subsecretarías:

### 1. SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA:

Tiene la misión de asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud. Cumple funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que permiten el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables. Busca fomentar prácticas de salud preventiva, promoción en salud a nivel nacional, fomentando el autocuidado. Es la encargada de proteger a la población ante los riesgos sanitarios, previniendo y mitigando los efectos en la salud de las personas. Así también pretende fortalecer las políticas de salud pública en la reducción de inequidades de los grupos en

situación de riesgo, ejecutando acciones y programas focalizados que buscan mejorar la calidad de vida de los ciudadano (MINSAL, 2014b).

### 2. SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES:

Tiene la misión de regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria. Busca posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, reforzando la resolutiveidad y la integralidad de la atención en base al Modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria (MINSAL, 2005), contribuyendo en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud. Pretende mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación

de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población (MINSAL, 2014c).

Para posibilitar la administración de la red asistencial del territorio nacional, se determinó la creación de divisiones territoriales a cargo de los Servicios de Salud (Ley N° 19.937, 2004), quienes tienen bajo su responsabilidad la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial del sector que le corresponda.

El Servicio de Salud debe considerar acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. Los Servicios de Salud a nivel nacional, están regidos por el Ministerio de Salud, por lo que deben cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe. Se consideran organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus objetivos. Sus sedes y territorios serán establecidos por decreto supremo del Ministerio de Salud, por orden presidencial.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio de Salud, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de la población (MINSAL, 2014d). Los beneficiarios del sistema público de salud son todas aquellas personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales en el Fondo Nacional de Salud (desde ahora FONASA), incluyendo sus cargas familiares. Adicionalmente, FONASA da cobertura a todas aquellas personas que carecen de recursos económicos gracias a un aporte directo del Estado.

FONASA tiene como función recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector de salud; financiar las prestaciones de salud otorgadas a sus beneficiarios; identificar a los asegurados e informarles adecuadamente sobre sus derechos; conocer y resolver reclamos; fiscalizar las cotizaciones de salud y los recursos destinados a prestaciones de salud (FONASA, 2014).

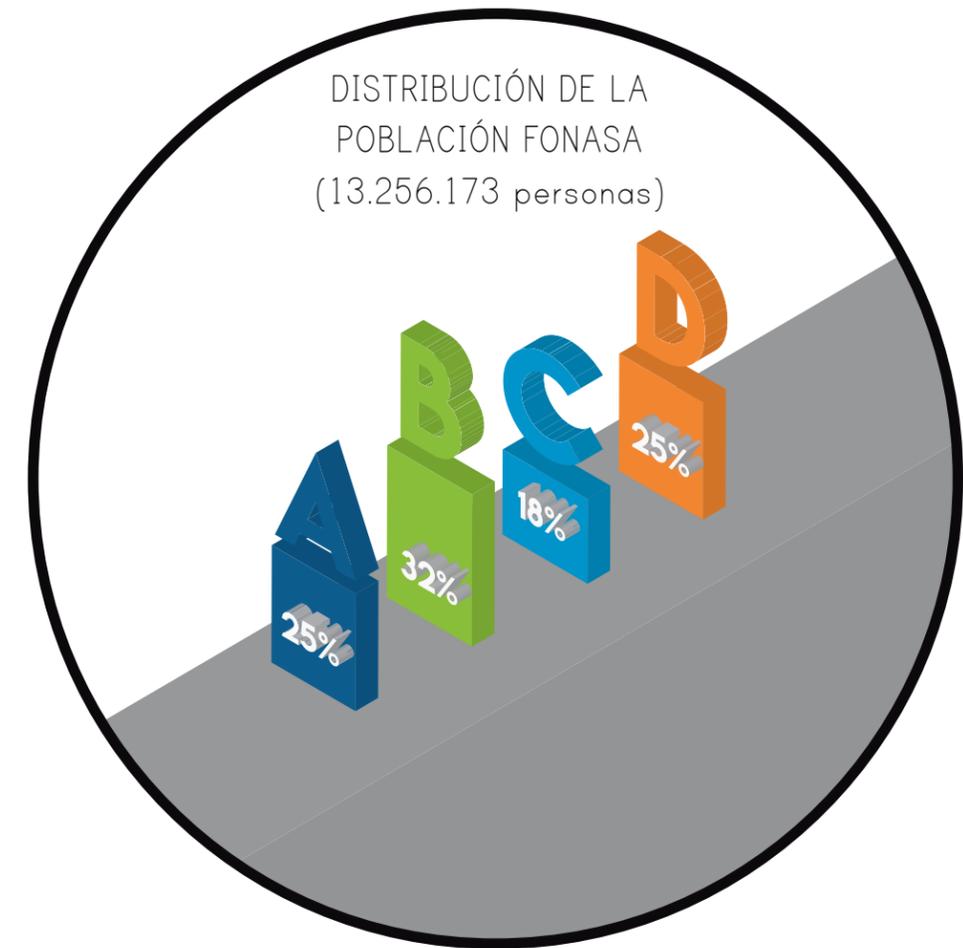
Para entregar las prestaciones de salud, FONASA realiza una categorización de beneficiarios (ver figura 3).

Muchos de los servicios recibidos por los usuarios en salud pública son en la Atención Primaria de Salud que brinda atención ambulatoria y es el primer nivel de contacto de los usuarios y la comunidad con la Red Asistencial.

La Atención Primaria de Salud (desde ahora APS) se basa en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario y se rige

por las determinaciones ministeriales, pero son administrados por las Corporaciones Municipales de Salud y Educación (D.F.L. 1-3.063, Art. N° 12, 1980), por lo que muchas de las situaciones que se dan en estos lugares están relacionadas con la realidad local y con visiones que provienen de cada municipio. El segundo nivel de contacto de los usuarios con la Red Asistencial se da en establecimientos de mayor complejidad, como los Hospitales. Para que un usuario sea atendido en instancias de mayor complejidad, debe ser derivado desde la APS, excepto en caso de urgencias médicas. La atención en el sistema público se da por etapas y no de forma directa como en el sistema privado. Esto muchas veces implica problemas para los usuarios, ya que la comunicación entre la APS y el resto de las instancias de atención no son del todo fluidas o expeditas.

**Es necesario comprender que el Sistema Público de Salud funciona a nivel estatal y nacional, pero también se administra a nivel local por medio de las Corporaciones Municipales. Esta situación determina que en cada establecimiento de Salud existan condiciones particulares con respecto a su identidad, realidad y capacidad de mejorar.**



<b>A</b>	<p>SIN RECURSOS ECONÓMICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gratuidad total en el Sistema público</li> <li>• No permite atención en el sistema privado (excepto en Urgencias)</li> </ul>	<b>C</b>	<p>\$250.000 a \$365.000 MENSUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonificación del 90% en el Sistema público</li> <li>• Permite compra de bonos para el sistema privado.</li> </ul>
<b>B</b>	<p>\$250.000 MENSUALES O MENOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gratuidad total en el Sistema público</li> <li>• Permite compra de bonos para el sistema privado.</li> </ul>	<b>D</b>	<p>\$365.001 MENSUALES O MÁS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonificación del 80% en el Sistema público.</li> <li>• Permite compra de bonos para el sistema privado.</li> </ul>

Figura 3. Categorización de beneficiarios de FONASA. Fuente: Elaboración propia.

Pero esto es sólo un síntoma de un problema de amplia complejidad y cuyas causas son multifactoriales. La problemática de la Salud pública chilena principalmente tiene una raíz política, ya que la salud pública no está garantizada en la Constitución, existiendo sólo la posibilidad de elegir afiliarse a FONASA o ISAPREs (Instituciones de Salud Previsionales). Adicionalmente, el gasto público en salud es de un 3,5% del presupuesto nacional, quedando al debe en el presupuesto que sería apropiado, cercano a un 6%. Por otro lado, el Estado tampoco ha logrado competir con el sistema privado, perdiendo profesionales de la salud, especialistas y funcionarios, ya que éstos consiguen mejores sueldos y condiciones laborales en el ámbito privado (Albert y Jara, 2015). Esto, sumado a que existe 1 médico por cada 550 habitantes genera un escenario hostil, con usuarios que esperan largos periodos de tiempo para conseguir una hora médica o ser atendidos en urgencias y funcionarios sobrepasados, con alta carga laboral y desencantados con el sistema público (Larraín, 2014).

La escasez de recursos económicos, de infraestructura y de profesionales se ha traducido en un problema de alta complejidad para los usuarios del sistema, quienes deben pasar por largos períodos de espera para acceder a los servicios que necesitan, muchas veces con resultados trágicos, desde la complicación de sus cuadros clínicos hasta incluso la muerte (Riquelme, 2015).



Imágen 2. Captura de titular: Crisis de médicos especialistas en la salud pública. Fuente: Centro de Investigación Periodística CIPER



Imágen 3. Captura de titular: Hombre muere tras esperar ser atendido en Hospital de Talca. Fuente: La Tercera Digital.

Esta situación establece una condición de desigualdad entre las personas que pueden costear la salud privada y quienes sólo pueden acceder a lo que ofrece la salud pública. A pesar de lo anterior, la población chilena está pasando por un proceso de empoderamiento de sus derechos, que ha generado un cambio en la concepción de su identidad; ya no son considerados beneficiarios, si no usuarios de un sistema que debe responder a criterios universales de calidad, quedando aún un largo camino por recorrer para acortar las brechas de la desigualdad social. En resumen, Chile cuenta con un sistema público de Salud que garantiza el acceso a todos los ciudadanos pero que manifiesta un problema en la cobertura tanto por la falta de profesionales e instalaciones, como por la naturaleza del sistema que funciona como una red y a través del cumplimiento de etapas. Así también manifiesta problemas en la comunicación entre éstas etapas (APS y Hospitales) lo cual implica para el usuario no tener certeza de cuándo será atendido. Se suma a lo anterior los problemas que presenta el sistema debido a que los usuarios no comprenden a cabalidad los procesos del servicio, como cuando se dirigen a establecimientos de mayor complejidad en casos donde debieran dirigirse a establecimientos de APS.

Durante el desarrollo de esta investigación fue posible constatar que la información está disponible pero que es complejo acceder a ella ya que proviene de variadas fuentes. Dada esta realidad y buscando comprender la naturaleza de este sistema complejo, se grafica su funcionamiento como se muestra a continuación (ver figuras 4, 5 y 6):



Figura 4. El Sistema de Salud Chileno. Fuente: Elaboración propia

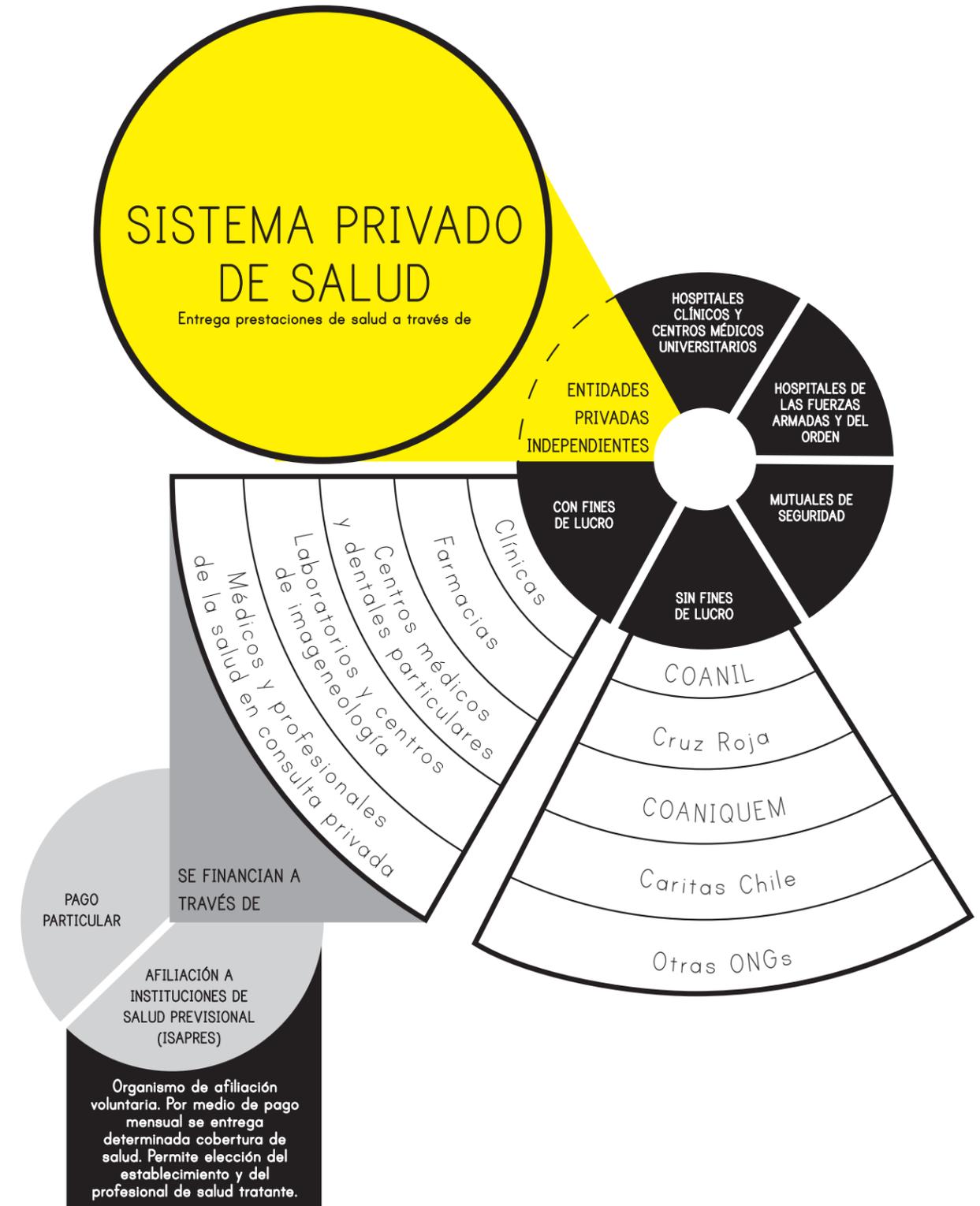


Figura 5. El sistema privado de salud. Fuente: Elaboración propia

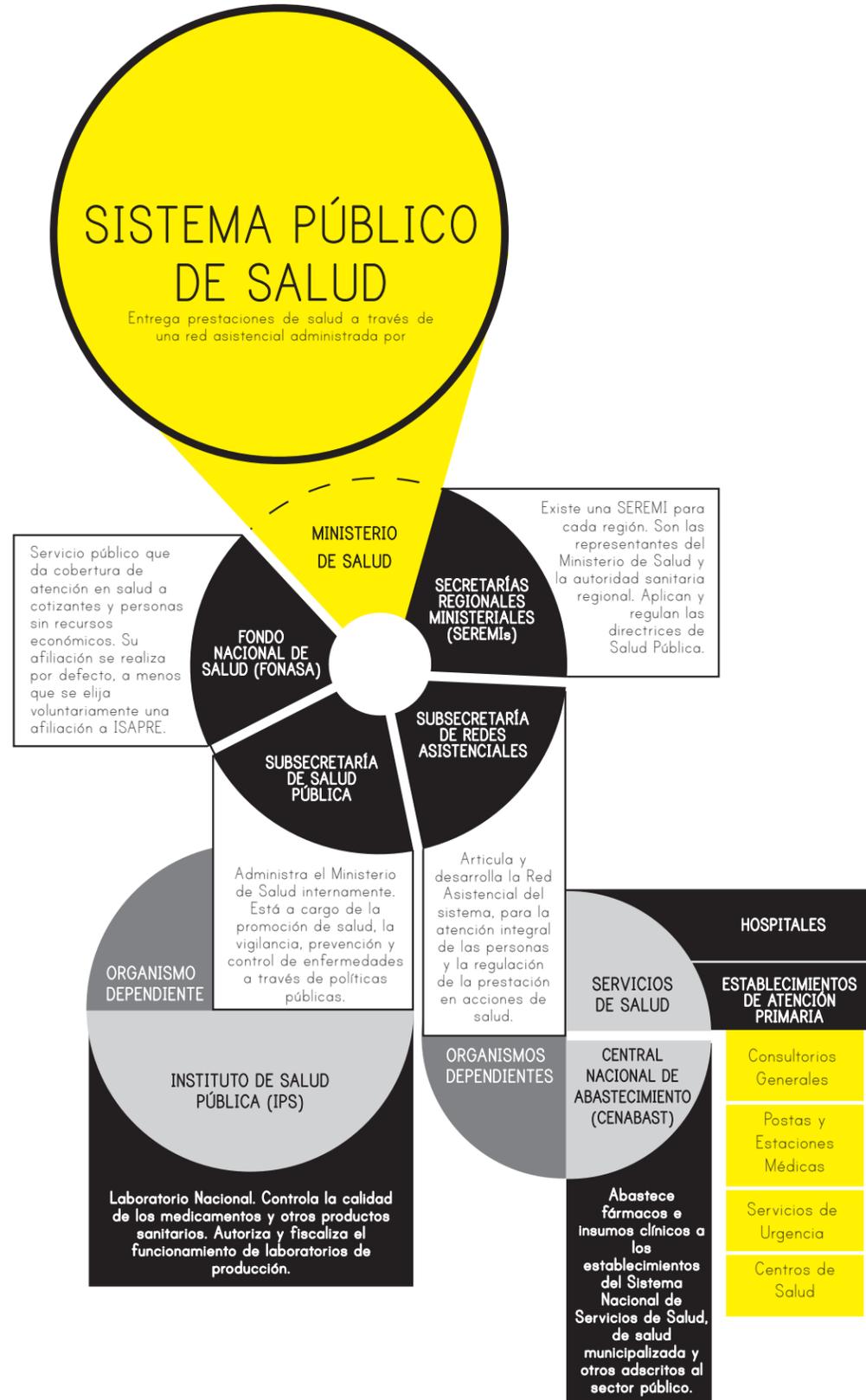


Figura 6. El sistema de salud público. Fuente: Elaboración propia

*"Alicia Sepúlveda integra la lista de espera para cirugía. A fines de 2010, mientras limpiaba los pisos del Hospital del Trabajador, el dolor que hacía meses tenía en su hombro derecho se intensificó. Sintió algo parecido a un latigazo. En la Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción le dijeron que tenía una rotura en el tendón del hombro derecho. Y que no correspondía a un accidente del trabajo. Le dieron paracetamol, ibuprofeno y la notificaron de que no podían hacer más. (...) La mandaron de vuelta a casa con una advertencia: Tiene que tener paciencia, hay gente más grave esperando desde antes y no hay suficientes doctores para atenderlos a todos"*

Extracto de "Crisis de médicos especialistas en la salud pública: las causas de un tumor de larga data. Por qué y cómo opera la grúa del sector privado." (Albert y Jara, 2015) Publicado en CIPER Chile.



Imagen 4. Fotografía Marcha 11 de Julio 2013 Por la Salud Pública. Fuente: EPES (Educación Popular en Salud).

## 2.2. EL CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA

El desarrollo de esta investigación se da en el estudio presencial del caso del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Padre Manuel Villaseca, ubicado en Av. Luis Matte Larraín #02312, comuna de Puente Alto.

La pertinencia del estudio de este caso está basada en la necesidad que tiene el Centro de Salud de mejorar el servicio que entrega, considerando que la demanda de los usuarios supera con creces la capacidad de atención y contención de las instalaciones.

Esta situación está dada principalmente por el diseño original del Centro, pensado para atender a 30.000 personas y que no proyectó el crecimiento demográfico del sector donde se emplaza. En la actualidad da cobertura a 61.880 usuarios, viéndose ampliamente sobrepasado. La comuna de Puente Alto ha sufrido un vertiginoso crecimiento y urbanización, pasando de ser una comuna rural en las afueras de Santiago, a ser una comuna ampliamente poblada a principios de los años 2000 y es considerada en la actualidad la comuna más poblada del país (INE 1992; INE 2012).

En general, los Centros de Salud de esta comuna son casos críticos por el factor demográfico, siendo el CESFAM Padre Manuel Villaseca uno de los que más llama la atención.

El CESFAM entrega prestaciones de salud a través de Sectores identificados por color (azul, rojo, verde y amarillo).

Estos sectores atienden a diferentes grupos humanos, de acuerdo al emplazamiento demográfico dentro del terreno al que da cobertura al CESFAM (ver Figura 7 y 8).

Adicionalmente, existen servicios transversales que se entregan indistintamente a todas las personas inscritas, como la Unidad Dental, las Salas IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) y ERA (Enfermedades Respiratorias Adulto), la Bodega de Alimentos (entrega insumo a familias en Control del Niño Sano) y funcionamiento del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) entregando productos alimenticios, además de la Farmacia, donde se entregan los medicamentos gratuitos indicados por los médicos.

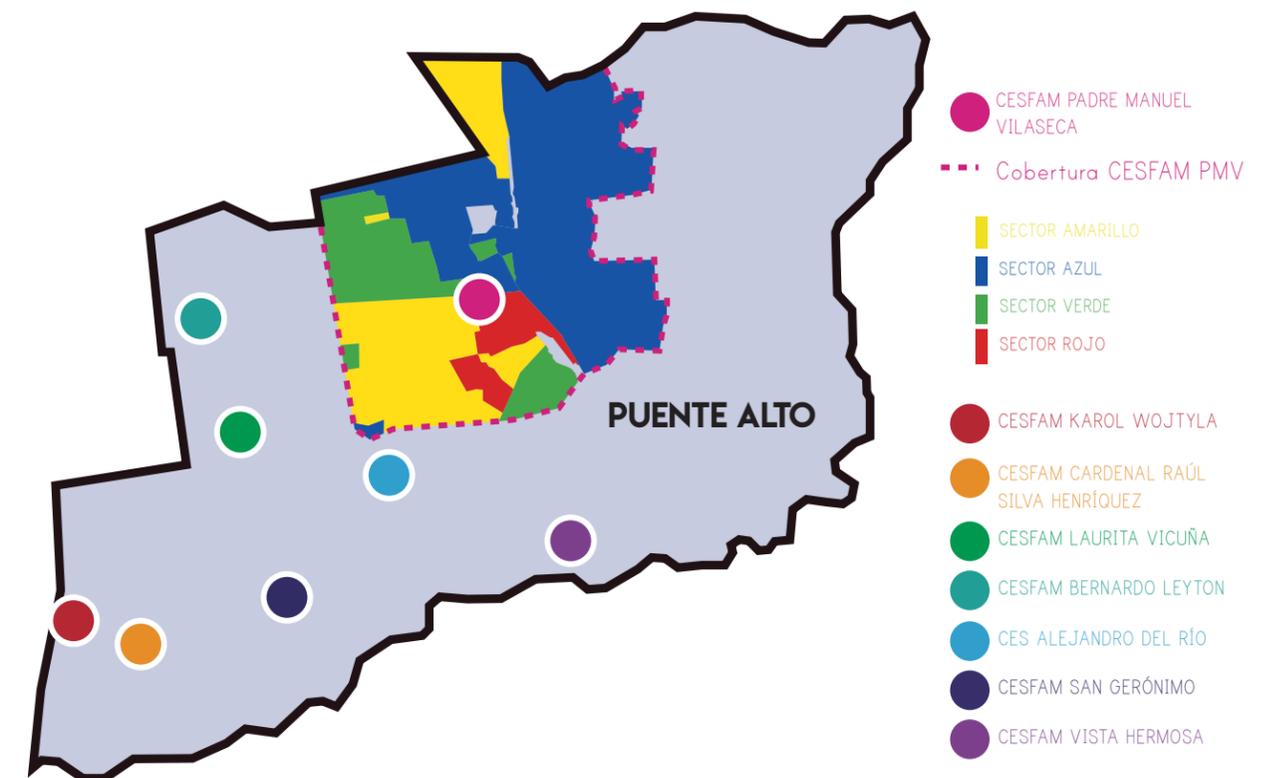


Figura 7. Mapa de cobertura territorial del CESFAM Padre Manuel Villaseca y la distribución geográfica de los sectores.  
Fuente: Elaboración propia

Otro servicio transversal recientemente inaugurado es el Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) (Gobierno de Chile, 2014), que busca descongestionar los servicios de urgencia. Esto significa que, si se trata de patologías de baja complejidad, las personas pueden concurrir a un SAR y no a un Servicio de Emergencia Hospitalaria. Además, las prestaciones entregadas por el SAR serán consultas médicas para todos los grupos etarios, procedimientos diagnósticos terapéuticos y toma de muestras de alcoholemia.

Los perfiles de consulta de este Centro consideran: salud de la mujer, atención del niño, población adolescente, población adulto

y población adulto mayor. En relación a la salud de la mujer, las prestaciones otorgadas son: control prenatal, control preconcepcional, control puerperio, regulación de la fecundación y control del climaterio. En los niños, enfermeras, médicos y nutricionistas desempeñan sus labores realizando controles y evaluaciones de salud, atenciones de morbilidad y consultas nutricionales. Por su parte, los adolescentes reciben atención por morbilidad al igual que los adultos mayores y por último, los adultos, son atendidos a través de controles de enfermedades crónicas no transmisibles por médico y enfermera, morbilidad y consultas nutricionales.

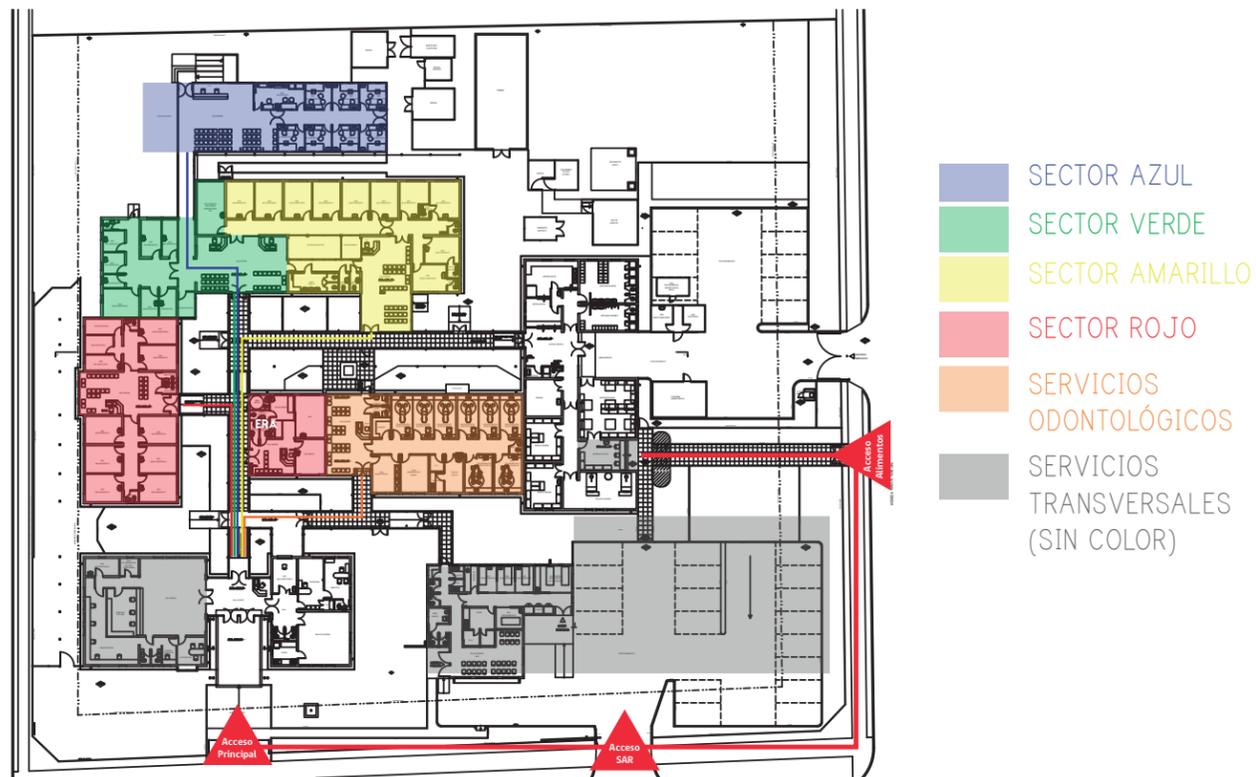


Figura 8. Layout del CESFAM Padre Manuel Villaseca con Sectores destacados. Fuente: Dirección del CESFAM Padre Manuel Villaseca. Planos Oficiales, modificado por autora para destacar los Sectores.

Administrativamente, el CESFAM Padre Manuel Villaseca está liderado por la Directora Dra. Claudia Latorre Leyton, que cuenta con el apoyo del equipo asesor que compone el Consejo Técnico, formado por todos los jefes y jefas de sector y servicios transversales (ver Figura 9). Además, el CESFAM cuenta con una Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), que es el medio de comunicación oficial entre los usuarios y la Administración del Centro de Salud. A través de ésta Oficina se busca dar solución a las demandas de los usuarios respecto al servicio brindado, así como también un mecanismo para reconocer positivamente la labor de los funcionarios.

La información recogida desde la OIRS es utilizada por el CESFAM para analizar las

**El Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca es uno de los ocho Centros de Salud de Atención Primaria presentes en la comuna de Puente Alto. Su población beneficiaria es de 61.808 personas inscritas al año 2014 ocupando el segundo lugar de la comuna después del Centro de Salud Alejandro del Río, que tiene más usuarios registrados, pero cuenta con mayor infraestructura para acogerlos.**

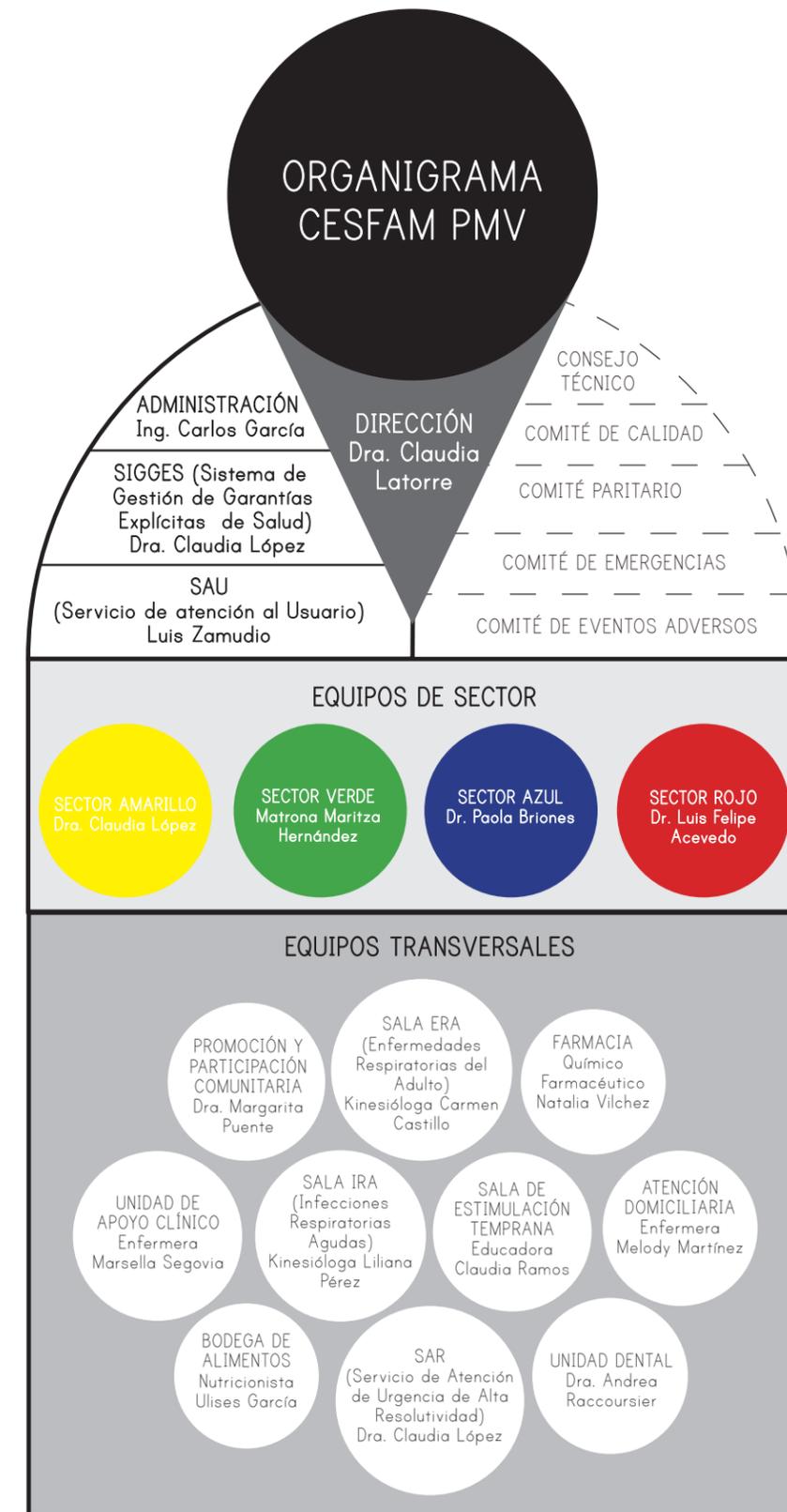


Figura 9. Organigrama CESFAM Padre Manuel Villaseca. Fuente: Cuenta Pública 2015, diagramación propia.



Imágen 5. Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) CESFAM Padre Manuel Villaseca. 2016  
Fuente: Registro fotográfico propio.



inquietudes ciudadanas y luego elaborar estrategias para mejorar el servicio. Es así como el Centro conoce sus debilidades (ver Figura 10), reconociendo que es necesaria una intervención. El reclamo más frecuente está relacionado a los tiempos de espera, debido mayoritariamente a la falta de horas con profesionales de la salud. Por otro lado, las felicitaciones, se relacionan fundamentalmente con las competencias técnicas del personal y el trato que recibe el usuario. Las sugerencias, se orientan principalmente al mejoramiento de los espacios y equipamiento del CESFAM (ver Figura 11).

Para transparentar esta información y todo lo relacionado con la utilización de los recursos y la puesta en práctica de distintas políticas públicas es una Cuenta Pública que se realiza una vez al año, donde la Directora del Centro, Dra. Claudia Latorre expone a la comunidad, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente,

Área de Salud de Puente Alto, funcionarios del CESFAM y agrupaciones sociales un resumen del trabajo realizado durante ese año y lo que viene para el próximo.

Con respecto a la relación con los usuarios, el CESFAM Padre Manuel Villaseca da cobertura mayoritariamente a personas con cobertura FONASA A o B, dos de los grupos más vulnerables del sistema (ver Figura 12).

Para brindar el servicio, el Centro realiza un registro de los usuarios quienes deben inscribirse para recibir el Carnet de Control, que es diferente en cada grupo etario (ver imágen 6,7 y 8)

Al momento de inscribirse como usuario del Centro de Salud, y posterior a eso se agenda una "hora de ingreso"; primera consulta médica, donde se realiza un diagnóstico del estado inicial del usuario. El médico pide exámenes de rutina para establecer o descartar algún tipo de enfermedad crónica. En el caso de que el

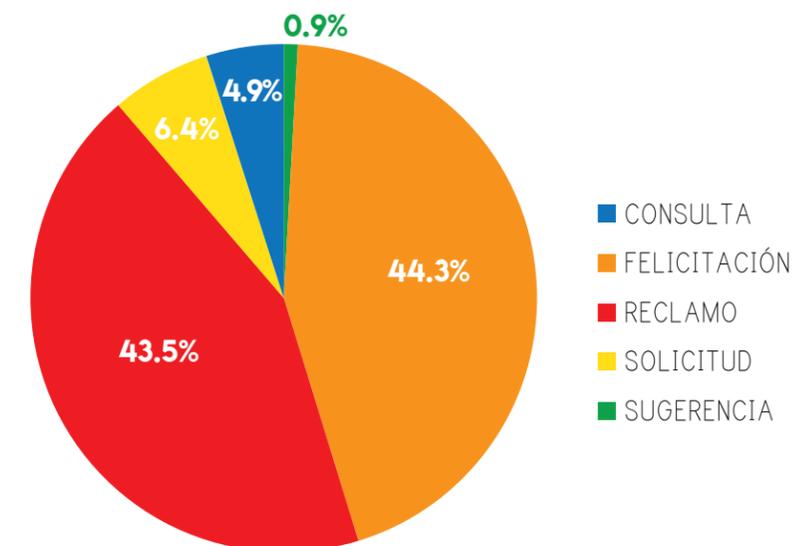


Figura 10. Gráfico de Solicitudes ciudadanas. Fuente: Cuenta pública 2015 CESFAM Padre Manuel Villaseca. Diagramación propia.

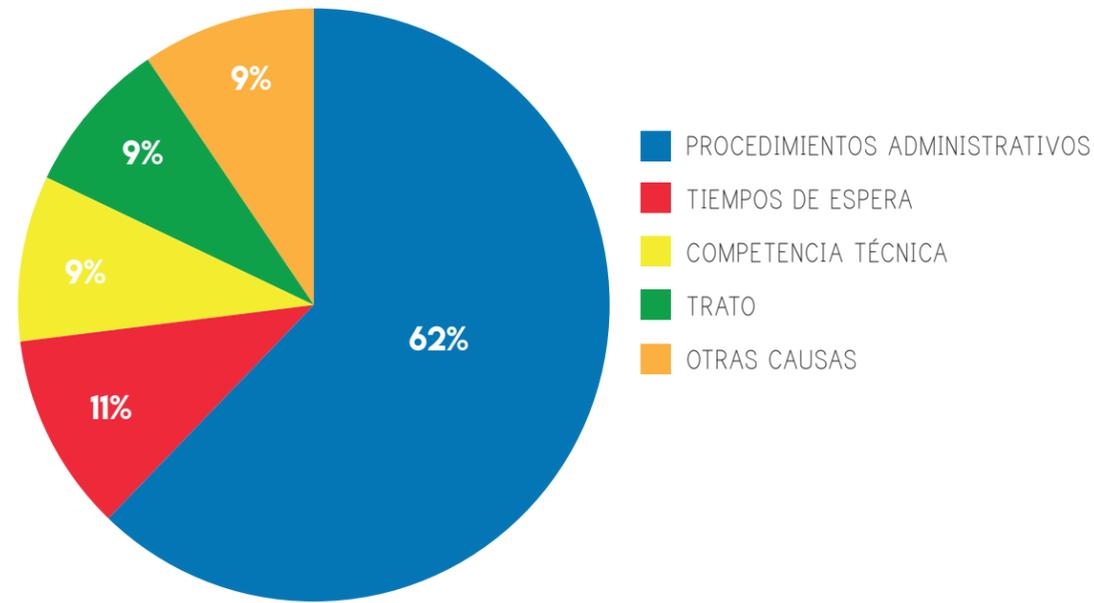


Figura 11. Gráfico de causales de reclamos. Fuente: Cuenta Pública 2015 CESFAM Padre Manuel Villaseca. Diagramación propia

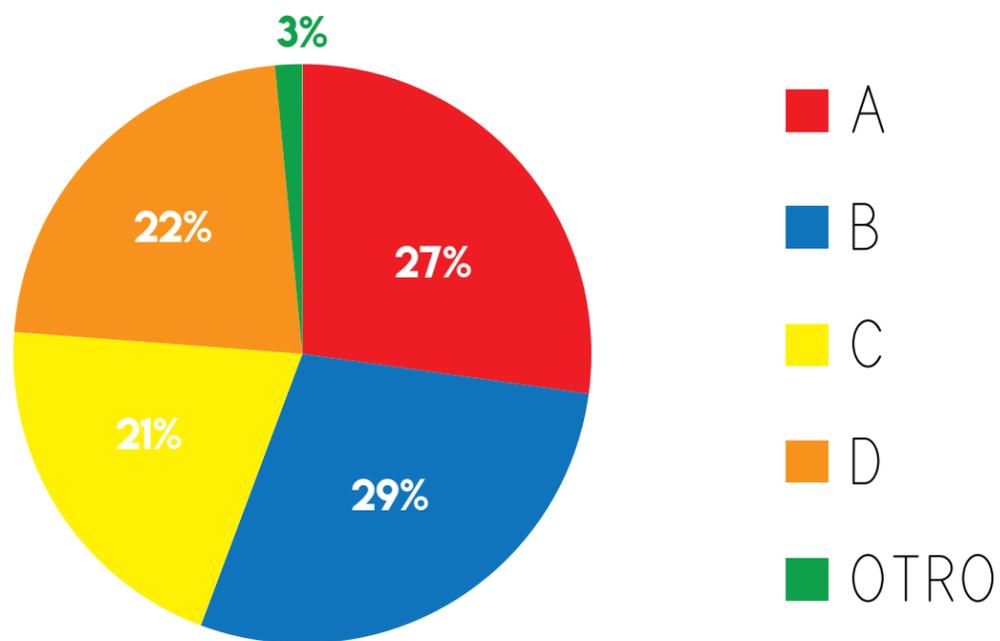
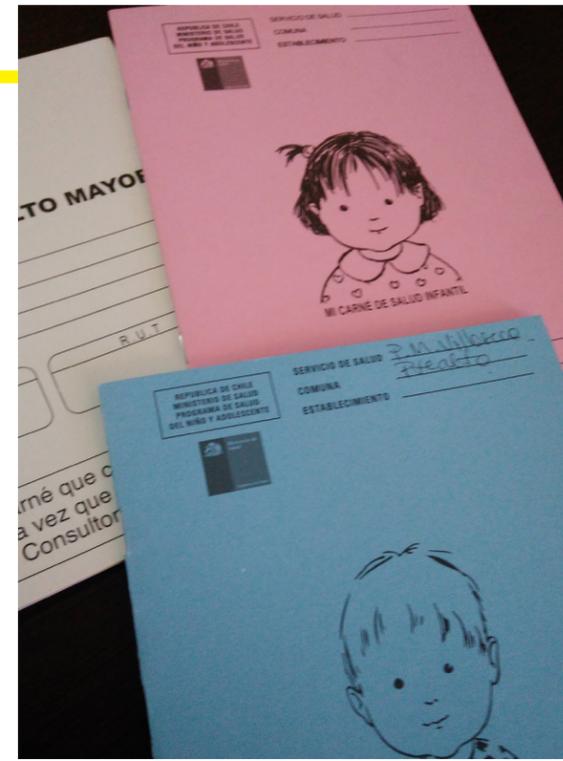
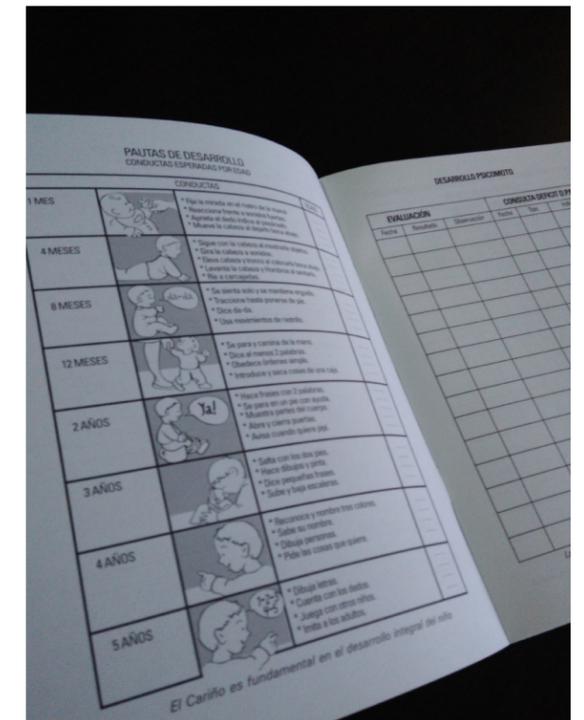


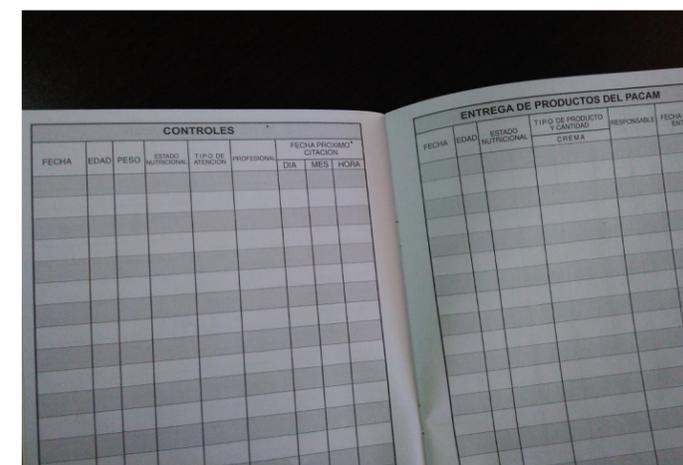
Figura 12. Gráfico de distribución de cobertura FONASA en usuarios CESFAM Padre Manuel Villaseca. Fuente: Cuenta pública 2015 CESFAM Padre Manuel Villaseca. Diagramación propia.



Imágen 6. Carnets de usuarios CESFAM. Fuente: De autora.



Imágen 7. Interior de carnet de niño usuario CESFAM. Fuente: De autora



Imágen 8. Interior de carnet de adulto mayor usuario CESFAM. Fuente: De autora

usuario sea adulto mayor, se realiza el EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor) que sólo puede ser tomado por un Kinesiólogo, una Enfermera o un Nutricionista. Este examen tiene vigencia de un año y busca evaluar la funcionalidad del adulto mayor. Dependiendo de las patologías existentes, se les entrega a los usuarios un calendario de atención periódica, como es el caso de los usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles. El proceso que atraviesan los usuarios para ser atendidos en el Centro de Salud Familiar, es diferido en relación a la edad. Existen casos de edad protegida, entre 0 y 3 años o de 65 o más años. Estos casos tienen la posibilidad de solicitar una hora médica directamente en el mesón de Servicio de Atención al Usuario (SAU). Conseguida la hora, los usuarios se atienden directamente con el profesional designado. El resto de la población debe llamar por teléfono al call center del Centro de Salud para agendar una hora. Este proceso puede ser lento o infructuoso. En caso de necesitar una hora médica y no haberla agendado, existe la posibilidad de dirigirse al centro a primera hora de la mañana para conseguir una hora por orden de llegada. La atención comienza a las 08:00, por lo que los usuarios comienzan a llegar al Centro desde las 05:00 horas. Si esto sucede, los guardias abren las puertas, para que los usuarios puedan resguardarse en la Sala de Espera de Servicio de Atención al Usuario (SAU), que es la más cercana a la entrada del Centro. Aquí, los usuarios ingresan sus Carnets de Control en una caja dispuesta para este fin en el mesón de atención. Con

estos Carnets, se realiza el proceso de triaje (Gómez, 2006) que dirige a los usuarios al profesional que requieren (ver Figura 13). Según el diagnóstico médico obtenido en la consulta, el médico o profesional de la salud tratante, determina si el usuario requiere de apoyo farmacológico, enviándolos a retirar sus medicamentos a la Farmacia dependiente del Centro de Salud, ya sea para un caso particular o para una enfermedad crónica, que requiera de tratamiento permanente o prolongado, derivación a otros profesionales o a talleres de participación comunitaria. Con respecto al comportamiento de la población de la comuna de Puente Alto, la Corporación Municipal en conjunto con las Directivas de los Centro de Salud han realizado un análisis acabado y sostenido en el tiempo. Desde el año 2004 al 2013, el total de usuarios inscritos en los Centros de Salud corporativos de Puente Alto ha aumentado en 28.100 personas, lo que equivale a un 8,6% de crecimiento en relación al 2004 (ver Figura 14). Este aumento incluye el crecimiento generado por la apertura de dos nuevos Centros; Karol Wojtyla en el 2005 y Laurita Vicuña en el 2008. Por su parte, en este mismo periodo de análisis, el Cesfam Padre Manuel Villaseca ha aumentado su población en 29.944 usuarios, equivalente a un aumento de 90.1% respecto a su población inicial (ver Figura 15). En otras palabras, el aumento de población comunal en el decenio 2004-2013 ha sido absorbido en su totalidad por este Centro y las variaciones poblacionales de los siete restantes ha sido por redistribución (ver Figura 16).

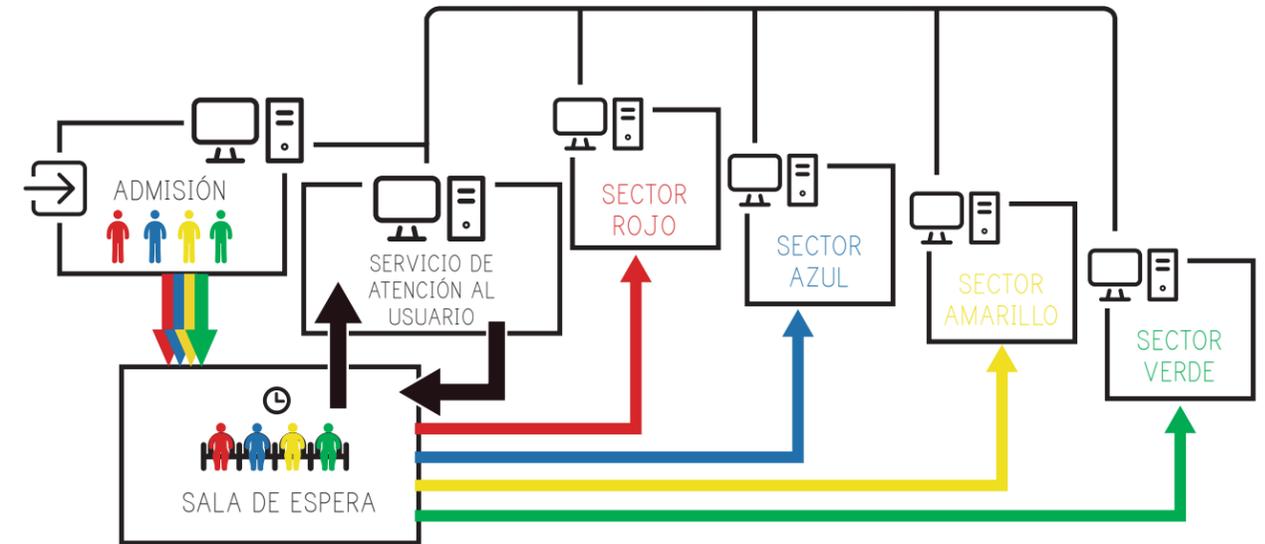


Figura 13. Esquema de funcionamiento del triaje al interior del CESFAM Padre Macual Villaseca. Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la edad, la población inscrita muestra un envejecimiento acelerado (ver Figura 17), muy similar al comportamiento comunal (ver Figura 18) y coherente con la realidad país. La población adulta mayor del CESFAM Padre Manuel Villaseca aumentó 4.273 usuarios, en un porcentaje superior al promedio comunal. En resumen, la condición social del CESFAM, mayoritariamente vulnerable y el envejecimiento que sufre la población en general dan pie al replanteamiento de los servicios y todo aquello con lo que los usuarios se relacionan en su paso por del Centro, con el fin de mejorar la percepción que tienen del servicio que reciben y vivan una experiencia más agradable. En la búsqueda por brindar una atención más amigable, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente ha implementado como nueva medida el Modelo de Acogida al Usuario (MAU) como mecanismo para mejorar la satisfacción usuaria en tópicos como los tiempos de espera, el trato y la calidad de la información disponible.

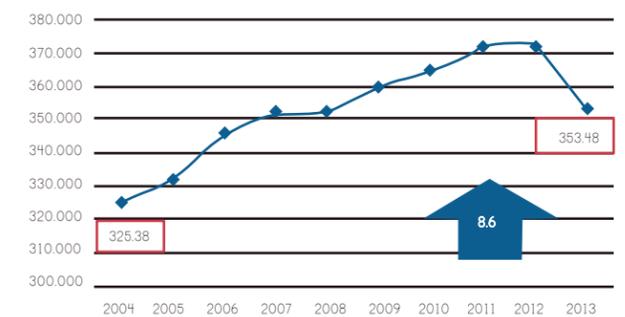


Figura 14. Gráfico de evolución de población inscrita en CESFAMs a nivel comunal en Puente Alto. Fuente: Diagnóstico Participativo 2015 CESFAM Padre Manuel Villaseca. Diagramación propia.

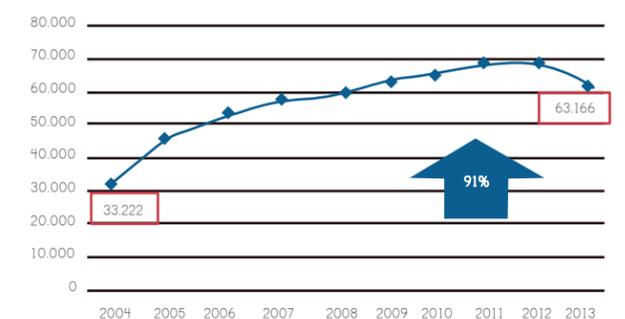


Figura 15. Gráfico de evolución de población inscrita en el CESFAM Padre Manuel Villaseca. Fuente: Diagnóstico Participativo 2015 Padre Manuel Villaseca. Diagramación propia.

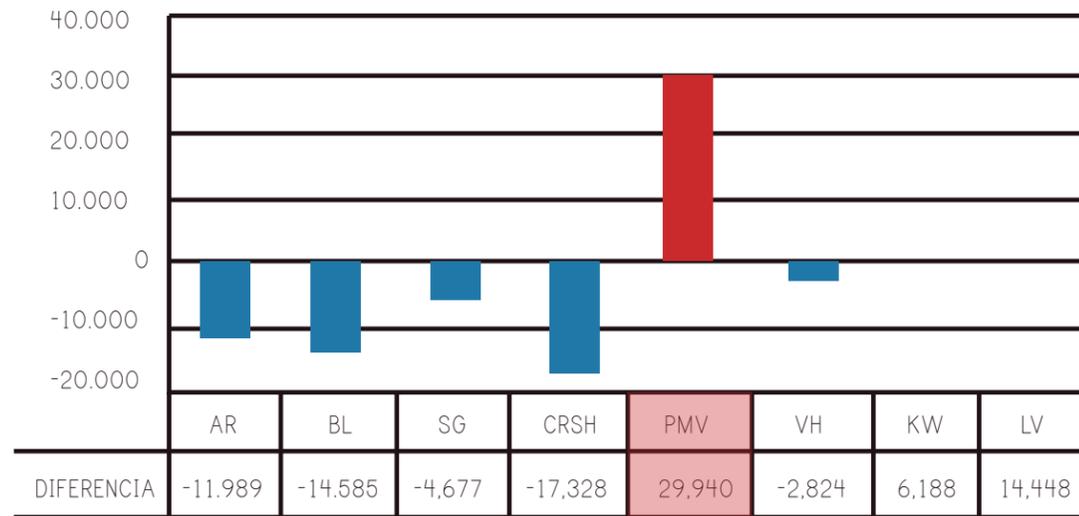


Figura 16. Gráfico de variación de la población inscrita en los CESFAMs de la Comuna de Puente Alto. Fuente: Diagnóstico Participativo 2015 CESFAM Padre Manuel Villaseca. Diagramación propia.

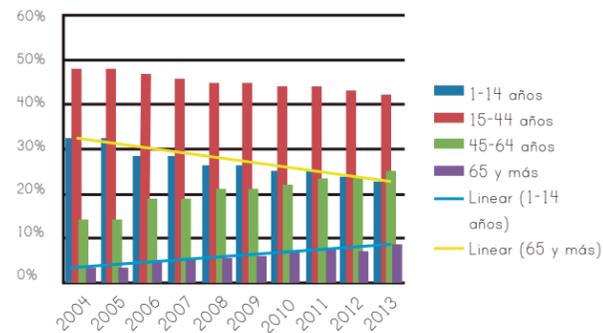


Figura 17. Gráfico de variación de estructura etárea de usuarios del CESFAM Padre Manuel Villaseca. Fuente: Diagnóstico Participativo 2015. Diagramación propia.

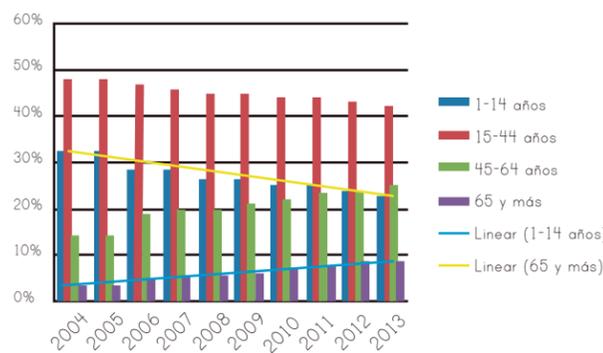


Figura 18. Gráfico de variación de estructura etárea a nivel comunal en Puente Alto. Fuente: Diagnóstico Participativo 2015. Diagramación propia.

Define: "garantizar la continuidad de la atención de los usuarios a partir de la coordinación de todas las acciones que realizan los establecimientos de salud en función a las necesidades y experiencias de las personas, respetando los derechos que tienen los usuarios en relación a su atención de salud (SSMSO, 2013)".

Para que este modelo se cumpla, se definió un Protocolo de Atención al Usuario (ver Figura 19) dirigido al Orientador(a) de Sala, funcionario administrativo que tiene trato directo con el usuario.

Este modelo proviene de un cambio en la visión de los servicios de salud, que buscan evolucionar desde instituciones que responden a nivel clínico y administrativo a las necesidades de los usuarios, a ser organizaciones con enfoque sistémico, centrado en los usuarios. Es por esta razón que se han definido los derechos y deberes de los pacientes (ver Figura 20) en las instituciones de salud (Ley 20.584, 2012) donde se reconoce la calidad humana de usuarios y funcionarios y se les pone al centro



Figura 19. Esquema de protocolo de atención del Modelo de Acogida al Usuario. Fuente: Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Modelo de Acogida al Usuario. Diagramación propia

del sistema. Esto implica también un cambio en los usuarios, quienes pasan de una actitud pasiva a tener expectativas y una actitud más empoderada e informada.

La implementación de este Modelo de Acogida al Usuario demuestra la existencia de un problema: los usuarios necesitan apoyo para comprender el servicio global; cómo desplazarse dentro del Centro de Salud, qué etapas deben pasar

para ser atendidos, cuáles son los tiempos de espera promedio, etc.

La existencia del Modelo de Acogida al Usuario intenta dar solución a la problemática desde el recurso humano, gracias al trabajo desarrollado por el(la) Orientador(a) de Sala, quien busca dar respuesta a los requerimientos de la mayor cantidad de usuarios posible, con un trato cercano. En el caso del CESFAM

# Exige tus derechos



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

## y cumple tus deberes

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

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

Figura 20. Carta de derechos y deberes de los pacientes. Fuente: Ministerio de Salud de Chile.

Padre Manuel Villaseca, el Modelo de Acogida al Usuario se implementó en mayo del año 2016, con la incorporación de la Orientadora de Sala Marcela Rosales. El programa está a cargo de Juan Manuel Santander, encargado de Promoción y Participación, quien debe asistir todos los terceros martes de cada mes a una reunión mensual de coordinadores del MAU en

el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, donde se evalúa el progreso del modelo y se definen nuevos proyectos a realizar. Además participa en los Consejos Locales de Salud, que se realizan igualmente una vez al mes. Dentro del CESFAM también participa en las reuniones de Sectores, como forma de apoyar el trabajo realizado por la Orientadora de Sala.

Durante el desarrollo de esta investigación se realiza un reconocimiento de este modelo, identificando que a pesar de ser una buena iniciativa, su alcance es limitado y es de carácter paliativo, ya que se centra en el aporte de una

persona en el trato directo con los usuarios, es decir, está supeditado a la capacidad del Orientador de Sala, quien no puede abarcar los requerimientos de toda la población inscrita en el Centro de Salud.

### Nos comprometemos a:

- Contar con Orientador u Orientadora de Sala.
- Saludar cordialmente y escucharle con atención.
- Orientarle sobre el espacio físico del centro y su funcionamiento.
- Apoyarle para facilitar su acceso a las distintas atenciones de salud al interior del centro.
- Identificar en usuarios, familiares y acompañantes necesidad de ayuda psicosocial y derivar a atención profesional.
- Conectarse a red de apoyo comunitario, a través de la coordinación del centro de salud y las organizaciones sociales del territorio.
- Asistencia para la continuidad de su atención en los distintos establecimientos de salud de la red sur oriente.

¡Pregúntele a su Orientador de Sala!



Visítanos en nuestro Facebook: [acogidausuariosuroriente](#)

Imagen 9. Compromisos Modelo de Acogida al Usuario. Fuente: De autora.



Imagen 10. Orientadora de sala CESFAM Padre Manuel Villaseca. Fuente: De autora.

### 2.3. MODELO COGNITIVO

El sistema público de salud está saturado; entrega atención a más personas de las que debería, tiene que enfrentar la migración de profesionales al sistema privado y sortear problemas de financiamiento. Las consecuencias de éstas dificultades recaen en los usuarios del sistema y en los funcionarios que trabajan en él. Es por esta razón que es primordial centrarlos en el análisis de las variadas problemáticas que se dan dentro de los recintos de salud. Esta consideración define la metodología de esta investigación.

La teoría de los modelos cognitivos proviene de la psicología cognitiva, una rama de la psicología que se ocupa de estudiar los procesos a través de los cuales los individuos obtienen su conocimiento del mundo, tomando consciencia de su entorno.

Los modelos cognitivos ponen acento a las cogniciones (ideas, constructos personales, creencias, atribuciones de sentido y significado, expectativas) de las personas.

Para llegar a la comprensión de los modelos cognitivos se estudian los procesos básicos como la memoria, la atención, la formación de conceptos, el procesamiento de la información y la resolución de conflictos, entre otros.

La psicología cognitiva es un área de estudio que ha sido influida por disciplinas como la inteligencia artificial y la ciencia del lenguaje. (Beck, 1995)

Dentro de la psicología cognitiva, se rescata la organización cognitiva (Beck, 1963) que postula que ante una situación, los individuos no responden automáticamente, previamente perciben, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo para dar paso a una respuesta emocional o conductual. Estas interpretaciones de la realidad son esquemas cognitivos; supuestos previos que determinan

el comportamiento de las personas ante determinadas situaciones.

Es decir, los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino por el modo en que las personas interpretan esas situaciones según sus propias experiencias previas, la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación.

Estos esquemas cognitivos están compuestos por creencias nucleares o centrales son ideas que las personas desarrollan desde la primera infancia sobre sí mismos, las demás personas y el contexto en el que están insertos. Estas ideas son tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar. Las personas las consideran verdades absolutas, siendo el nivel más esencial de creencia; son ideas rígidas, globales y difíciles de cambiar. Generan sentido de identidad y son idiosincrásicas. Bajo esta lógica, el procesamiento de la información puede presentar errores en cualquier fase de la interacción, que tienen como consecuencia una alteración o distorsión en la valoración e interpretación de los hechos, denominadas distorsiones cognitivas.

Además, se manifiestan creencias intermedias o periféricas que son ideas influidas por las creencias nucleares. Son actitudes, reglas y

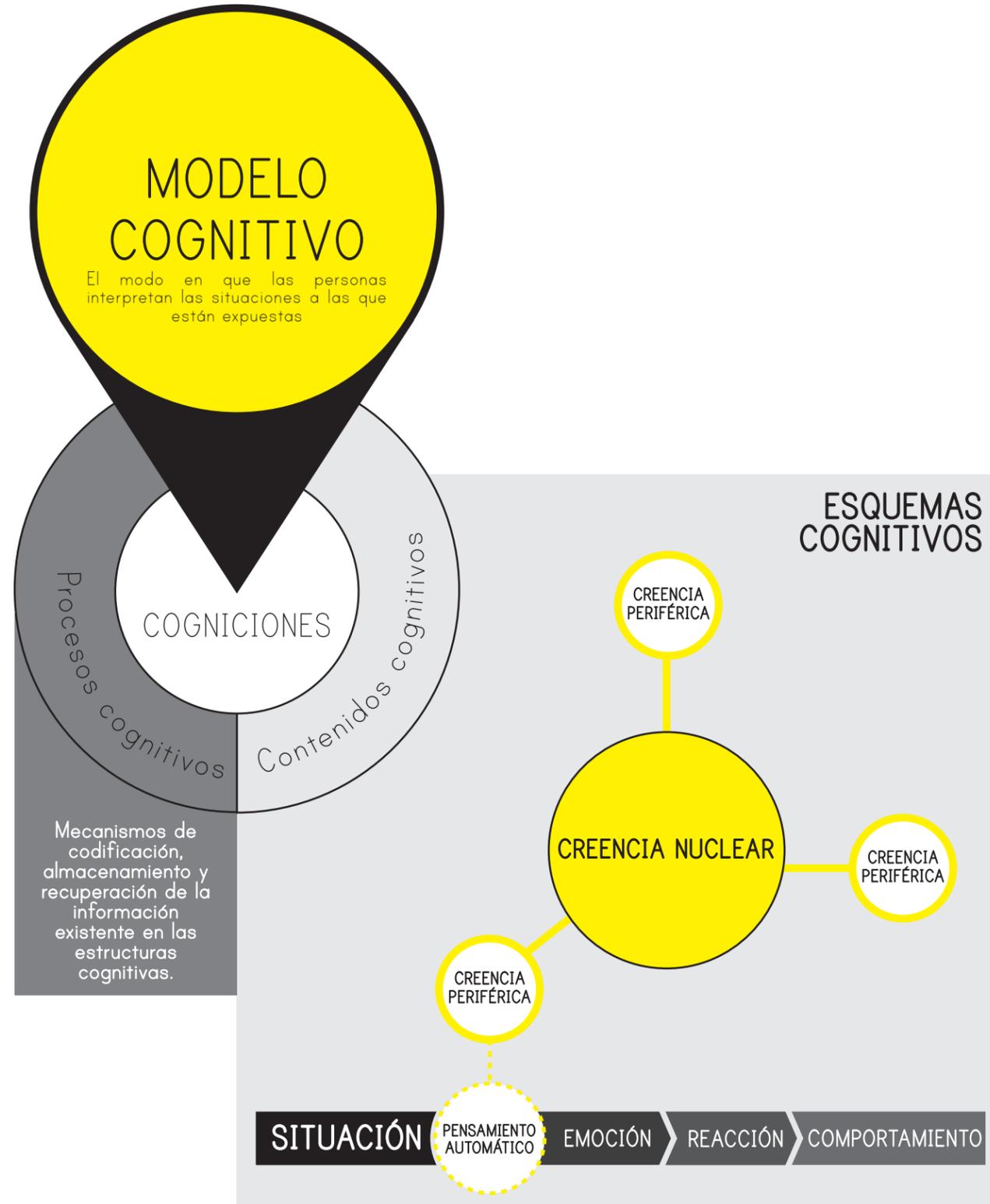


Figura 20. El Modelo cognitivo según la teoría de Aaron Beck. Fuente: Elaboración propia

presunciones, influyen en la forma de ver una situación.

Las creencias intermedias provocan pensamientos automáticos; imágenes y palabras que pasan por la mente de las personas son específicos para cada situación y constituyen el nivel más superficial de la cognición. Los pensamientos automáticos son los que dan paso a la emoción, reacción y comportamiento. Los psicólogos cognitivos plantean que las creencias se pueden aprender y desaprender, es decir, las creencias pueden ser reemplazadas por otras. Este proceso se llama reestructuración cognitiva y es la estrategia que utilizan para el tratamiento de las patologías psicológicas.

Podemos plantear una relación entre la teoría cognitiva y la forma en que las personas se enfrentan al servicio ofrecido por el CESFAM. Si consideramos que las personas reaccionan según sus modelos cognitivos y sus ideas nucleares, y que estas ideas se basan en las experiencias vividas, la forma que tendrán los usuarios de enfrentarse al servicio será positiva o negativa según la acumulación de experiencias de uno u otro tipo.

Si existe la posibilidad de realizar una reestructuración cognitiva en la terapia psicológica, ¿podría realizarse con respecto a un servicio? Si el centro del análisis para el diseño de un servicio fueran los modelos cognitivos de las personas, ¿sería posible influir en su percepción de usuarios y funcionarios en torno al servicio y la institucionalidad?

Para comprender mejor esta relación se realiza una representación gráfica (ver figura 21) que permitirá comprender la importancia de los estudios actitudinales provenientes del Design Research (detallados en el capítulo siguiente).

En este sentido, la teoría de los modelos cognitivos permite establecer un abanico de posibles reacciones ante determinadas situaciones del servicio, en particular las que generan quiebres en la fluidez e impactan en la percepción de calidad por parte de los usuarios y en el clima laboral por parte de los funcionarios.



Figura 21. Comparación de dos ejemplos de esquemas cognitivos diferentes. Fuente: Elaboración propia



### 3. MARCO METODOLÓGICO

### 3.1. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA



Figura 22. El flujo de la investigación cualitativa. Fuente: Diplomado de Diseño de Servicios Universidad Católica de Chile (2015). Diagramación propia

La investigación cualitativa describe sucesos complejos en su medio natural. Estudia la realidad en su contexto nativo, principalmente en la interpretación de los fenómenos manifestados por las personas directamente implicadas en el caso de estudio. Tiene como objetivo entregar una descripción completa y detallada de los sucesos del tema de investigación.

Como muestra la figura 22, el planteamiento de una investigación cualitativa responde a un flujo de desarrollo.

Para el desarrollo de esta investigación y como ya se ha declarado previamente, se toma un caso de estudio como una opción metodológica, ya que es un mecanismo para realizar un análisis detallado de sus significados, con el afán de comprender su especificidad y no buscando generalizaciones. Esta opción metodológica se toma cuando:

- Cuando es necesario confrontar temas con pocos antecedentes previos, pero su impacto es suficientemente relevante.
- En casos extremos o desviados con relación a una teoría.
- A partir del interés por estudiar un fenómeno general, se selecciona un caso de observación por sus características ilustradoras.

Los estudios pueden ser clasificados en las siguientes categorías:

- Intrínseco: El caso en sí mismo genera interés para el estudio. No es un medio para explicar otra cosa más general.
- Instrumental: El caso cumple el rol de mediación para la comprensión de un fenómeno mayor.
- Colectivo: Estudio comparativo de varios casos, ya sean similares o diferentes.

- Exploratorio: Los resultados pueden ser usados como base para formular preguntas de investigación más precisas.
- Descriptivo: Provee una descripción densa del caso contextualmente situado
- Explicativo: Facilitar la interpretación causal de ciertos fenómenos.

Ya definido lo anterior y formulada la hipótesis, corresponde la selección de la muestra que implica tener en consideración lo siguiente:

- Identificar un grupo pequeño de personas que represente a una población mayor, permitiendo estudiarla de acuerdo a los recursos y tiempos disponibles.
- El éxito de la investigación depende en gran medida de la correcta elección de la muestra.
- Se realiza en base a supuestos teóricos o empíricos sobre el grupo de personas que será analizada y sobre todo en base al objetivo de la investigación.
- La selección establece criterios para la elección de un grupo de estudio y delimitan el tema o alcance de la investigación.

La selección de la muestra no responde a criterios de representatividad estadística, sino a los siguientes criterios:

- Objetivos planteados por la investigación.
- Criterios teóricos y antecedentes.
- Densidad y riqueza de la información que entreguen potencialidad para proveer una base empírica relevante del fenómeno.
- Posibilidad de garantizar una contrastación y variabilidad de las situaciones de estudio.
- Factibilidad en el acceso al estudio de los casos.

El tipo de selección muestral puede definirse

dentro de los siguientes márgenes:

- Intencionada y razonada: Criterios de representatividad del discurso, de significados, que permitan responder a las preguntas de la investigación.
- Acumulativa y secuencial: Busca la saturación de la información para responder a las preguntas de investigación.
- Flexible y reflexiva: A partir de la reflexión del investigador, se van adoptando nuevas decisiones muestrales durante la investigación.

Al minuto de definir la muestra para el estudio es necesario tomar consideraciones de ética como informar a las personas que formarán parte de un estudio y explicar claramente el propósito de la investigación garantizando la confidencialidad y el anonimato de sus testimonios. Todo lo anterior se respalda mediante la firma de un consentimiento informado.

Para lograr la extracción de la información que se busca con la investigación cualitativa se aplican principalmente dos herramientas; la observación y la entrevista (Strauss y Corbin, 2002)

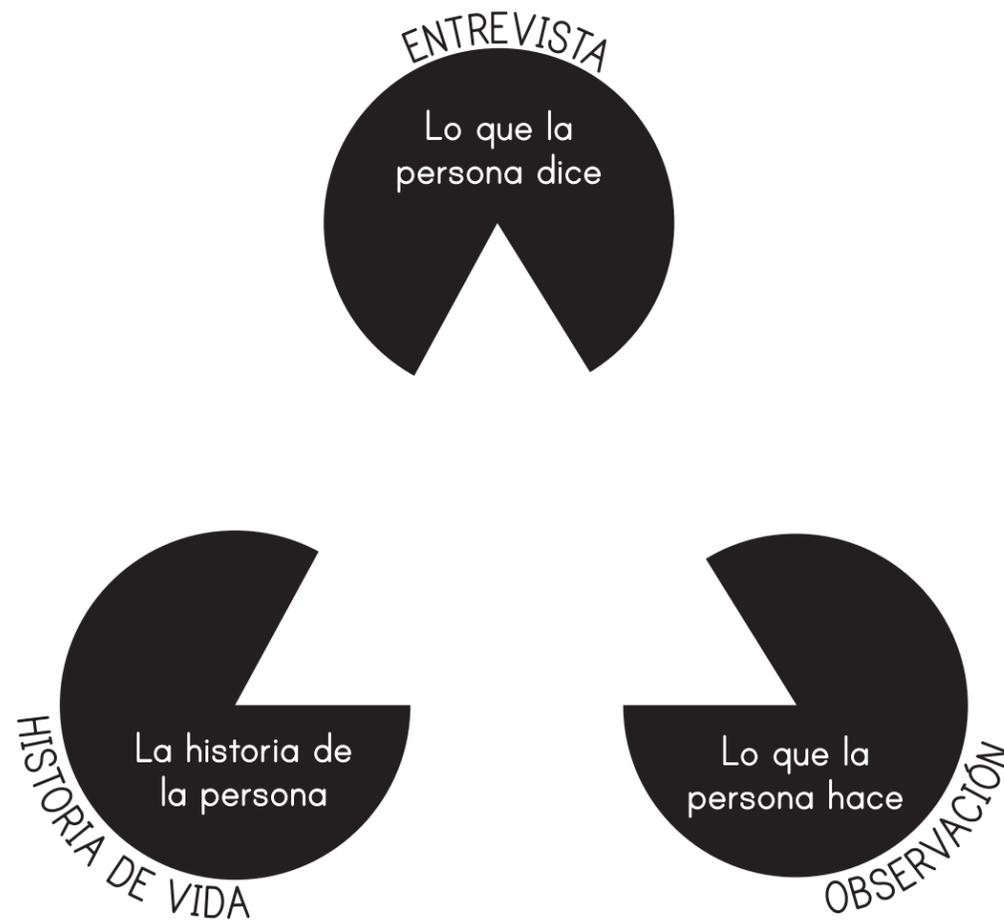


Figura 23. La triangulación del análisis cualitativo.

Fuente: Diplomado de Diseño de Servicios Universidad Católica de Chile (2015). Diagramación propia

Por un lado, la observación permite:

- Constatar las acciones de las personas en el contexto de estudio.
- Definir patrones de acción que indiquen un fenómeno particular.
- Permite realizar preguntas más atinentes en las entrevistas.

Es posible realizar una observación no participante, donde el investigador es un espectador que toma distancia de la situación estudiada, o una observación participante, donde existe un involucramiento directo del investigador, observando desde el interior las situaciones. En esta investigación se utiliza la primera opción.

La observación se debe planificar teniendo en cuenta el objetivo final y tener presente lo que se busca averiguar. Es necesario definir un lugar, un horario, las personas a las que se va a observar, las actividades que realizan, entre otros. Se realiza con material de apoyo y registro, tales como cámara fotográfica o de video, bloc de notas, lápiz, grabador de voz, etc. La elaboración previa de una pauta para la

observación facilitará el registro de lo que se busca averiguar. Estas pautas generalmente incluyen como base:

- Descripción general del lugar.
- Descripción de las interacciones y actividades.
- Descripción del equipamiento y mobiliario.
- Descripción del grupo objetivo.

Por otro lado, las entrevistas sirven para:

- Conocer experiencias, sentimientos y opiniones.
- Entender cómo las personas explican o interpretan una determinada realidad.
- Investigar sobre temas sensibles o muy determinados por normas sociales.
- En el caso de la entrevista con expertos, permiten profundizar en el conocimiento del tema y abrir caminos para la investigación.

Al momento de plantear las preguntas que se le realizarán a los entrevistados es importante tener en cuenta el desarrollo de una entrevista empática (Barry, 2013) que tiene etapas de desarrollo como muestra la figura 24.

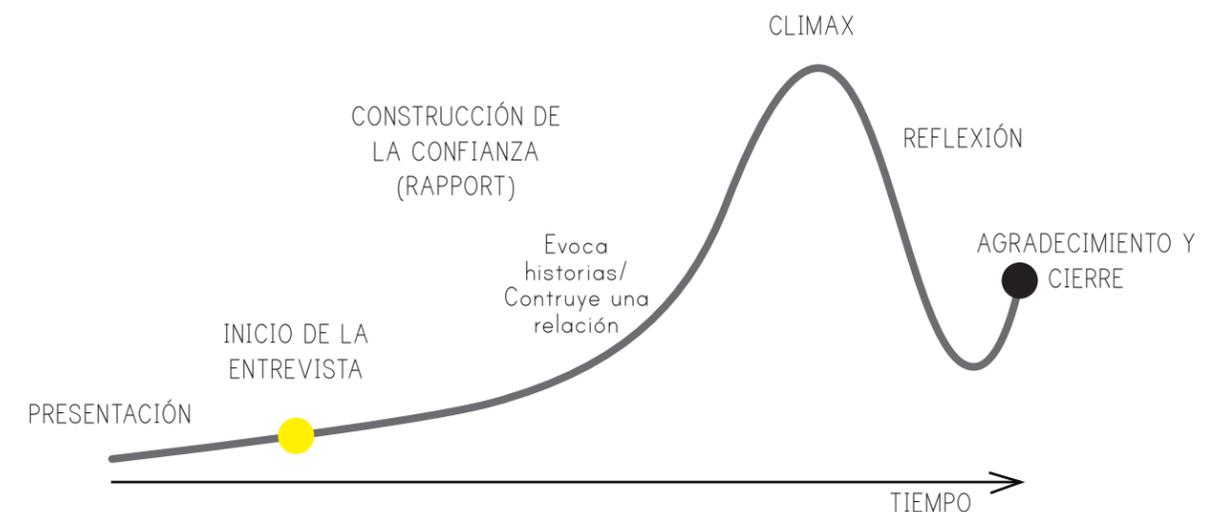


Figura 24. Flujo de una entrevista empática. Fuente: Michael Barry (2013). Diagramación propia.

## 3.2. DISEÑO CENTRADO EN EL USUARIO (DCU)

Según la Asociación de Profesionales de la Experiencia del Usuario (UXPA, 2013), el diseño centrado en el usuario se caracteriza por el involucramiento y comprensión profunda del usuario final en la definición de requerimientos para que un diseño sea una solución apropiada que facilite las interacciones.

El diseño centrado en el usuario puede definirse por diferenciación a otros enfoques o filosofías de diseño:

- Diseño centrado en el diseñador: El diseñador, a partir de su visión personal, sabe qué es lo mejor en cada momento.
- Diseño centrado en la empresa: Se diseña atendiendo a la estructura y necesidades de la empresa.
- Diseño centrado en el contenido: Lo que se intenta comunicar define la estructura del diseño.
- Diseño centrado en la tecnología: Todo gira en torno a la tecnología, buscando la forma más fácil de implementar una solución.

Que los enfoques de diseño sean distintos no quiere decir que sean incompatibles. En el caso del diseño centrado en los usuarios, el usuario final prevalece sobre otros factores en la toma de decisiones pero los otros factores no deben ser desatendidos.

El diseño centrado en los usuarios se enfoca principalmente en la usabilidad, entendida como la facilidad de uso de una aplicación, producto o servicio. La usabilidad puede ser medida o evaluada. Es un atributo de calidad cuya definición formal es resultado de la enumeración de los diferentes componentes o variables a través de los cuales puede ser medida (Nielsen, 2003):

- Facilidad de Aprendizaje: ¿Qué tan fácil resulta para los usuarios llevar a cabo las tareas básicas la primera vez que se enfrentan al diseño?
- Eficiencia: Una vez que los usuarios han aprendido el funcionamiento básico del diseño, ¿cuánto tardan en realizar las tareas?

- Calidad de ser recordado: Cuando los usuarios vuelven a usar el diseño después de un período de tiempo sin hacerlo, ¿cuánto tardan en volver a adquirir el conocimiento necesario para usarlo eficientemente?
- Eficacia: Durante la realización de una tarea, ¿cuántos errores comete el usuario?, ¿cómo de graves son las consecuencias de esos errores?, ¿cómo de rápido puede el usuario deshacer las consecuencias de sus propios errores?

- Satisfacción: ¿Cómo de agradable y sencillo le ha parecido al usuario la realización de las tareas?

El Diseño centrado en el usuario es considerado un proceso cíclico, donde las decisiones de diseño están dirigidas por los usuarios y los objetivos de satisfacción de un producto o servicio, evaluando iterativamente los diseños con el usuario y según según la evaluación de los resultados, aplicar mejoras a las propuestas de diseño (Hassan y Ortega, 2009).

Según la norma (ISO 13407: 1999) el Proceso DCU se divide en cuatro fases:

- Entender y especificar el contexto de uso: Identificar a las personas a las que se dirige el producto, para qué lo usarán y en qué condiciones.
- Especificar requisitos: Identificar los objetivos del usuario y del proveedor del producto deberán satisfacerse.
- Producir soluciones de diseño: Esta fase se puede subdividir en diferentes etapas secuenciales, desde las primeras soluciones conceptuales hasta la solución final de diseño.
- Evaluación: Es la fase más importante del proceso, en la que se validan las soluciones de diseño (el sistema satisface los requisitos) o por el contrario se detectan problemas de usabilidad, normalmente a través de tests con usuarios

Las herramientas para extraer la información que busca el investigador del Diseño Centrado en el Usuario son variadas (ver figura 27) y deben ser elegidas según el objetivo de la investigación.



Figura 25. La usabilidad como consecuencia del Diseño Centrado en el Usuario. Fuente: Hassan y Ortega (2009) Informe APEI sobre Usabilidad. Diagramación propia



Figura 26. Fases del Proceso de Diseño Centrado en el Usuario. Fuente: Hassan y Ortega (2009) Informe APEI sobre Usabilidad. Diagramación propia.



Figura 27. Herramientas de investigación para el Diseño Centrado en el Usuario. Fuente: Hassan y Ortega (2009) Informe APEI sobre Usabilidad. Diagramación propia.

### 3.3. DESIGN RESEARCH

El Design research es la investigación que se utiliza para el diseño de Servicios (Procorp S.A., 2015). Busca relevar todos los factores que influyen en la experiencia de una o más personas con un servicio determinado, comprendiendo cada una de las etapas de este (antes, durante y después).

La investigación para el Diseño de Servicios se centra en cuatro ejes de análisis (ver figura 28) y el correcto análisis de estos ejes permite acercarse a un diseño más certero en cuanto a la experiencia que se desea otorgar a los usuarios finales del servicio.

El Design Research se diferencia de la investigación de mercado principalmente porque busca innovar en todo el proceso de investigación, poniendo principal atención a las personas en los contextos reales, observando su comportamiento espontáneo y emocional, buscando información iluminadora que indique caminos de acción bajo una visión sistémica y multidisciplinaria.

El Design Research también cuenta con variedad de herramientas con las cuales es posible extraer la información que busca el investigador (ver 29).

El mecanismo a través del cual se analiza la información que entregan las herramientas de investigación del Design Research es la segmentación actitudinal, una categorización que se realiza en base al comportamiento e intereses de un grupo de personas frente a un producto o servicio determinado.

Para realizar esta segmentación actitudinal es posible realizar dos tipos de categorizaciones:

- Arquetipos de usuarios: Define grupos de usuarios que se diferencian entre sí de acuerdo a sus conductas, hábitos y comportamientos.

- Mapa de atributos: Se realiza en base a la recolección de opiniones y percepciones de los usuarios, en conjunto con la detección de necesidades y expectativas por parte del equipo de investigación, configurando los atributos valorados presentes y esperados del servicio.

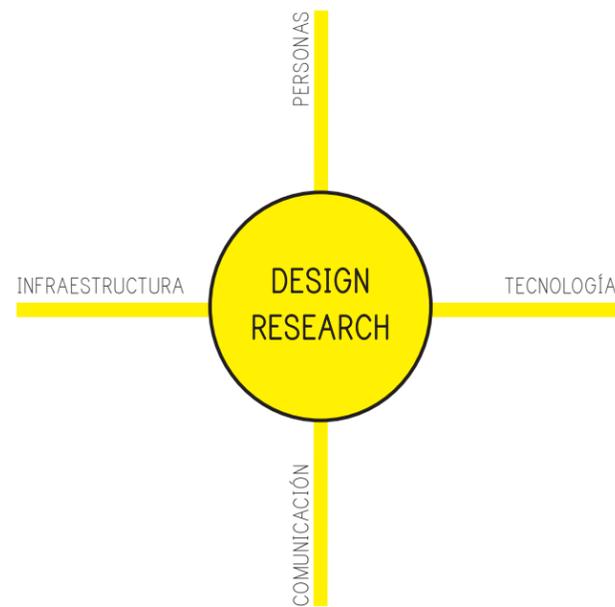


Figura 28. Ejes de análisis del Design Research. Fuente: Elaboración propia

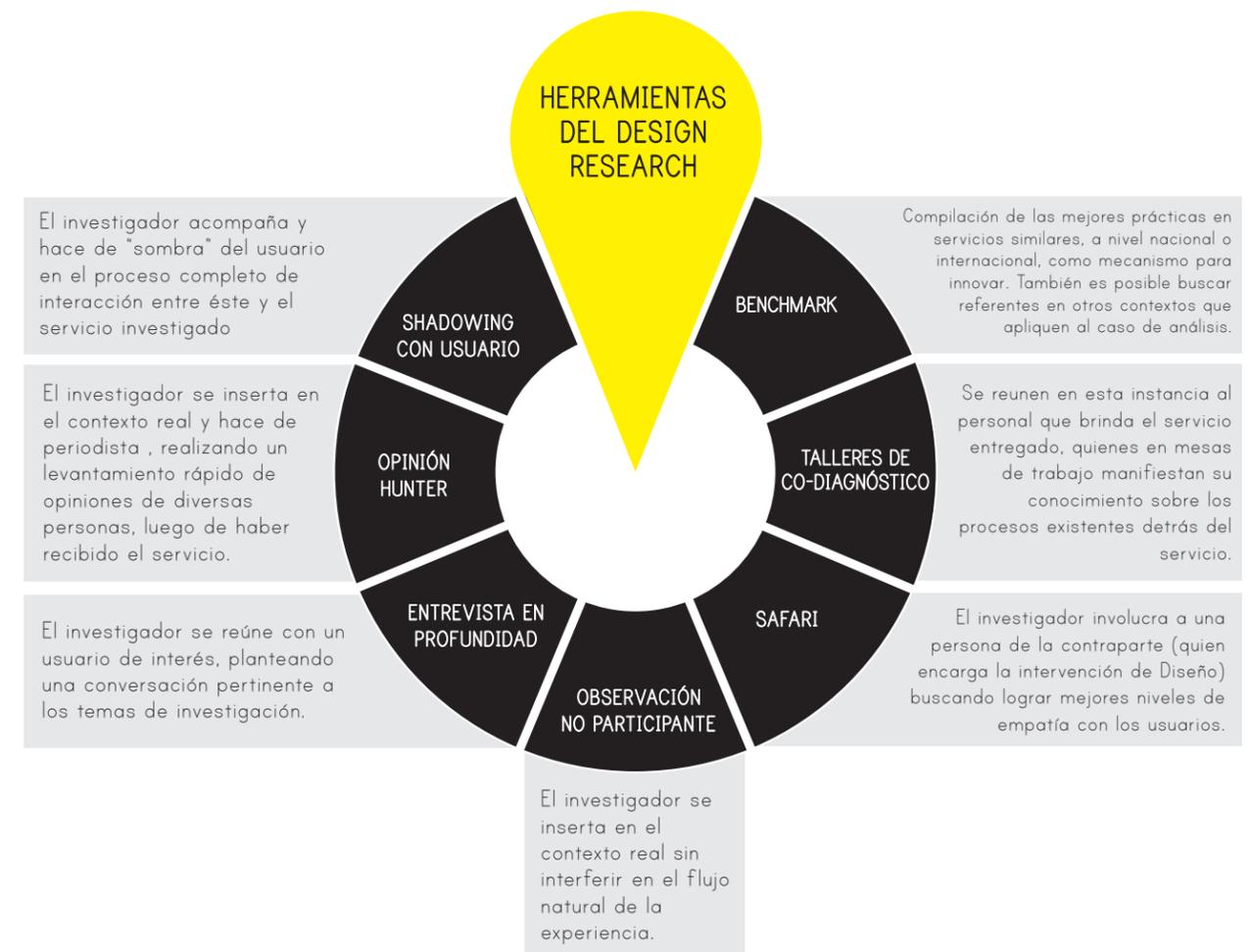


Figura 29. Herramientas del Design Research. Fuente: Elaboración propia



Figura 30. Ficha de arquetipo. Fuente: Diplomado de Diseño de Servicios. Universidad Católica de Chile (2015). Diagramación propia.

Para construir un Arquetipo de Usuario, es importante definir las siguientes categorías de análisis:

- Motivación para usar el servicio: ¿Qué necesidades busca cubrir al acceder y usar este servicio? ¿Qué lo llevó a buscar el servicio? ¿Qué le aporta este servicio a su vida? ¿Cuál es el beneficio que le brinda?

- Expectativa sobre el servicio: ¿Qué espera del servicio? ¿Qué es lo mínimo que debe tener/hacer el servicio por usted? ¿Qué le sorprendería del servicio?
- Conocimiento que requiere el usuario para utilizar memorablemente el servicio: ¿Qué sabe del servicio? ¿Cuánto sabe del servicio? ¿De qué calidad es la

información con la que cuenta? ¿Por qué vía/canal desea o prefiere adquirir la información?

- Actitudes frente al servicio: ¿Cómo actúa frente al servicio? ¿Es desafiante, comprensivo, activo o pasivo? ¿Cómo se acerca y utiliza el servicio? ¿Lo utiliza sólo o acompañado? ¿Lo usa para usted mismo o para otro?
- Atributos del servicio que le importan: ¿Qué es lo que más destacó del servicio? ¿Qué elementos emocionales son importantes en la interacción con el servicio? ¿Qué elementos racionales son importantes en la interacción con el servicio? ¿Qué elementos sensoriales, culturales son importantes?
- Relación con el proveedor del servicio: ¿Qué imagen tiene de la marca? ¿Qué asocia con la marca? ¿Qué es lo que destaca de la marca? ¿Cuáles son las debilidades de la marca? ¿Qué sensaciones, emociones, sentimientos le genera la marca?

Con la extracción de estos datos es posible fabricar una ficha de arquetipo, como la que se puede ver en la figura 30.

Por otro lado, para desarrollar un Mapa de Atributos se realiza una recolección de las opiniones y percepciones de los usuarios y del diagnóstico del equipo investigador, haciendo una diferencia en el origen de estas apreciaciones, de acuerdo a los atributos que se perciben desde lo lógico, lo sensorial y lo cultural/emocional, como muestra la figura 31.

El Mapa de Atributos busca configurar las necesidades y las expectativas de los usuarios, por lo que es importante hacer una diferenciación entre los atributos valorados presentes y los atributos valorados esperados. De esta forma es más sencillo constatar en que puntos el servicio muestra falencias pero también ayudará a identificar los puntos fuertes a mantener o potenciar. Otra herramienta de gran utilidad para la proyección de un diseño centrado en los usuarios es el desarrollo de El Viaje del Usuario (Customer Journey Map) (Cantero, 2015)

El Viaje del Usuario es una representación gráfica de la experiencia que vive el usuario en las diferentes interacciones que la componen, comprendiendo que una experiencia es un evento íntimo y subjetivo que se genera en un espacio de relación con un producto o servicio. Está compuesto de 4 fases, como muestra la figura 32.

Para realizar a cabalidad el Viaje del Usuario, es necesario definir los siguientes ítemes:

- Momentos: Hitos/Secuencia de interacciones significativas para el usuario
- Submomentos: Interacciones específicas
- Nombre de momentos: Conceptos que definen y explican el momento o relación entre usuarios y servicios.
- Descripción del momento: Experiencia que vive el usuario al momento dado de la relación.
- Quiebres del momento: Elementos que representan la discontinuidad de la experiencia del usuario, respecto a sus necesidades y expectativas con el servicio.
- Aspiraciones del momento: Elementos que el usuario espera que se cumplan por parte del servicio.
- Momentos mágicos: Elementos, acciones u otros que representen para el usuario la superación de las expectativas.



Figura 31. Mapa de atributos. Fuente: Diplomado de Diseño de Servicios. Universidad Católica de Chile (2015). Diagramación propia.

La forma en la que se presenta la información recabada es libre y dependerá de cómo desea presentarla el investigador, como muestran las imágenes 11 y 12. Así también, el desarrollo del análisis y las anotaciones que apoyan las ilustraciones dependerán de la profundidad del caso a investigar.



Figura 32. Fases del Viaje del Usuario. Fuente: José Cantero (2015) Customer jourey map. Diagramación propia.

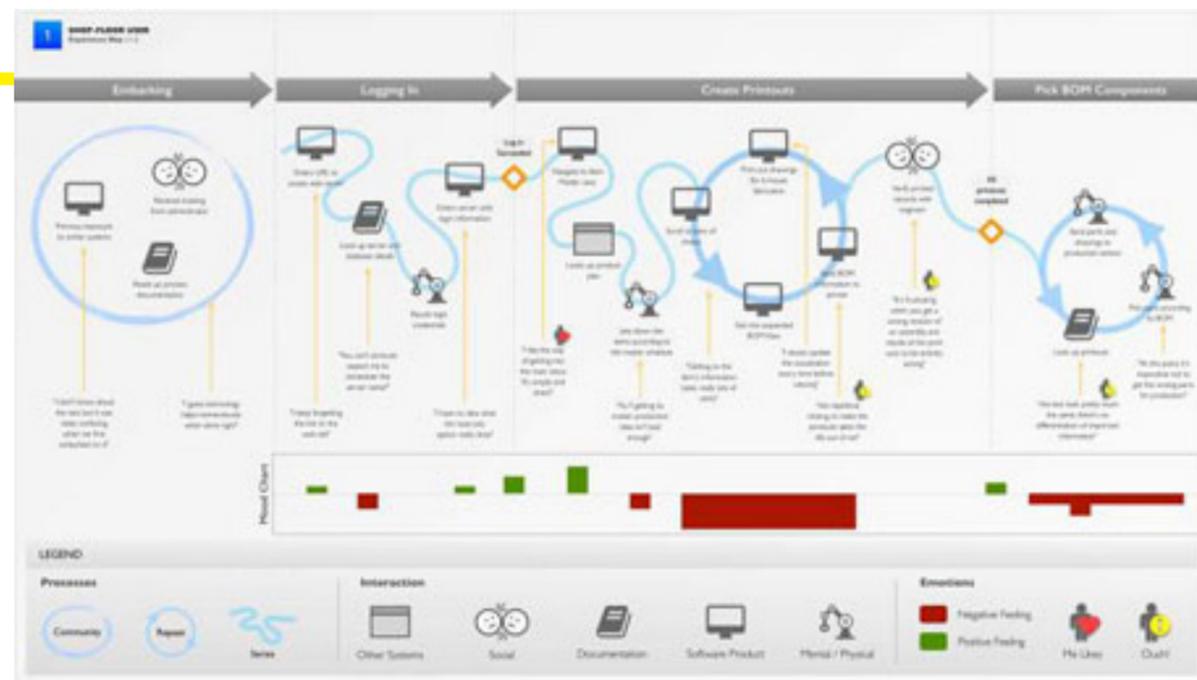


Imagen 11. Ejemplo Nº 1 de Viaje del Usuario. Fuente: Data Viz Project

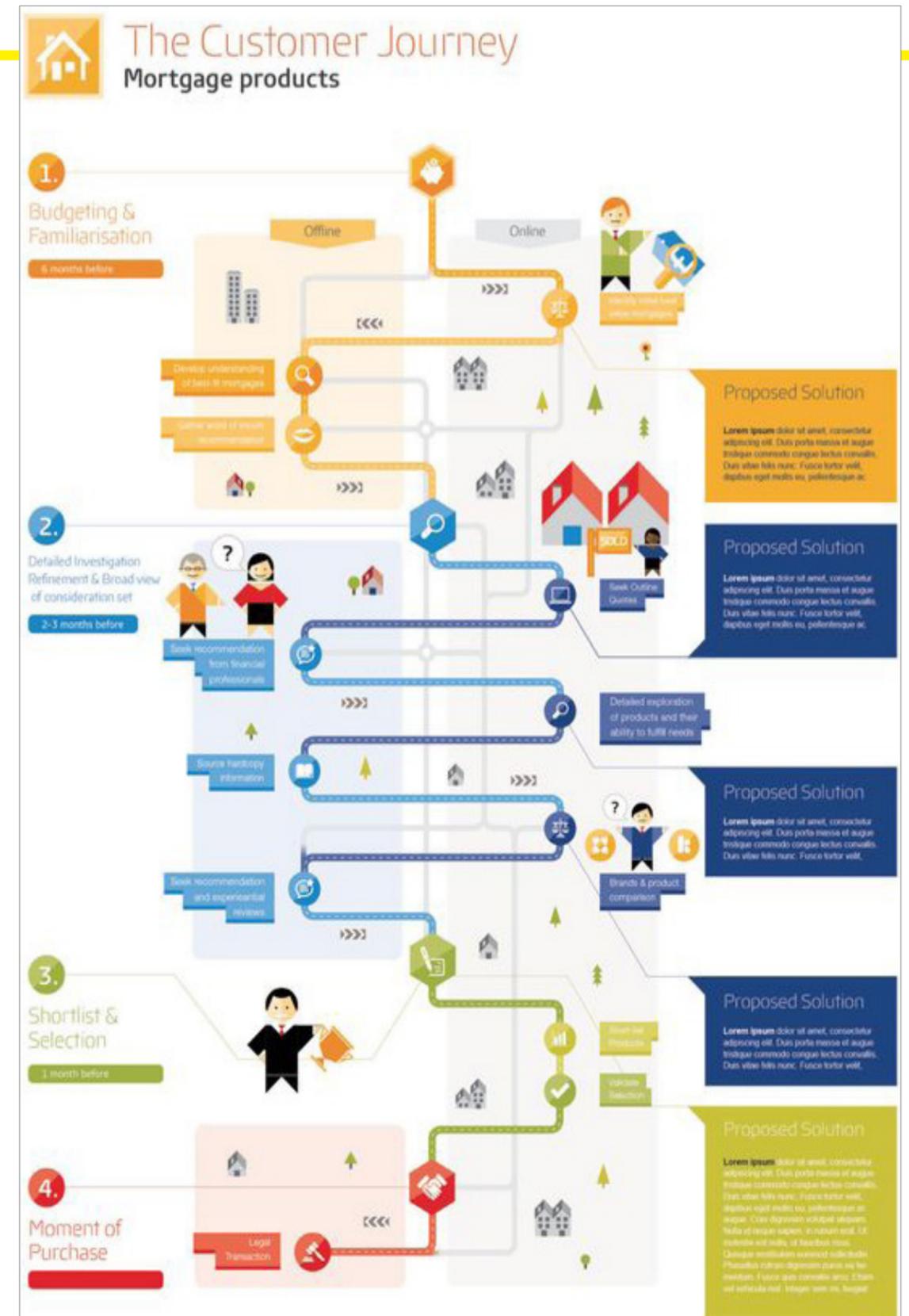


Imagen 12. Ejemplo Nº 2 del Viaje del Usuario. Fuente: Jeff Sauro (2015) What is a Customer Journey Map?



### 3.4. HERRAMIENTAS SELECCIONADAS PARA LA INVESTIGACIÓN

Como se planteó en el primer capítulo, se levantarán herramientas provenientes del Design Thinking en torno a los tres ejes que dan vida al servicio estudiado que llamaremos La Triada del servicio. Se elige una herramienta para cada componente de La Triada (ver figura 33). La elección está dada porque será la herramienta que permita recabar más detalles del caso de estudio y en concreto, será la que entregue más insumos como resultado.

Para cada herramienta se diseña un instrumento para recabar la información que se busca y cada herramienta entrega dos insumos finales con los cuales se desarrollará el diagnóstico sistémico (ver figura 34). El detalle del diseño de cada herramienta se presenta a continuación en la figura 35, 36 y 37.

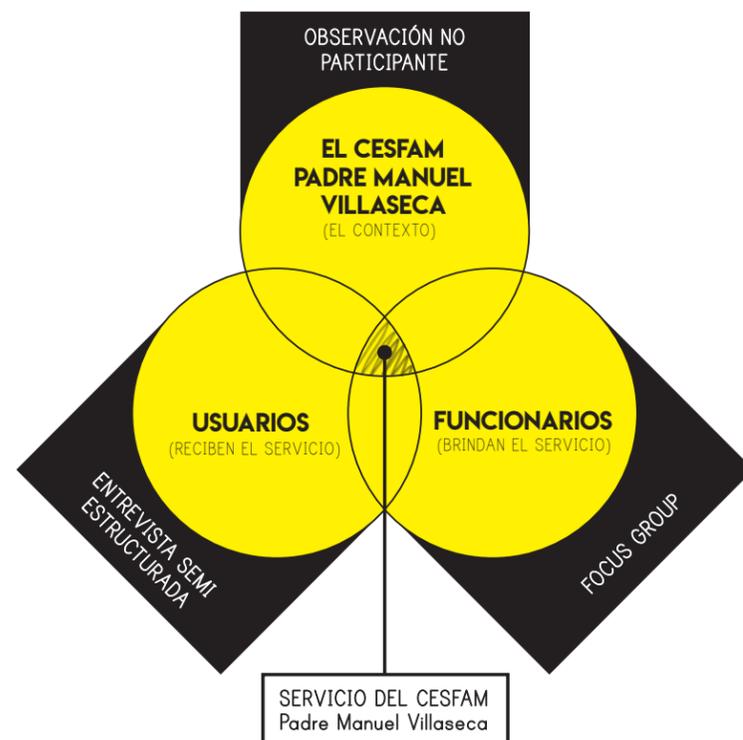


Figura 33. La triada que da vida al servicio y las herramientas para la investigación. Fuente: Elaboración propia

<b>OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>EL CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA</b> (EL CONTEXTO)	Constatar el escenario de estudio. Se busca establecer por este medio un diagnóstico inicial, dando constancia de la infraestructura, equipamiento y el comportamiento natural de los usuarios y funcionarios en la interacción con el servicio.	<b>FICHA DE REGISTRO</b>
		<b>INSUMOS OBTENIDOS</b>
		REGISTRO FOTOGRÁFICO    DIAGNÓSTICO INICIAL

<b>ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>USUARIOS</b> (RECIBEN EL SERVICIO)	Definir y conocer al usuario real del servicio para rescatar experiencias, comportamientos e intereses, estableciendo cómo se relaciona con el entorno, con los funcionarios y con la institucionalidad del servicio.	<b>PAUTA DE ENTREVISTA</b>
		<b>INSUMOS OBTENIDOS</b>
		VIAJE DEL USUARIO    ARQUETIPOS DE USUARIO

<b>FOCUS GROUP</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>FUNCIONARIOS</b> (BRINDAN EL SERVICIO)	Rescatar las impresiones de un grupo variado de funcionarios con respecto a los usuarios, al servicio y a la institución, dando espacio al aporte de sugerencias para mejorar el servicio.	<b>PAUTA DE FOCUS GROUP</b>
		<b>INSUMOS OBTENIDOS</b>
		ANÁLISIS DE DISCUSIÓN    COMPARATIVAS DE CARDSORTING

Figura 34. Herramientas, instrumentos e insumos de la investigación para La Triada del Servicio. Fuente: Elaboración propia

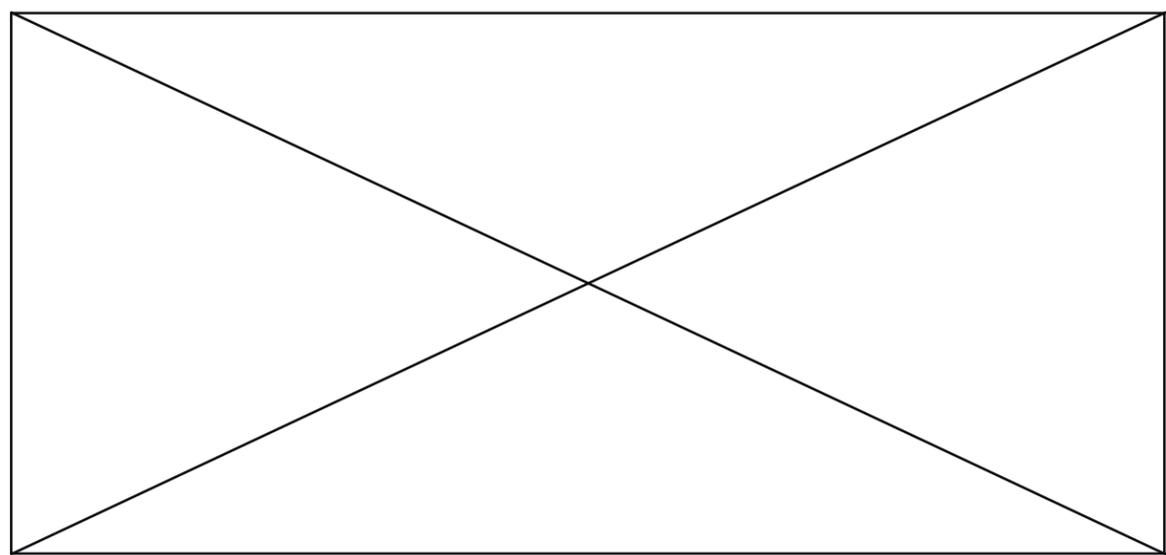
	DATOS GENERALES		OBSERVACIONES	
	CASO DE ESTUDIO		DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LOS USUARIOS	OBSERVACIONES DE DISEÑO
	LUGAR DE OBSERVACIÓN			
	FECHA DE OBSERVACIÓN			
	HORARIO DE OBSERVACIÓN			
CANTIDAD DE ASIENTOS DISPONIBLES		OBSERVACIONES A CONSULTAR		
CARACTERIZACIÓN DEL LUGAR				
LAYOUT				
		ACCIONES A REALIZAR		

Figura 35. Ficha de registro de observación no participante. Fuente: Elaboración propia


**PAUTA DE ENTREVISTA**
**01 INTRODUCCIÓN**

- Por favor, dígame su nombre, edad y sector de Puente Alto en el que vive.
- ¿Qué tipo de cobertura de Fonasa tiene?
- ¿Lo acompaña alguien cuando viene al CESFAM?
- ¿Qué tan seguido utiliza los servicios ofrecidos por el CESFAM PMV?
- ¿Podría nombrarme algunos?

**02 CONSTRUCCIÓN DE RELACIÓN**

- Relátame cómo es su día cuando viene al CESFAM
- ¿Qué espera encontrar cuando viene al CESFAM?
- ¿Qué ocurre en la práctica/realmente?

**03 PROFUNDAZACIÓN**

- Cuando vino por primera vez al CESFAM, ¿cómo fue su experiencia?
- ¿Qué necesitaría usted para entender rápidamente como funciona el CESFAM?
- ¿Qué opinión tiene usted de la calidad de la información que se le entrega en la sala de espera para entender cómo funciona el CESFAM?
- ¿Cómo describiría el funcionamiento del CESFAM?
- Específicamente aquí, en la sala de espera, ¿cómo se siente?
- ¿Qué nivel de satisfacción tiene usted con el servicio que le otorga la sala de espera y por qué?

**04 REFLEXIÓN**

- ¿Cómo influye en su día cotidiano la experiencia de espera en el CESFAM?
- Cuando tiene una buena o mala experiencia, ¿cómo lo manifiesta? (a los demás usuarios, en redes sociales, felicitación o queja formal, a la familia, etc)
- ¿A quién o quiénes responsabiliza usted por el funcionamiento del CESFAM?
- Finalmente, si usted tuviera una varita mágica para hacer lo que quisiera en este espacio, ¿qué haría?

**05 CONCLUSIÓN**

Hemos finalizado la entrevista. Le agradezco mucho su participación, recuerde conservar su copia de este documento para cualquier duda posterior. Su colaboración ha sido muy importante para esta investigación.

**PAUTA DE FOCUS GROUP**

**01 PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES**

- a) ¿Cuál es su nombre, cargo y en qué área del CESFAM trabaja?
- b) ¿Hace cuánto tiempo está en ese puesto? ¿Antes ha desempeñado otro?

**02 EXPERIENCIA COMO FUNCIONARIO**

- a) Por favor, cada uno, desde su experiencia comente en qué contexto se relaciona con los usuarios.
- b) ¿Pueden comentar alguna experiencia, positiva o negativa, en el trato con los usuarios?
- c) ¿Cómo les influye en sus vidas cotidianas este tipo de experiencias (y qué hacen para sobrellevarlas en caso de que sean negativas)?
- d) ¿Tienen la posibilidad de manifestar estas experiencias en instancias formales?
- e) ¿Es posible generar cambios a partir de las ideas que van surgiendo de sus experiencias? ¿Cómo se sienten al respecto?
- f) ¿Cómo consideran ustedes que funciona el sistema, mirándolo con los ojos del usuario?

**03 CARDSORTING CERRADO\***

\*Se les entrega a los participantes tarjetas con las categorías mostradas a continuación, las cuales se extraen del análisis de entrevistas y observaciones:

Información Disponible para los Usuarios	Calidad de la prestación de Salud
Relaciones entre Usuarios	Rapidez del servicio
Infraestructura	Señalética
Recorridos dentro del consultorio	Medios de atención no presencial
Limpieza dentro del CESFAM	Mobiliario y ambiente
Atención de los Funcionarios	Relación entre APS y ASS
Gestión Interna	Gestión Municipal
Gestión Estatal	Post Servicio

Se establecen dos ejercicios a realizar con las tarjetas definidas:

1. Que los funcionarios ordenen según su impresión, cuáles son los atributos más valorados por los usuarios en la percepción de la calidad del servicio dentro del CESFAM, pegando en un pliego desde arriba hacia abajo cada tarjeta, desde lo más importante a lo menos importante.
2. Con las mismas tarjetas, que los funcionarios dialoguen y lleguen a un consenso sobre el orden de relevancia de los atributos del servicio mirado desde adentro.

**04 CARDSORTING ABIERTO**

Se les hace entrega de Post it a los funcionarios con el fin de que anoten en ellos sus sugerencias pensando en la entrega de un mejor servicio hacia los usuarios por parte del CESFAM. Cada uno individualizará sus ideas desde su rol o cargo dentro de la organización.

Figura 37. Pauta de Focus Group con funcionarios.. Fuente: Elaboración propia



## 4. RESULTADOS



### 4.1. OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE

Para la aplicación de esta herramienta se realiza un acuerdo con la administración del CESFAM Padre Manuel Villaseca, en el cual se establece un compromiso de trabajo. En éste instancia se hace entrega de una credencial para la investigadora, que permite el libre acceso a las dependencias del Centro de Salud. Las visitas se realizan a dos de los sectores más relevantes que presentan más concentración de

público. Las visitas se realizan en la mañana a primera hora ya que se indica en reunión con la administración que es la hora del día donde hay más gente. Para esta instancia, se imprime la ficha de observación y se utiliza una cámara digital para realizar un registro escrito y en imágenes, respectivamente.



Figura 38. Herramienta, instrumento e insumos centrado en el contexto. Fuente: Elaboración propia

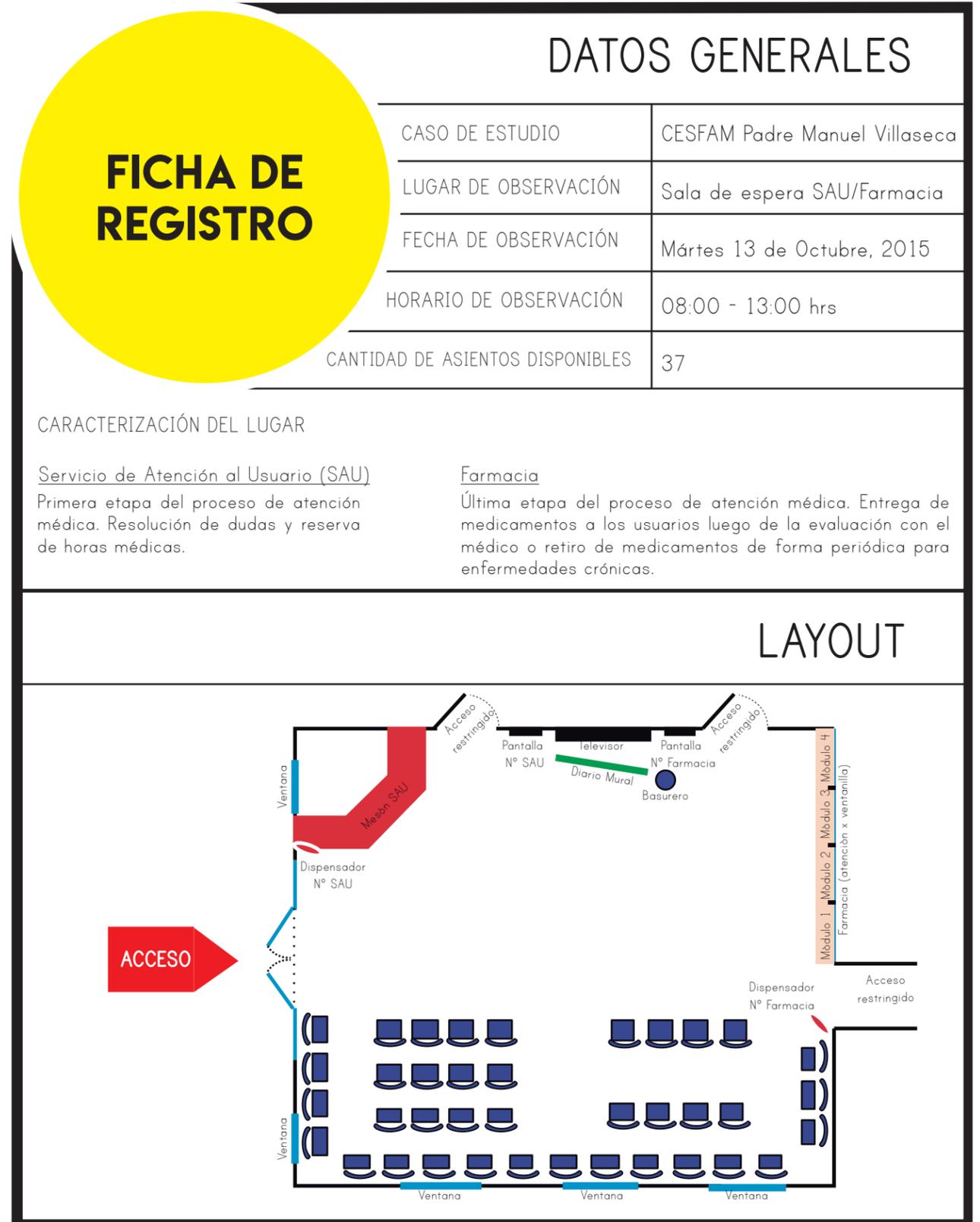


Figura 39. Ficha de registro, observación no participante N°1A. Fuente: Elaboración propia

OBSERVACIONES	
<p>DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LOS USUARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 40% Adulto Mayor</li> <li>- 40% Adulto</li> <li>- 20% Infanto-juvenil</li> </ul>	<p>OBSERVACIONES DE DISEÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La disposición de los mesones no facilita la comprensión rápida del servicio. "El diseño debe apoyarse en y no ir en contra de convenciones ya existentes, por ejemplo la lectura debe realizarse de izquierda a derecha y el giro a favor del reloj" (Krippendorff, 2006). Al entrar a la sala de espera se visualiza primero el mesón de Farmacia (última parte del proceso) y el mesón SAU se oculta al lado izquierdo de la entrada, por lo que no se ve en primera instancia (considerando a un usuario nuevo).</li> </ul>
<p>OBSERVACIONES A CONSULTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se saca un número por carnet, ¿cuál es el objetivo?</li> <li>- ¿Por qué el módulo de farmacia se encuentra completamente cubierto por vidrio? ¿Existe alguna razón asociada a normativa de atención en salud? Los usuarios deben agacharse e intentar acercarse al funcionario para poder ser escuchados. ¿Por qué es distinto a otros mesones de atención?</li> <li>- Es posible replantear la organización del espacio, ya sea con pequeñas o con grandes intervenciones. Evaluar posibilidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No existe espacio destinado a la espera de personas en sillas de ruedas (durante la observación se ve que acuden personas en estas condiciones)</li> <li>- No existe espacio destinado a niños (no es urgente, pero podría colaborar a facilitar la espera en casos de familias con bebés o niños pequeños)</li> <li>- La señalética no tiene jerarquía, es difícil distinguir entre títulos y categorías.</li> <li>- Hay dificultad en la comprensión del sistema de entrega de números por parte de los usuarios; la existencia de dos servicios en una misma sala de espera genera que los usuarios saquen el número del servicio contrario al que están buscando, lo que hace que esperen más de lo necesario.</li> <li>- Percepción ambiental de humedad y alta temperatura, además de factores como la luz, el color de las murallas y la alta concentración de personas transmite la sensación de contagio, enfermedad e incomodidad.</li> <li>- Horario crítico de atención 8 am, mayor aglomeración de gente. Tiempo de espera puede superar los 40 minutos.</li> <li>- Los usuarios no comprenden el módulo de farmacia "Atendidos durante el día". Aquí se atienden las personas que requieren medicamentos y que han sido anteriormente recetados por el médico, es decir, las personas que recién vienen saliendo del box de atención y en éste módulo no se requiere número. Este proceso no es comprendido por la totalidad de los usuarios, algunos igualmente sacan número y esperan más de lo necesario.</li> <li>- Al consultar con funcionarios, hacen referencia a que "la gente no lee" y por eso no comprenden los procesos, pero es posible mejorar las vías de comunicación, quizás es el canal el que está fallando.</li> </ul>
<p>ACCIONES A REALIZAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedir autorización para acceder a espacios internos y consultar por planos arquitectónicos oficiales.</li> <li>- Aplicar herramienta en usuarios (verificar factibilidad)</li> <li>- Aplicar herramienta en funcionarios (verificar factibilidad)</li> </ul>	

Figura 40. Ficha de registro, observación no participante N°1B. Fuente: Elaboración propia

# FICHA DE REGISTRO

DATOS GENERALES	
CASO DE ESTUDIO	CESFAM Padre Manuel Villaseca
LUGAR DE OBSERVACIÓN	Sala de espera Sector Azul
FECHA DE OBSERVACIÓN	Lunes 26 de Octubre, 2015
HORARIO DE OBSERVACIÓN	08:00 - 13:00 hrs
CANTIDAD DE ASIENTOS DISPONIBLES	36

### CARACTERIZACIÓN DEL LUGAR

Sala de espera Sector Azul

Esta sala de espera está destinada para los usuarios que se atienden en el Sector Azul en consultas por morbilidad y además cuenta con un vacunatorio (el servicio de vacunatorio es para toda la población del consultorio). Existen dos tomas de número, una para el mesón de atención otra para entrar a vacunatorio. En el corto plazo se trasladarán los servicios ofrecidos en el container de procedimientos y toma de muestras, por lo que se enfrentará a más público aún.

## LAYOUT

Figura 41. Ficha de registro, observación no participante N°2A. Fuente: Elaboración propia

OBSERVACIONES	
<p>DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LOS USUARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 56% Adulto Mayor</li> <li>- 26% Adulto</li> <li>- 20% Infanto-juvenil</li> </ul>	<p>OBSERVACIONES DE DISEÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No existe televisor, pero la sala de espera cuenta con una estufa para exterior a gas y un revistero de madera de tres repisas. El revistero exhibe y a la vez guarda las revistas.</li> <li>- El espacio es el más moderno del consultorio. Es posible distinguir mayores consideraciones respecto de la iluminación, la percepción ambiental, ventilación, ventanas, espacio de tránsito, etc.</li> </ul>
<p>OBSERVACIONES A CONSULTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Es posible utilizar espacio disponible de patios internos para generar ampliaciones y así cobijar a más gente en espera?</li> <li>- ¿Se tiene claro la cantidad de gente que se sumará al uso de este espacio? En caso de no ser así, ¿es posible hacer un estimado?</li> <li>- ¿Se ha evaluado alguna medida para mitigar el impacto que significará el traslado de gente hacia allá?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta con ventilador focalizado para el mesón de atención y aspas de ventilación para el público instaladas en el techo.</li> <li>- Cuenta con mesa y sillas infantiles, pero no con material didáctico ni de entretención para los niños.</li> <li>- En este caso, el punto débil es la toma de número y la falta de señalética jerarquizada.</li> <li>- Las personas que se encuentran en este sector ya fueron derivadas desde SAU en caso de consulta médica y en caso de vacuna se dirige directamente.</li> <li>- Actualmente, esta sala de espera cobija a personas que utilizan dos tipos de servicios diferentes, pero a futuro serán tres.</li> </ul>
<p>ACCIONES A REALIZAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedir autorización para acceder a espacios internos y consultar por planos arquitectónicos oficiales.</li> <li>- Aplicar herramienta en usuarios (verificar factibilidad)</li> <li>- Aplicar herramienta en funcionarios (verificar factibilidad)</li> </ul>	

Luego de la aplicación de la herramienta, surgen observaciones a consultar con la administración del CESFAM para considerar en el planteamiento del diagnóstico. Las respuestas fueron las siguientes:

#### SALA DE ESPERA SAU/FARMACIA

- Se saca un número por carnet, ¿cuál es el objetivo?

*En el pasado ocurrió que usuarios sacaban números de más, ya sea para entregarle a un conocido o incluso se dieron casos de venta de números. Para evitar esto se impuso la modalidad de número con carnet en mano.*

- ¿Por qué el módulo de farmacia se encuentra completamente cubierto por vidrio? ¿Existe alguna razón asociada a normativa de atención en salud? Los usuarios deben agacharse e intentan acercarse al funcionario para poder ser escuchados. ¿Por qué es distinto a otros mesones de atención?

*Esta situación se da a raíz de que Farmacia es el lugar más conflictivo del CESFAM, donde han existido situaciones de; robo de medicamentos, agresiones físicas a funcionarios, amenazas.*

- Es posible replantear la organización del espacio, ya sea con pequeñas o con grandes intervenciones. Evaluar posibilidades.

*Al consultar sobre esta posibilidad, la administración manifiesta que la disposición de mesones y sillas no es fija, que puede variar según la necesidad. Ante la posibilidad de adquirir más equipamiento hay más resistencia. Con respecto a la posibilidad*

*de remodelar la infraestructura ocurre lo mismo, se habla de una posibilidad mucho más lejana. A pesar de eso, se plantea la posibilidad de generar un proyecto y luego someterlo a evaluación.*

- ¿Es posible utilizar espacio disponible de patios internos para generar ampliaciones y así cobijar a más gente en espera?

*El Centro de Salud tiene variados patios interiores en desuso que podrían ser útiles al momento de ampliar. Al preguntar cuál es la razón de que no se utilice este espacio no entregan una razón en particular e indican que ese espacio se puede utilizar en caso de ser viable, excepto en un par de casos donde los patios interiores albergan instalaciones de gas o eléctricas.*

#### SALA DE ESPERA SECTOR AZUL

- ¿Se tiene claro la cantidad de gente que se sumará al uso de este espacio? En caso de no ser así, ¿es posible hacer un estimado?

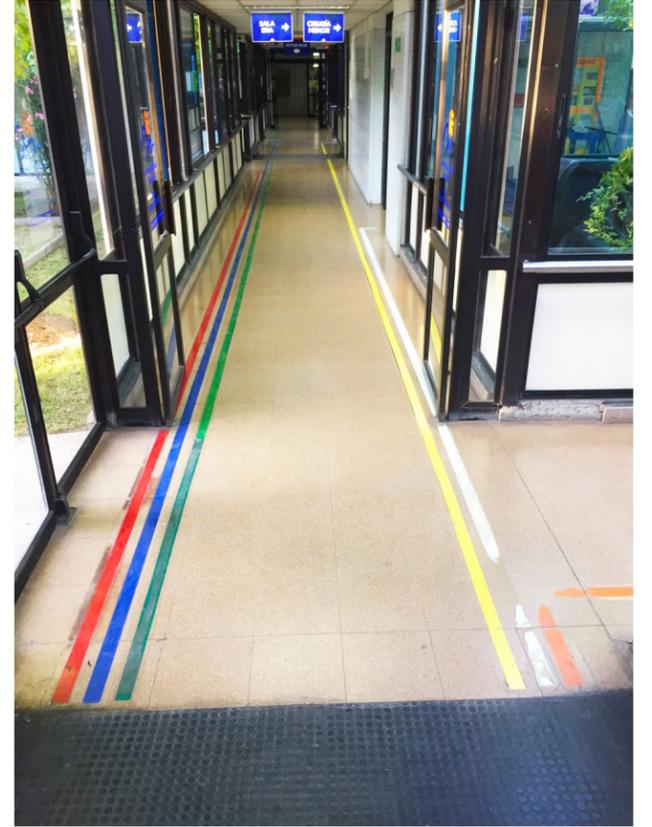
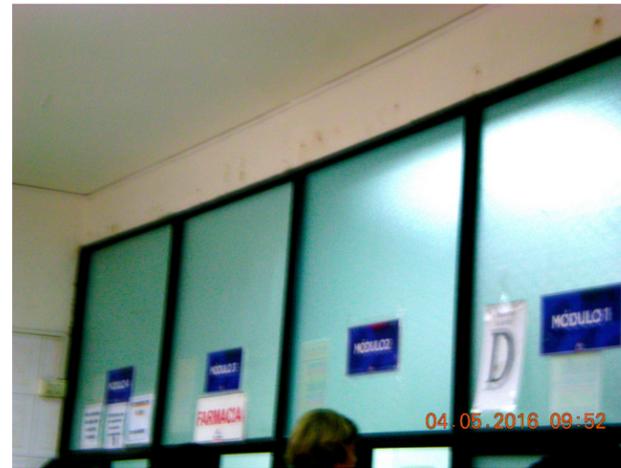
*Se estima que el público que albergaba el container que se dispuso para realizar los procedimientos y la toma de muestras de forma esporádica era aproximadamente entre 40 y 50 personas (transitorias).*

- ¿Se ha evaluado alguna medida para mitigar el impacto que significará el traslado de gente hacia allá?

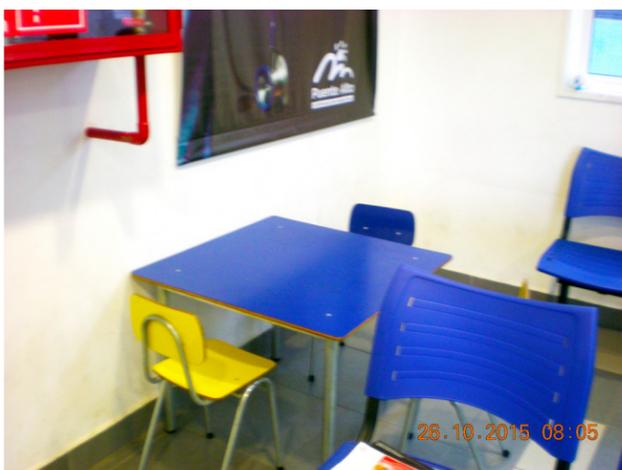
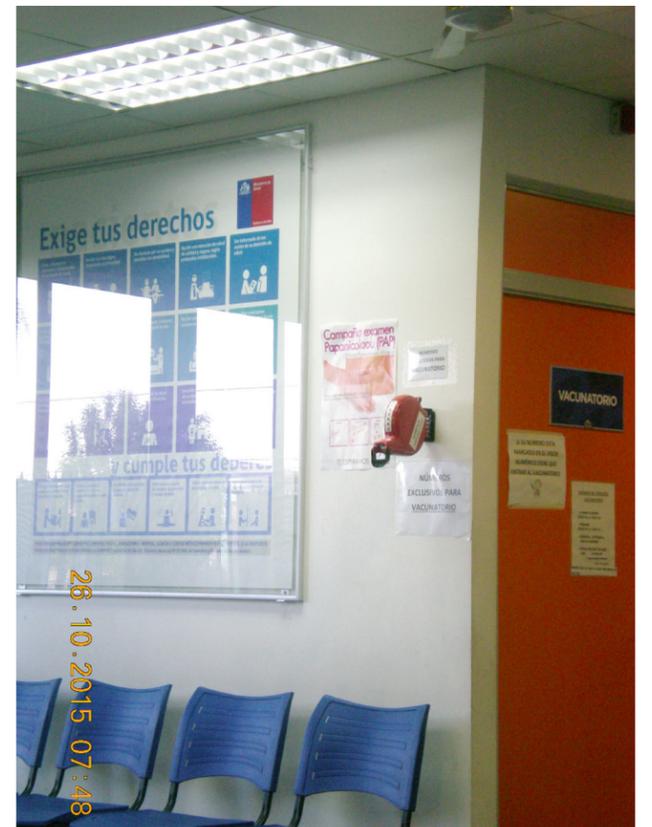
*Ante esta consulta, no existe claridad. Por lo mismo, este punto es el que más complica a la administración y es el que más le interesa analizar con la investigadora.*

Figura 42. Ficha de registro, observación no participante N°2B. Fuente: Elaboración propia

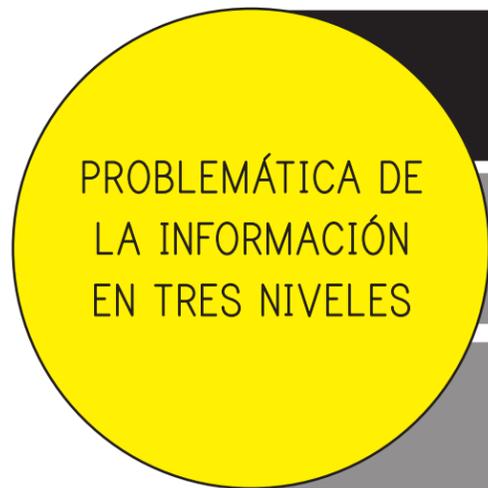
REGISTRO FOTOGRÁFICO



REGISTRO FOTOGRÁFICO



DIAGNÓSTICO INICIAL



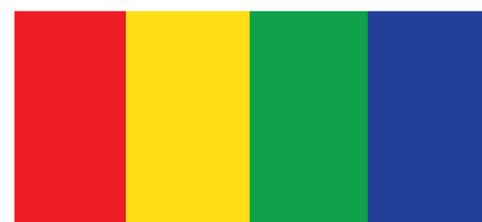
IDENTIFICACIÓN DE PRESTACIONES Y RECORRIDOS AL INTERIOR DEL CESFAM

INFORMACIÓN EDUCATIVA DE SALUD

ESTADÍA PROLONGADA POR FACTORES DEL CONTEXTO

SECTORES DE ATENCIÓN

El CESFAM Padre Manuel Villaseca divide su infraestructura en 4 sectores, cada uno dotado de un color. Las personas se atienden en el sector que les corresponda de acuerdo al lugar en el que viven. En los sectores se encuentran los box de atención para medicina general, gineco-obstétrica, psicológica-social, nutrición, y enfermería.

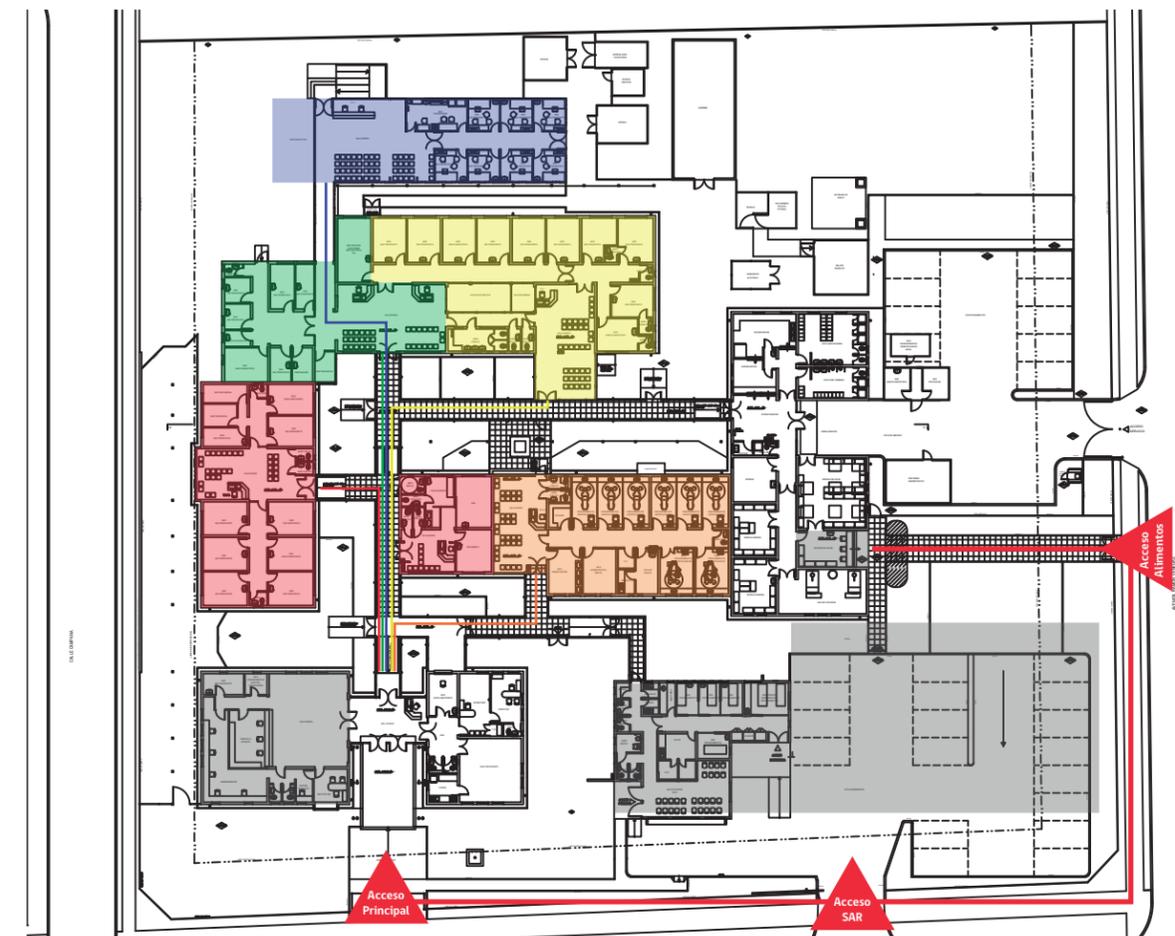


SERVICIOS TRANSVERSALES

Adicionalmente a las prestaciones ofrecidas en los sectores, existen servicios transversales a los que acceden todos los usuarios, sin importar el sector que les corresponda.

- Oficina de Informaciones, Reclamos y Solicitudes (OIRS)
- Modelo de Acojida al usuario (MAU)
- Servicio de Atención al Usuario (SAU)
- Farmacia
- Bodega de Alimentos
- Procedimientos Odontológicos
- Sala Era
- Sala Ira
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)
- Vacunatorio
- Sala de estimulación temprana
- Procedimientos
- Toma de muestras

LAYOUT



- SECTOR AZUL
- SECTOR VERDE
- SECTOR AMARILLO
- SECTOR ROJO
- SERVICIOS ODONTOLÓGICOS
- SERVICIOS TRANSVERSALES (SIN COLOR)

El CESFAM ha dispuesto franjas de colores en el piso para guiar a los usuarios hasta los sectores, pero no ha considerado el resto de los servicios transversales (indicados en color gris). No existen indicativos de ningún tipo para conocer los recorridos que llevan hacia los servicios transversales ya que estos no están incluidos en esta lógica.

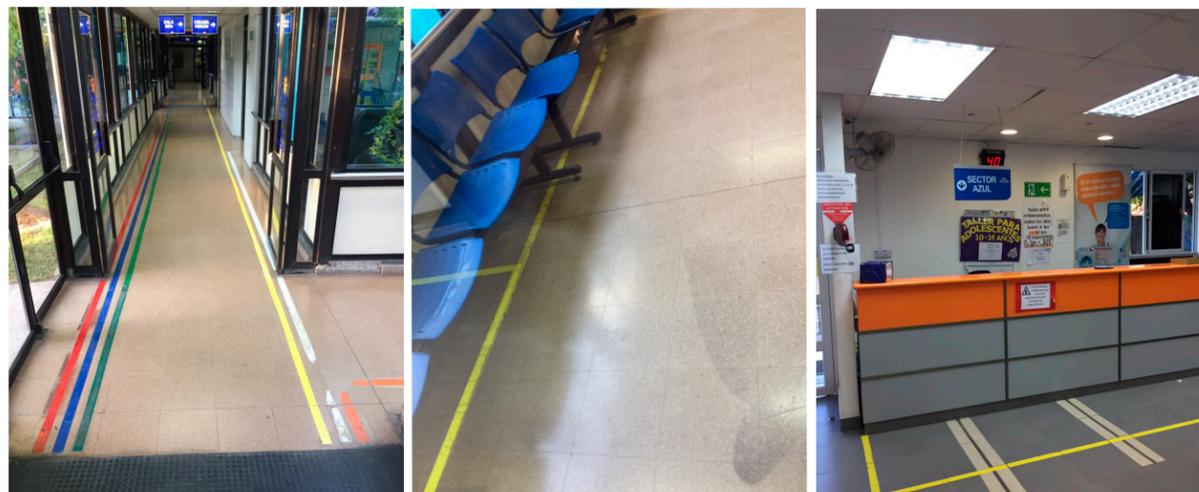
Figura 43. Diagnóstico inicial. Identificación de prestaciones y recorridos al interior del CESFAM (A). Fuente: Elaboración propia

DIAGNÓSTICO INICIAL



RECORRIDOS

Las franjas de colores deben recibir mantención así como también es necesario eliminar las que, por modificaciones internas en el Centro de Salud, ya no llevan a ningún sitio o el color no está destinado a ningún servicio en particular. Además es necesario garantizar que las franjas permanezcan siempre visibles y que no se utilicen con otro fin. En particular, el caso de la cinta amarilla que es utilizada para demarcar un espacio dentro del sector azul.



SEÑALÉTICA

Existe actualmente señalética de al menos tres tipologías diferentes, las cuales en su mayoría responden a la imagen institucional del Municipio de Puente Alto (el cual utiliza colores azul, naranja y blanco) generando confusión en los usuarios que se dirigen a los sectores, donde sólo se refuerza el nombre de éstos, pero no hay ningún indicativo de color en el espacio físico que indique que están en el lugar que buscan.



Figura 44. Diagnóstico inicial. Identificación de prestaciones y recorridos al interior del CESFAM (B). Fuente: Elaboración propia

## DIAGNÓSTICO INICIAL



## MUROS COMO DIARIO MURAL

El CESFAM PMV y en general los Centros de Salud públicos, realizan campañas de promoción y prevención en salud dirigidas a la comunidad, informando a los usuarios de diversas actividades que se realizan con el fin de educar a la población en diversas temáticas.

Se utiliza los muros del Centro de salud como diario mural, sin seguir ningún tipo de jerarquía. Los usuarios manifiestan no distinguir la importancia de esta información e incluso manifiestan molestia ante esta situación.



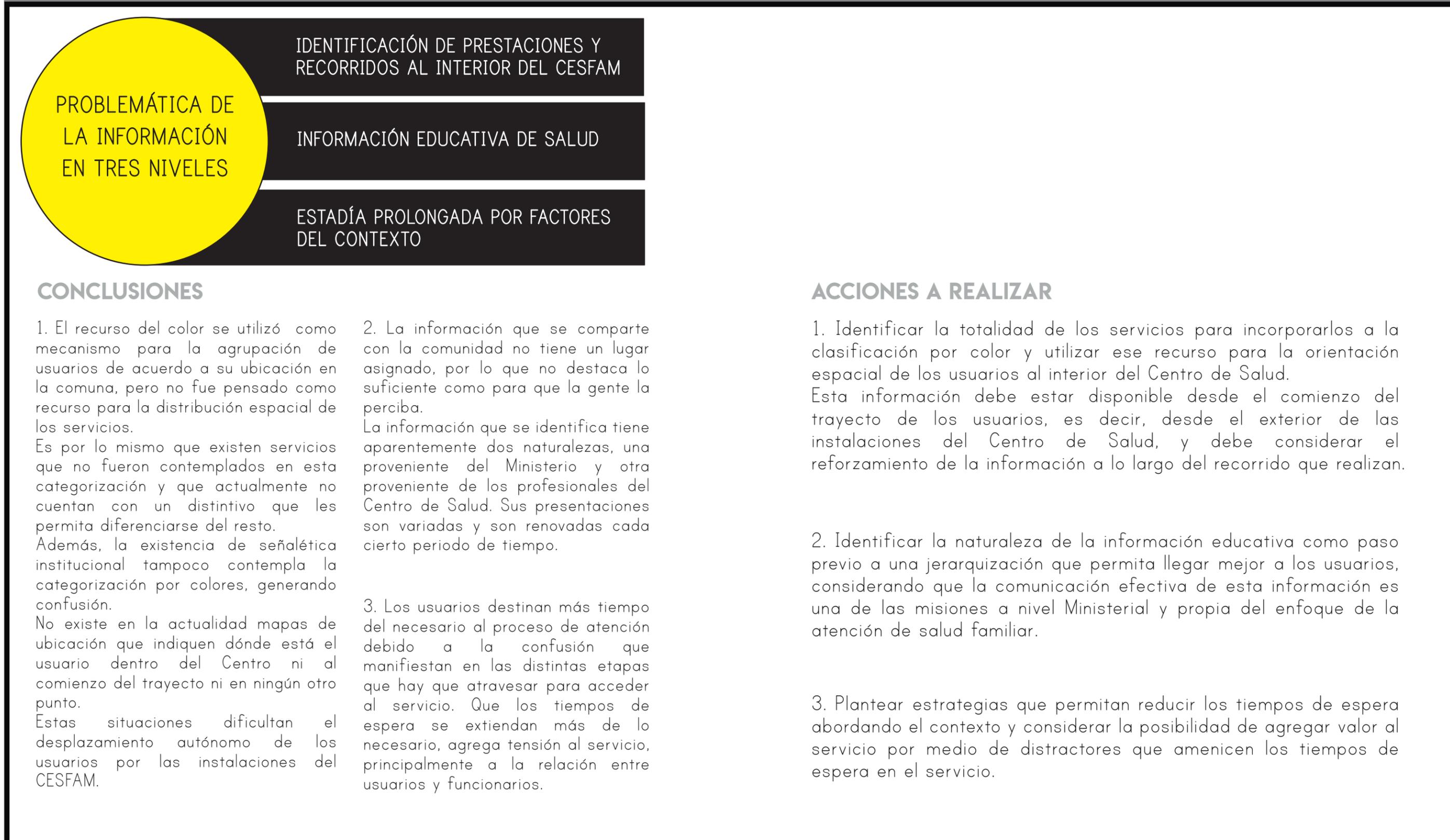
## CONFUSIÓN AL ENFRENTAR EL SERVICIO

Los usuarios permanecen más tiempo del necesario en el Centro de Salud debido a que al llegar se confunden y se dirigen a un lugar diferente al que están buscando. Además, las salas de espera analizadas albergan usuarios de múltiples servicios, donde existen dos dispensadores de número de atención diferentes. Esto hace que muchas veces los usuarios saquen el número equivocado, esperando mucho más de lo que debieran para recibir el servicio que esperan.

También fue posible constatar que existen situaciones donde los usuarios no requieren tomar un número para ser atendidos, pero ante el desconocimiento de esta situación, el número es retirado igualmente y por ende, los usuarios esperan por un servicio que pueden recibir de inmediato.



## DIAGNÓSTICO INICIAL



## 4.2. ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA A USUARIOS

Para la aplicación de esta herramienta se realiza un consentimiento informado que entrega a los usuarios toda la información relacionada a la investigación y al investigador, como documento que garantiza la protección de sus datos y el fin académico de la entrevista. El respaldo de la aplicación de esta herramienta se realiza por medio de grabación de voz, previa autorización explícita de los usuarios, para una posterior transcripción y análisis que se adjuntará en los anexos de este documento, al igual que el

formato de consentimiento informado. El análisis de las entrevistas se realizó en base a la *Metodología sistemática de análisis social: Grounded theory* (Glaser y Strauss, 1967). El detalle se anexará y a continuación se mostrará una representación gráfica de los resultados. El análisis detallado de los hallazgos de las entrevistas se considera en la fabricación de los insumos de esta herramienta y también en el planteamiento de la herramienta a aplicar con funcionarios.

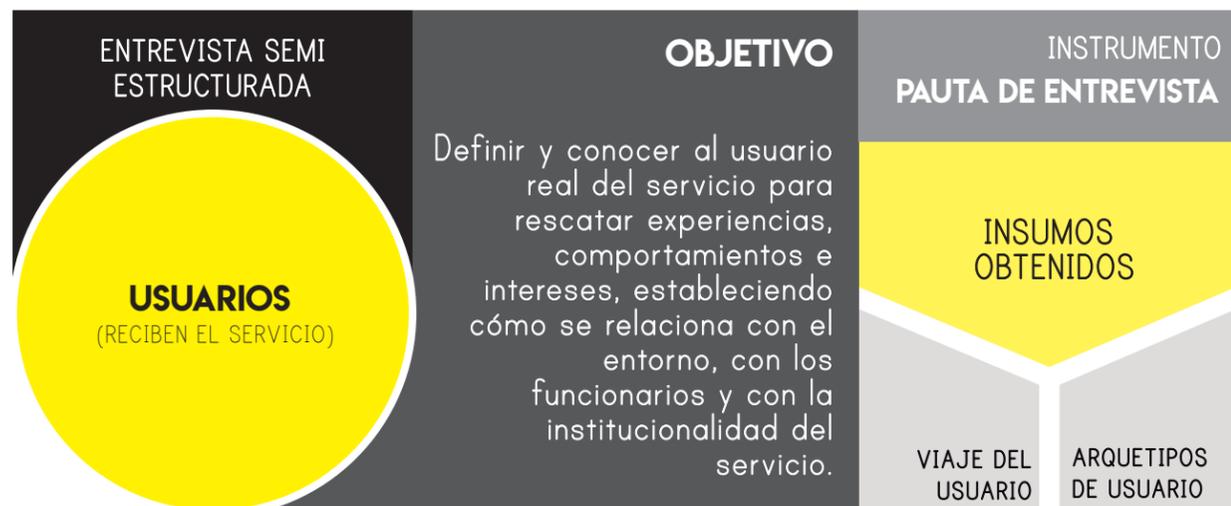


Figura 47. Herramienta, instrumento e insumos centrado en los usuarios. Fuente: Elaboración propia



Figura 48. Simbología de resultados generales de entrevistas con usuarios (A). Fuente: Elaboración propia



Figura 49. Simbología de resultados generales de entrevistas con usuarios (B). Fuente: Elaboración propia

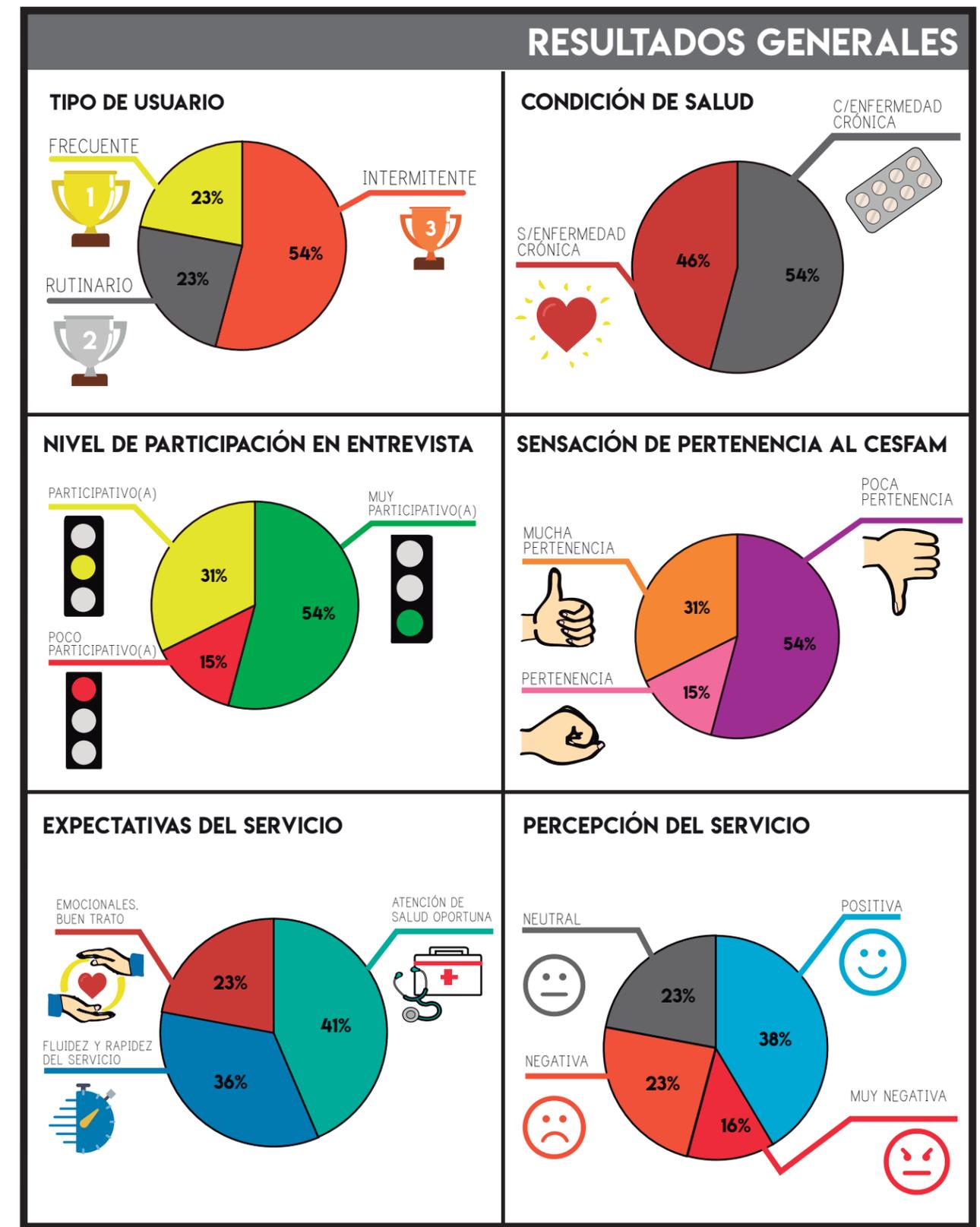


Figura 50. Resultados generales de entrevistas (A). Fuente: Elaboración propia

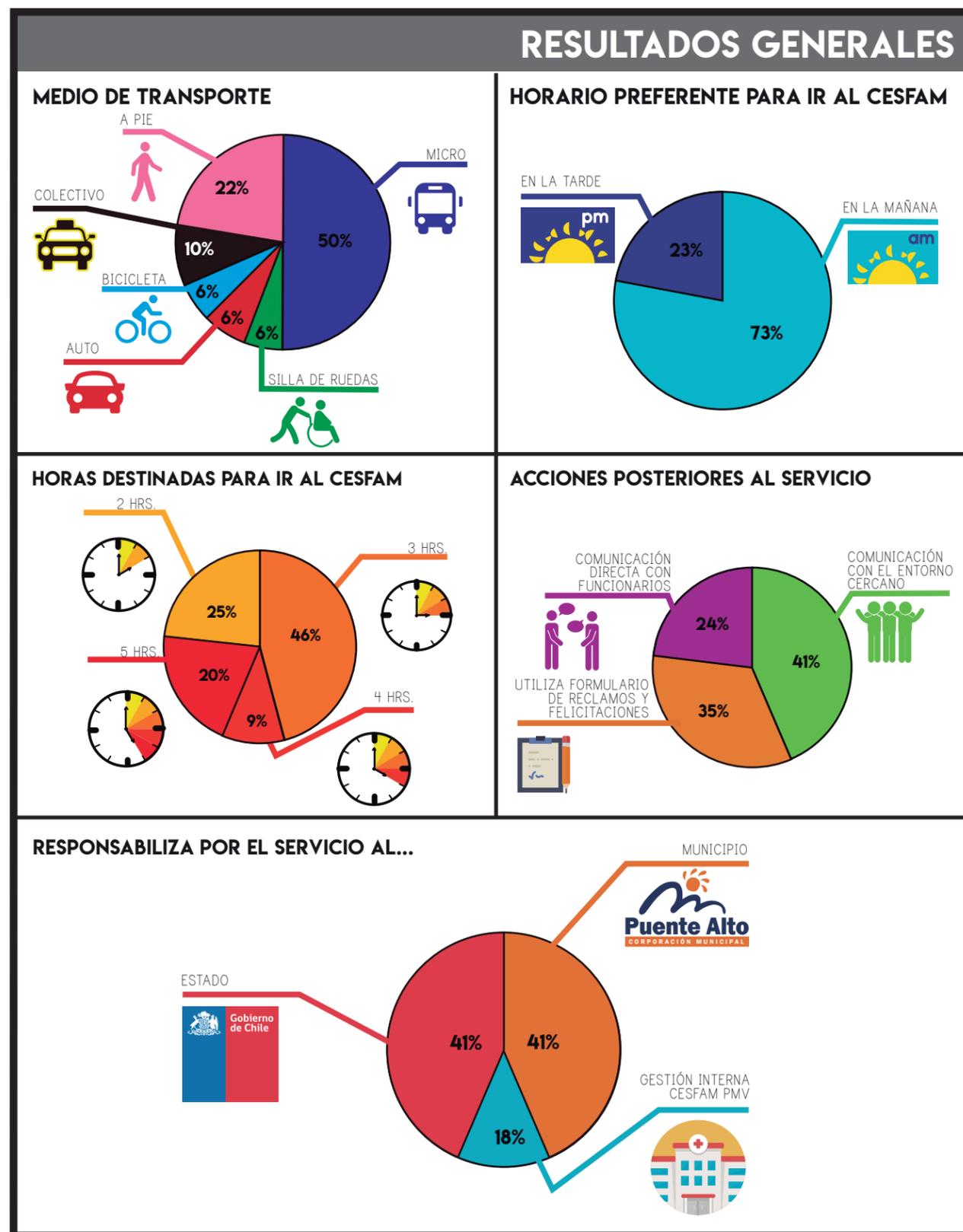


Figura 51. Resultados generales de entrevistas (B). Fuente: Elaboración propia

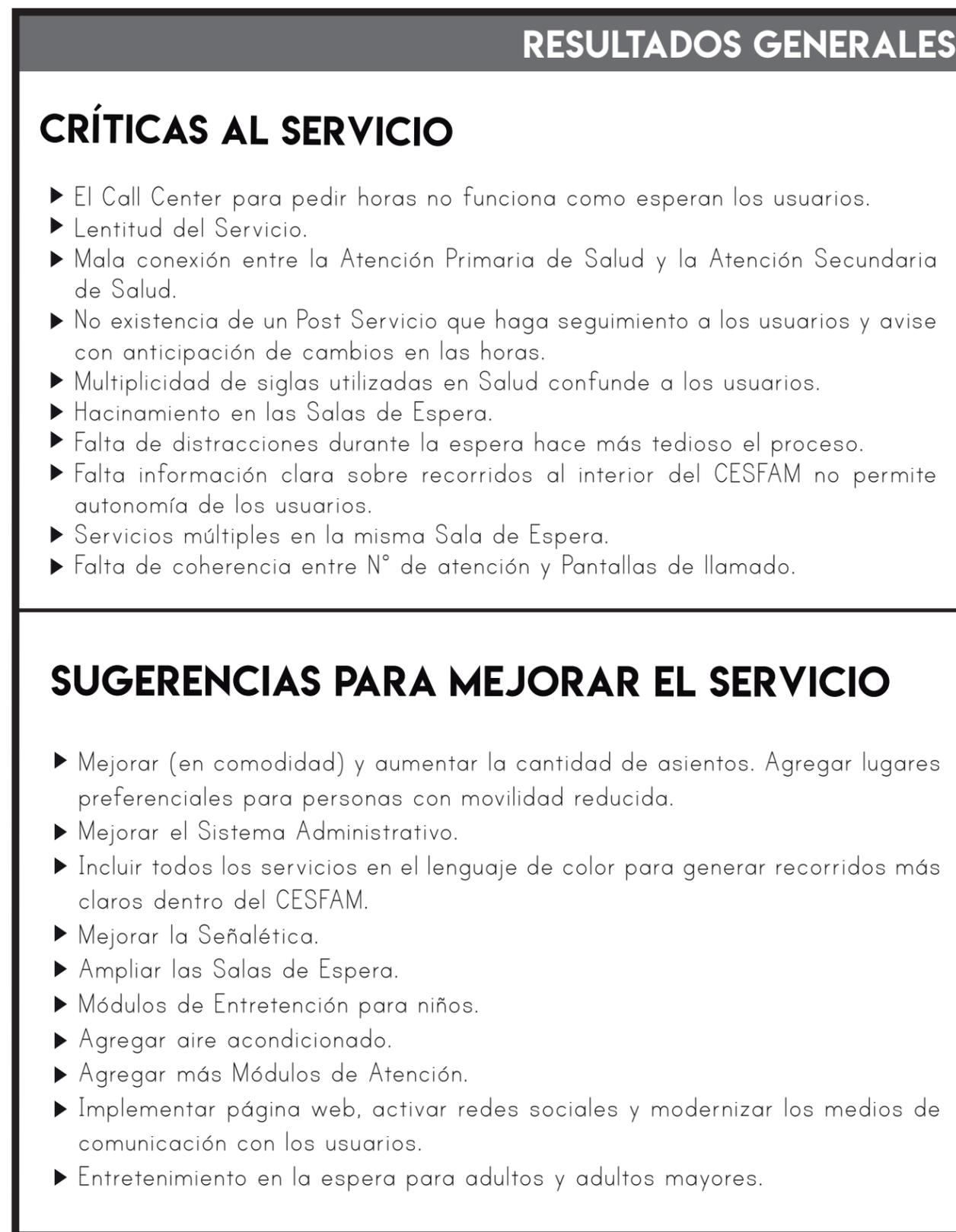


Figura 52. Resultados generales de entrevistas (C). Fuente: Elaboración propia

VIAJE DEL USUARIO DEL CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA

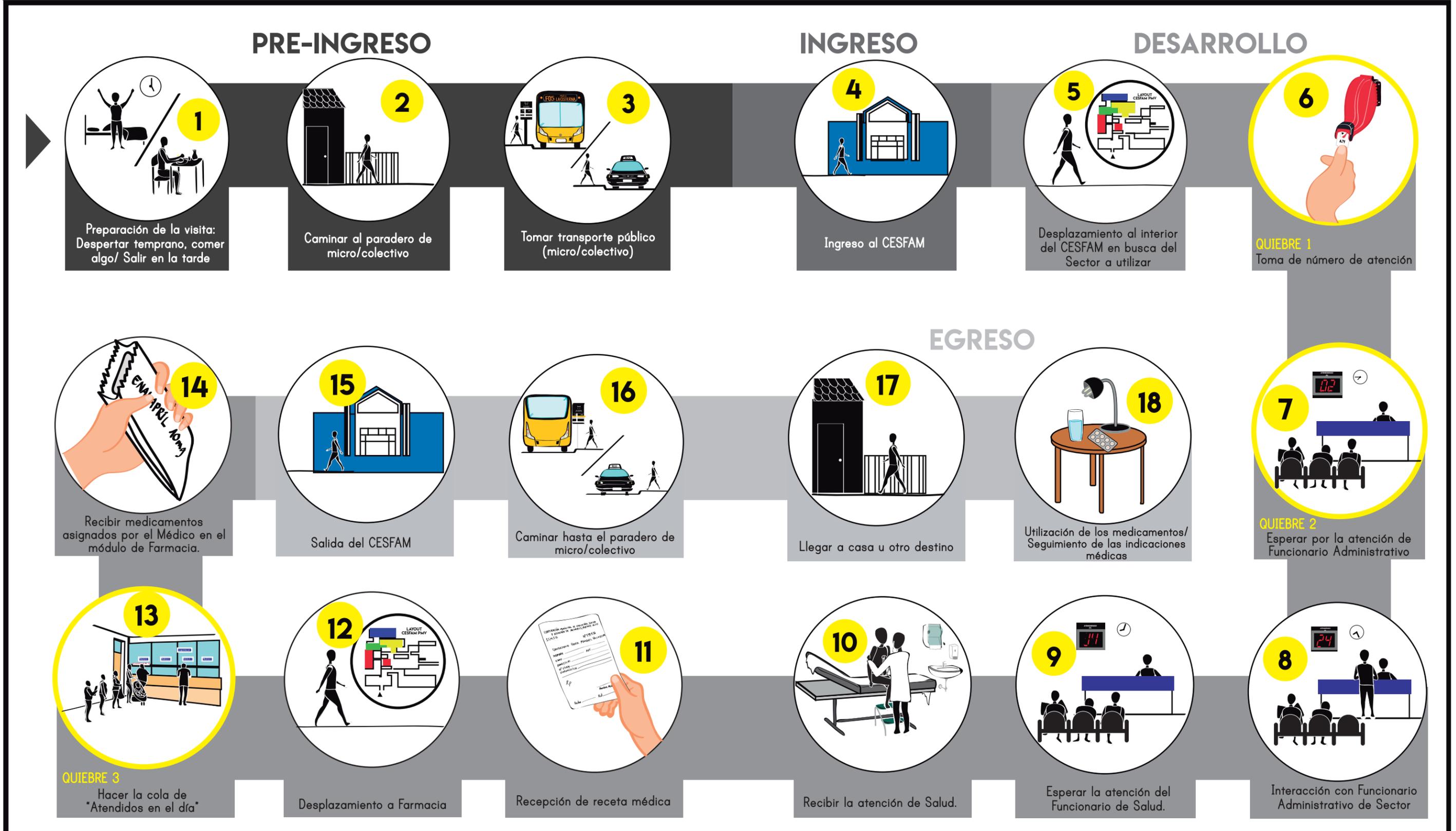
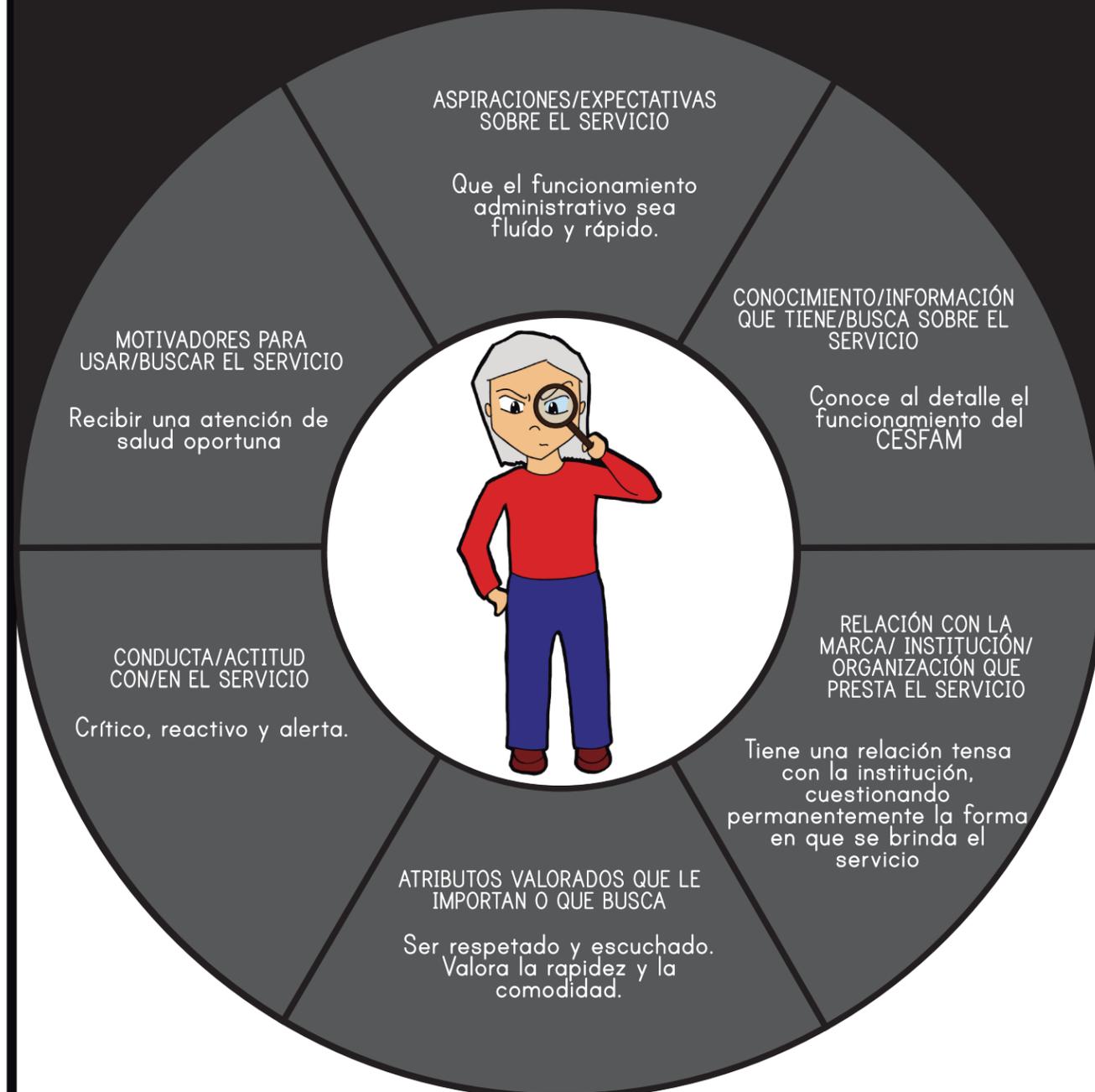


Figura 53. Viaje del usuario del CESFAM Padre Manuel Villaseca. Fuente: Elaboración propia

ARQUETIPOS DE USUARIO DEL CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA



## ARQUETIPOS DE USUARIO DEL CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA

**NOMBRE DEL ARQUETIPO: EXIGENTE****DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ARQUETIPO**

Se caracteriza por manifestar desacuerdo con la forma en que se le brinda el servicio y con la gestión interna del centro de salud.

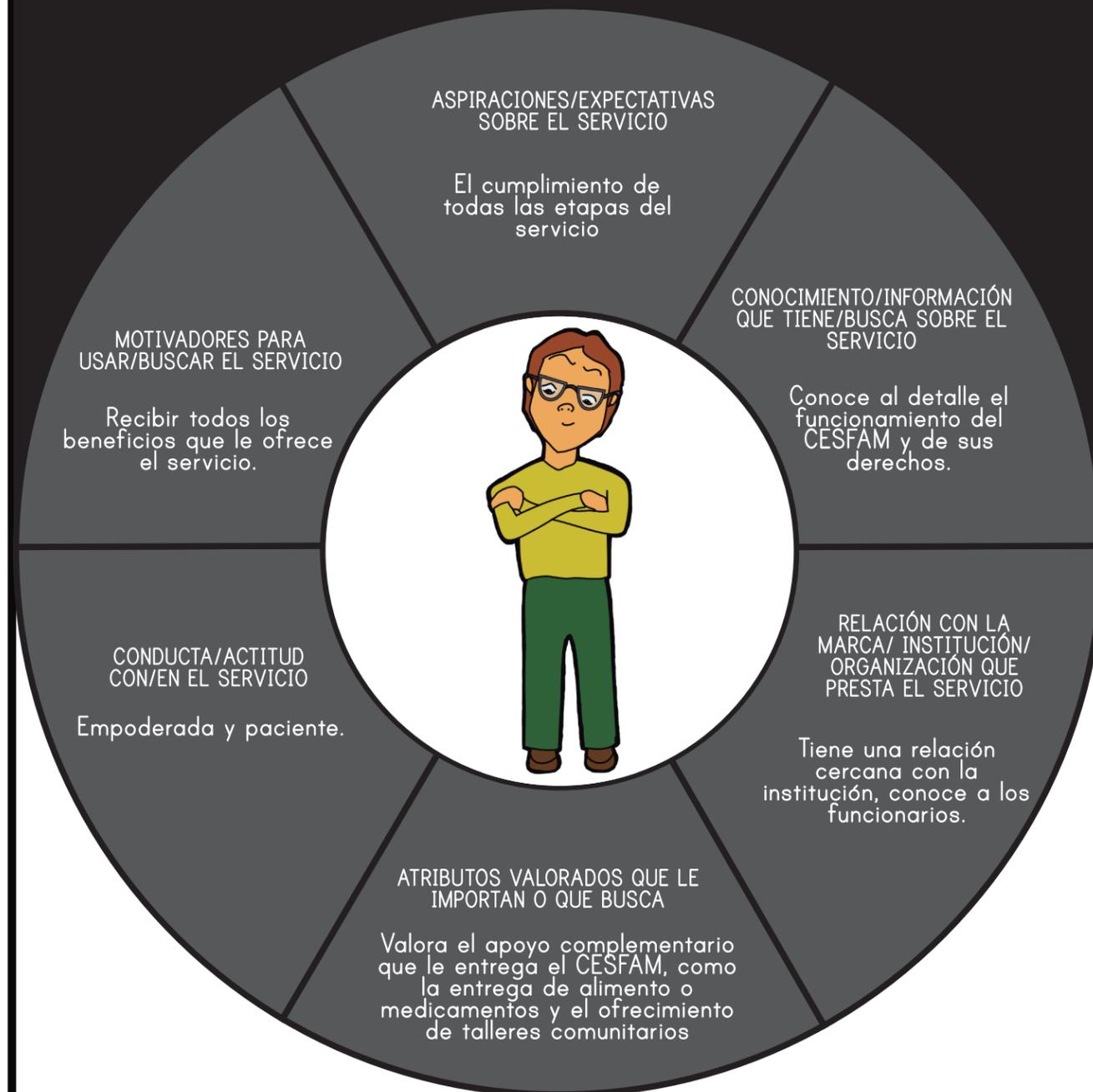
Se expresa explícitamente, manifestando su molestia a través de críticas negativas dirigidas tanto a la organización global del CESFAM, como hacia los funcionarios y sus roles específicos.

Suele ser más enérgico en sus demandas y requerimientos sobre los servicios que utiliza y organiza sus tiempos, exigiendo perentoriamente el cumplimiento de los tiempos de atención.

Demanda garantías respecto de sus expectativas de comodidad, sin embargo, el foco de su crítica recae sobre el funcionamiento administrativo.

La experiencia que vive en el consultorio, incide en sus estados de ánimo, mostrando baja tolerancia a la frustración e incomodidad ante situaciones que le hacen perder tiempo o que generan aburrimiento. Tiende a hacer más reclamos que reconocimientos o felicitaciones a la gestión.

## ARQUETIPOS DE USUARIO DEL CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA

**NOMBRE DEL ARQUETIPO: EXIGENTE****DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ARQUETIPO**

Destaca por el uso extensivo que hace de las funciones y servicios de la institución.

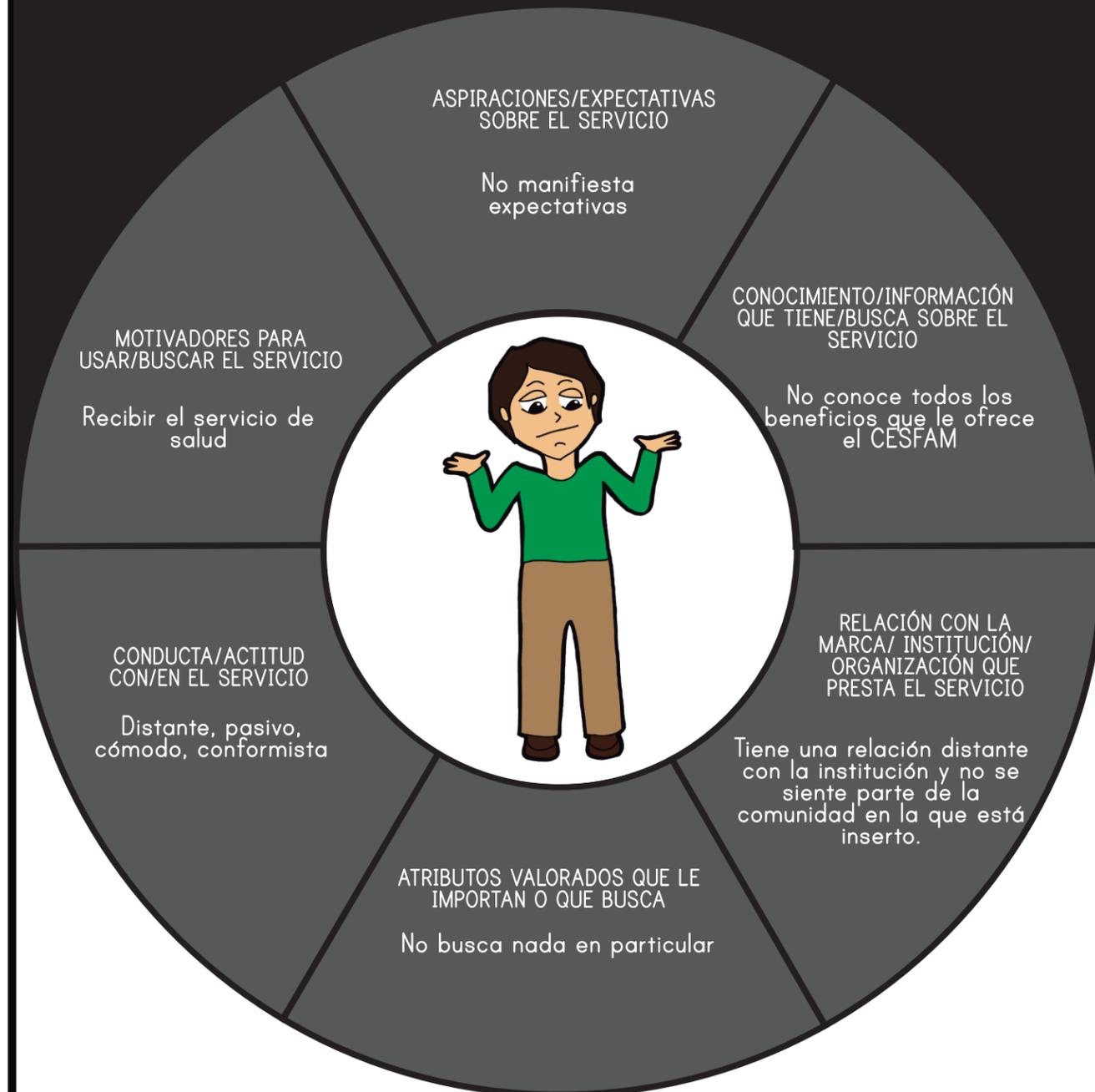
Tiene un amplio conocimiento de las etapas y procedimientos del servicio, basado en su vasta experiencia en el uso de él.

Conoce mejor la jerarquía institucional, distinguiendo en ocasiones los roles del Estado, la Municipalidad y la organización interna del establecimiento.

Maneja ampliamente los mecanismos de comunicación con la institución y cómo dar solución a sus demandas.

Comúnmente, lleva mayor cantidad de tiempo utilizando los beneficios del consultorio, por lo tanto, sus consultas son más asiduas y se asocia a la presencia de alguna patología crónica.

## ARQUETIPOS DE USUARIO DEL CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA

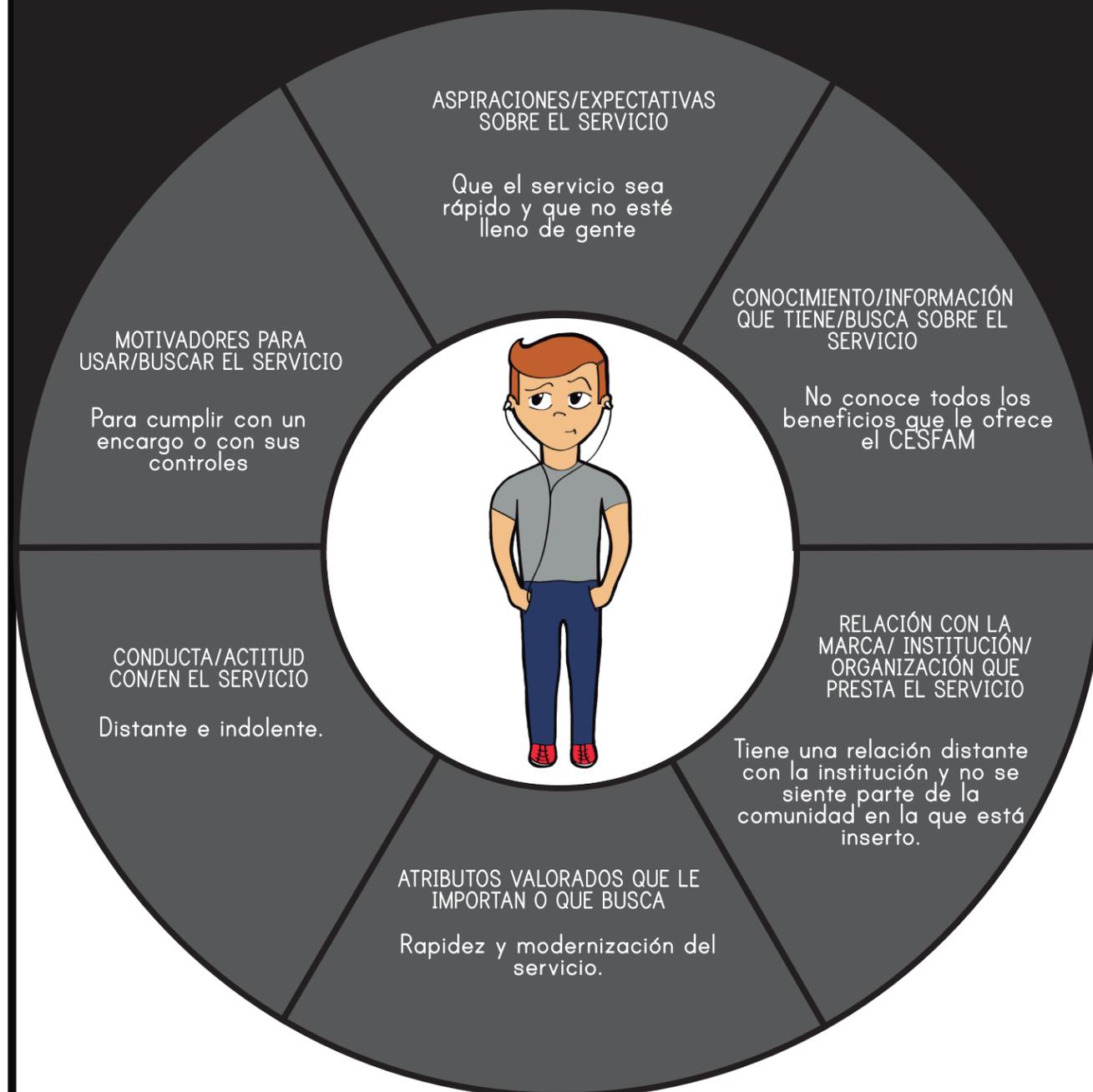
**NOMBRE DEL ARQUETIPO: RESIGNADO****DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ARQUETIPO**

Se caracteriza por utilizar los servicios de la institución pero no sentirse acogido respecto de sus opiniones o quejas.

Asume a priori que la lentitud que le atribuye al servicio es parte de la organización o estructura general del funcionamiento del centro de salud y no utiliza ningún mecanismo para impulsar alguna mejora del servicio.

No se comunica con la institución porque no percibe beneficio en hacerlo. Manifiesta desinterés en las actividades a las que eventualmente tiene acceso y no conoce a cabalidad los beneficios que el servicio le ofrece.

## ARQUETIPOS DE USUARIO DEL CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA

**NOMBRE DEL ARQUETIPO: INDIFERENTE****DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ARQUETIPO**

Mantiene una relación distante con el centro de salud.

Evita lo más posible asistir o dirigirse al lugar y sus visitas al CESFAM tienden a ser breves.

No establece comunicación con el servicio, porque desconoce las vías establecidas para aquello.

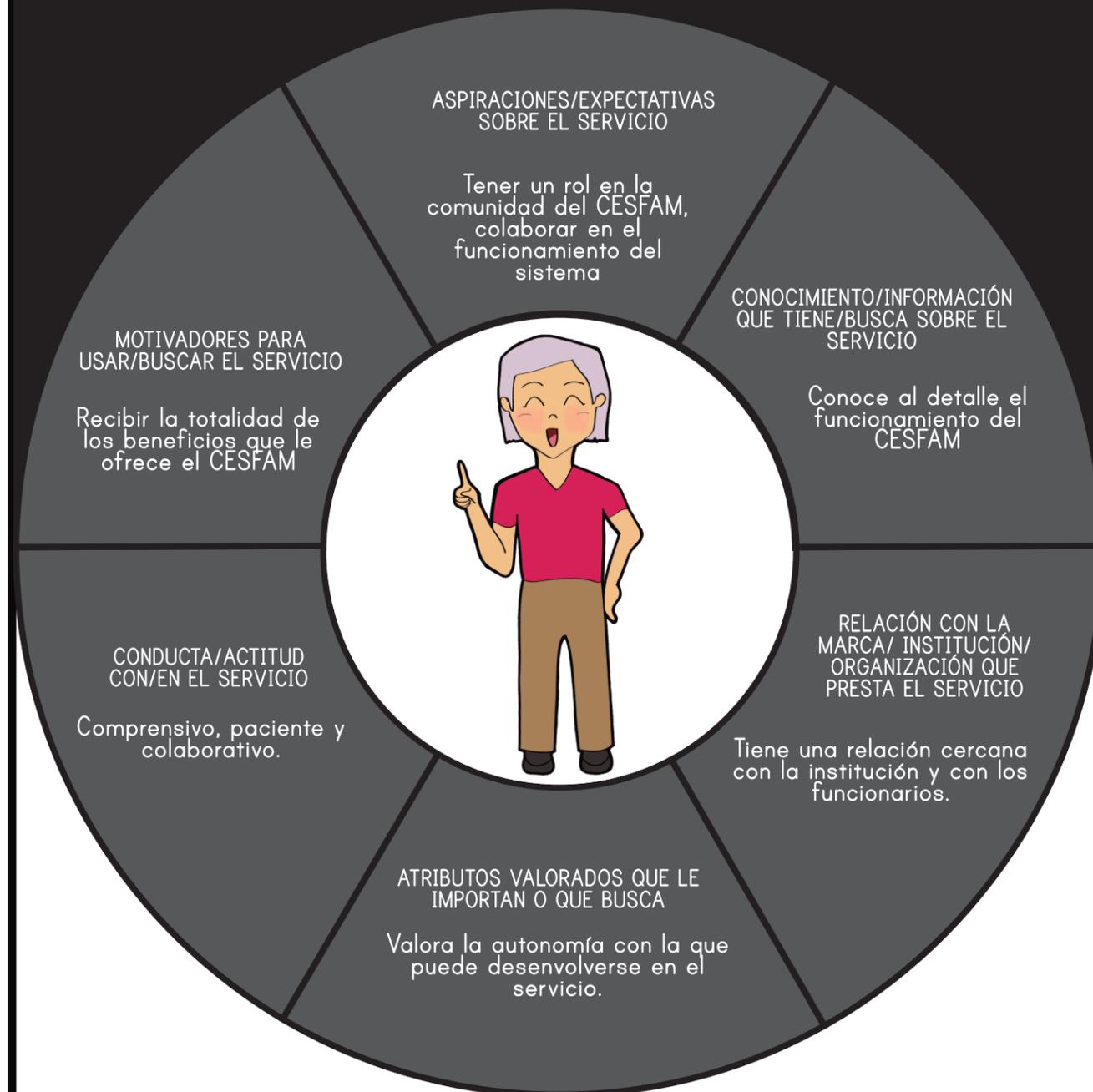
Es menos crítico del servicio porque tiene un conocimiento restringido de los usos que puede darle.

Demanda que las atenciones sean rápidas para estar lo menos posible en las dependencias del establecimiento y evita acercarse a grupos amplios de personas.

El usuario indiferente no asiste por compromiso al consultorio, sino por cumplir una tarea específica. Si debe hacer otras cosas, se manifiesta impaciente o se agobia con facilidad.

Espera que se modernicen los servicios, sobre todo a nivel tecnológico, como la interacción remota con los servicios a través de internet.

## ARQUETIPOS DE USUARIO DEL CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA

**NOMBRE DEL ARQUETIPO: EMPÁTICO****DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ARQUETIPO**

Destaca en el desarrollo de sus habilidades sociales.

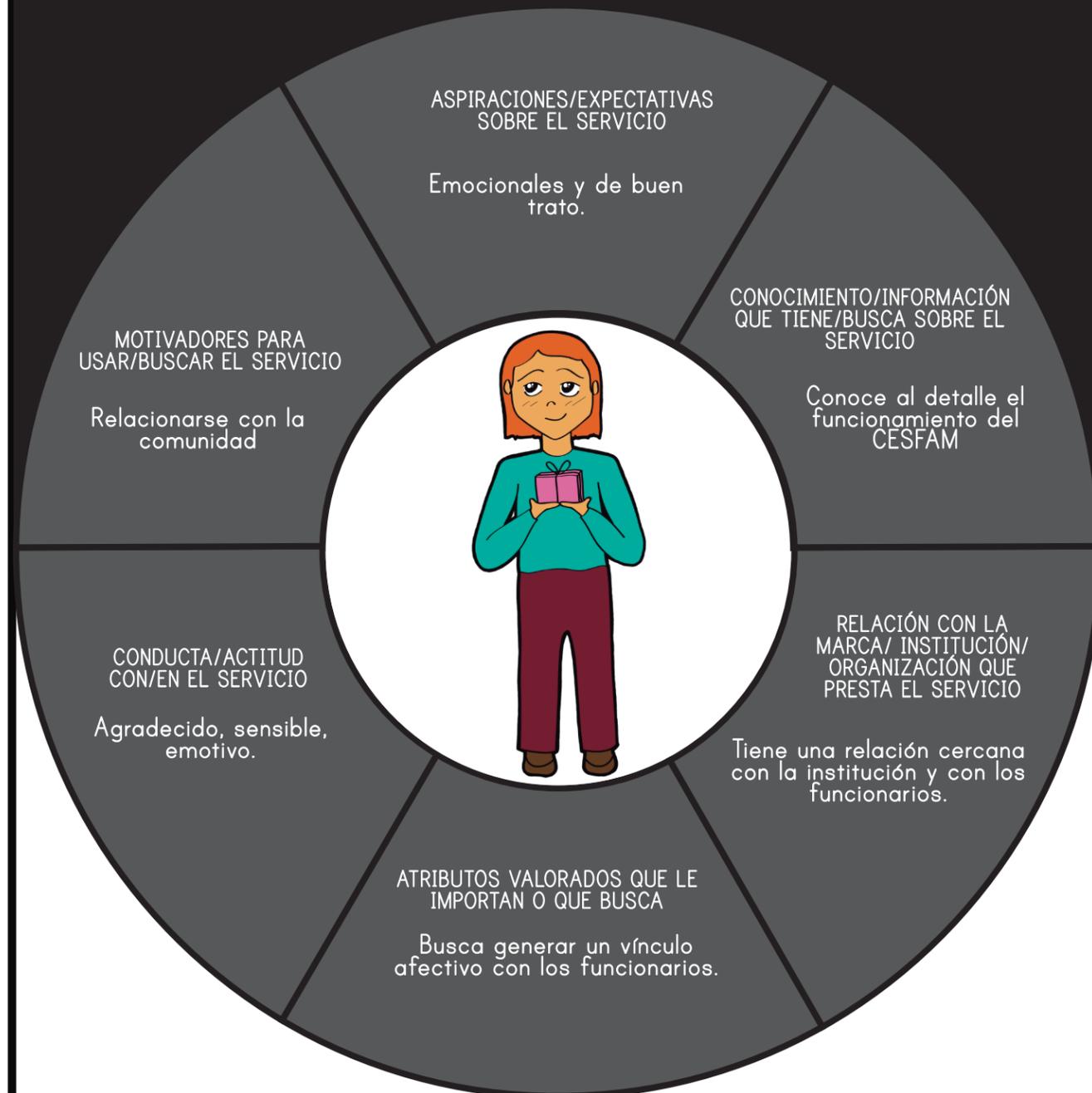
Tiende a ponerse en el lugar de los funcionarios y sus críticas van dirigidas, en general, al funcionamiento del sistema más que a la individualización en los funcionarios.

Se muestra conforme con la atención en salud y se reconoce como parte del sistema, asumiendo un rol en éste.

Es capaz de criticar la postura de otros usuarios, apelando a la necesidad de comprender el rol que ocupan en el funcionamiento de la organización. En este sentido, busca educar y orientar a otros usuarios con menos conocimiento del funcionamiento general del CESFAM.

Busca mantener su autonomía para perturbar lo menos posible la labor de los funcionarios. Aquellos aspectos que considera criticables del consultorio, los atribuye fundamentalmente a la mala gestión de autoridades superiores, aún cuando comprende las limitaciones económicas del sistema.

## ARQUETIPOS DE USUARIO DEL CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA

**NOMBRE DEL ARQUETIPO: AFECTIVO****DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ARQUETIPO**

Se caracteriza por la proyección preponderante de reacciones emocionales en el contexto de la utilización de los servicios de la institución.

Sus expectativas tienden a relacionarse directamente con sus emociones.

Toma decisiones desde la conexión con su mundo emocional y ofrece explícitamente demostraciones de afecto, retribuyendo con gestos, felicitaciones o regalos la labor del personal de salud o administrativo.

Este usuario tiende a empatizar más con los otros usuarios que pueden tener más problemas. Genera un mayor nivel de expectativas respecto de la atención, esperando buen trato y cercanía.

Cuando sus expectativas no se ven cumplidas, le afecta directamente, manifestándose desde la tristeza.



### 4.3. FOCUS GROUP CON FUNCIONARIOS

Para la aplicación de esta herramienta se realiza un consentimiento informado que entrega a los funcionarios toda la información relacionada a la investigación y al investigador, como documento que garantiza la protección de sus datos y el fin académico de la actividad. El formato de consentimiento informado se encontrará en los anexos. El respaldo de la aplicación de esta herramienta se realiza por

medio de grabación de voz, previa autorización explícita de los participantes, para un posterior análisis genérico de la discusión, además de realizar un registro fotográfico de la actividad y realizar la grabación de un timelapse. La actividad se realiza fuera del horario laboral de los funcionarios para poder reunir a personas que desempeñan labores de distinta naturaleza y por ende, en distintos horarios.



Figura 60 Herramienta, instrumento e insumos centrado en los funcionarios. Fuente: Elaboración propia

PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES	
Paula Jara	ENFERMERA. Hospital Clínico Universidad Católica (7 meses) CESFAM Padre Manuel Villaseca (4 años) Encargada de Toma de Muestras, Enfermera del Programa de Asistencia Domiciliaria (tratamiento a personas postradas)
Benjamín Calixto	FONOAUDIÓLOGO. Instituto de Neurocirugía (5 meses) Hospital Excequiel González Cortez (7 meses) CESFAM Padre Manuel Villaseca (1 año, 3 meses) Fonoaudiólogo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
Natalia Aravena	MÉDICO CIRUJANO CESFAM Padre Manuel Villaseca (6 años) Jefa de Sector. Jefa de Farmacia. Encargada del Convenio de Salud Mental. Atención por morbilidad.
Elizabeth Tapia	TÉCNICO EN ENFERMERÍA (TENS) CESFAM Padre Manuel Villaseca (3 años) Farmacia. Bodega de Alimentos. Extensión.
Camilo Astudillo	FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO. CESFAM Padre Manuel Villaseca (3 años) Administrativo en SAU (Interconsultas y derivaciones). Administrativo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (Agenda y difusión).
María Isabel Labra	FUNCIONARIA ADMINISTRATIVA CESFAM Padre Manuel Villaseca (6 años). Administrativa en Procedimientos, SAU, Sector, Extensión, Programa de Acompañamiento Social.
Diego Silva	KINESIÓLOGO CESFAM Padre Manuel Villaseca (3 años) Talleres Osteomusculares, Toma de EMPAM. Encargado del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Figura 61. Presentación de los participantes del Focus Group. Fuente: Elaboración propia

La fabricación de la pauta del focus group se basa en el análisis de las entrevistas con usuarios, como forma de contrastar los testimonios y las visiones de los involucrados directos en el servicios. El contraste será útil para validar las problemáticas transversales presentes en el servicio.

Se les pide a los participantes que comenten su experiencia la laboral en torno a los siguientes temas:

1. Por favor, cada uno, desde su experiencia comente en qué contexto se relaciona con los usuarios.
2. ¿Pueden comentar alguna experiencia, positiva o negativa, en el trato con los usuarios? ¿Cómo les influye en sus vidas cotidianas este tipo de experiencias (y qué hacen para sobrellevarlas en caso de que sean negativas)?
3. ¿Tienen la posibilidad de manifestar estas experiencias en instancias formales?
4. ¿Es posible generar cambios a partir de las ideas que van surgiendo de sus experiencias? ¿Cómo se sienten al respecto?
5. ¿Cómo consideran que funciona el sistema, mirándolo con los ojos del usuario?

A continuación se realiza una anotación de apuntes de lo que surge en la conversación:

*Natalia comenta que en 5 años ha tenido la oportunidad de generar una buena relación con los pacientes. Se considera médico por vocación pública. Le interesa educar y empoderar a los usuarios. Comenta que los usuarios son agradecidos, que muchas veces le hacen regalos por lo que considera "sólo su trabajo" refiriéndose a que sólo por hacer lo mínimo y "darles un trato digno" la gente se siente agradecida.*

*Considera que la atención pública entrega la imagen negativa de que la atención es mala y le interesa cambiar eso. Critica lo difícil que es para los usuarios conseguir horas de atención, para ella, la base del problema es ese. Ha tenido experiencias adversas, lo atribuye a que los usuarios están frustrados por las fallas del sistema. Piensa que hay que potenciar la*

*Salud Familiar, promoción, participación, prevención. Diego comenta el trabajo del PAMA, refiriéndose a que realizan una labor al exterior del CESFAM (este programa se realiza en la comunidad). Hace mención de la importancia del programa para los adultos mayores y del impacto que tiene a nivel de salud mental y social. Siente valorado y retribuido por los usuarios. También comenta que los usuarios regalan diversidad de cosas en agradecimiento.*

*Isabel, Elizabeth y Camilo se consideran la primera línea de trato con el paciente. Se hace mención de que la atención en Farmacia es la más compleja y que tienen dinámicas conflictivas con los pacientes. Explican que para la entrega del beneficio hay que pasar por una variedad de pasos previos que molestan al paciente. Comentan también que en Farmacia no hay tiempo para realizar alguna actividad que refuerce el buen clima laboral.*

*Natalia comenta que de alguna forma, el usuario del sistema público es "mal criado" ya que sabe que sin importar la forma en que haya hecho un reclamo, ese reclamo recibirá solución.*

*Los funcionarios no están de acuerdo con esta visión. Consideran que tanto los derechos como los deberes del usuario son igualmente importantes.*

*Comentan situaciones de agresión física. Ante esta situación existe un proceso que se llama "alta disciplinaria". Cuando un paciente es peligroso, no se le da atención.*

*Comentan que en Farmacia las situaciones de abuso de parte de los usuarios son diarias y que se hace la vista gorda sobre este punto.*

*Consideran que existe una relación entre la realidad socioeconómica con el tipo de trato que dan los usuarios. En este caso, resaltan que el público del CPMV tiene mayores ingresos y por ende es menos delictivo, pero más prepotente en el trato.*

*Comentan que las capacitaciones en trato de usuario son útiles o educativas, pero que no son aterrizadas a la realidad ya que los niveles de estrés son tan grandes que por muchas estrategias que manejen llega un momento que ya no saben qué hacer para enfrentar a los usuarios.*

*Natalia comenta que antes de resolver un problema con un usuario, averigua la versión del administrativo y no actúa sólo por lo que dicen los usuarios.*

*Paula se considera enfermera por vocación y por la gente. Dice que para ella el paciente siempre está primero. Dice que trabaja mucho la empatía. Considera que eso es lo que falta en los funcionarios y que eso genera los conflictos. Relata que internamente, los funcionarios "pelotean" a los usuarios, de un lugar a otro.*

*Camilo comenta que como funcionario, se demora en entender el funcionamiento completo del CESFAM. Los*

*pacientes en su desorientación preguntan a funcionarios (no orientadores) por todo, ocupando mucho tiempo. Los administrativos comentan que a veces le escriben detalladamente lo que tienen que hacer o incluso los acompañan o llevan a donde tienen que ir. Consideran que el MAU no da abasto.*

*Comentan que la gente a veces llega a la hora, pero se pierde tanto en el CESFAM que pierden las horas.*

*Cuentan que muchos funcionarios no reciben inducción cuando comienzan a trabajar o que no existe un protocolo de ayuda al usuario.*

*Tienen instancias para manifestar sus problemas en reuniones pero consideran que no se hacen los cambios necesarios. En general dicen que se logran acuerdos internos en los equipos, pero que la excusa para no generar los cambios generalmente es que no existen recursos.*

*Comentan que la comunicación entre profesionales y administrativos es fundamental para mejorar la atención a los usuarios, ya que muchas veces por desconocimiento del funcionamiento interno no se les entrega una atención oportuna.*

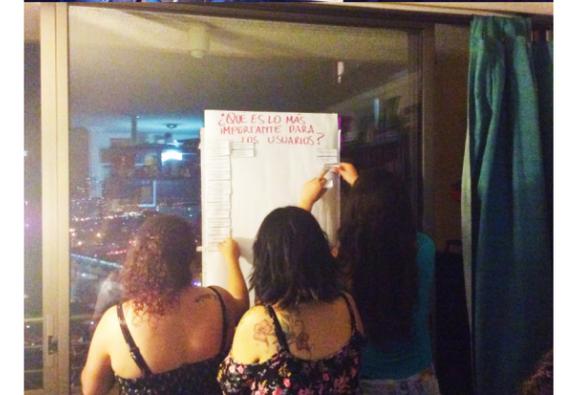
*Crean que se les da poco espacio a los administrativos y TENS para participar en reuniones donde se planteen los problemas reales, ya que insisten en la idea de que ellos son la primera línea.*

*Surge el tema del hacinamiento, como factor que vicia todo el servicio.*

*Hablan de la falta de compañerismo y en cómo eso influye en el desarrollo del servicio completo.*

*Hacen una comparación entre el sistema público y privado y que en general es malo el funcionamiento, aunque hacen una diferencia con respecto a la rapidez del acceso en el sistema privado.*

*No llegan a acuerdo con respecto a la calidad de la atención pública v/s privada. Algunos opinan que son iguales, otros que tienen ciertos puntos mejores.*



Imágenes 13, 14, 15 y 16. Registro de Focus Group.  
Fuente: De autora.

### CARD SORTING CERRADO CON FUNCIONARIOS ¿CUALES SON LOS ATRIBUTOS MÁS VALORADOS POR LOS USUARIOS EN SU PERCEPCIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO?

<b>ELIZABETH TAPIA (TENS)</b>	<b>NATALIA ARAVENA (MÉDICO)</b>	<b>DIEGO SILVA (KINESIÓLOGO)</b>	<b>CAMILO ASTUDILLO (ADMINISTRATIVO)</b>	<b>M<sup>o</sup> ISABEL LABRA (ADMINISTRATIVO)</b>	<b>PAULA JARA (ENFERMERA)</b>	<b>BENJAMÍN CALIXTO (FONOAUDIÓLOGO)</b>
Información Disponible para los Usuarios	Calidad de la prestación de Salud	Atención de los Funcionarios	Información Disponible para los Usuarios	Calidad de la prestación de Salud	Rapidez del servicio	Calidad de la prestación de Salud
Atención de los Funcionarios	Atención de los Funcionarios	Rapidez del servicio	Rapidez del servicio	Atención de los Funcionarios	Atención de los Funcionarios	Relación entre APS y ASS
Rapidez del servicio	Rapidez del servicio	Calidad de la prestación de Salud	Atención de los Funcionarios	Rapidez del servicio	Post Servicio	Rapidez del servicio
Mobiliario y ambiente	Información Disponible para los Usuarios	Infraestructura	Infraestructura	Información Disponible para los Usuarios	Limpieza dentro del CESFAM	Post Servicio
Calidad de la prestación de Salud	Infraestructura	Mobiliario y ambiente	Calidad de la prestación de Salud	Relación entre APS y ASS	Infraestructura	Medios de atención no presencial
Señalética	Recorridos dentro del consultorio	Medios de atención no presencial	Post Servicio	Relaciones entre Usuarios	Mobiliario y ambiente	Información Disponible para los Usuarios
Limpieza dentro del CESFAM	Relación entre APS y ASS	Post Servicio	Gestión Interna	Medios de atención no presencial	Señalética	Infraestructura
Post Servicio	Gestión Municipal	Información Disponible para los Usuarios	Mobiliario y ambiente	Post Servicio	Información Disponible para los Usuarios	Señalética
Recorridos dentro del consultorio	Gestión Municipal	Señalética	Limpieza dentro del CESFAM	Infraestructura	Recorridos dentro del consultorio	Recorridos dentro del consultorio
Infraestructura	Medios de atención no presencial	Recorridos dentro del consultorio	Señalética	Mobiliario y ambiente	Medios de atención no presencial	Atención de los Funcionarios
Medios de atención no presencial	Limpieza dentro del CESFAM	Gestión Interna	Recorridos dentro del consultorio	Limpieza dentro del CESFAM	Relaciones entre Usuarios	Mobiliario y ambiente
Relaciones entre Usuarios	Post Servicio	Limpieza dentro del CESFAM	Medios de atención no presencial	Gestión Interna	Calidad de la prestación de Salud	Limpieza dentro del CESFAM
Gestión Interna	Mobiliario y ambiente	Relación entre APS y ASS	Relación entre APS y ASS	Gestión Municipal	Relación entre APS y ASS	Gestión Estatal
Relación entre APS y ASS	Relaciones entre Usuarios	Relaciones entre Usuarios	Relaciones entre Usuarios	Gestión Estatal	Gestión Interna	Gestión Municipal
Gestión Estatal	Gestión Interna	Gestión Estatal	Gestión Municipal	Señalética	Gestión Municipal	Gestión Interna
Gestión Municipal	Gestión Estatal	Gestión Municipal	Gestión Estatal	Recorridos dentro del consultorio	Gestión Estatal	Relaciones entre Usuarios

Figura 62. Respaldo de actividad de Cardsortin Cerrado (1) Fuente: Elaboración propia

# CARD SORTING CERRADO

## CON FUNCIONARIOS:

### ¿QUÉ ES LO MÁS IMPORTANTE PARA QUE EXISTA UN BUEN SERVICIO?

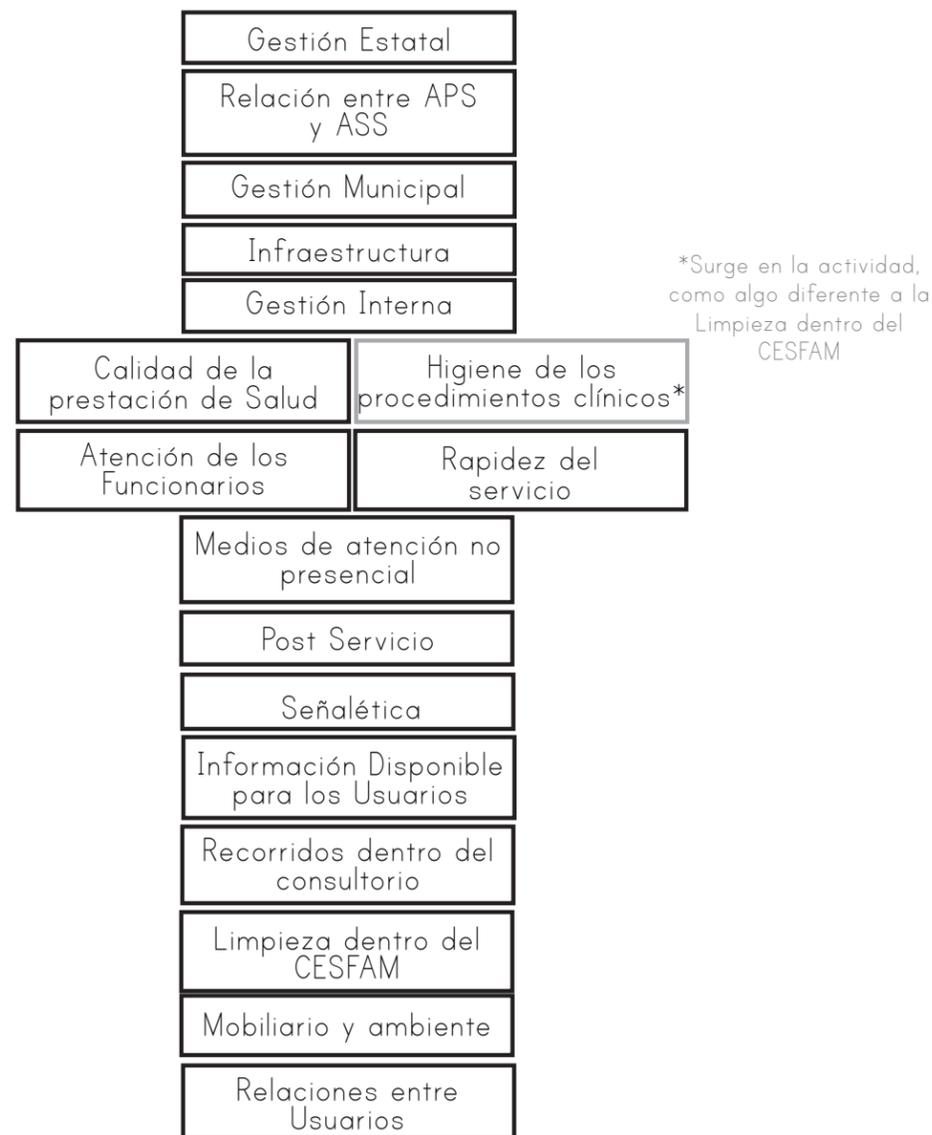


Figura 63. Respaldo de actividad de Cardsorting cerrado (2). Fuente: Elaboración propia

Para el respaldo del Cardsorting abierto, donde se les pide a los funcionarios que realicen sugerencias para mejorar el servicio, se decide no identificar la identidad de procedencia con el fin de proteger la privacidad de los participantes.

## ¿QUÉ SUGIEREN PARA MEJORAR EL SERVICIO?

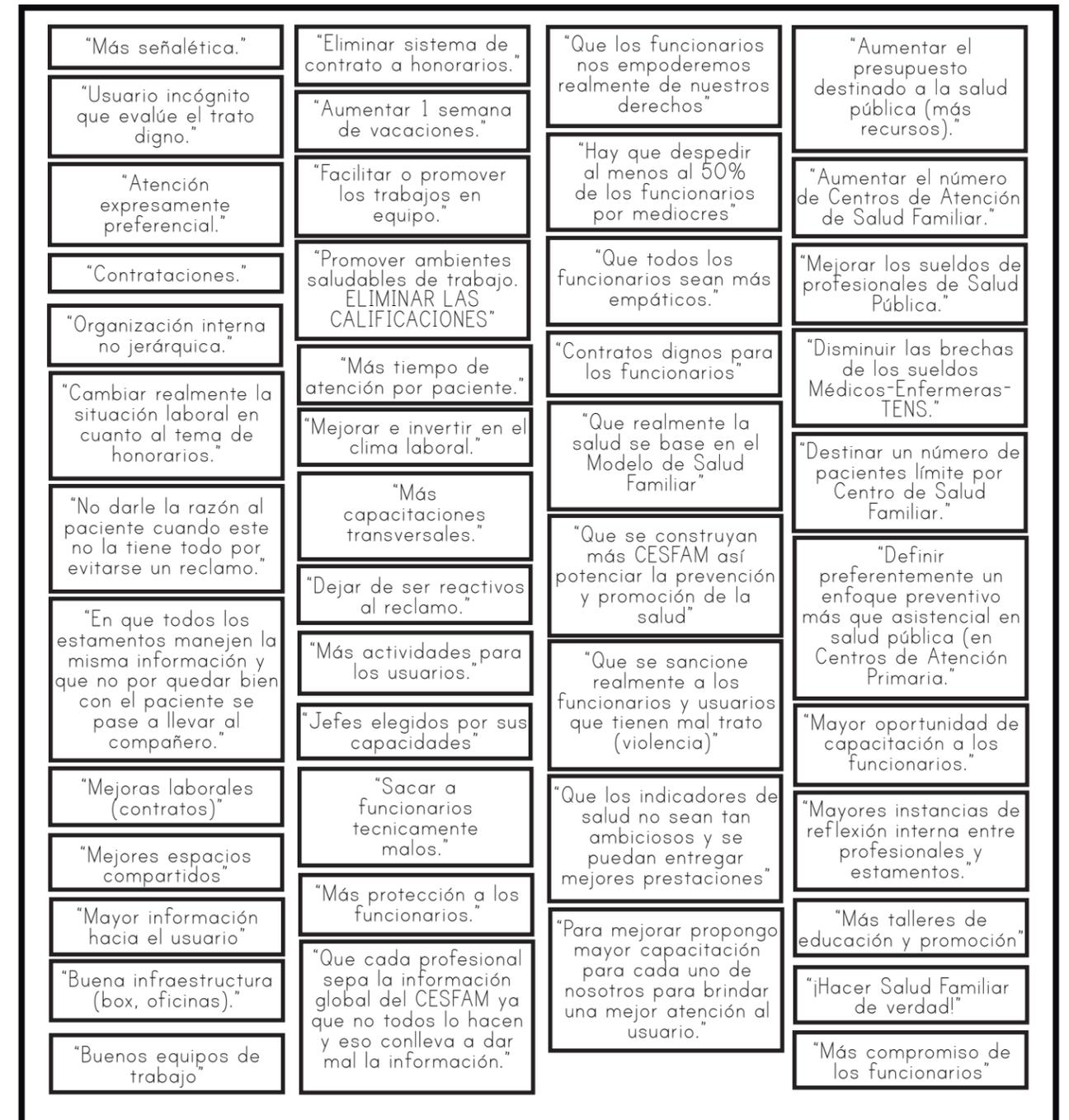


Figura 64. Respaldo de actividad de Cardsorting abierto. Fuente: Elaboración propia

## ANÁLISIS DE LA DISCUSIÓN



Figura 62. Temáticas de la discusión en el Focus Group con funcionarios. Fuente: Elaboración propia

Contexto de trabajo/  
Relación con los usuarios

- Relación positiva con los usuarios.
- Compromiso y vocación pública.
- Rol educativo y empoderador hacia los usuarios.
- Perciben y valoran el agradecimiento que sienten los usuarios por realizar bien su trabajo.
- Reciben retribuciones materiales o simbólicas por parte de los usuarios.
- Empatizan con la insatisfacción de los usuarios y comprenden por qué ocurre. Lo atribuyen a lo burocrático y complejo que es acceder a las prestaciones.
- Reconocen el rol comunitario que representa el consultorio en lo territorial.
- Consideran que el sistema público empodera a los usuarios en cuanto a sus derechos pero es menos enfático en cuanto a los deberes.
- Reflexionan y concuerdan en que la complejidad del sistema determina que los usuarios no logran completar su paso por el servicio con éxito de forma autónoma.
- Comentan cómo los usuarios se desorientan al interior del consultorio y que eso tiene como consecuencia en algunos casos, que pierdan la atención de salud.
- Identifican que el hacinamiento en las salas de espera es un factor de vicia el sistema completo.
- La temática "Salud pública v/s Salud privada" es un tema en el que no se llega a consenso en cuanto a la calidad de los servicios. Existe una visión crítica de los servicios de salud en general.

Figura 63. Contexto de trabajo y relación con usuarios (Focus group). Fuente: Elaboración propia

## ANÁLISIS DE LA DISCUSIÓN



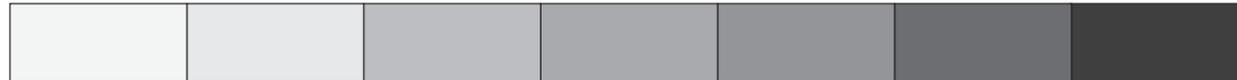
Figura 64. Impacto de la relación con los usuarios en la vida cotidiana de los funcionarios (Focus group). Fuente: Elaboración propia

Figura 65. Funcionamiento organizacional de la institución (Focus group). Fuente: Elaboración propia

COMPARATIVAS DE CARDSORTING

TOP 3 DE LOS ATRIBUTOS MÁS VALORADOS POR LOS USUARIOS EN SU PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SEGÚN LOS FUNCIONARIOS:

RAPIDEZ DEL SERVICIO



ATENCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS



CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SALUD



INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS USUARIOS



POST SERVICIO



RELACIÓN ENTRE APS Y ASS



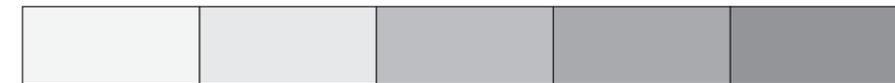
La "Rapidez del servicio" es, según los funcionarios, el atributo más valorado por los usuarios. La totalidad de los participantes lo ubica dentro de las primeras tres posiciones (7/7). Lo siguen en cantidad de apariciones la categoría de "Atención de los funcionarios" con 6/7 y "Calidad de la prestación de salud" con 4/7

TOP 3 DE LOS ATRIBUTOS MENOS VALORADOS POR LOS USUARIOS EN SU PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SEGÚN LOS FUNCIONARIOS:

GESTIÓN ESTATAL



GESTIÓN MUNICIPAL



GESTIÓN INTERNA



RELACIÓN ENTRE LOS USUARIOS



SEÑALÉTICA



RELACIÓN ENTRE APS Y ASS



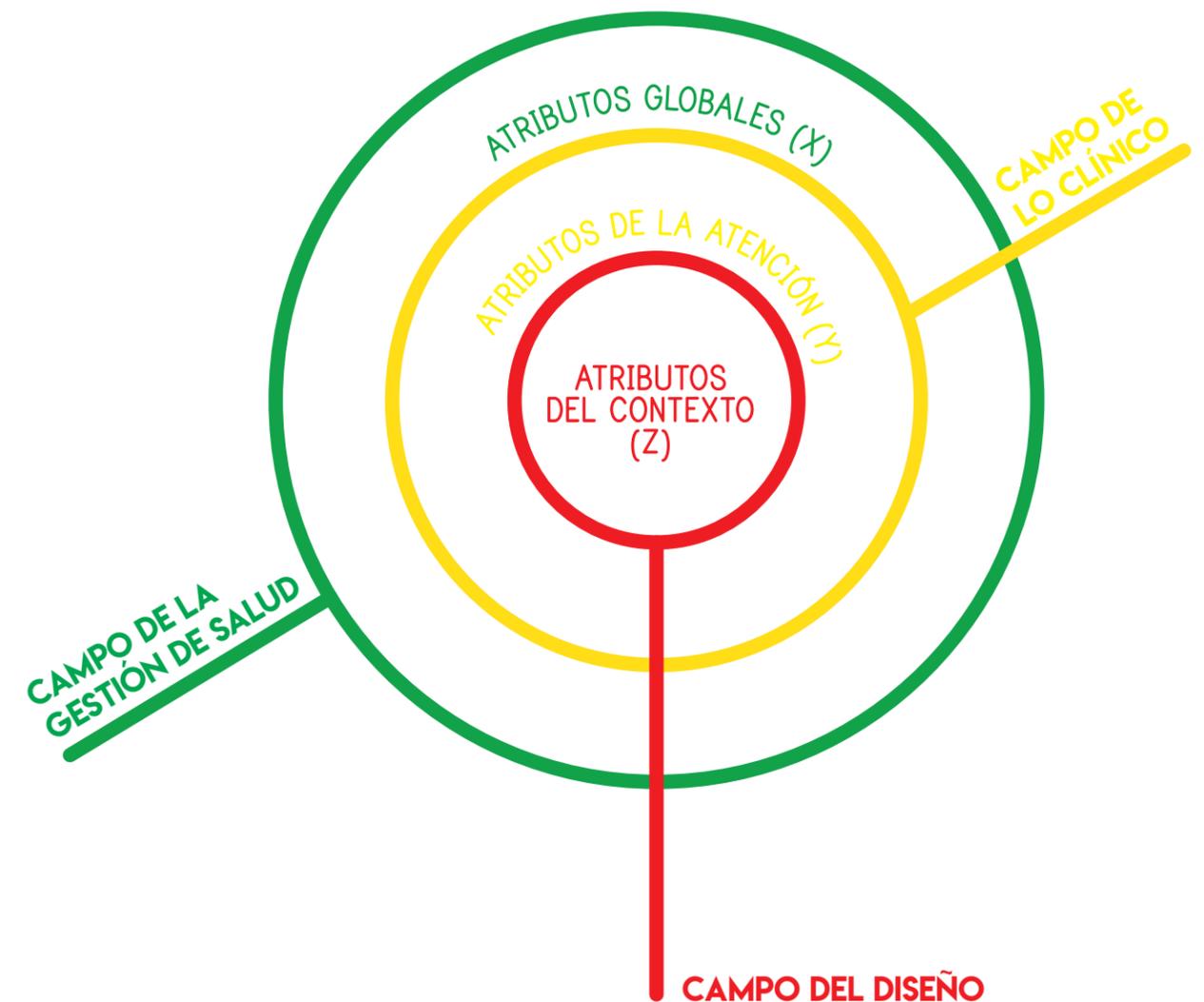
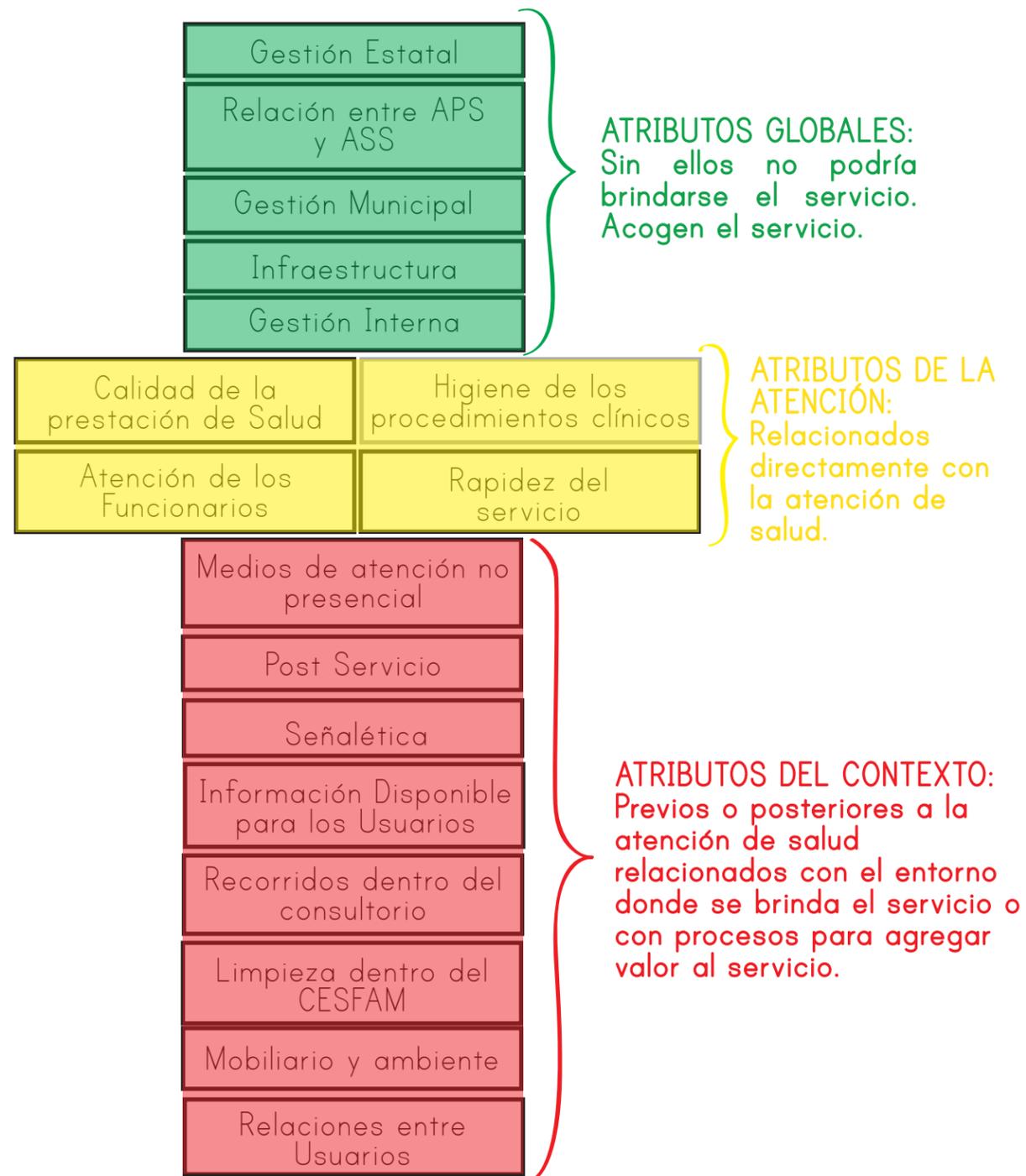
RECORRIDOS DENTRO DEL CONSULTORIO



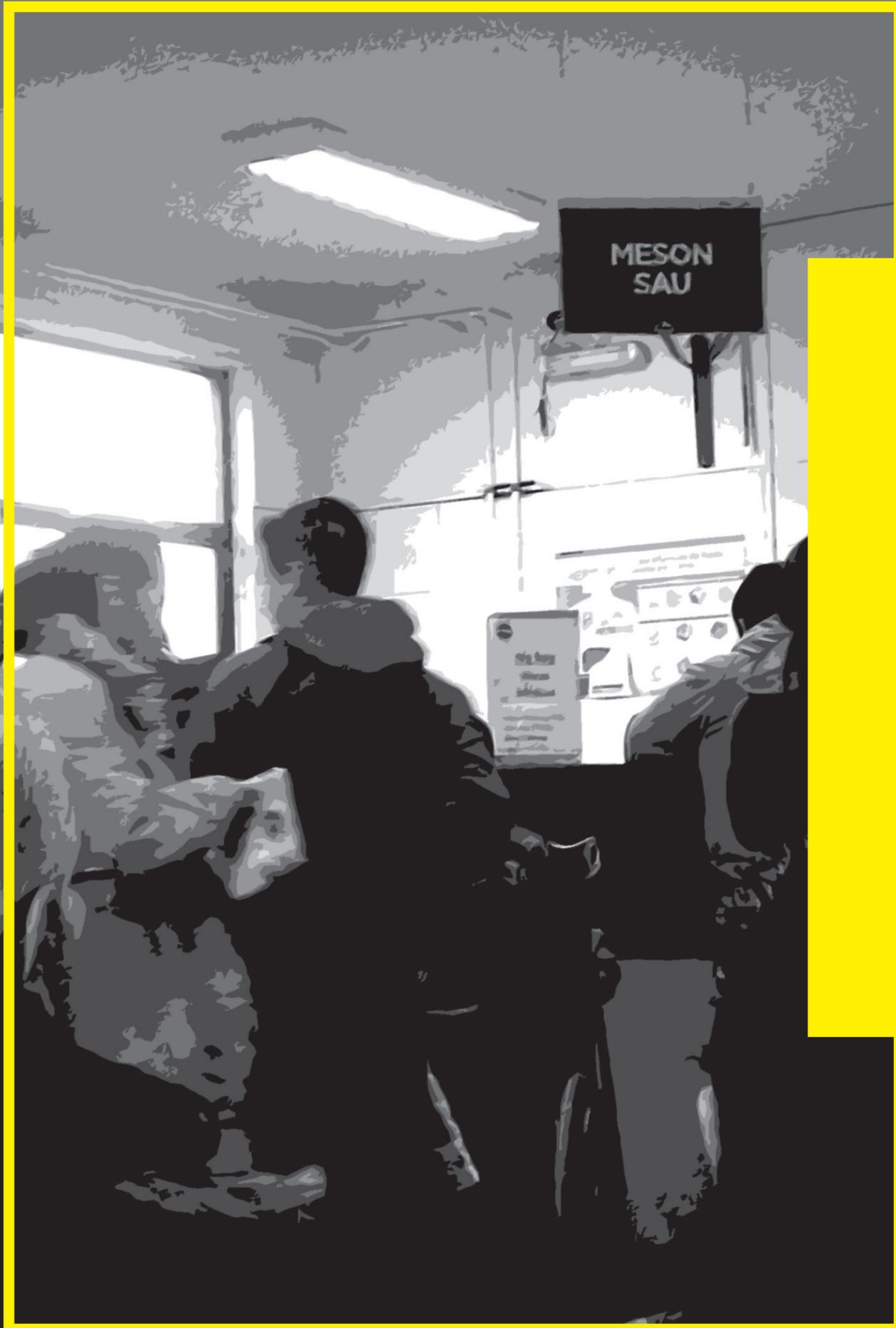
La "Gestión Estatal" es, según los funcionarios, el atributo menos valorado por los usuarios. 6/7 casos es ubicado dentro de los últimos lugares.. Lo siguen en cantidad de apariciones la categoría de "Gestión Municipal" con 5/7 y "Gestión Interna" empatada con "Relación entre los usuarios" con 3/7

COMPARATIVAS DE CARDSORTING

SEGÚN LOS FUNCIONARIOS LO MÁS IMPORTANTE PARA BRINDAR UN BUEN SERVICIO ES DE ARRIBA A ABAJO:



Según el criterio de los funcionarios, la posibilidad de brindar un buen servicio está relacionada a un comportamiento consecuente entre los atributos. Es decir, de lo global a lo particular, como una línea en la lógica de "sin X no puede existir Y, sin Y no puede existir Z". Es posible apreciar que cuando los funcionarios se ponen en los zapatos de los usuarios existe una inversión de las atributos valorados.



## 5. PROYECCIONES



### 5.1. PROBLEMÁTICA EN TRES NIVELES

Según el análisis realizado con posterioridad a la aplicación de las herramientas, surgen nuevas interrogantes pertinentes de aclarar y que responden a las proyecciones de la investigación. Dada la naturaleza de la problemática multifactorial en la experiencia de los usuarios con el servicio, corresponde una acción a cada factor:

1. Identificar la totalidad de los servicios para incorporarlos a la clasificación por color y utilizar ese recurso para la orientación espacial de los usuarios al interior del Centro de Salud. Esta información debe estar disponible desde el comienzo del trayecto de los usuarios, es decir, desde el exterior de las instalaciones del Centro de Salud, y debe considerar el reforzamiento de la información a lo largo del recorrido que realizan.
2. Identificar la naturaleza de la información educativa como paso previo a una jerarquización que permita llegar mejor a los usuarios, considerando que la comunicación

efectiva de esta información es una de las misiones a nivel Ministerial y propia del enfoque de la atención de salud familiar.

3. Plantear estrategias que permitan reducir los tiempos de espera abordando el contexto y considerar la posibilidad de agregar valor al servicio por medio de distractores que amenicen los tiempos de espera en el servicio.

Estas acciones permiten establecer las bases de una futura intervención al interior del Centro de Salud que transforme la experiencia de los usuarios, facilitando la interacción con el servicio y como consecuencia facilite la labor de los funcionarios que trabajan en él.

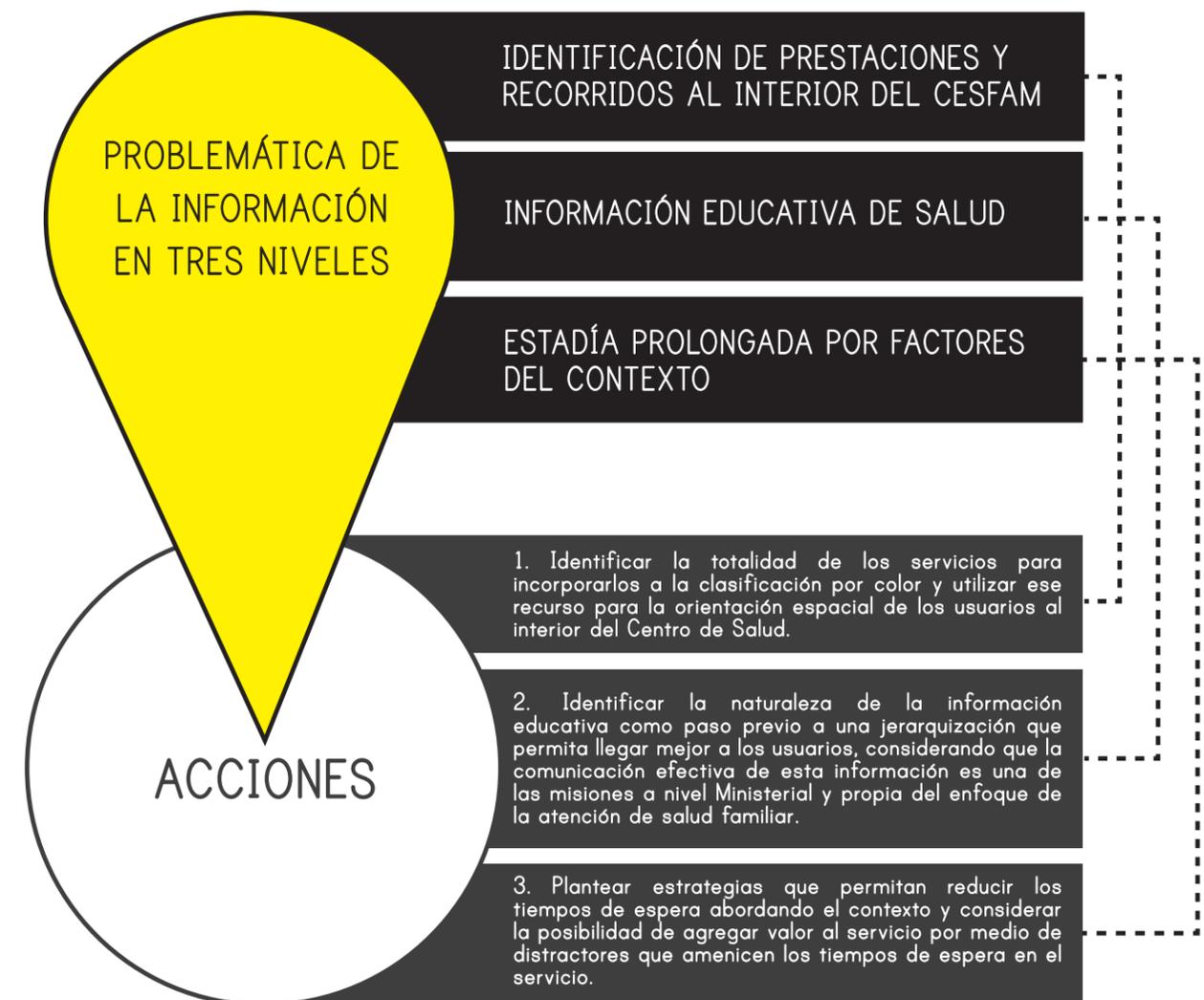
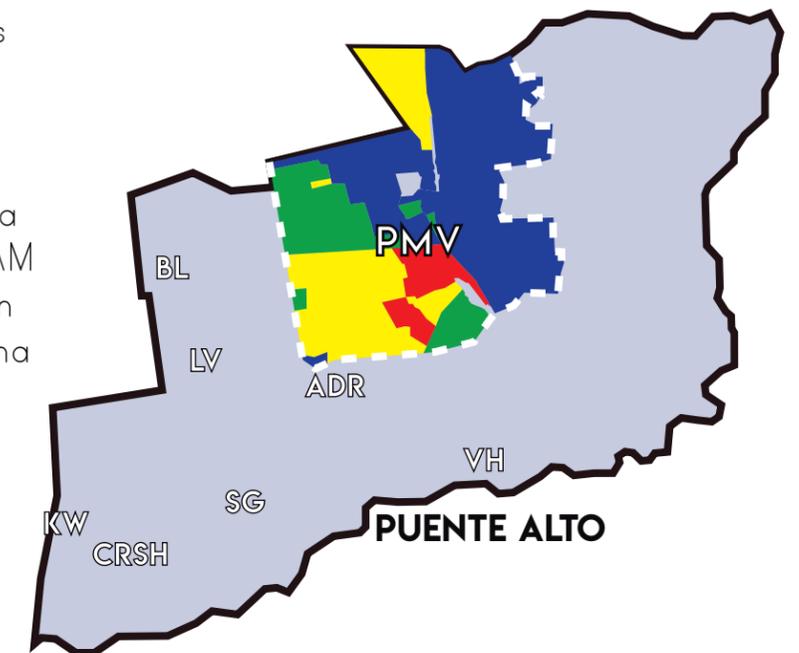


Figura 68. Acciones que se desprenden de la problemática en tres niveles. Fuente: Elaboración propia

1. Identificar la totalidad de los servicios para incorporarlos a la clasificación por color y utilizar ese recurso para la orientación espacial de los usuarios al interior del Centro de Salud

A los usuarios se les asigna un color de acuerdo a donde viven dentro de la porción de la comuna que abarca el CESFAM PMV. Esta asignación no ha seguido ninguna lógica en particular, como muestra el mapa.



SECTORES POR COLOR  
(UBICACIÓN GEOGRÁFICA  
DEL USUARIO)

SECTORES POR COLOR  
(LAYOUT)

PRESTACIONES TRANSVERSALES  
EN LOS SECTORES (LAYOUT)

PRESTACIONES TRANSVERSALES  
FUERA DE LOS SECTORES  
Y SIN COLOR

PRESTACIONES TRANSVERSALES  
FUERA DE LOS SECTORES  
Y CON COLOR

**INCOHERENCIA  
COMUNICATIVA  
HACIA EL USUARIO**

Figura 69. Incoherencia comunicativa hacia el usuario. Fuente: Elaboración propia

SECTORES POR COLOR  
(UBICACIÓN GEOGRÁFICA  
DEL USUARIO)

SECTORES POR COLOR  
(LAYOUT)

PRESTACIONES TRANSVERSALES  
EN LOS SECTORES (LAYOUT)

PRESTACIONES TRANSVERSALES  
FUERA DE LOS SECTORES  
Y SIN COLOR

PRESTACIONES TRANSVERSALES  
FUERA DE LOS SECTORES  
Y CON COLOR

Figura 70. Sectores por color (ubicación geográfica del usuario). Fuente: Elaboración propia

En cada sector dispuesto en el layout se les da atención por morbilidad a los usuarios según su ubicación geográfica. Los sectores tienen jefaturas internas que a su vez administran otras prestaciones.

LAYOUT CESFAM PMV

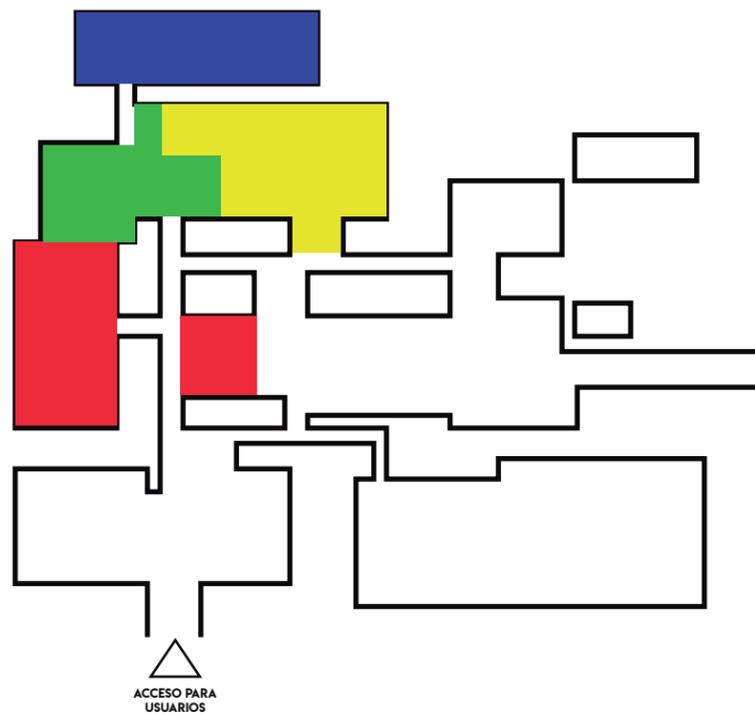


Figura 71. Sectores por color (layout). Fuente: Elaboración propia

Existen prestaciones transversales que en el layout se encuentran ubicadas al interior de un sector, lo que genera confusión en los usuarios. No existe señalética que haga alusión a esta realidad.

LAYOUT CESFAM PMV

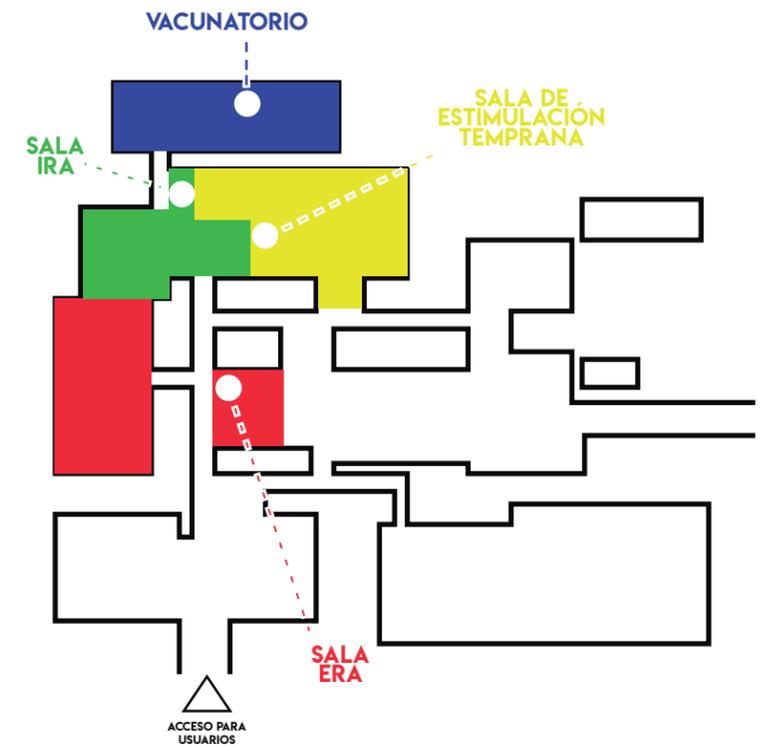
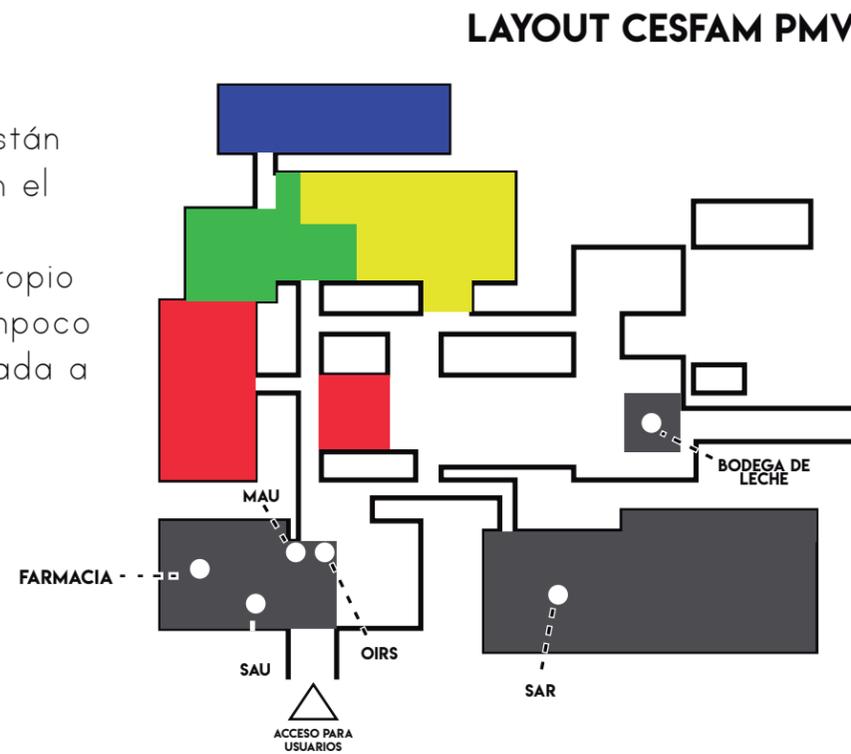


Figura 72. Prestaciones transversales en los sectores (layout). Fuente: Elaboración propia

Existen 6 prestaciones transversales que no están dentro de un sector (en el layout) y que tampoco cuentan con un color propio que los identifique. Tampoco existe señalética asociada a la ubicación de estos servicios.



El sector donde se ubica la prestación de salud dental del CESFAM se identifica con el color naranja en el layout, pero no es un sector bajo los mismos criterios que los demás, ya que es un servicio transversal.

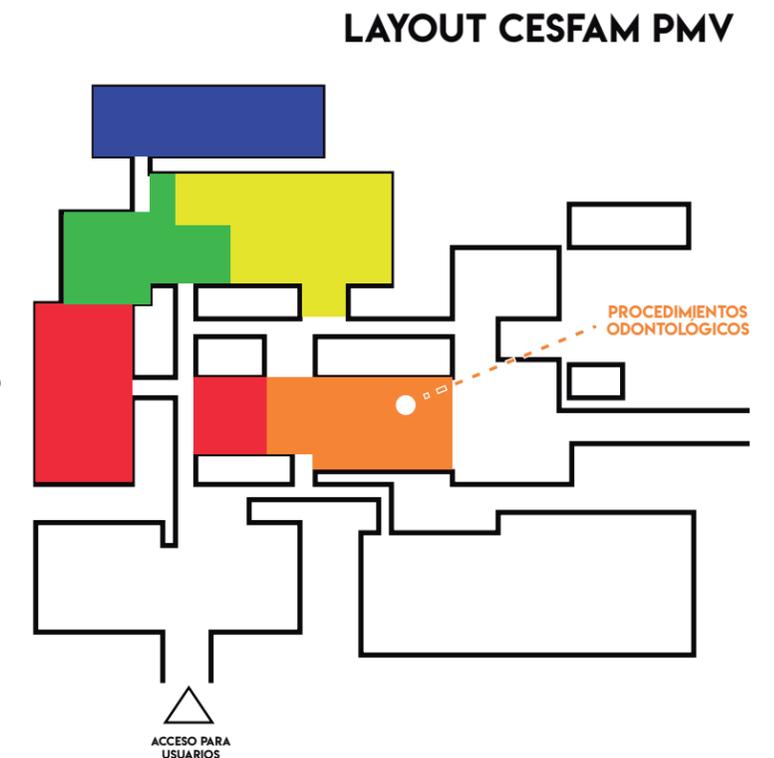


Figura 73. Prestaciones transversales fuera de los sectores y sin color. Fuente: Elaboración propia



Figura 74. Prestaciones transversales fuera de los sectores y con color. Fuente: Elaboración propia

2. Identificar la naturaleza de la información educativa como paso previo a una jerarquización que permita llegar mejor a los usuarios, considerando que la comunicación efectiva de esta información es una de las misiones a nivel Ministerial y propia del enfoque de la atención de salud familiar.

Existe variedad de afiches que provienen del Servicio de Salud, a nivel Ministerial. Este material llega a la Corporación Municipal, quien la hace llegar a los Centros de Salud. Estos afiches están relacionados a las campañas publicitarias propias del Gobierno de acuerdo a la contingencia y tocan tanto temáticas de salud como sociales. En general, estas campañas son reforzadas por todos los medios masivos de comunicación, como la televisión, la radio y a través de internet.



Figura 75. Saturación de información hacia la comunidad en muros del CESFAM. Fuente: Elaboración propia

Figura 76. Información proveniente del servicio de salud (Ministerio de Salud). Fuente: Elaboración propia

TALLERES EDUCATIVOS POR CICLO VITAL

INFANCIA	ADOLESCENCIA	ADULTEZ	ADULTEZ MAYOR
Taller de Lactancia "Acogiendo al mejor regalo"	Taller de Adolescencia	Taller "Por un climaterio respetuoso"	Talleres del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"
Taller de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	Taller de Asma		
Taller Recuperativo de Déficit Psicomotor	Taller "Dieta en Insulinoterapia"		
Estimulación Temprana (3 meses)	Taller "Artrosis de Cadera"		
Estimulación Temprana (6 meses)	Taller "Tabaco"		
Taller de Habilidades parentales Primera Infancia	Taller "Artrosis de Rodilla"		
Escuela para padres "Fortaleciendo la Familia"	Taller "Lumbago"		
Taller de Embarazadas "Chile Crece Contigo"			Taller "Rehabilitación pulmonar"
Círculos "Vida Sana"			Taller de Inducción al Programa Cardiovascular

3. Plantear estrategias que permitan reducir los tiempos de espera abordando el contexto y considerar la posibilidad de agregar valor al servicio por medio de distractores que amenicen los tiempos de espera en el servicio.



Al interior del Centro de Salud se dictan diversos talleres hacia la comunidad con el afán de educar y capacitar a los usuarios en diversos tópicos dependiendo de la necesidad de la comunidad. Éste tipo de servicio es publicitado en los muros del Centro y nace en pro de alcanzar las metas provenientes del Servicio de Salud.



Figura 75. Información proveniente del CESFAM sobre talleres. Fuente: Elaboración propia

Figura 76. Factores que tensionan el servicio. Fuente: Elaboración propia

Según el análisis de las herramientas, el tiempo que las personas se demoran en comprender cómo funciona el servicio hace que permanezcan más tiempo del necesario dentro de las dependencias del Centro de Salud. Por esto, las estrategias asociadas a simplificar la comprensión del emplazamiento de las prestaciones y la línea de desarrollo en la que hay que completar las etapas del servicio debieran acortar los tiempos y a su vez, quitarle tensión al servicio.



Si el sistema administrativo no se moderniza o no es campo de intervención para el diseño desde los protocolos, se podría generar valor al servicio pensando en darle utilidad al tiempo de espera. Si los usuarios ocupan su tiempo en alguna actividad, la espera podría parecer más breve.

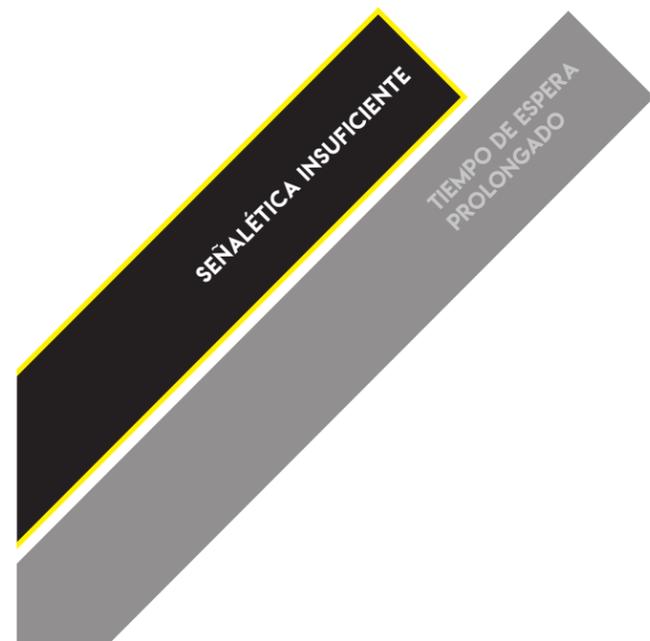


Figura 77. Señalética insuficiente. Fuente: Elaboración propia



Figura 78. Tiempo de espera prolongado. Fuente: Elaboración propia



## 5.2. OTROS APORTES AL SERVICIO

Luego del análisis de los resultados de las herramientas aplicadas, se hace evidente una problemática laboral de parte de los funcionarios, quienes manifiestan en reiteradas ocasiones sentirse sobrepasados.

Si bien esta situación no es campo de la disciplina del diseño, repercute en la forma en la que el servicio es brindado hacia los usuarios. Una intervención desde el diseño sería insuficiente para generar un cambio global y que permanezca en el tiempo.

En este sentido, sería pertinente realizar una propuesta desde la psicología organizacional o gestión de personas (Rodríguez, 2004).

Según lo investigado, este tipo de organizaciones no cuenta con un departamento que se haga cargo de esta necesidad, principalmente por el hecho de ser un servicio que deriva de otro servicio mayor.

Que los Centros de Salud Familiar dependan de una administración municipal y a su vez rinda cuentas al Servicio de Salud, en particular en

este caso al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, es en este momento la razón por la que no se ha implementado este tipo de medida.

Se hace evidente que en organizaciones como estas, donde se da una coexistencia de profesionales de diversas disciplinas, técnicos, administrativos y personal auxiliar, se manifiestan relaciones complejas que requieren un manejo, una estrategia para mejorar el ambiente laboral, prevenir situaciones de tensión y manejar la resolución de conflictos.

Una reestructuración de este tipo permitiría disminuir migración laboral por parte de funcionarios valiosos para el servicio y generaría una mejor convivencia laboral.

Aunque puede parecer una reestructuración de segundo plano, tendría un efecto notable hacia los usuarios y por lo mismo va en la línea de diseñar un servicio eficiente y centrado en las personas.

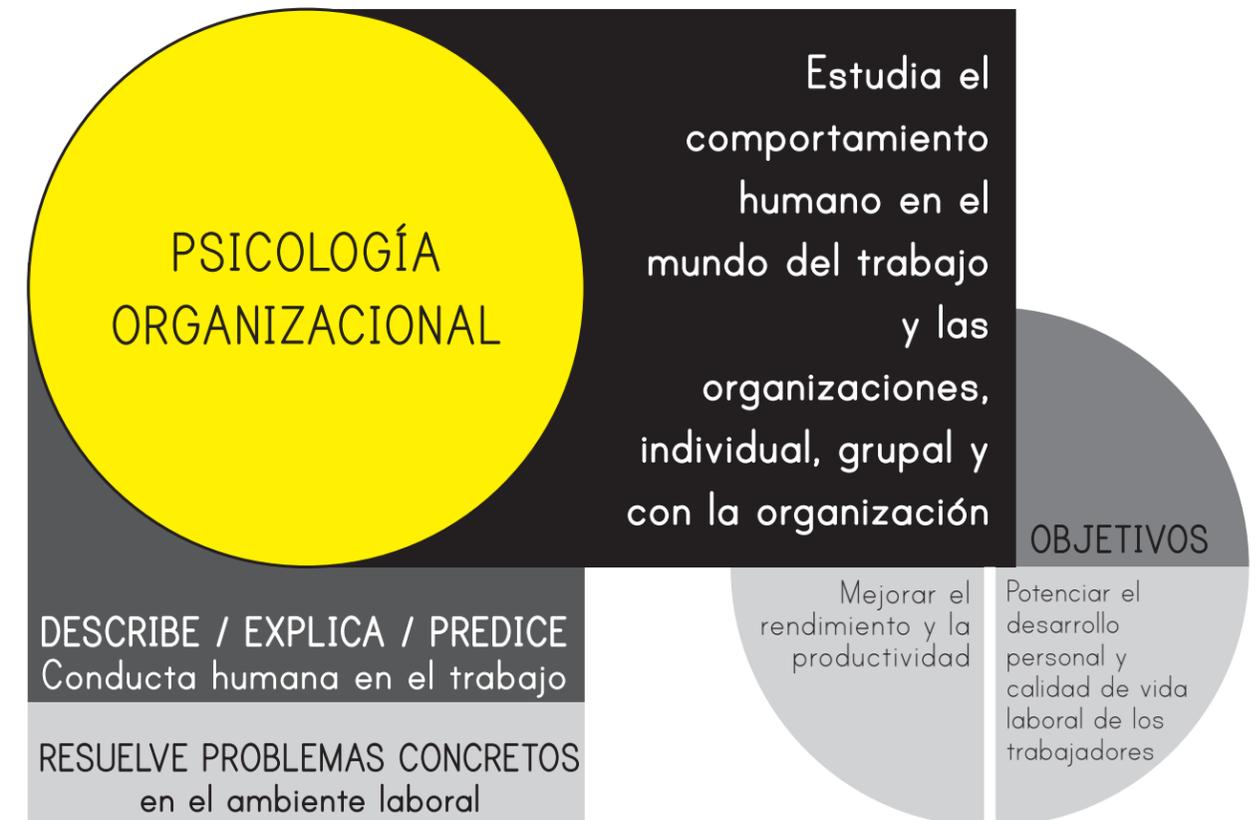


Figura 79. Psicología organizacional. Fuente: The Association of Business Psychology. Diagramación propia



## 6. CONCLUSIONES

Recapitulando, una de las constataciones más relevantes de la investigación es que, si bien el sistema de salud pública posee directrices homogéneas respecto de su implementación y administración, hay una evidente saturación en sus recursos, traducéndose en un exceso de demanda generando una serie de problemáticas que sumadas a las variables contextuales y culturales de una localidad, determinan diferentes expresiones del funcionamiento de cada Centro de salud, traducéndose en problemas específicos que vive la comunidad involucrada en el uso del servicio.

En contextos municipales, la escasez de recursos dificulta el funcionamiento de los CESFAM que deben enfrentar la migración de profesionales al sistema privado y problemas de infraestructura que son el centro de la atención, desplazando otras necesidades a un plano secundario.

Las consecuencias de estas dificultades recaen tanto en los usuarios del servicio como en los funcionarios que se desempeñan en él. Dentro de las más relevantes, se encuentra la precarización de la información de la que disponen los usuarios, evidenciándose poca claridad en la disposición del entorno material y en los mensajes que sirven como coordenadas en la utilización del espacio.

En el caso de estudio en particular, fue posible pesquisar una serie de dificultades en relación a la estadía de los usuarios, como la falta de una visión inclusiva para personas en situación de discapacidad, la falta de espacios para niños, la existencia de más de un servicio en la misma sala de espera y la implementación de una señalética sin una lógica de información jerarquizada o fácilmente distinguible para los usuarios.

También se constata que la disposición del entorno material se rige por criterios de seguridad más que de usabilidad, produciendo dificultad en el acceso o comprensión de los servicios.

Por otro lado, la utilización del espacio en el CESFAM Padre Manuel Villaseca no necesariamente responde a la evaluación de las necesidades de los usuarios o funcionarios, sino a una toma de decisiones que emana del poder político, que distribuye los recursos en función de razones administrativas y que aplica en forma estándar un diseño arquitectónico, sin tomar en cuenta las eventuales necesidades de expansión o la posibilidad de reasignarle significado al espacio, como

es el caso de los patios interiores que pueden verse en el Centro de Salud y que no es coherente con la necesidad de espacio que manifiesta.

Frente a las problemáticas descritas, las soluciones tienden a ser más reactivas que propositivas, no se observa una proyección clara de los servicios, una distribución adecuada del espacio ni una conexión entre la administración física del espacio del CESFAM, la señalética y los servicios que se ofrecen.

Desde la perspectiva de los usuarios, no se percibe una idea de conjunto respecto de la organización de la información. La señalética utilizada hace uso del recurso del color como un distintivo que agrupa a los usuarios según su ubicación territorial, pero no tiene un correlato con la distribución espacial de los servicios en las instalaciones del CESFAM, existiendo prestaciones que no fueron contemplados en esta categorización, lo que da cuenta de un diseño que no proyecta el Centro de Salud como un sistema, contribuyendo a la confusión que experimentan los usuarios.

Los problemas de comunicación que se aprecian en el caso de estudio derivan en un desperdicio de tiempo para los usuarios, desencadenando a su vez que permanezcan más tiempo en las instalaciones del CESFAM y sobrecargando laboralmente a los funcionarios.

La extensión de los tiempos de espera acrecienta el clima de tensión en el servicio, fundamentalmente en la relación entre usuarios y funcionarios.

Es importante destacar que los usuarios del CESFAM son mayoritariamente una población con escasez de recursos económicos, que padecen en muchos casos enfermedades crónicas y que dependen del servicio para la obtención sus medicamentos.

A pesar del empoderamiento de los usuarios respecto de los mecanismos disponibles para generar reclamos, no existe una comprensión clara de la institucionalidad que administra los servicios de salud. Las vinculaciones entre las políticas ministeriales, el rol de la Municipalidad y las funciones del CESFAM no son percibidas por el usuario como un todo coherente.

El viaje del usuario, que implica todo el proceso que atraviesa una persona para hacer uso del servicio, se caracteriza por tres quiebres que ocurren todos al interior del Centro de Salud y que están relacionados con la experiencia de la espera, derivada de una forma

de hacer llegar la información que no es efectiva.

Frente a los vacíos de información, los usuarios resuelven el problema transmitiéndose información de modo informal, sin que medie una asunción de responsabilidad por parte del CESFAM o por parte de las políticas públicas que lo organizan. La posibilidad de sobrellevar el malestar pasa por la frecuencia con la que los usuarios visitan y conocen la institución, y no porque sea claro en sí mismo. Son las personas quienes comparten entre sí la información sobre las fallas propias del sistema.

Desde la perspectiva de los funcionarios, es posible señalar que al hacer el ejercicio de empatizar con los usuarios, relevan directamente los atributos propios de la atención de salud, sin embargo, al centrarse en sus funciones, tienden a percibir el servicio como una estructura lineal consecuente, en la lógica de lo general a lo particular; la buena gestión permite una buena atención y una buena atención permite plantear mejoras en el entorno ambiental o físico.

En la investigación con funcionarios, es posible apreciar una sensación de descontento asociada a la sobrecarga laboral y al impacto que tiene en ellos el trato con los usuarios, tanto en lo físico como en lo psicológico. También se constatan roces entre funcionarios que manifiestan abiertamente tener problemas de comunicación en la escala jerárquica. En este sentido, resulta evidente que es necesaria la implementación de un departamento de gestión de personal, que abre la posibilidad de una futura intervención multidisciplinaria que implique, además de un mejoramiento en el campo del diseño, la inclusión de criterios propios de la psicología organizacional que apuntan a mejorar el clima laboral, la productividad y la eficacia de los equipos humanos.

**Finalmente y a modo de reflexión, plantear el diseño de un servicio no es tan diferente a diseñar una interfaz o una carcasa; el diseño es el paso intermedio entre la infraestructura y la prestación del servicio, al igual que lo es entre la ingeniería y la interacción y en este momento está desierto. No existe una cosmovisión que considere que el diseño es un paso lógico a seguir o una necesidad, generando una desviación en el planteamiento de los servicios: es el paso omitido y que está generando múltiples síntomas de que algo falla.**

**Si el interior de un artefacto eléctrico funciona y el diseñador propone una carcasa que facilita la interacción del objeto con el usuario, las posibilidades de hacer lo mismo a gran escala, en un sistema macro, multifactorial y comunitario son infinitas. El cambio paradigmático crearía un nicho de trabajo para la disciplina del diseño, más aún en un país donde la industria creadora de productos no es está en auge.**



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert C. y Jara, M. (2015). Crisis de médicos especialistas en la salud pública: las causas de un tumor de larga data. Por qué y cómo opera la grúa del sector privado. Sitio Web: <http://cipchile.cl/2015/09/01/crisis-de-medicos-especialistas-en-la-salud-publica-las-causas-de-un-tumor-de-larga-data/>
- Barry, M. (2013) Empathy Fieldguide. Stanford University.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, J. (1955) Cognitive therapy: Basics and beyond. Published by Guilford Press, New York, London.
- Brown, T. (2009) Change by Design. How Design Thinking Transforms Organizations and Inspires Innovation. Published by arrangement with HarperBusiness, an imprint of HarperCollins Publishers.
- Cantero, J. (2015) Customer journey map o Mapa del viaje del cliente en el contexto del marketing experiencial. Sitio Web: <https://josecantero.com/2015/03/07/customer-journey-map-o-mapa-del-viaje-del-cliente-para-gestionar-la-experiencia-de-cliente/>
- CESFAM Padre Manuel Villaseca (2015) Diagnóstico participativo
- Decreto con Fuerza de Ley 1-3.063, Artículo N°12. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 13 de Junio de 1980. Sobre la creación de las Corporaciones Municipales.
- Fondo Nacional de Salud (FONASA) (2014) ¿Qué es Fonasa? Información Institucional. Sitio web: [https://fonasaweb.fonasa.cl/portal\\_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607152007.html](https://fonasaweb.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607152007.html)
- Glaser, B. G., y Strauss, A. L. (1967). The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research. New York, United States of America: Aldine Publishing.
- Gobierno de Chile (2014). Cómo funcionarán y dónde estarán los 132 nuevos SAR. Sitio web: <http://www.gob.cl/2014/05/28/como-funcionaran-y-donde-estaran-los-132-nuevos-sar/>
- Gómez, J. (2006) Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Extraído de [http://web.archive.org/web/20130319152454/http://www.semes.org/revista/vol18\\_3/5.pdf](http://web.archive.org/web/20130319152454/http://www.semes.org/revista/vol18_3/5.pdf)
- Hassan, Y. y Ortega, S. (2009) Informe APEI sobre Usabilidad. Sitio Web: <http://www.nosolousabilidad.com/manual/index.htm>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2012). Datos demográficos de Puente Alto
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (1992). Censo Nacional.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2012). Censo Nacional.
- ISO 13407 (1999) Human-centred design processes for interactive systems. Sitio Web: [http://www.iso.org/iso/catalogue\\_detail.htm?csnumber=21197](http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=21197)
- Krippendorff, K. (2006) The semantic turn: a new foundation for Design. Published by Taylor & Francis, CRC Press.
- Larraín, A. (2014). 13 cosas de la crisis de la salud pública en Chile que probablemente usted (ni el Ministro Mañalich) no conoce. El Quinto Poder. Sitio web: <http://www.elquintopoder.cl/salud/13-cosas-de-la-crisis-de-la-salud-publica-en-chile-que-probablemente-usted-ni-el-ministro-mañalich-conocen/>
- Ley 20.584, (2012). Regulación de los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud, Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 24 de abril de 2012.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2014a) Misión y visión de la Institución. Sitio web: <http://web.minsal.cl/mision-y-vision/>
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2014b) Misión y funciones de la Subsecretaría de Salud Pública. Sitio web: <http://web.minsal.cl/mision-y-funciones/>
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2005). Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N°1.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2014c). Misión y funciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Sitio web: <http://web.minsal.cl/mision-y-funciones-2/>
- Ministerio de Salud. (MINSAL) (2014d) Funciones de los Servicios de Salud. Sitio web: <http://web.minsal.cl/servicios-de-salud/>
- Nielsen, J. (2003). Usability 101: Introduction to Usability, UseIt.com Alertbox. Sitio web: <http://www.useit.com/alertbox/20030825.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978) Declaración de Alma-Ata. Atención Primaria de Salud.
- Procorp S.A. (2015) Servicios: Design Research. Sitio Web: [http://www.procorpweb.com/es/design\\_research/index.php](http://www.procorpweb.com/es/design_research/index.php)
- Riquelme, P. (2015) Hospital de Talca hombre murió tras esperar más de cuatro horas ser atendido. Sitio Web: <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/10/680-652381-9-hospital-de-talca-hombre-murio-tras-esperar-mas-de-cuatro-horas-para-ser.shtml>
- Rodríguez, A. (2004). Psicología de las organizaciones (1. ed. edición). Barcelona: Editorial UOC
- Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) (2013). Modelo de Acogida al Usuario
- Strauss, A y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial de Universidad de Antioquia. En ingles: Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. Published by arrangement with Sage Publications Inc.
- User Experience Professionals Association (UXPA) (2013). Definition of Human-Centered Design. Sitio Web: <https://uxpa.org/resources/definitions-user-experience-and-usability>



## 8. ANEXOS

**CONSENTIMIENTO  
INFORMADO  
(USUARIOS)**

Diseñado en base a formato dispuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI)

UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Arquitectura y Urbanismo

Escuela de Diseño  
Diseño Industrial

**INFORMACIÓN GENERAL**

DOCUMENTO	Consentimiento Informado para Usuarios del CESFAM Padre Manuel Villaseca a quienes se les invita a participar en esta investigación.
TIPO DE SOLICITUD	Entrevista Semiestructurada para la construcción de arquetipos de usuarios y del viaje del Usuario en relación al servicio otorgado en las Salas de Espera del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
ORGANIZACIÓN	Universidad de Chile
NOMBRE DE LA INVESTIGADORA	Bárbara Catalina Letelier Soto

**PARTE I: INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO****01 INTRODUCCIÓN**

Yo soy Bárbara Letelier, estudiante de Diseño Industrial de la Universidad de Chile. Esta es una invitación a participar en una investigación que busca realizar una propuesta de diseño para la obtención del título profesional de Diseñadora Industrial, por lo que forma parte de un ejercicio académico. Puede tomarse todo el tiempo que requiera para reflexionar si desea participar o no. Si no entiende alguna palabra o concepto, la investigadora se tomará todo el tiempo necesario para aclarárselo. Puede realizar preguntas ahora o más adelante libremente. Ésta entrevista será respaldada a través de grabación de audio y apuntes tomados por mí. Este registro sólo será utilizado para el posterior análisis y no será compartido con nadie.

**02 PROPÓSITO**

Esta investigación busca conocer su opinión sobre su experiencia en las Salas de Espera del CESFAM Padre Manuel Villaseca, con el fin de proponer mejoras en este espacio desde el Diseño Industrial, que considera la relación de los usuarios con el entorno material y ambiental, como parte de una investigación para un proyecto para la obtención del título profesional en ésta disciplina.

**03 TIPO DE INTERVENCIÓN A REALIZAR**

Esta investigación incluirá una entrevista semiestructurada a aplicarse sólo una vez.

**04 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES**

Para este estudio sólo serán entrevistados usuarios inscritos en el CESFAM Padre Manuel Villaseca, hombres y mujeres con cobertura Fonasa mayores a 18 años.

**CONSENTIMIENTO  
INFORMADO  
(USUARIOS)**

Diseñado en base a formato dispuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI)

UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Arquitectura y Urbanismo

Escuela de Diseño  
Diseño Industrial

**05 PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este CESFAM y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar cuando estime conveniente.

**06 DURACIÓN**

La entrevista tiene una duración relativa y dependerá de cuánto se explaye en ella. Se estima una duración aproximada de 30 minutos a 1 hora.

**07 COSTO/INCENTIVO**

Esta investigación no tendrá costo económico para usted. Tampoco se le remunerará por participar en ella.

**08 CONFIDENCIALIDAD**

Este estudio busca conocer su opinión sobre el servicio recibido en el CESFAM Padre Manuel Villaseca como parte de un ejercicio académico, por lo que la información recabada no será difundida ni utilizada para otros fines. El investigador no compartirá su identidad, su información sólo estará al alcance de la investigadora y de quienes guían en esta investigación (Profesora guía y casa de estudios)

**09 COMPARTIENDO LOS RESULTADOS**

Como participante en esta investigación tiene derecho de pedir a la investigadora los resultados obtenidos en la investigación a partir de julio de 2016, a través de un correo electrónico enviado a la investigadora Bárbara Letelier a [parnasiana@gmail.com](mailto:parnasiana@gmail.com), solicitando los resultados indicando el número de folio que se le asignará.

**10 DERECHO A NEGARSE O RETIRARSE**

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma en su asistencia en el CESFAM Padre Manuel Villaseca. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como usuario del CESFAM, su tratamiento aquí no se verá afectado de ninguna forma. Puede dejar de participar en el momento que quiera, es su elección y todos sus derechos serán respetados.

**CONSENTIMIENTO  
INFORMADO  
(USUARIOS)**

Diseñado en base a formato dispuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI)

UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Arquitectura y Urbanismo

Escuela de Diseño  
Diseño Industrial

**PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

He sido invitado a participar en la investigación sobre la experiencia en el CESFAM Padre Manuel Villaseca. Entiendo que se me harán una variedad de preguntas a las cuales responderé sinceramente. He sido informado de los alcances de este estudio correctamente. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará económicamente. Se me ha proporcionado el nombre de una investigadora que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección de correo electrónico que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mis derechos como usuario del CESFAM Padre Manuel Villaseca.

Nombre del Participante

Firma del participante

Firma de la investigadora

Santiago, / / 2016

Nro. de Folio asignado:

**CONSENTIMIENTO  
INFORMADO  
(FUNCIONARIOS)**

Diseñado en base a formato dispuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI)

UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Arquitectura y Urbanismo

Escuela de Diseño  
Diseño Industrial

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

Mi nombre es Bárbara Letelier y estoy realizando una investigación para el desarrollo de una Tesis para la obtención del título profesional de Diseñadora Industrial. Durante el último año me encuentro trabajando en una investigación sobre la experiencia en el CESFAM Padre Manuel Villaseca.

Hoy los he invitado a participar en esta actividad para conocer cuáles son sus experiencias, problemas y necesidades con respecto a su rol como funcionarios del Centro de Salud, su relación con los usuarios y qué proponen ustedes para mejorar el servicio dentro del CESFAM.

Esta actividad estará dividida en tres etapas:

1. Grupo de conversación.
2. Card Sorting Cerrado
3. Card Sorting Abierto

Toda la información reunida en ésta instancia es sólo para fines académicos y no será divulgada por otros medios. Se realizará un registro audiovisual del encuentro sólo con el fin del posterior análisis de la información. Por favor, si estás de acuerdo en participar, completa la siguiente información:

Nombre del Participante

Firma del Participante

Firma de Moderadora

Santiago, /01/2017

Hora de Inicio:

Hora de Término:

A continuación se presenta un ejemplo del análisis que se realizó a 13 entrevistas con usuarios.

### ANÁLISIS DE ENTREVISTAS A USUARIOS

El análisis de los datos extraídos en las Entrevistas con usuarios se realizará con la Metodología sistemática de análisis social: Grounded theory (Strauss y Glaser, 1967) Esta metodología busca la categorización de la información para el planteamiento de una nueva teoría. Para ese objetivo se realiza un análisis en varias etapas, categorizando los temas más relevantes y realizando relaciones entre ellos.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	
1	Asistencia / Acompañamiento
2	Condición de Salud
3	Situación Habitacional
4	Percepción del Servicio
5	Planificación previa a la visita al CESFAM
6	Expectativas del Servicio
7	Experiencias personales
8	Acciones Posteriores al Servicio / Redes de Comunicación
9	Responsabilidad Institucional
10	Sugerencias

---

### ENTREVISTA\_01 / USUARIA 53 AÑOS / FONASA A

#### I. Análisis de Entrevista

E: ¿Lo acompaña alguien cuando viene al CESFAM?  
 MG: No, casi siempre vengo sola, ahora **vengo acompañando a mi suegra.**

E: ¿Qué tan seguido utiliza los servicios ofrecidos en el CESFAM?  
 MG: Bien seguido, bien seguido porque **yo soy diabética entonces tengo hartos controles,** aparte traigo a mi suegra a que se haga los controles porque ella tiene 84 años.

E: ¿Son vecinas?  
 MG: No, **yo vivo con ella.**

E: Ah, vive con ella, perfecto. De los servicios que utiliza acá en el CESFAM, ¿podría nombrarme alguno?  
 MG: Eh, el médico, **vengo al diabetólogo, por la diabetes,** a la farmacia, al dentista, esas son los que más uso.

E: Reláteme como es su día cuando viene acá al CESFAM  
 MG: Bueno, ahora es como más rápido, **por ejemplo ahora encuentro número.** Entonces, ha sido... encuentro que **los últimos meses ha sido como más rápido...**

E: ¿Ha mejorado?  
 MG: Ha mejorado un poco, porque **antes por ejemplo llegábamos a las 8 de la mañana y nos íbamos a las 2 de la tarde en la farmacia po',** pero ahora como que está más rápido.

1	Acompaña a Adulto Mayor
2	Enfermedad Crónica: Implica retiro de medicamentos y controles médicos periódicos
3	En calidad de allegada
4	Mala comprensión del servicio, en el CESFAM no existen especialistas médicos
4	Considera que el servicio ha mejorado en cuanto a la rapidez de atención.
4	Anteriormente, ir al CESFAM le significaba tomarse toda la mañana.

### ENTREVISTA\_01 / USUARIA 53 AÑOS / FONASA A

E: Y por ejemplo, en su vida personal, cuando sabe que va a venir, ¿qué le significa?  
 MG: **Me programo para venir, sí, para estar varias horas acá.** A veces me voy al tiro, a veces me toca más... por ejemplo ahora me toca médico un cuarto para las 10... entonces, ¿qué hora es? ¿Como las 8? Entonces **voy a estar como dos horas, dos horas y media aquí.**

E: ¿Qué es lo que espera encontrar cuando viene al CESFAM?  
 MG: Como... **que sean buenas personas, que me traten bien,** porque me han tocado médicos que me han tratado... **por ser gordita, me han tratado mal.** Eso es lo que más me interesa.

E: ¿Qué ocurre en la práctica?  
 MG: Es que yo, ahora último como te digo **ha estado mejor, mejor la atención** y todo, hace un par de meses. Por ejemplo en la farmacia, hicieron que cuando uno venía a buscar los remedios, estaban listos en otro lado, entonces como que ahí se habilitó más el este... porque ahora no se junta la cantidad... no sé más rato, pero **no se junta la cantidad de gente que se juntaba,** porque a esta hora, tú venías a esta hora y te tocaba como el número de la otra letra, entonces... y ahora no po', ahora como que va más rápido.

E: Cuando vino la primera vez al CESFAM, ¿se acuerda, fue hace mucho tiempo?  
 MG: Oh... es que yo soy como... **como que inauguré este... como de las primeras.**

E: Y ¿cómo fue su experiencia la primera vez?  
 MG: Bien, es que ahí, no... fue buena. Buena, buena, sí. Porque aparte que yo venía de otro consultorio, porque yo **me salí del otro consultorio porque allá tuve problemas con la nutricionista , me trató super mal porque no bajaba de peso,** me trató super mal, entonces yo estuve harto tiempo que no me controlé y estuve 14 días con el azúcar alta, estuve casi con un coma diabético y mi hermana vivía aquí al frente y ella me consiguió... me ingresó aquí. De ahí que me controlo... como... del 95, harto tiempo, de cuando empecé, hacía poco que había empezado a funcionar. Y no... **me atendió un médico que me trató muy bien, muy bien, me ingresó, me dejó con remedios, me dejó super bien** y controlándome bien.

5	La usuaria se programa para venir, le significa acomodar sus otras ocupaciones. Destina entre 2 a 2 horas y media para asistir al CESFAM.
6	Expectativas emocionales, le importa principalmente el buen trato.
7	Usuaria ha sufrido maltrato/discriminación por su situación de obesidad.
4	La usuaria reconoce una mejora en el servicio, que ha mejorado la atención y que ya no se llenan tanto los espacios.
7	La usuaria siente pertenencia, se considera a sí misma parte de él desde el comienzo.
6	Por malas experiencias anteriores, la usuaria se cambia de consultorio buscando mejor trato en relación a su obesidad.
4	La usuaria ingresa al CESFAM buscando mejor trato y considera que sí consiguió lo que buscaba.

**ENTREVISTA\_01 / USUARIA 53 AÑOS / FONASA A**

E: Con respecto al proceso que se hace antes de ir al box...  
 MG: Como me pasó ahora, primera vez como te digo, que tengo número, hay que llamar, eso no me gusta, uno llama, llama (call center) y nunca contestan o no encuentras número, cuando te logras comunicar, no hay número.

E: Y con respecto al espacio acá, en la Sala de Espera, ¿sabe lo que tiene que hacer?  
 MG: Es que ya estoy tantos años acá, que ya conozco todas las mañas, casi todo, entonces ya no tengo que preguntar.

E: Claro. ¿Qué considera usted que se puede hacer para que se entendiera más rápidamente cómo funciona el CESFAM para una persona que no lo conoce?  
 MG: Eh... no, es que hay buena información, porque tú pasas a información (OIRS) y te dan toda la información a dónde tienes que ir, aquí afuerita, hay buena información. Si lo único que es malo es que hay que estar llamando por teléfono y nunca entran las llamadas y cuando llegan a entrar, ya no hay número.

E: ¿Cómo describiría el funcionamiento del CESFAM?  
 MG: Bien po', lo encuentro bueno.

E: Específicamente aquí en la Sala de Espera, ¿cómo se siente generalmente cuando viene para acá?  
 MG: Ay a mí me gusta, como que me relajo cuando vengo para acá, no sé si es donde veo tanta gente, pero como que me relajo.

E: ¿Qué nivel de satisfacción tiene usted con el servicio que le otorga la sala de espera?  
 MG: A mí me gusta, me gusta.

E: ¿Cómo influye en su día cotidiano la experiencia de espera en el CESFAM?  
 MG: Eh... ya, yo como que me relajo aquí, pero llego cansada a mi casa, porque son varias horas que uno está acá po', entonces como que llego cansada a mi casa, pero bueno, es parte de la vida, qué le vamos a hacer.

**4** Percepción negativa del sistema de atención telefónico. La usuaria manifiesta insatisfacción en este ítem.

**7** La usuaria está consciente de que entiende el sistema por motivo de antigüedad en él, y no porque sea claro en sí mismo.

**4** Usuaria está conforme con la información, pero manifiesta que para acceder a ella debe pedir ayuda.

**4** La usuaria se considera satisfecha con el servicio en general.

**7** Para la usuaria la experiencia de espera es relajante. Esto tiene directa relación con su realidad al exterior del CESFAM.

**7** A pesar de manifestar que se relaja en el CESFAM, manifiesta que sufre cansancio por el tiempo que permanece en él. Además manifiesta resignación con respecto a esta situación, asumiendo que no tiene otra posibilidad.

PÁGINA 03 DE 06/ ENTREVISTA 01

**ENTREVISTA\_01 / USUARIA 53 AÑOS / FONASA A**

E: Cuando tiene una buena o mala experiencia, ¿cómo lo manifiesta?  
 MG: Sí, a mi hija, a mi hija le comento. Yo tuve una mala experiencia aquí, hace años, con mi yerno. Lo trajimos como tres o cuatro veces, enfermo grave, se tiraba al suelo y un doctor dijo que era... que se quejaba de... le decía "¿no eres hombre?" Y cuando lo llevamos a la posta, iba grave, tenía una apendicitis que se pasó a peritonitis, esperando aquí... pero nosotros hicimos la constancia aquí en la dirección, lo llamaron, le dieron buena atención en el post operatorio, lo llevaban, lo traían, a curaciones, fue bueno.

E: Entonces, usted ha usado los canales regulares para hacer quejas o felicitaciones  
 MG: Sí

E: ¿A quién o quienes responsabiliza usted por el funcionamiento del CESFAM?  
 MG: Yo creo que es a nivel estatal. Si hubieran más medios sería mejor la atención po'. Aunque aquí en general es buena.

E: Finalmente, si usted tuviera una varita mágica para hacer lo que quisiera en este espacio, ¿qué le haría?  
 MG: Ay no sé, porque yo encuentro que no está malo. No sé qué podría ser, yo lo único que conozco es esto, yo no he ido nunca a una clínica ni nada, yo encuentro que está bueno.

E: Bueno señora Mariana, esas eran las preguntas que quería hacerle, le agradezco su tiempo y disposición para participar.

**8** La usuaria comenta con su familia más cercana sus experiencias dentro del CESFAM.

**7** La usuaria comenta una mala experiencia por negligencia médica con su yerno, destacando nuevamente el mal trato que recibió él en esta instancia.

**8** Usuaria ha utilizado los conductos regulares para hacer reclamos y manifiesta que dieron resultado.

**4** Usuaria considera que la responsabilidad del funcionamiento del CESFAM corresponde al Estado.

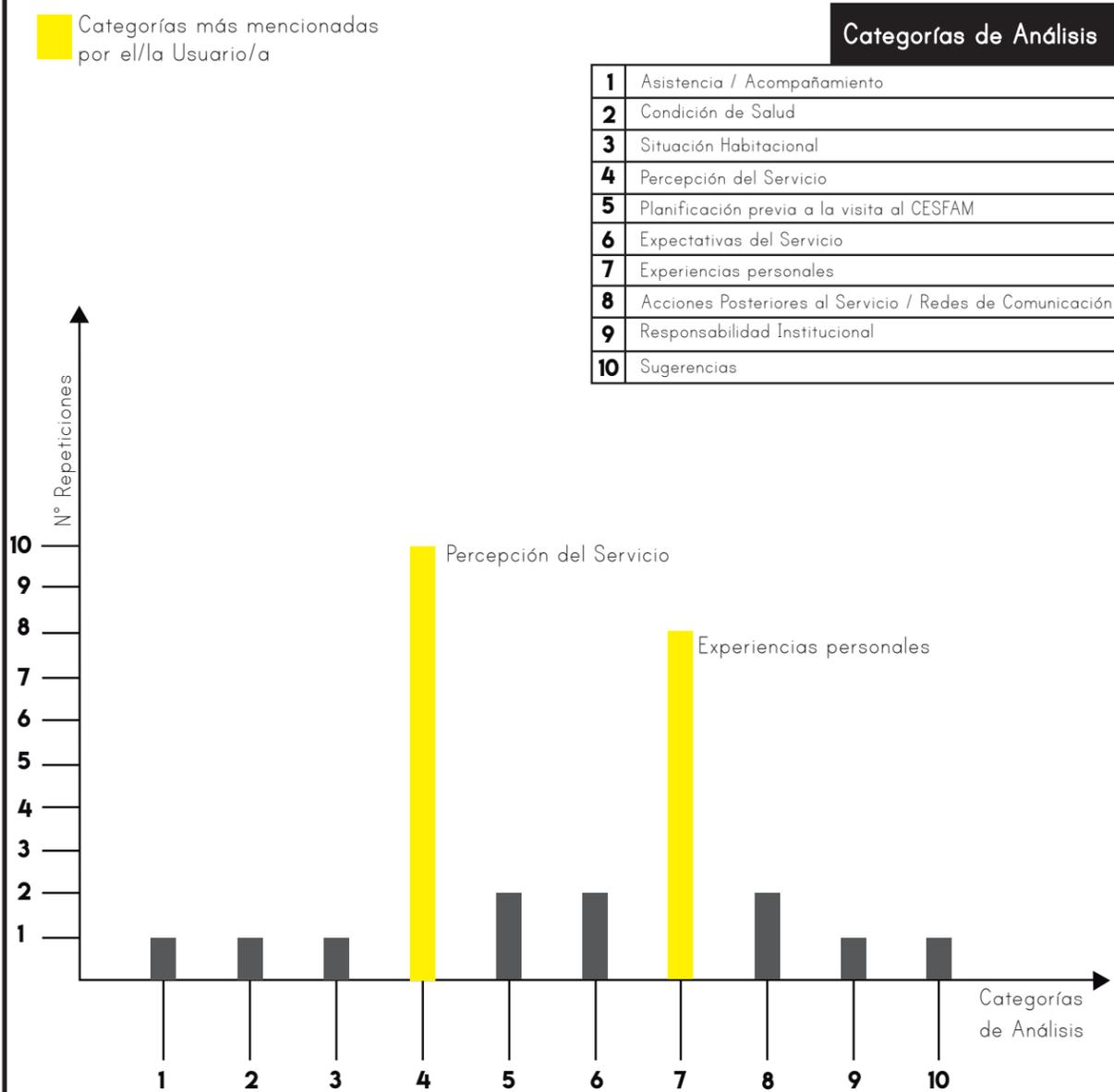
**10** La usuaria no se siente capacitada para sugerir ningún cambio, principalmente por su falta de conocimiento de otros servicios similares.

PÁGINA 03 DE 06/ ENTREVISTA 01

ENTREVISTA\_01 / USUARIA 53 AÑOS / FONASA A

II. Hallazgos

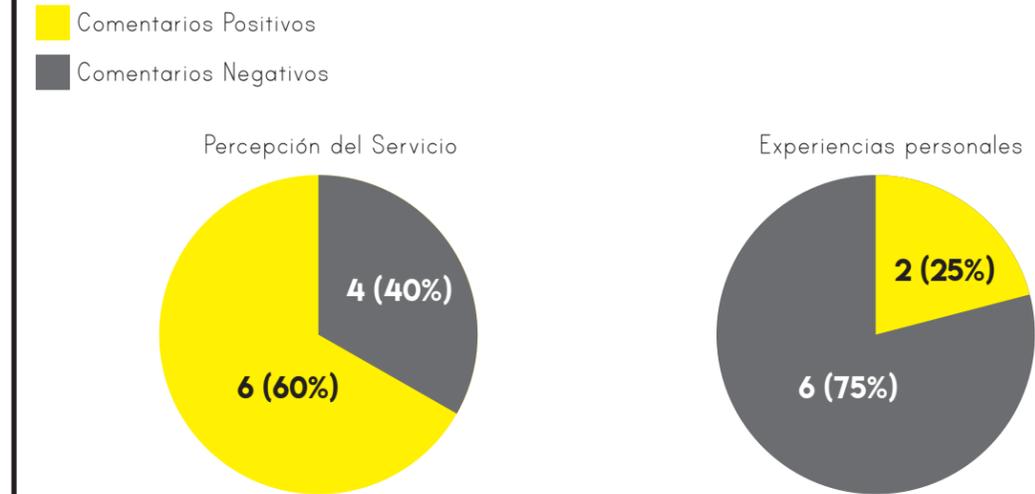
Gráfico: Repeticiones por Categoría



ENTREVISTA\_01 / USUARIA 53 AÑOS / FONASA A

II. Hallazgos

Gráfico: Carácter de las categorías más mencionadas



Conclusiones

- ▶ Usuaría se siente participante en el CESFAM, pero no considera tener ideas relevantes que aportar en cuanto a la modificación de los espacios o de los mecanismos de información.
- ▶ Usuaría destaca en sus comentarios la importancia que cobra para ella el trato amable por parte de los funcionarios del CESFAM, sus expectativas se relacionan directamente con su emocionalidad y toma decisiones en torno a este tópico.
- ▶ Usuaría manifiesta mayormente percepciones positivas del servicio entregado por el CESFAM, criticando únicamente un par de situaciones puntuales. En los casos que ha manifestado descontento, ha tomado acciones a través de los conductos regulares. Lo anterior manifiesta que es una usuaria activa; cuando algo no le gusta, hace algo al respecto.
- ▶ Usuaría reconoce "conocer las mañas del sistema" por su antigüedad en él. Esto implica que el sistema no es claro en sí mismo y que se requiere mucho tiempo para entenderlo.
- ▶ Usuaría declara "programarse" para ir al CESFAM, dejando ver que para poder ser atendido, las personas requieren muchas veces renunciar a sus otros quehaceres o actividades por al menos media jornada. La falla del sistema de Call Center para pedir horas de atención implica que más personas deben asistir al CESFAM, lo cual tiene un costo en sus vidas personales, un costo económico y generando mayor atochamiento en el Centro de Salud.
- ▶ Para la usuaria, el funcionamiento del CESFAM es responsabilidad del Estado, ignorando el rol de la Municipalidad en este tópico.
- ▶ La condición de salud de los usuarios es un factor importante en cuanto a su relación con el CESFAM, ya que si la persona sufre de alguna enfermedad crónica, no sólo buscará atención de salud por morbilidad, sino que requerirá controles y retiro de medicamentos de forma periódica, además de su posible participación en programas dentro del CESFAM. Esto significa que la relación de personas con enfermedades crónicas con el CESFAM es más estrecha y tiene un mayor impacto en sus vidas.

ESTA TESIS SE TERMINÓ DE IMPRIMIR  
EN DICIEMBRE DE 2017, EN LA CIUDAD  
DE SANTIAGO DE CHILE.

SE REALIZARON 6 EJEMPLARES EN  
PAPEL COUCHÉ DE 130 GRS.

UNO DE ESOS EJEMPLARES SE  
ENTREGARÁ A LA ADMINISTRACIÓN DEL  
CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA